



ONUSIDA/08.25F / JC1510F (version française, août 2008)

Version originale anglaise, UNAIDS/08.25E / JC1510E, août 2008 :

Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008.

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2008.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès de l'Equipe Gestion du contenu de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées à l'Equipe Gestion du contenu à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 48 35 ou par courriel: publicationpermissions@unaids.org.

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

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

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.

Photo de couverture: ONUSIDA / N. Lieber

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008.

«ONUSIDA/08.25F / JC1510F».

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

ISBN 978 92 9 173712 3

(Classification NLM: WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

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

unaids@unaids.org
www.unaids.org

Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008



Table des matières

	Figures	
	Remerciements	
	Avant-propos	
	Chapitre 1: Le défi mondial du VIH : évaluer les progrès réalisés, identifier les obstacles, renouveler l'engagement	11
	Chapitre 2: Situation de l'épidémie mondiale de VIH	29
	Chapitre 3: Gestion des causes sociétales du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH	63
	Chapitre 4: Prévenir les nouvelles infections à VIH: la clé pour inverser le cours de l'épidémie	95
	Chapitre 5: Traitement et prise en charge : progrès sans précédent et défis à relever	129
	Chapitre 6: Atténuation de l'impact de l'épidémie sur les ménages, les communautés et les sociétés	159
	Chapitre 7: Et à partir de là, que faut-il faire ? Soutenir une riposte efficace, solide, sur le long terme	187
	Annexe 1 : VIH et sida, estimations et données, 2007 et 2001	211
	Annexe 2: Indicateurs de progrès par pays	235

Figures

CHAPITRE 1

- 1.1 Riposte mondiale à l'épidémie : événements choisis
- Tableau 1 Indicateurs nationaux pour la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*
- 1.2 Pourcentage d'Etats Membres des Nations Unies ayant soumis des rapports, par région, 2004-2008
- 1.3 Pourcentage de pays ayant mis en place des éléments de suivi et d'évaluation, 2005 et 2007
- 1.4 Tendances mondiales du renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation, 2005 et 2007

CHAPITRE 2

- 2.1 Riposte mondiale à l'épidémie : événements choisis
- 2.2 Infections à VIH 2007 : un aperçu mondial
- Tableau 2 Analyse des tendances parmi les 15-24 ans dans les pays à forte prévalence (tous les pays ayant une prévalence nationale supérieure à 3% plus quatre pays africains supplémentaires ayant des niveaux importants de prévalence): Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (2000-2007) dans les systèmes de surveillance sentinelle, et comportements sexuels choisis parmi les femmes et les hommes (1990-2007) d'après des enquêtes nationales
- 2.3 Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et prévalence du VIH chez les adultes, dans le monde et en Afrique subsaharienne, 1990-2007
- 2.4 Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes, 1990-2007
- 2.5 Enfants vivant avec le VIH dans le monde, 1990-2007
- 2.6 Nouvelles infections à VIH chez les enfants, 1990-2007
- 2.7 Décès dus au sida chez les enfants, 1990-2007
- 2.8 Prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans) en Afrique, 2007
- 2.9 Prévalence du VIH (%) chez les femmes enceintes en consultations prénatales en Afrique subsaharienne, 1997-2007
- 2.10 Prévalence du VIH (%) parmi les 15 à 24 ans, par sexe, pour des pays choisis, 2005-2007
- 2.11 Espérance de vie à la naissance, régions choisies, 1950-1955 à 2005-2010
- 2.12 Changements dans la structure démographique: Ghana et Lesotho
- 2.13 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Asie, 2007
- 2.14 Prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe au Pakistan, 2004-2007
- 2.15 Projection du nombre total d'infections à VIH dans divers groupes de la population, Djakarta, Indonésie, 2000-2020
- 2.16 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Europe orientale et Asie centrale, 2007
- 2.17 Prévalence du VIH (%) chez les adultes dans les Caraïbes, 2007
- 2.18 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Amérique latine, 2007
- 2.19 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale
- 2.20 Infections à VIH nouvellement diagnostiquées parmi des consommateurs de drogues injectables et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, par pays et année de notification, 2002-2006
- 2.21 Prévalence du VIH (%) chez les adultes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 2007
- 2.22 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Océanie, 2007
- 2.23 Nombre annuel des diagnostics d'infection à VIH et de sida en Australie, 1981-2006

CHAPITRE 3

- 3.1 Déterminants sociaux de l'épidémie de VIH: événements choisis
- 3.2 Pourcentage des pays dans les régions déclarant avoir intégré dans leur stratégie multisectorielle relative au VIH un volet spécial sur les femmes, assorti d'un budget
- 3.3 Pourcentage de pays (par région) déclarant que des politiques sont en place pour garantir l'égalité d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, pour les femmes et pour les hommes
- 3.4 Indice des politiques relatives à la vulnérabilité des femmes au VIH
- 3.5 Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des programmes destinés à changer les attitudes sociales discriminatoires associées au VIH, et/ou utiliser des indicateurs relatifs à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH
- 3.6 Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des mesures de protection juridique contre la discrimination et les mécanismes connexes
- 3.7 Pourcentage médian de population accédant aux services de prévention du VIH au sein du contexte juridique spécifié
- 3.8 Prévalence du VIH, par niveau de richesse: hommes

CHAPITRE 4

- 4.1 Prévention du VIH: événements choisis
- 4.2 Namibie: Connaissances concernant le VIH et comportements parmi la population générale, 2000-2006
- 4.3 Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes (15-24 ans), 1999-2007
- 4.4 Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes, par type de question
- 4.5 Pourcentage de pays proposant une éducation sida dans le cadre du programme scolaire
- 4.6 Pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, par sexe
- 4.7 Investissements annuels alloués à la recherche et au développement sur les vaccins anti-VIH, par source de financement entre 2000 et 2006
- 4.8 Rapports de pays sur les services de prévention destinés aux populations les plus exposées au risque d'infection, 2005 et 2007
- 4.9 Pourcentage de pays ayant des lois, réglementations ou politiques faisant obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux populations les plus exposées au risque
- 4.10 Pourcentage des populations les plus à risque atteintes par les programmes de prévention du VIH, 2005-2007
- 4.11 Variation en pourcentage de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, parmi les personnes ayant eu plus d'un(e) partenaire dans les 12 derniers mois (par sexe)

- 4.12 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel, parmi les personnes ayant eu plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois, dans trois pays lourdement affectés
- 4.13 Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2004-2007
- 4.14 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2007

CHAPITRE 5

- 5.1 Traitement du sida : événements choisis
- 5.2 Nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002-2007
- 5.3 Estimation du nombre de décès dus au sida chez les adultes et les enfants à l'échelle mondiale, 1990-2007
- 5.4 Intensification de la couverture antirétrovirale dans le temps dans un groupe choisi de pays connaissant des épidémies généralisées et concentrées, 2004-2007
- 5.5 Comparaison de la couverture de la thérapie antirétrovirale en 2007 entre les hommes et les femmes (pour les pays fournissant des données par sexe sur le nombre de personnes sous traitement)
- 5.6 Relation entre le taux de notification de la tuberculose et la prévalence du VIH au Zimbabwe, 1990-2005
- 5.7 Pourcentage des cas incidents de tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH, qui reçoivent à la fois des antirétroviraux et des médicaments antituberculeux, 2007
- 5.8 Besoins de traitement non satisfaits pour les cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, par région, 2007
- 5.9 Résultats des traitements des personnes atteintes de tuberculose séropositives au VIH et séronégatives au VIH, cohorte 2005
- 5.10 Dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose, tous pays, 2006
- 5.11 Pourcentage de pays qui annoncent des lois, réglementations ou politiques constituant des obstacles à la fréquentation des services pour les populations les plus exposées au risque
- 5.12 Pourcentage par revenu des pays qui annoncent la gratuité du traitement antirétroviral

CHAPITRE 6

- 6.1 Atténuation de l'impact du sida : événements choisis
- 6.2 Nombre estimé d'enfants de moins de 18 ans rendus orphelins à cause du sida en Afrique subsaharienne (1990-2007)
- 6.3 Ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5%
- Tableau 6.1 Appui aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) tel qu'indiqué par les pays dans lesquels la prévalence du VIH chez les adultes est $\geq 5\%$ (estimations 2005)
- 6.4 Enfants rendus orphelins par le sida en Afrique subsaharienne, 2006 et projections d'ici à 2015
- Tableau 6.2 Charges salariales liées au sida
- 6.5 Pourcentage de pays ayant des secteurs inclus dans la stratégie nationale de lutte contre le sida et des budgets affectés

MOBILISATION DES RESSOURCES

- A Estimation du total des ressources disponibles chaque année pour le VIH, 2000-2007 et projection d'ici à 2010 si l'élargissement actuel se maintient (milliards de US\$)
- B Dépenses pour des programmes destinés particulièrement aux populations les plus exposées au risque de VIH en pourcentage de l'ensemble des dépenses de prévention en fonction du type d'épidémie – fonds publics et internationaux, 2006
- C Dépenses VIH par habitant provenant de sources intérieures publiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
- D Dépenses intérieures publiques, Malawi (millions de US\$)
- E Dépenses intérieures annuelles : 20 premiers pays (US\$ 2,73 milliards). Rapports UNGASS (millions de US\$)
- F Dépenses VIH en fonction des sources de financement et du niveau de revenu, 2007, ou données les plus récentes disponibles
- G Décaissements bilatéraux et multilatéraux pour des programmes liés au VIH en 2006
- H Décaissements pour le VIH par million de dollars de PIB, 2006
- I Ressources disponibles par année, 2000-2007, et écart entre les ressources financières prévues si l'élargissement se poursuit et un scénario d'élargissement progressif pour atteindre l'accès universel entre 2010 et 2015 (milliards de US\$)

CHAPITRE 7

- 7.1 Ressources annuelles totales disponibles pour la riposte au sida, 1986-2007
- 7.2 Comparaison des pourcentages 2005 et 2007 de couverture du traitement antirétroviral pour les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH, et des pourcentages de couverture des médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes séropositives au VIH, par région
- Tableau 7.1 Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant. Répartition par quartile (N=113)
- Tableau 7.2 Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour les adultes et les enfants à un stade avancé de l'infection à VIH. Répartition par quartile (N=136)
- 7.3 Décès annuels dus au sida en comparant le taux actuel d'élargissement et la stratégie d'élargissement progressif pour réaliser l'accès universel entre 2010 et 2015
- 7.4 Dépenses pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, Mexique, 1995-2005 (millions de US\$)
- 7.5 Ressources nécessaires en 2010 en utilisant une stratégie d'élargissement progressif sur la voie de l'accès universel
- 7.6 Dépenses pour la prévention, les soins, le traitement, et la thérapie antirétrovirale (sources de financement publiques et internationales), Mozambique, 2004-2006, en millions de US\$
- 7.7 Pays déclarant mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre le sida conforme aux critères de qualité définis
- 7.8 Progrès des pays en ce qui concerne l'application des critères de qualité associés aux « Trois Principes » : un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation

Remerciements

Le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008 est un rapport du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Il comprend des contributions du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Programme alimentaire mondial (PAM), du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), de l'Organisation internationale du Travail (OIT), de l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Banque mondiale, du Fonds mondial et du Comité d'orientation de la société civile de l'UNGASS.

L'ONUSIDA rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes du système des Nations Unies dans la riposte au sida.



Le **HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (HCR)** a pour mandat de diriger et de coordonner l'action internationale pour la protection des réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence. Le HCR s'efforce d'assurer pour tous le respect du droit à demander l'asile et à trouver refuge dans un autre Etat. Le HCR est en première ligne pour combattre le VIH et le sida parmi les populations affectées par des conflits et les populations déplacées. Les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays sont vulnérables au risque d'infection par le VIH, car les conflits et les déplacements les exposent à la pauvreté, à la désintégration familiale, à la dislocation sociale et à une violence sexuelle accrue. Pour le HCR, la prévention, la prise en charge et le traitement du VIH, notamment l'accès au traitement antirétroviral, sont au centre de la protection globale des réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence.



Depuis 60 ans, le **FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)** travaille avec des partenaires du monde entier pour promouvoir la reconnaissance et l'accomplissement des droits fondamentaux des enfants. Ce mandat, tel que l'a défini la Convention relative aux droits de l'enfant, est mis en œuvre par le biais de partenariats avec des gouvernements, des organisations gouvernementales et des individus dans 162 pays, zones et territoires. L'UNICEF apporte à l'ONUSIDA ce vaste réseau ainsi qu'un potentiel de communication et de plaidoyer efficaces. Le VIH est l'une des priorités de base de l'UNICEF dans le cadre de son Plan stratégique à moyen terme 2006–2009. Conformément à ce Plan, dans le cadre de la campagne *Unissons-nous pour les enfants, contre le sida* et de la Répartition des tâches de l'ONUSIDA, l'UNICEF axe son appui aux pays sur quatre domaines prioritaires appelés les « Quatre P » : prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME+); procurer un traitement pédiatrique aux enfants; protéger, prendre en charge et soutenir les enfants affectés par le VIH; et prévenir l'infection chez les adolescents.



Le **PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL (PAM)** est la plus vaste organisation humanitaire de la planète. Il aide les familles démunies touchées par la faim et le sida en utilisant l'aide alimentaire et d'autres moyens pour s'occuper de prévention, de prise en charge et de soutien. L'aide alimentaire du PAM contribue à prolonger la vie des parents, permet aux orphelins et aux enfants vulnérables de rester à l'école, donne aux jeunes non scolarisés la possibilité d'obtenir des moyens d'existence durables et permet aux personnes atteintes de tuberculose d'achever leur traitement. Le PAM travaille en partenariat avec les gouvernements, les autres organismes du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des communautés et il aide les individus – quelle que soit leur sérologie VIH – qui ne disposent pas de nourriture en suffisance à assurer leur alimentation et leur sécurité alimentaire.



Le **PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD)**, réseau mondial de développement du système des Nations Unies, prône le changement et relie les pays aux connaissances, expériences et ressources dont leurs populations ont besoin pour améliorer leur vie. Présente sur le terrain dans 166 pays, l'organisation aide ses partenaires nationaux à relever les défis auxquels ils sont confrontés en matière de développement et à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. La lutte contre le sida constitue l'une des priorités du PNUD et, en tant que Coparrainant de l'ONUSIDA, il centre son activité sur les questions de développement et de gouvernance liées à l'épidémie de sida, protège les droits des personnes vivant avec le VIH et des groupes vulnérables et favorise l'égalité entre les sexes.



Fonds des Nations Unies
pour la Population

Par le biais du renforcement des liens entre le VIH et la santé reproductive, le **FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA)**, concentre sa riposte au sida – dans plus de 140 pays – sur la prévention du VIH parmi les jeunes et les femmes (y compris les plus marginalisés), sur des programmes complets de fourniture de préservatifs masculins et féminins, sans oublier les questions humanitaires et les situations d'après-conflit. L'UNFPA aide en outre les pays et les communautés à satisfaire les droits et les besoins des femmes et des adolescents séropositifs au VIH en matière de santé reproductive, à promouvoir le conseil et le test VIH volontaires et confidentiels, à soutenir la formation et les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à améliorer l'accès à l'information et l'éducation sur le VIH. L'UNFPA fournit aussi un appui dans le domaine démographique et socioculturel, ainsi que des études en vue d'orienter les programmes et politiques.



NATIONS UNIES
Office contre la drogue et le crime

L'**OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME (ONUDC)** a pour mandat d'aider les pays à lutter contre les drogues illicites, le crime et le terrorisme. Dans ce domaine de compétence au sein des Nations Unies, l'ONUDC est chargé de diriger la riposte de l'ONUSIDA au VIH parmi les consommateurs de drogues injectables et en milieu carcéral. L'ONUDC est également chargé de faciliter l'élaboration d'une riposte des Nations Unies au VIH parmi les personnes vulnérables au trafic d'êtres humains. Ces populations marginalisées sont souvent l'objet de discrimination et de violation de leurs droits humains. Seuls très peu d'individus ont accès aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien en matière de VIH. L'ONUDC aide les pays à fournir aux consommateurs de drogues injectables, aux détenus et aux personnes vulnérables au trafic d'êtres humains des services complets et concrets de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH en soutenant l'élaboration de lois et de politiques efficaces et le renforcement des capacités des parties prenantes nationales, y compris les organisations de la société civile et de la communauté, afin d'assurer à ces groupes de la population une couverture optimale des services liés au VIH.



L'**ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (OIT)** œuvre à satisfaire les aspirations des êtres humains au travail, à savoir les chances d'accéder à un emploi et à un salaire, à jouir de droits, de moyens d'expression et de reconnaissance, à bénéficier d'une stabilité familiale et d'un développement personnel, de justice et d'égalité entre les sexes. La notion de travail décent reflète les préoccupations des gouvernements, des travailleurs et des employeurs qui, ensemble, donnent à l'OIT son identité tripartite unique. L'OIT offre à la riposte au sida un accès direct au lieu de travail, où des politiques et programmes de lutte contre le sida contribuent à atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien. En intégrant le sida dans les structures du monde du travail, l'OIT contribue à la protection contre la discrimination, par les lois sur le travail, encourage des approches globales de la prévention grâce aux mécanismes de la sécurité et de la santé du travail et elle soutient les moyens d'existence des personnes affectées par le sida en fournissant des formations, des possibilités d'emploi et une protection sociale.



Le mélange caractéristique de ses compétences en éducation, sciences naturelles et humaines, culture, communication et information donne à l'**ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (UNESCO)** une capacité interdisciplinaire, organisationnelle et technique qui lui permet de contribuer à la réalisation de l'accès universel aux programmes complets de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien en matière de VIH. En sa qualité d'institution chargée, par la Répartition des tâches de l'ONUSIDA, de la prévention de la transmission du VIH parmi les jeunes dans les établissements scolaires, l'UNESCO continue à promouvoir les ripostes globales et élargies du secteur de l'enseignement au sida et un engagement intensifié de ce secteur dans les ripostes nationales au sida. Son leadership dans l'Initiative EDUSIDA (l'Initiative mondiale de l'ONUSIDA sur l'éducation et le VIH et le sida) et son rôle de coordination de l'Equipe de travail inter-institutions (ETII) de l'ONUSIDA sur l'éducation sont deux mécanismes qui soutiennent le renforcement des partenariats et de la coopération stratégiques entre les ministères de l'éducation, les Coparrainants de l'ONUSIDA, les institutions bilatérales et les groupes de la société civile aux niveaux mondial, régional et national en vue de garantir un maximum de synergie et d'impact.



L'objectif de l'**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)** est la possession pour tout être humain du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Son action dans le domaine du VIH est centrée sur l'élargissement rapide des traitements et de la prise en charge en parallèle avec l'accélération de la prévention et le renforcement des systèmes de santé afin que la riposte du secteur de la santé à l'épidémie soit plus efficace et plus complète. L'OMS définit et élabore des normes et des directives techniques efficaces, encourage les partenariats et fournit un appui stratégique et technique aux Etats Membres. L'Organisation contribue également au fonds des connaissances mondiales sur le sida en soutenant la surveillance, le suivi et l'évaluation, en examinant les résultats des interventions et en encourageant l'intégration de la recherche dans la prestation des services de santé.



La mission de la **BANQUE MONDIALE** est de combattre la pauvreté. Elle est l'une des plus importantes sources de financement et de connaissances pour les pays en développement. Le travail de la Banque mondiale sur le sida contribue à l'élargissement des programmes en vue de l'accès universel à la prévention, à la prise en charge et au traitement, grâce à l'appui qu'elle apporte aux efforts déployés pour renforcer les stratégies nationales sur le sida ainsi que le suivi et l'évaluation, au financement de programmes complets de lutte contre le sida et aux actions en vue de faire du sida un élément de l'ordre du jour élargi du développement. D'ici à décembre 2007, la Banque mondiale avait engagé plus de US\$ 3,6 milliards dans des programmes de lutte contre le sida à l'échelle mondiale. La plupart des ressources ont été fournies à des conditions extrêmement favorables, notamment des subventions aux pays les plus pauvres. La Banque mondiale travaille en partenariat avec les gouvernements, les bailleurs de fonds, les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA, la société civile et le secteur privé pour mettre en place des ripostes globales au sida, comprenant la prévention, la prise en charge, le traitement et l'atténuation de l'impact.

Avant-propos

Le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008 confirme que le monde voit, enfin, des avancées réelles dans sa riposte au sida.

Les gouvernements se conforment aux engagements qu'ils ont pris lors de la Rencontre de haut niveau des Nations Unies sur le VIH/sida de 2006 concernant l'élargissement de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010. En 2008, un petit nombre de pays offrent déjà l'accès universel au traitement antirétroviral et aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. D'autres sont sur le point d'y parvenir. Dans un nombre croissant de pays, les niveaux d'infection à VIH sont à la baisse.

Mais ce n'est qu'un début. Après 27 ans, l'épidémie de sida continue de défier tous nos efforts. Aujourd'hui, pour deux personnes qui entament un traitement antirétroviral, cinq autres sont nouvellement infectées. Si nous ne prenons pas des mesures urgentes pour intensifier la prévention du VIH, nous ne parviendrons pas à maintenir les gains obtenus au cours de ces dernières années, et l'accès universel restera simplement un vœu pieux.

Ce rapport mondial 2008 est le plus exhaustif jamais publié. Il est fondé sur des contributions d'une ampleur et d'une précision sans précédent émanant des pays. Il contient des informations précieuses sur ce qui marche et pourquoi, et met en lumière les principaux enjeux auxquels nous sommes confrontés dans notre quête d'une riposte efficace au sida – aujourd'hui et au cours des décennies à venir.

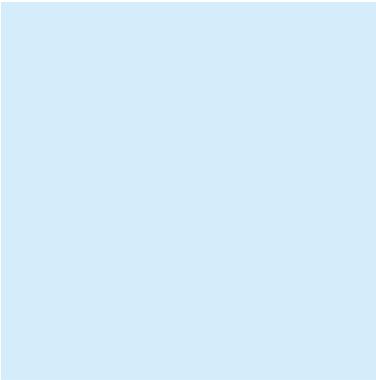
Le sida est un problème extrêmement complexe qui demande une réponse sans égal de la part de l'ensemble des secteurs de la société, dans le monde entier. Mais comme le montre le présent rapport, il est de plus en plus clair qu'avec la volonté et les ressources nécessaires, nous pouvons y parvenir.



Dr Peter Piot

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

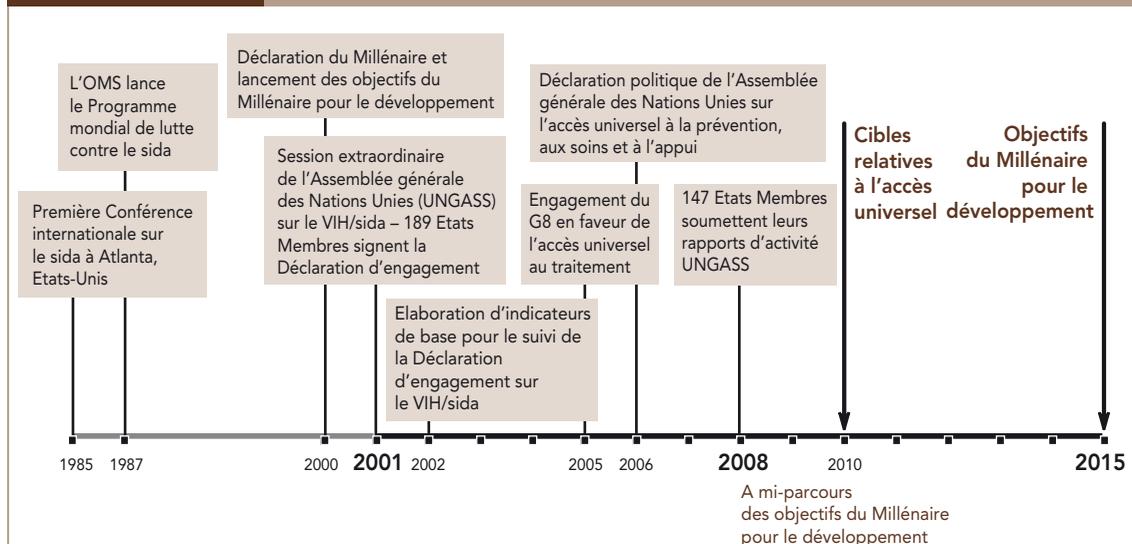
Le défi mondial du VIH: évaluer les progrès réalisés, identifier les obstacles, renouveler l'engagement



Chapitre 1


FIGURE 1.1

Riposte mondiale à l'épidémie : événements choisis



Messages clés

- Ce rapport présente l'évaluation mondiale la plus exhaustive jamais entreprise de la riposte au VIH ; elle est fondée sur les rapports d'activité émanant de 147 pays sur les progrès réalisés au niveau national dans la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de 2001.
- Un nombre sans précédent de groupes de la société civile se sont joints à leurs homologues gouvernementaux et ont participé au processus d'établissement des rapports, utilisant leur participation comme moyen de faire connaître au monde la situation au sein de leur pays.
- La riposte au VIH est cruciale pour la réalisation de l'agenda du développement mondial au sens large.
- La multiplication par six du financement pour les programmes VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire commence à porter ses fruits, et de nombreux pays ont réalisé des progrès considérables pour faire baisser les décès dus au sida et prévenir les nouvelles infections.
- Les progrès restent toutefois inégaux, rappelant qu'il est nécessaire d'intensifier l'action pour s'approcher de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.
- La réalisation des nombreux engagements politiques relatifs au VIH exigera un leadership plus fort, de s'appuyer sur les succès récents, en ne perdant pas de vue les enseignements tirés, les ressources financières accrues, la meilleure coordination des efforts, et une action efficace pour aborder les déterminants sociétaux du risque et de la vulnérabilité dans le domaine du VIH.
- Les systèmes de suivi et d'évaluation sont en train d'être renforcés, en majorité par le biais de fonds extérieurs, car les pays ne font que commencer à appliquer la condition générale qui consiste à ce que jusqu'à 10% des fonds programmatiques puissent être utilisés pour renforcer de tels systèmes.

L'épidémie de VIH a changé notre monde

Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie de plus de 20 ans, ralenti la croissance économique, et aggravé la pauvreté des ménages. Dans la seule Afrique subsaharienne, l'épidémie a rendu orphelins¹ plus de 12 millions d'enfants de moins de 18 ans. Dans de nombreuses populations des pays de l'Afrique subsaharienne, la pyramide naturelle des âges a été faussée de manière spectaculaire par le VIH, avec des conséquences potentiellement graves s'agissant du transfert des connaissances et des valeurs d'une génération à l'autre. En Asie, où les taux d'infection sont beaucoup plus faibles qu'en Afrique, le VIH provoque une perte de productivité bien plus importante que n'importe quelle autre maladie et il est susceptible de précipiter six millions de ménages supplémentaires dans la pauvreté d'ici à 2015 si les ripostes nationales ne sont pas renforcées (Commission on AIDS in Asia, 2008). Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le VIH a infligé « le plus important revers du développement humain » de l'histoire moderne (PNUD, 2005).

Dans le même temps, l'épidémie nous a fait prendre conscience des disparités dans le domaine de la santé, et a catalysé une action sans précédent pour faire face à certains des plus grands enjeux du développement mondial. Aucune maladie n'a jamais suscité une mobilisation comparable des ressources politiques, financières et humaines, et aucun problème de développement n'a conduit à un tel niveau de leadership et d'appropriation par les communautés et les pays les plus gravement touchés. En grande partie du fait de l'impact du VIH, les individus à travers le monde sont aujourd'hui moins disposés à tolérer des injustices en matière de santé et de statut économique qui n'avaient pas été prises en compte jusqu'ici.

En 2000, les dirigeants mondiaux se sont entendus sur une série d'objectifs du Millénaire pour le développement qui traduisaient une toute nouvelle

résolution de rendre le monde plus sûr, plus sain, et plus équitable. L'objectif 6 du Millénaire pour le développement stipule que, d'ici à 2015, le monde aura stoppé et commencé à inverser le cours de l'épidémie mondiale de VIH. En faisant de la riposte au VIH l'une des premières priorités sur le plan international pour le 21^e siècle, les dirigeants mondiaux ont reconnu la place centrale de la riposte au VIH pour la santé et le bien-être futurs de notre planète de plus en plus interconnectée.

En 2001, lors de la toute première Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida, les Etats Membres des Nations Unies ont renforcé la riposte à l'objectif 6 du Millénaire pour le développement en approuvant à l'unanimité la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Cette *Déclaration* comprenait des cibles assorties de délais destinées à générer une action mesurable et des progrès concrets dans la riposte au sida. Cinq ans plus tard, en 2006, lors de l'examen portant sur la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement*, les Etats Membres des Nations Unies ont réaffirmé les promesses faites lors de la Session extraordinaire de 2001. Dans leur *Déclaration politique sur le VIH/sida*, ils se sont également engagés à prendre des mesures exceptionnelles pour s'approcher de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010.

Le présent *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* paraît à mi-parcours entre la *Déclaration d'engagement* de l'UNGASS de 2001 et la date-butoir de 2015 pour l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, et deux ans seulement avant la date convenue pour l'accès universel. Cela nous donne l'opportunité d'évaluer la riposte au VIH et de comprendre ce qui doit être fait pour veiller à ce que les nations soient sur la bonne trajectoire afin de remplir leurs engagements vis-à-vis du VIH.

¹ Contrairement à l'usage traditionnel, l'ONUSIDA utilise le terme « orphelin » pour décrire un enfant qui a perdu un parent ou ses deux parents ; l'organisation emploie les termes « orphelin de mère », « orphelin de père » et « double orphelin » pour décrire un enfant ayant perdu respectivement sa mère, son père, ou ses deux parents.

Une riposte efficace au VIH: vitale pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

Si l'un des objectifs du Millénaire pour le développement (l'objectif 6) prend spécifiquement en compte l'épidémie de VIH, une riposte efficace au VIH appuiera également d'autres objectifs du Millénaire pour le développement approuvés par la communauté internationale, comme indiqué ci-dessous.

Objectif 1 du Millénaire pour le développement: Réduire l'extrême pauvreté et la faim. Tout particulièrement dans les contextes où la prévalence est élevée, le VIH aggrave la pauvreté des ménages, ralentit la croissance économique, et mine des secteurs vitaux dont dépend le développement de l'économie. Dans les zones rurales où la prévalence du VIH est élevée, l'épidémie dégrade des pans entiers de l'agriculture et exacerbe l'insécurité alimentaire (voir Chapitre 6). Le fait d'alléger le fardeau de l'épidémie aide les pays à développer leur économie, à réduire les inégalités de revenu, et à prévenir la famine.

Objectif 2 du Millénaire pour le développement: Assurer l'éducation primaire pour tous. La riposte au VIH encourage les initiatives pour l'éducation universelle; ces dernières offrent un secteur essentiel pour l'éducation à la prévention du VIH parmi les jeunes et diminuent la vulnérabilité des filles au VIH (voir Chapitre 4). La fréquentation de l'école se situe au centre des initiatives visant à prendre en compte les besoins des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH (voir Chapitre 6). Un meilleur accès au traitement aide à atténuer les effets de l'épidémie sur des systèmes d'éducation fragilisés; il réduit également la probabilité pour les jeunes d'être retirés de l'école du fait de la présence du VIH au sein du foyer.

Objectif 3 du Millénaire pour le développement: Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes. La riposte au VIH aide à mener des efforts pour réduire les inégalités entre les sexes (voir Chapitre 3). Les pays font aujourd'hui l'objet d'un suivi du degré auquel l'égalité des sexes fait partie intégrante des ripostes nationales au VIH. L'épidémie a ainsi rendu plus urgentes les initiatives pour établir de nouvelles normes sexospécifiques, et des efforts considérables sont en cours sur le plan mondial pour élaborer des méthodes de prévention du VIH à l'initiative des femmes (voir Chapitre 4). Le VIH a incité les parents, les communautés ainsi que les gouvernements à renouveler leur engagement pour prendre en compte les besoins en matière de santé reproductive des femmes, des filles, et des minorités sexuelles.

Objectif 4 du Millénaire pour le développement: Réduire la mortalité infantile. Au début de cette décennie, le sida représentait 3% de l'ensemble des décès parmi les enfants de moins de 5 ans – un tribut susceptible d'être bien plus important aujourd'hui du fait du niveau élevé de la transmission mère-enfant du VIH observé ces dernières années (OMS, 2005). L'intensification des stratégies de prévention qui peuvent presque éliminer le risque de transmission mère-enfant du VIH représente un élément clé d'une riposte exhaustive au VIH.

Objectif 5 du Millénaire pour le développement: Améliorer la santé maternelle. Les femmes représentent aujourd'hui la moitié environ de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, et plus de 60% des infections en Afrique (voir Chapitre 2). Un accès accru aux médicaments antirétroviraux améliore la santé et le bien-être des femmes, par le biais de programmes associant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à un traitement continu afin d'aider les mères à rester en vie et en bonne santé pour prendre soin de leurs enfants. L'intégration d'initiatives relatives au VIH dans des programmes de santé sexuelle et reproductive contribue à faire en sorte que les femmes aient accès à l'information et aux services dont elles ont besoin pour prendre des décisions en matière de reproduction en toute connaissance de cause.



Objectif 6 du Millénaire pour le développement: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Une riposte solide au VIH rapporte des bénéfices dans le domaine de la santé qui vont bien au-delà du VIH en soi. Par exemple, le VIH est un facteur qui contribue largement à la propagation continue de la tuberculose. L'effort visant à élargir l'accès au traitement contre le VIH dans les contextes de ressources limitées contribue à renforcer des infrastructures sanitaires fragiles et permet d'améliorer les capacités humaines dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (voir Chapitre 5).

Objectif 8 du Millénaire pour le développement: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement. Davantage peut-être que tout autre problème actuel, le VIH a mis en lumière les inégalités mondiales et économiques, et a galvanisé l'action dans le domaine du développement international. Le VIH a aidé à placer les individus au centre du développement; il a également aidé à faire en sorte que les stratégies de développement soient diversifiées, respectent les droits de l'homme, et appartiennent aux pays.

Promettre des avancées, mais rencontrer des difficultés

La multiplication par six du financement pour les activités de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de cette décennie commence à donner des résultats. Depuis que ce que nous connaissons aujourd'hui comme le sida a été identifié pour la première fois il y a 27 ans, des signes de progrès importants dans la riposte au VIH sont apparus. Le nombre annuel de décès dus au sida a décliné au cours des deux dernières années, passant de 2,2 millions [1,9 million-2,6 millions] en 2005 à 2,0 millions [1,8 million-2,3 millions] en 2007, en partie du fait de l'augmentation substantielle de l'accès au traitement du VIH au cours de ces dernières années. Dans plusieurs pays durement touchés – tels que le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda et le Zimbabwe – des modifications considérables des comportements sexuels se sont accompagnées d'un déclin du nombre des nouvelles infections à VIH, contribuant dès la fin des années 1990 à une stabilisation au niveau mondial du pourcentage des personnes de 15 à 49 ans infectées par le VIH.

Mais ces gains n'ont pas été homogènes au sein des régions et entre ces dernières, et les tendances favorables sur le plan de l'épidémiologie et des comportements ne se sont pas maintenues dans certains pays (voir Chapitre 4). Les infections sont en augmentation dans plusieurs pays, notamment l'Allemagne, la Chine, la Fédération de Russie,

l'Indonésie, le Mozambique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Royaume-Uni, l'Ukraine et le Viet Nam. Dans d'autres pays – comme l'Afrique du Sud, le Lesotho, la Namibie et le Swaziland – la prévalence du VIH semble s'être stabilisée à des niveaux extraordinairement élevés. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le nombre de personnes sous médicaments antirétroviraux s'est accru, mais actuellement la plupart des individus qui ont besoin de ces thérapies n'en bénéficient pas (voir Chapitre 5). De plus, l'épidémie devance le taux auquel ces médicaments sont distribués. En 2007, le nombre estimé de nouvelles infections à VIH était 2,5 fois plus élevé que le nombre de personnes sous médicaments antirétroviraux cette année-là, soulignant ainsi la nécessité de faire beaucoup mieux s'agissant de prévenir les nouvelles infections à VIH.

La stabilisation récente de l'épidémie mondiale ne peut masquer son principal aspect – son énorme tribut humain. Depuis le début de l'épidémie, 25 millions de personnes sont décédées de causes liées au VIH. Collectivement, ces décès représentent une perte incalculable de potentiel humain. Individuellement, chaque décès est associé à un traumatisme au sein des ménages et des communautés.

Les progrès considérables réalisés ces dernières années risquent également d'en pousser certains à l'autosatisfaction. Les indications que le nombre annuel de nouvelles infections à VIH dans le monde



pourrait avoir atteint un pic autour du début du siècle ont évoqué dans les médias populaires l'hypothèse que l'épidémie a peut-être entamé un déclin sur le long terme (McNeil, 2007). Pourtant l'histoire des maladies infectieuses nous rappelle que les épidémies sont souvent cycliques, caractérisées par des vagues d'infection qui rendent difficiles les prévisions quant au cours futur de l'épidémie (Commission on AIDS in Asia, 2008; May & Anderson, 1979). En fait, l'épidémie de VIH a continuellement défié les prédictions tirées des modèles épidémiques. Il y a 10 ans, rares sont ceux qui auraient prédit qu'un million de personnes au moins vivaient avec le VIH dans la seule Fédération de Russie. Si l'on se fie à l'histoire de l'épidémie, le VIH est susceptible de nous réserver d'autres surprises auxquelles le monde doit se préparer.

Par dessus tout, les dimensions de l'épidémie restent stupéfiantes. Pour la seule année 2007, 33 millions [30,3 millions-36,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH, 2,7 millions [2,2 millions-3,2 millions] de personnes ont été infectées par le virus, et 2 millions [1,8 millions-2,3 millions] de personnes sont décédées de causes liées au VIH.

Objectif et contenu du rapport

Le présent rapport passe en revue la situation actuelle de la riposte mondiale au VIH dans une série de chapitres consacrés à des domaines thématiques clés. Pour chacun de ces thèmes, le rapport évalue la riposte en essayant de répondre à plusieurs questions qui y sont liées :

- Les actions justes sont-elles prises ?
- Les actions justes sont-elle entreprises d'une manière adaptée ?
- Ces actions ont-elles été suffisamment intensifiées pour faire la différence ?

Pour répondre à ces questions, le rapport se fonde en grande partie sur les données signalées à l'ONUSIDA par 147 Etats Membres des Nations Unies au début 2008; les données sont liées à 25 indicateurs de base UNGASS (Tableau 1), élaborés pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement*.² Le nombre de pays communiquant des rapports sur ces indicateurs et l'exhaustivité des rapports nationaux se sont régulièrement améliorés depuis le début de l'établissement des rapports en 2003 (Figure 1.2). Cette amélioration souligne

² Les exemplaires des rapports soumis par les pays sont disponibles sur le site web de l'ONUSIDA (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/Default.asp>).

TABLEAU 1

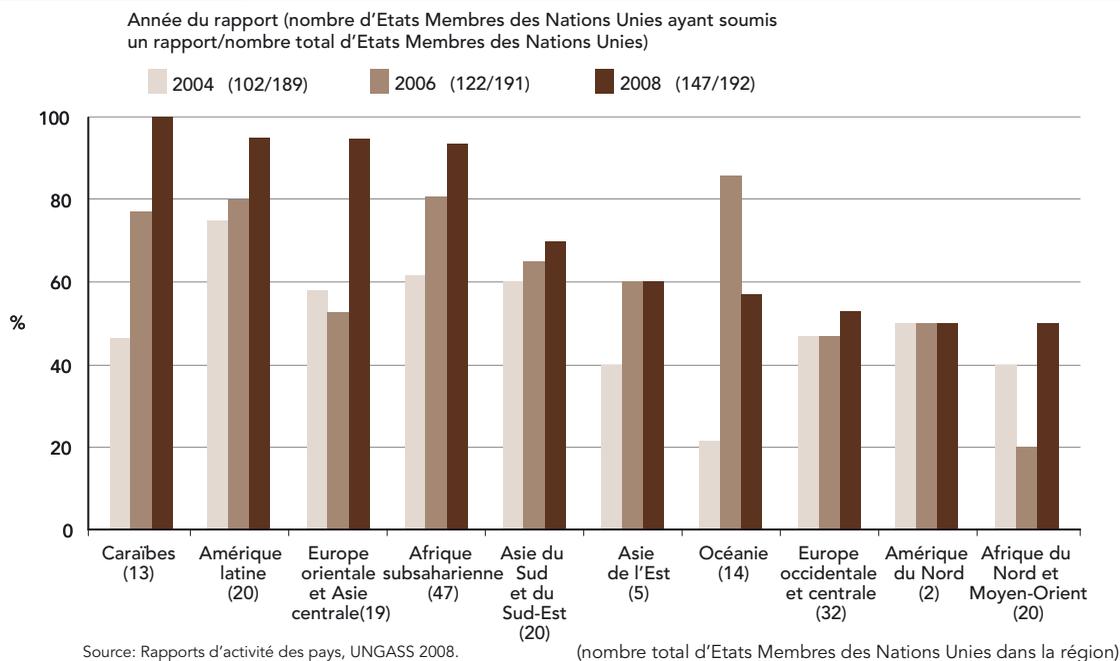
Indicateurs nationaux pour la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*

Engagement et action sur le plan national
1. Dépenses intérieures et internationales relatives au sida par catégories et sources de financement
2. Indice composite des politiques nationales (domaines abordés: sexospécificité, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, prévention, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile et évaluation)
Programmes nationaux (sécurité transfusionnelle, couverture par thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables et éducation)
3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séroposivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes bénéficiant des programmes de prévention du VIH
10. Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire
Connaissances et comportements
12. Scolarisation actuelle des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*
13. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus*
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus
15. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.
17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue
Impact
22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH*
23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque
24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH*

* Indicateur du Millénaire pour le développement.

FIGURE 1.2

Pourcentage d'Etats Membres des Nations Unies ayant soumis des rapports, par région, 2004-2008



l'engagement national accru en faveur du suivi et de l'évaluation dans le domaine du VIH; elle montre également une plus grande appropriation du suivi des engagements concernant le VIH par les pays au début de la présente décennie. En 2008, tous les pays des Caraïbes avaient soumis un rapport sur les indicateurs de base; des rapports ont également été reçus de la part de presque tous les pays d'Amérique latine, d'Europe orientale et d'Asie centrale, et d'Afrique subsaharienne. Les taux de soumission des rapports ont été nettement plus faibles dans les autres régions.

Sur la base d'engagements spécifiques, assortis de délais, pris en 2001 par les pays lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, les indicateurs de base UNGASS couvrent tout un éventail de variables, telles que la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans, la couverture par la thérapie antirétrovirale et les principales initiatives pour la prévention du VIH, les services de soutien destinés

aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH, et l'adoption nationale des politiques recommandées en matière de VIH. Les informations émanant des rapports d'activité nationaux sont complétées par d'autres sources de données telles que les enquêtes dans les ménages, les rapports de la société civile, et les données sur les budgets et le suivi des programmes des gouvernements donateurs, des Coparrainants de l'ONUSIDA, des fondations philanthropiques, et des organismes de recherche biomédicale.

L'engagement de la société civile dans le suivi des progrès réalisés par la riposte au VIH

La participation de la société civile fait partie intégrante du processus d'établissement des rapports. L'ONUSIDA a engagé un consortium d'organisations de la société civile, dirigé par le Réseau international d'organisations d'entraide et de lutte contre le sida et la Coalition internationale pour la santé des femmes,

afin qu'il apporte son soutien aux organisations de la société civile pour l'établissement des rapports nationaux.³

Des progrès considérables ont été réalisés depuis le dernier cycle de rapports concernant l'inclusion de la société civile dans l'établissement des rapports nationaux. Les autorités nationales de lutte contre le VIH, qui étaient responsables de la soumission des données sur les indicateurs clés pour la *Déclaration d'engagement*, ont indiqué que la société civile avait apporté sa contribution dans 82% des pays, et que les personnes vivant avec le VIH avaient apporté leur contribution dans 75% des pays. En Indonésie, par exemple, la société civile a accepté d'inclure un « rapport communautaire » représentant le point de vue de la société civile dans les soumissions officielles à l'ONUSIDA.

La société civile a un rôle important et officiel à jouer dans l'élaboration de l'Indice composite des politiques nationales. Cet indice évalue les progrès réalisés dans la mise en place et l'application de solides politiques et stratégies nationales relatives au VIH. Il s'agit d'un questionnaire important, rempli par le biais d'un examen des documents pertinents et d'entretiens avec les personnes qui connaissent le mieux les thèmes étudiés. La Partie A de l'Indice est remplie par des responsables gouvernementaux, tandis que la Partie B est préparée par des représentants de la société civile et par des organisations bilatérales et multilatérales.

Dans tous les pays, la société civile a apporté sa participation pour ce qui est de remplir l'élément non gouvernemental de l'Indice.⁴ En tout, plus de 700 organisations non gouvernementales locales (représentées par bien davantage d'individus) ont servi d'informateurs clés pour l'Indice, dépassant de loin les organisations non gouvernementales internationales et les organisations bilatérales et multilatérales impliquées. Des organismes des Nations Unies ont contribué à la préparation de la partie non gouvernementale de l'Indice dans 65% des pays, et des agences donatrices multilatérales ont apporté leur assistance dans 29% des pays.

Les groupes de la société civile de 19 pays ont soumis des informations parallèles supplémentaires sur la riposte nationale au VIH. Ces informations comprenaient des données supplémentaires ou qualitatives pour compléter les rapports nationaux, telles que des données d'enquêtes sur la santé sexuelle et reproductive et les droits en la matière. Dans certains de ces pays, lorsque la société civile n'était pas incluse dans les rapports nationaux ou lorsque les pays n'ont pas fourni de rapport national, des rapports « fantômes » ont été soumis.

Utiliser des données probantes pour évaluer les progrès réalisés

Dans l'ensemble, le corpus de données rassemblées en 2008 sur les efforts nationaux permet d'obtenir l'évaluation la plus exhaustive jamais effectuée des progrès réalisés aux niveaux mondial, régional et national pour lutter contre l'épidémie. L'information présentée dans ce rapport permet au lecteur d'évaluer les avancées depuis 2001, d'identifier les points forts et les faiblesses de la riposte à ce jour, et de mieux comprendre l'ampleur des défis auxquels le monde est confronté dans sa tentative de commencer à inverser l'épidémie d'ici à 2015. Un chapitre de clôture sur l'intensification (voir Chapitre 7) examine spécifiquement les principaux obstacles à l'accélération de la lutte contre le VIH et décrit les stratégies les plus prometteuses pour vaincre ces obstacles.

Le rapport comprend également des profils d'individus venant de différentes régions qui vivent avec ou sont affectés par le VIH, ou encore agissent contre le VIH. Ces profils nous rappellent les dimensions humaines de la riposte mondiale au VIH – derrière chaque chiffre cité dans ce rapport se trouve une personne qui possède un droit humain inaliénable à la dignité, au respect, et à des soins de santé efficaces. Ils soulignent également l'un des enseignements persistants du VIH – que les efforts en matière de santé internationale et de développement doivent en fin de compte appartenir aux personnes qui sont les plus affectées, et que ce sont ces dernières qui doivent les diriger.

³ Pour une description complète des méthodes utilisées pour l'établissement des rapports nationaux sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, notamment l'ampleur de la participation de la société civile à l'établissement des rapports nationaux, voir l'Annexe 2.

⁴ Tous les Etats Membres n'ont pas fourni de données pour l'Indice composite des politiques nationales (130/192) et quatre pays n'ont pas indiqué qui avait fourni les réponses.

Amélioration du suivi et de l'évaluation au niveau des pays : faciliter une riposte à l'épidémie fondée sur des données probantes

Depuis que le VIH a été reconnu pour la première fois, les approches et méthodologies pour suivre l'épidémie et la riposte se sont continuellement améliorées. De ce fait, le monde est mieux équipé que jamais pour estimer la prévalence du VIH ou le taux des nouvelles infections à VIH, pour déterminer l'ampleur de la couverture des programmes, pour caractériser et évaluer les ripostes nationales, et pour estimer le niveau de financement à la disposition des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Rapports d'activité des pays

Au moment de mettre ce rapport sous presse, 147 Etats Membres des Nations Unies avaient soumis des informations nationales au sujet des 25 indicateurs de base de l'UNGASS élaborés par l'ONUSIDA et ses partenaires pour le suivi de la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Au fur et à mesure que les rapports d'activité des pays étaient soumis au début 2008, l'ONUSIDA les affichait sur Internet dans une version non mise en forme.

Pour la première fois, ce rapport permet de comprendre les principales tendances de la riposte au VIH pour des indicateurs clés qui n'ont pas changé de manière significative. Par exemple, le rapport examine les tendances de la prévalence du VIH et les connaissances au sujet du VIH parmi les jeunes, l'accès à la thérapie antirétrovirale, et l'adoption nationale des protections pertinentes en matière de droits de l'homme. Il met également en lumière les variations régionales et sous-régionales des tendances épidémiologiques, des comportements, et des ripostes nationales, tout en reconnaissant l'utilité limitée qu'ont pour les décideurs nationaux les valeurs numériques mondiales sur les indicateurs du VIH.

Le rapport offre une première estimation des informations les plus récentes sur l'épidémie et sur les ripostes nationales. L'ONUSIDA et ses partenaires de la recherche prévoient d'effectuer un suivi des données sur les indicateurs qui sont résumées dans ce rapport mondial à l'aide de documents analytiques plus approfondis sur des domaines thématiques particuliers et d'études qui passent en revue de manière plus exhaustive des données pertinentes à diverses régions.

Accroître les capacités nationales en matière de suivi et d'évaluation

Ce rapport reflète certaines améliorations qui ont été apportées aux systèmes d'information nationaux et mondiaux au cours de ces dernières années. Dès 2004, l'ONUSIDA s'est lancé dans un effort à long terme destiné à renforcer les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation pour le VIH. D'ici à 2008, une soixantaine de conseillers en suivi et évaluation avaient été placés dans les bureaux nationaux et régionaux de l'ONUSIDA. Ces conseillers :

- apportent un appui technique continu pour le développement du potentiel national en matière de suivi et d'évaluation ;
- collaborent avec les programmes nationaux de lutte contre le sida pour élaborer et suivre des indicateurs mesurables afin d'évaluer la mise en œuvre des stratégies nationales ; et
- aident les pays à élargir les activités de suivi et d'évaluation du niveau national au niveau du district.

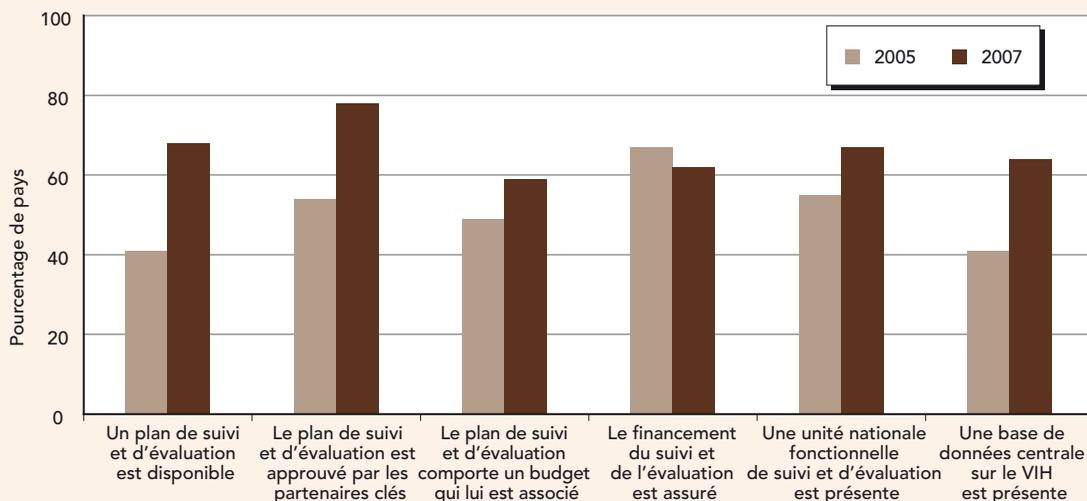


Les pays reçoivent un soutien permanent pour l'élaboration et le maintien d'un système national exhaustif de suivi et d'évaluation dans le domaine du VIH. Ils bénéficient également d'une gamme croissante d'autres sources d'assistance technique, notamment l'Equipe mondiale de suivi et d'évaluation de la lutte contre le sida, localisée au sein de la Banque mondiale, et le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). Les Coparrainants individuels de l'ONUSIDA, tels que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (UNICEF, ONUSIDA & OMS, 2008) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ont également intensifié leur assistance technique pour le suivi et l'évaluation.

L'assistance accrue fournie aux pays vise à faciliter une meilleure coordination des parties prenantes nationales à l'aide d'un seul cadre de suivi et d'évaluation. Cela correspond aux «Trois Principes» pour une action efficace au niveau des pays – un cadre stratégique national, un organe national de coordination, et un système de suivi et d'évaluation (voir Chapitre 7).

Comme l'indique la Figure 1.3, le pourcentage de pays dotés d'une base de données centrale sur le VIH s'est accru de 41% en 2005 à 68% en 2007, et l'approbation du plan de suivi et d'évaluation par les partenaires clés a également passé de 54% en 2005 à 78% en 2007 (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

FIGURE 1.3 Pourcentage de pays ayant mis en place des éléments de suivi et d'évaluation, 2005 et 2007



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.



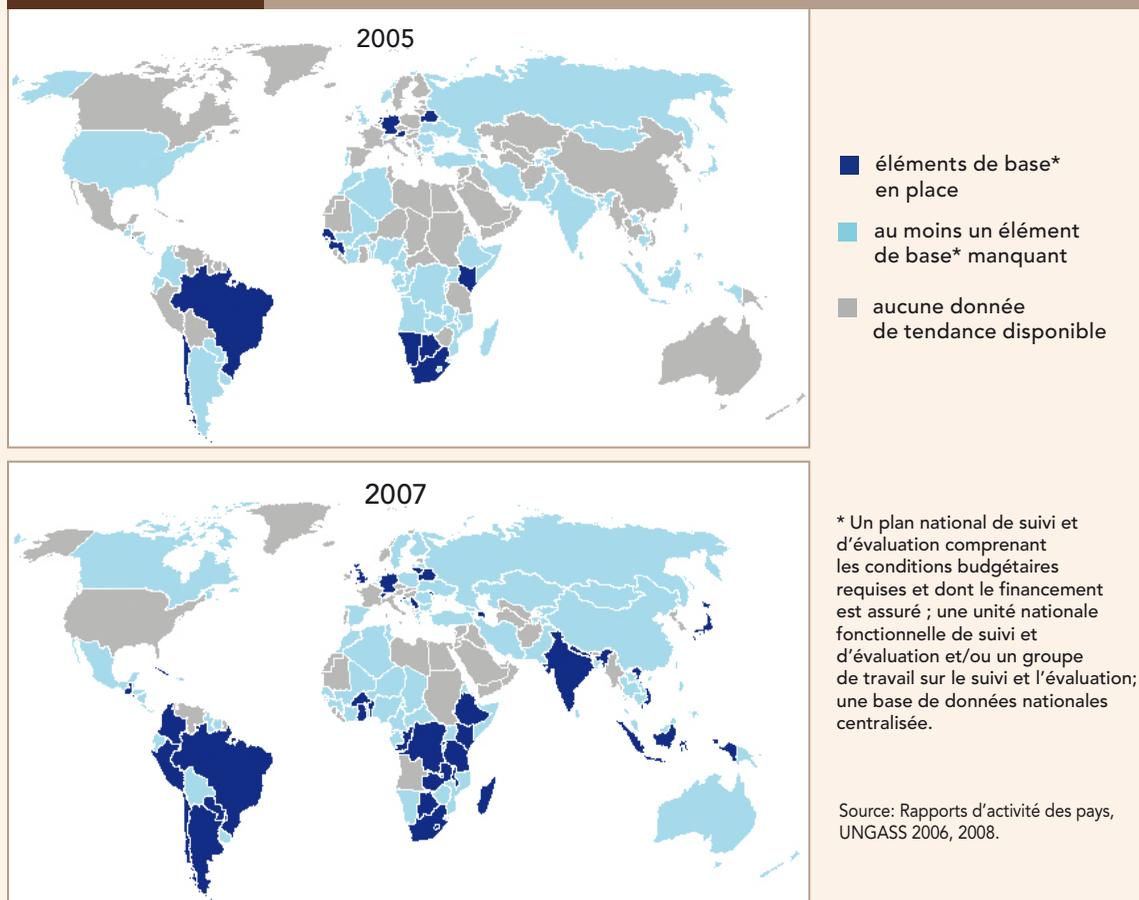
Entre 2005 et 2007, le nombre de pays dotés d'un plan national de suivi et d'évaluation dont le financement est assuré, d'une unité nationale fonctionnelle de suivi et d'évaluation ou d'un groupe de travail technique national, ainsi que d'une base de données centralisée sur le VIH, a passé de 14 à 44 (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a joué un rôle clé dans l'amélioration des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. Les propositions pour une assistance du Fonds mondial doivent être fondées sur des informations solides au niveau des pays. En outre, il est essentiel de soumettre des rapports nationaux précis et en temps opportun pour assurer un financement continu conformément à l'approche du Fonds mondial fondée sur les résultats.

Non seulement les systèmes de suivi et d'évaluation sont plus solides, mais les méthodes disponibles pour surveiller les principaux aspects de l'épidémie se sont améliorées. Dans les pays connaissant des épidémies généralisées, le recours plus fréquent à des enquêtes nationales dans les ménages a accru la précision et la fiabilité des estimations nationales de la prévalence, de l'incidence, et de la mortalité due au VIH (voir Chapitre 2). La Figure 1.4 montre les tendances mondiales du renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation.

FIGURE 1.4

Tendances mondiales du renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation, 2005 et 2007



Parvenir à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH

Pour accélérer les progrès en direction de la date-butoir de 2015 concernant les objectifs du Millénaire pour le développement, la communauté mondiale a approuvé l'objectif qui consiste à se diriger vers

l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010. L'étape a une signification historique pour la santé mondiale et le développement. Transformer les aspirations en réalisations va demander un engagement et des ressources sans précédent, ainsi que des moyens novateurs pour aborder les difficultés

Principales faiblesses et lacunes dans le suivi et l'évaluation

Si les améliorations des capacités nationales de suivi et d'évaluation sont évidentes, des lacunes et faiblesses cruciales subsistent néanmoins. Un pays sur quatre doté d'un plan national de suivi et d'évaluation n'a pas calculé les exigences budgétaires, et un sur trois n'a pas assuré le financement pour la mise en œuvre du plan. Plus d'un tiers des pays dotés d'un plan de suivi et d'évaluation n'ont pas de base de données centralisée sur le VIH. Pour développer les capacités nationales nécessaires afin de fournir une base de données solide pour la prise de décisions sur les politiques et les programmes, les pays doivent avoir facilement accès aux ressources financières et techniques pour le suivi et l'évaluation, notamment la surveillance du VIH. Le Fonds mondial, la Banque mondiale et le PEPFAR autorisent à réserver jusqu'à 10% de toute subvention pour le suivi et l'évaluation, mais les pays ne font que commencer à profiter de cette disposition.

Les dépenses signalées⁵ concernant le suivi et l'évaluation se situent entre 0,1% des dépenses nationales pour le VIH et 15,6% (médiane 0,9%, indicateur No 1 de l'UNGASS, données 2006-2007). Dans plus de la moitié des pays (54%), les activités de suivi et d'évaluation sont financées exclusivement par des sources extérieures. Seul un pays sur 10 déclare financer le suivi et l'évaluation pour le VIH par le biais de sources intérieures. Le déséquilibre du financement pour le suivi et l'évaluation suscite des préoccupations quant à la pérennité de cette fonction essentielle à l'avenir. En outre, un financement extérieur pour le suivi et l'évaluation ne soutient pas nécessairement le système national de suivi et d'évaluation. Par exemple, le Guyana indique que des progrès considérables ont été réalisés en matière de suivi et d'évaluation, mais plusieurs projets financés par des donateurs et comportant des éléments de suivi et d'évaluation ne sont pas reliés au plan national de suivi et d'évaluation (Rapport d'activité du Guyana, UNGASS 2008).

Alors que les capacités de suivi et d'évaluation continuent de croître, les pays et partenaires nationaux doivent veiller à utiliser dans les faits les informations générées pour améliorer la prise de décisions. L'évaluation des flux de ressources a montré que l'affectation nationale des ressources pour la prévention était parfois en profond désaccord avec le tableau de l'épidémie évoqué par les systèmes nationaux de surveillance (ONUSIDA, 2004). De même, l'inertie et les pressions bureaucratiques vont parfois à l'encontre de l'abandon ou de la révision de programmes ou stratégies particuliers, même lorsque les données d'évaluation indiquent que ces approches sont inefficaces.

⁵ Un total de 48 pays ont signalé des dépenses pour 2006 ou 2007 concernant le suivi et l'évaluation.

Qu'est-ce que l'accès universel ?

L'accès universel signifie à la fois un engagement concret et une nouvelle détermination parmi les individus à travers le monde pour inverser le cours de l'épidémie. C'est un processus qui s'appuie sur les initiatives passées et insuffle plus de dynamisme dans les efforts existants.

L'accès universel n'implique pas qu'il y aura, ou qu'il devrait y avoir, une couverture de 100% pour les services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH – même dans les pays à revenu élevé où les soins de santé sont universellement disponibles, certains patients qui sont éligibles sur le plan médical pour les antirétroviraux ne les reçoivent pas pour diverses raisons (par ex., une décision délibérée de ne pas se faire tester ou une décision d'entamer une thérapie ultérieurement). En s'approchant de cibles fixées au niveau national pour l'accès universel, le monde s'est plutôt engagé à obtenir des avancées concrètes, soutenues, en vue d'atteindre un niveau de couverture élevé pour les programmes les plus efficaces possibles afin de gérer des épidémies diverses dans toutes les régions. Les principes de base pour intensifier les efforts sur la voie de l'accès universel soulignent que les services doivent être équitables, accessibles, financièrement abordables, exhaustifs, et maintenus sur le long terme.

Etant donné que différents contextes ont souvent des besoins complètement différents, l'accès universel ne peut pas correspondre à un calendrier ou une approche standard, et les pays adopteront des chronologies et des stratégies variables pour se mettre à niveau. Par exemple, les pays connaissant des épidémies généralisées (voir Chapitre 4) ont besoin d'une couverture très élevée pour les initiatives ciblées sur la population générale (par ex., campagnes de sensibilisation dans les médias de masse, éducation en milieu scolaire, et programmes de prévention sur le lieu de travail). Au contraire, les pays dans lesquels les épidémies sont à un faible niveau et concentrées peuvent nécessiter une couverture moins intense pour les initiatives visant la population générale, mais une couverture élevée pour les programmes destinés aux populations les plus exposées au risque de VIH. En se fixant des cibles nationales, les pays s'engagent à réaliser l'accès universel programmable dans le temps, à la fois de manière urgente – galvaniser l'appui et le dynamisme autour de cet objectif – et réaliste, et qui leur permettra d'avancer sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement de 2015.

et goulets d'étranglement qui entravent depuis longtemps les progrès liés au développement humain dans les contextes où les ressources sont limitées.

En 2005-2006, 123 pays et sept régions, avec l'assistance de l'ONUSIDA, ont mis en œuvre des processus consultatifs pour déterminer les enjeux associés à la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Les résultats de ces consultations ont nourri les délibérations de la Rencontre de haut

niveau sur le VIH/sida lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2006. Cette réunion a débouché sur l'approbation formelle, à l'unanimité, de l'objectif consistant à s'approcher de l'objectif de l'accès universel d'ici à 2010 (Assemblée générale des Nations Unies, 2006).

A l'aide d'orientations normatives de l'ONUSIDA (ONUSIDA, 2006), les pays de toutes les régions ont lancé des processus fondés sur des preuves afin d'atteindre un consensus multisectoriel national sur

les cibles liées à l'accès universel. En mars 2008, 105 pays avaient établi des cibles pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH – notamment 76 pays qui avaient incorporé ces cibles dans leurs plans stratégiques nationaux ou des instruments de développement au sens large (par ex., Documents stratégiques de réduction de la pauvreté, Cadres de dépenses à moyen terme). Un total de 41 pays ont défini les actions et coûts requis pour réaliser l'accès universel –

une étape clé pour mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation des objectifs définis. Certains pays ont établi des cibles particulièrement ambitieuses, dépassant parfois les estimations de faisabilité pour le traitement du VIH ou d'autres initiatives.

A la suite des processus d'établissement des cibles, les pays appuient désormais des initiatives au niveau sous-national. Au Nigéria, par exemple, des plans stratégiques pour l'accès universel sont en cours d'élaboration dans six Etats.

Plaidoyer de la société civile en faveur de l'accès universel

Le mouvement en direction de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH est un moyen efficace de mobiliser la société civile.

Au niveau des pays, la société civile a participé à l'établissement de cibles nationales pour l'accès universel, et au suivi de la mise en œuvre des plans nationaux pour assurer une meilleure transparence de la riposte nationale. Au Cambodge et au Malawi, par exemple, un plaidoyer concerté des organisations de la société civile a contribué à inciter les décideurs nationaux à établir des cibles ambitieuses pour l'accès universel. De même, au Nigéria, huit réseaux de la société civile se sont réunis pour établir un plan d'action de la société civile sur l'accès universel – «l'agenda du peuple contre le sida» – rendu public lors de la Journée mondiale sida 2007.

Sur le plan mondial, la Campagne mondiale contre le sida utilise la cause de l'accès universel pour mobiliser divers groupes d'intérêts et défenseurs des droits civils. En juillet 2007, des défenseurs de la société civile de 35 régions se sont réunis à Nairobi sous l'égide de la Campagne mondiale contre le sida pour partager leurs points de vue et coordonner leurs efforts sur la promotion de l'accès universel. Des campagnes nationales contre le sida sont actuellement actives dans cinq des huit pays qui forment le Groupe des huit nations les plus industrialisées (G8), et ces campagnes coordonnent leur plaidoyer pour faire en sorte que le VIH reste une priorité pour le G8.

La Coalition des réseaux régionaux de l'Asie et du Pacifique sur le VIH/sida a élaboré une trousse sur «Les normes minimales pour la participation de la société civile aux initiatives relatives à l'accès universel», en s'appuyant sur des consultations régionales et nationales des organisations de la société civile. La trousse est destinée à être utilisée par les représentants de la société civile et autres parties prenantes pour leur permettre d'évaluer et de promouvoir une participation accrue de la société civile aux initiatives nationales liées à l'accès universel. Conformément aux principes énoncés dans la trousse, l'ONUSIDA a parrainé une consultation de la société civile pour documenter l'élaboration de recommandations techniques pour l'élargissement du test VIH et du conseil dans la région de l'Asie et du Pacifique. Des forums régionaux visant les populations les plus exposées au risque ont également été organisés pour assurer une forte participation de la société civile aux activités de planification et de mise en œuvre de programmes élargis pour la prévention.

L'activisme pour obtenir des résultats

Alessandra Nilo est cofondatrice et coordonnatrice de GESTOS, une organisation non gouvernementale basée au Brésil.

Pour Alessandra Nilo, une militante basée au Brésil, son travail sur le VIH fait partie d'un combat plus large pour la justice et les droits de l'homme. « Il est apparu de plus en plus clairement au fil du temps que les questions de pauvreté, d'inégalité entre les sexes mais, par dessus tout, les différences et les enjeux culturels sont des thèmes qui doivent être pris en compte et réglés une fois pour toutes », dit-elle.



Alessandra et d'autres se sont réunis en 1993 pour créer GESTOS, dans le but d'apporter un appui psychosocial et une formation au leadership pour les personnes vivant avec le VIH dans la ville brésilienne de Recife. Dans les années qui ont suivi, GESTOS s'est engagé toujours davantage dans l'analyse des politiques publiques et le plaidoyer, notamment le suivi des progrès réalisés par le Gouvernement du Brésil dans le respect des engagements liés au VIH. Dans la seconde moitié des années 1990, GESTOS a commencé à tisser des liens avec d'autres groupes d'Amérique latine. En collaboration avec des groupes de la société civile, GESTOS a participé activement à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. Aujourd'hui, GESTOS travaille dans 16 pays différents et en 2008 a soumis un rapport sur la situation de la santé sexuelle et reproductive dans ces pays en complément des rapports nationaux sur les indicateurs de base pour la *Déclaration d'engagement*.

Malgré la complexité de l'épidémie, Alessandra dit que l'un des aspects les plus satisfaisants de l'activisme VIH est que des solutions existent en fait pour beaucoup des plus grands enjeux. « Ce qui me motive à poursuivre mon travail de militante, c'est la possibilité de trouver des solutions et de s'occuper des inégalités qui font partie de la macrostructure de la société d'une manière en quelque sorte plus tangible. Ici, dans ma communauté, j'ai agi pour faire en sorte que ceux qui étaient auparavant très pauvres, et qui n'avaient jamais eu la possibilité d'avoir accès à un traitement adéquat pour le VIH/sida puissent désormais en bénéficier, et qu'ils aient accès à l'aide alimentaire, à des conditions de vie décentes et, par dessus tout, que la communauté puisse apprendre comment vivre avec cette épidémie. »

Alessandra pense qu'il est temps que la riposte au VIH montre des résultats. « Depuis 2001, il y a eu des investissements considérables pour le VIH/sida, » dit-elle. « Ce que nous devons faire aujourd'hui c'est de montrer comment cet argent est investi, montrer les résultats de ces nombreux investissements et montrer clairement qu'il faut investir encore bien davantage... A mon avis, nous n'y parviendrons pas si la société civile n'est pas engagée et impliquée. »

Pour Alessandra, l'activisme en faveur de la lutte contre le VIH est plus qu'une cause, c'est une manière de vivre. « Ce n'est pas le genre de travail où vous pouvez simplement lâcher votre stylo et rentrer à la maison... Nous sommes des gens qui nous battons pour une cause, une cause de bien-être social qui nous mobilise 24 heures sur 24, sept jours sur sept! »

Commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici à 2015

L'une des principales conclusions de ce rapport est que, si quelques pays sont bien placés pour atteindre les cibles de la *Déclaration d'engagement* pour 2010, d'autres ne le sont pas. Sans un renforcement et une accélération substantiels de la riposte au VIH, de nombreux pays ne parviendront pas à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010 ou ne commenceront pas à inverser le cours de l'épidémie d'ici à 2015. La communauté mondiale doit renouveler et renforcer son engagement à travailler avec les pays pour accélérer les progrès sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui.

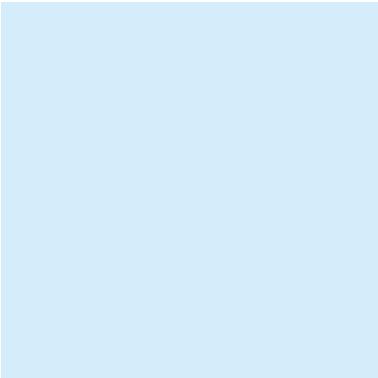
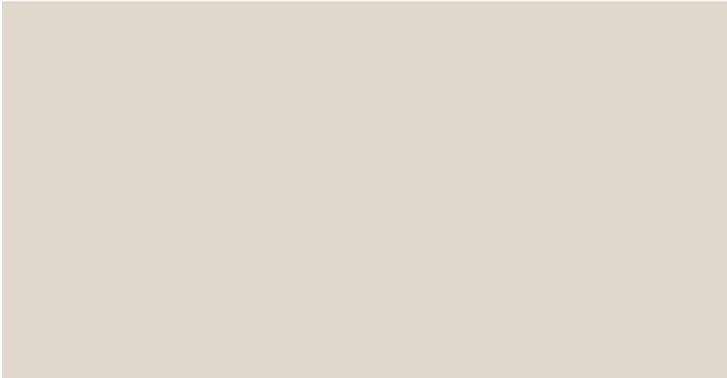
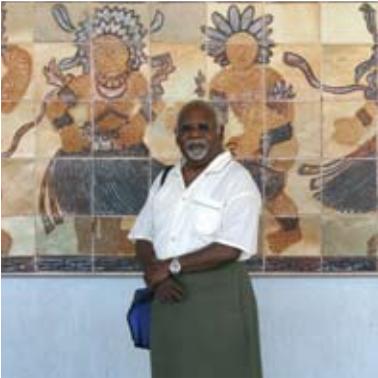
Au fil des chapitres suivants, ce rapport souligne plusieurs facteurs clés qui affecteront la capacité du monde à relever les défis à venir.

- *S'appuyer sur les réussites.* Des progrès ont été accomplis récemment à travers de nombreuses régions pour mettre à niveau les services essentiels de lutte contre le VIH – réduire l'incidence du VIH, stabiliser les taux de mortalité, et prendre en charge les enfants rendus vulnérables par l'épidémie ; ces progrès démontrent que des résultats significatifs sont réalisables, même dans les contextes où les ressources sont les plus limitées.
- *Faire travailler l'argent disponible.* Malgré les progrès concrets réalisés au cours de ces dernières années pour obtenir des ressources bien plus importantes pour le VIH, des pays se débattent souvent pour traduire le nouveau financement en programmes nationaux élargis pour la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH. Les actions des diverses parties prenantes sont souvent mal coordonnées, et les faiblesses des infrastructures ralentissent la capacité des pays à absorber les nouveaux financements. Des mesures importantes ont été prises ces dernières années pour prendre en compte les facteurs qui limitent l'impact des financements accrus ; toutefois, une action beaucoup plus énergique s'impose de toute urgence afin de combler les écarts qui subsistent dans le domaine de l'accès aux programmes essentiels de lutte contre le VIH.
- *Adapter la riposte aux besoins nationaux et locaux.* Ce qu'on appelle « l'épidémie mondiale » est en fait l'amalgame d'un nombre presque infini d'épidémies individuelles – aux niveaux des communautés, des districts, des pays, des sous-régions et des régions. Aucun schéma n'est suffisant à lui seul pour qu'une riposte soit efficace. Divers pays peuvent apprendre les uns des autres en élaborant, mettant en œuvre et révisant leurs stratégies nationales. Toutefois, les efforts nationaux doivent être documentés par des données probantes et soigneusement adaptés aux besoins et aux circonstances qui prévalent dans le pays si l'on veut qu'ils soient aussi efficaces que possible. Les décideurs et partenaires nationaux doivent « connaître leur épidémie et leur riposte » afin de pouvoir élaborer des plans nationaux qui auront un impact maximum.
- *Aborder les facteurs sociétaux qui accroissent le risque de VIH et la vulnérabilité au virus, et qui aggravent l'impact de l'épidémie.* L'intensification des programmes doit aller de pair avec un effort accru pour aborder les problèmes transversaux qui empêchent la riposte d'être efficace. Cela est particulièrement important dans les contextes hyper-endémiques où des changements marginaux des comportements à risque sont susceptibles de n'avoir qu'un impact limité sur la trajectoire de l'épidémie. Toutes les parties prenantes doivent s'employer à promouvoir l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes, réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et atténuer la marginalisation sociale des groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH. Tout au long de ce rapport, la sexospécificité, la marginalisation sociale, et les inégalités de revenu seront abordées en tant que problèmes transversaux qui jouent un rôle crucial dans la riposte au VIH tout entière.
- *Planifier pour le long terme.* Même si le monde commençait à stopper l'épidémie d'ici à 2015, comme l'envisagent les objectifs du Millénaire pour le développement, l'épidémie resterait un enjeu primordial sur le plan mondial pendant les décennies à venir. Tout en répondant d'urgence par des efforts destinés à mettre à niveau la prévention, le traitement, les soins et l'appui essentiels en matière de VIH, une action efficace doit se maintenir sur le long terme.

Cela demandera des mécanismes novateurs et la création d'un potentiel qui n'existent pas aujourd'hui ; cela demandera également une planification sérieuse, car certains des défis que posera l'épidémie dans 10 à 20 ans risquent d'être tout à fait différents de ceux auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui.

- *Placer les individus au centre de la santé et du développement.* L'un des grands enseignements de l'épidémie de VIH, c'est le rôle central que joue la société civile – en particulier les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont les plus exposées au risque de VIH – dans les ripostes efficaces aux niveaux national et local. Et pourtant les gens les plus sévèrement touchés par l'épidémie continuent de rester à la périphérie de la prise de décisions dans de nombreux pays. Pour vaincre les obstacles décourageants qui se dressent sur la voie de l'accès universel, les pays nécessitent d'urgence les connaissances, la passion et l'engagement de celles et ceux qui ont la meilleure perception de la manière dont on peut atteindre les personnes qui ont le plus besoin des services liés au VIH.

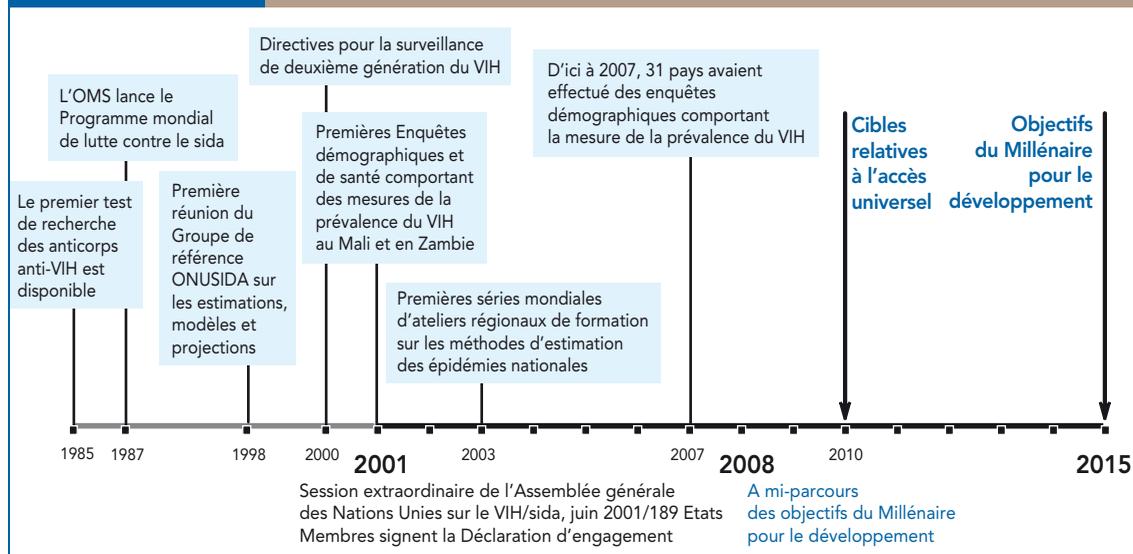
Situation de l'épidémie mondiale de VIH



Chapitre 2


FIGURE 2.1

Riposte mondiale à l'épidémie : événements choisis



Messages clés

- Le pourcentage mondial de personnes vivant avec le VIH s'est stabilisé depuis 2000.
- En 2007, il y a eu 2,7 millions de nouvelles infections à VIH, et 2 millions de décès liés au sida.
- Le taux de nouvelles infections à VIH a chuté dans plusieurs pays mais à l'échelle mondiale, ces tendances favorables sont, partiellement au moins, contrebalancées par de nouvelles infections dans d'autres pays.
- Dans 14 des 17 pays africains disposant de données d'enquêtes suffisantes, le pourcentage de jeunes femmes enceintes (15-24 ans) vivant avec le VIH a baissé depuis 2000-2001. Dans sept pays, la chute du nombre des infections a été égale ou supérieure à la baisse de 25% prévue pour 2010 dans la *Déclaration d'engagement*.
- L'accès au traitement s'étant accru au cours des 10 dernières années, le nombre annuel des décès dus au sida a chuté.
- L'Afrique subsaharienne reste la région la plus fortement touchée par le VIH, avec 67% de toutes les personnes vivant avec le VIH et 75% des décès dus au sida en 2007. Cependant, certaines des augmentations les plus préoccupantes dans le nombre de nouvelles infections se produisent aujourd'hui dans des pays très peuplés d'autres régions, par exemple la Fédération de Russie, l'Indonésie et divers pays à revenu élevé.
- A l'échelle mondiale, le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH est resté stable (à 50%) depuis plusieurs années, même si la proportion des infections chez les femmes augmente dans plusieurs pays.
- Dans pratiquement toutes les régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne, le VIH touche de manière disproportionnée les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe.

Le VIH reste un problème de santé mondial d'une portée sans précédent. Inconnu il y a 30 ans, le VIH a déjà provoqué quelque 25 millions de décès dans le monde et entraîné de profonds changements démographiques dans les pays les plus fortement touchés.

Les données épidémiologiques internationales les plus récentes apportent tout de même quelques bonnes nouvelles. Dans certains pays d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique subsaharienne, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH est en baisse. Le taux estimé des décès dus au sida a également baissé, en raison notamment du succès de l'élargissement de l'accès aux médicaments antirétroviraux dans les milieux où les ressources sont limitées. Pourtant,

ces tendances favorables ne sont pas uniformément manifestes, que ce soit au sein des régions ou entre elles, ce qui souligne la nécessité d'obtenir des avancées plus complètes dans l'exécution de politiques et programmes efficaces.

Le présent chapitre résume la situation actuelle de l'épidémie – avec une analyse des grandes tendances mondiales et une présentation d'aperçus régionaux sur la progression de l'épidémie. Il s'appuie sur les données épidémiologiques les plus récentes fournies par les pays; dans de nombreux cas, ces données se sont considérablement améliorées (voir encadré «Améliorer les estimations du VIH»). L'Annexe I fournit des informations épidémiologiques spécifiques pour 168 pays.

Améliorer les estimations du VIH

La surveillance du VIH dans des sites désignés («surveillance sentinelle») s'est considérablement élargie et améliorée (notamment en Afrique subsaharienne et en Asie), pour aboutir à des estimations beaucoup plus fiables autour de l'épidémie de VIH et de son impact. De plus, les pays sont toujours plus nombreux à effectuer des enquêtes démographiques nationales qui comprennent le test VIH. En association, ces sources de données apportent des renseignements complémentaires à la fois sur la prévalence du VIH chez les adultes et sur les tendances épidémiologiques dans le temps.

L'ONUSIDA et l'OMS utilisent principalement trois instruments pour produire les estimations du VIH dans les pays et régions: le module Estimations et Projections Pays (EPP), WORKBOOK et Spectrum.¹ Ces modèles génèrent des estimations de la prévalence du VIH² dans le temps, du nombre de personnes vivant avec le VIH, des nouvelles infections, des décès dus au sida, des enfants rendus orphelins par le sida et des besoins en matière de traitement. Les estimations sont fondées sur des données provenant de la surveillance sentinelle, des enquêtes et des études spéciales; les modèles et hypothèses utilisés par ces outils sont régulièrement mis à jour sur la base des études et recherches les plus récentes.

Les données de prévalence du VIH recueillies dans des enquêtes démographiques nationales, en particulier dans des pays connaissant des épidémies généralisées, ont amélioré la fiabilité des estimations nationales du VIH. Ces enquêtes sont géographiquement plus représentatives que la surveillance sentinelle et comprennent à la fois les hommes et les femmes. Depuis 2001, 30 pays des Caraïbes, d'Afrique subsaharienne et d'Asie ont conduit des enquêtes démographiques nationales comportant des mesures de la prévalence du VIH. Dans presque toutes ces enquêtes, les nouvelles estimations de prévalence du VIH étaient moins élevées que les estimations de prévalence publiées précédemment.

Ces enquêtes ont également permis d'actualiser et réviser les hypothèses des logiciels d'EPP et de Spectrum. Par exemple, les enquêtes démographiques nationales sur le VIH ont révélé que la



¹ Pour d'autres informations sur ces outils, consulter: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Methodology/>

² Par prévalence du VIH, on entend le nombre total des infections à un moment donné. L'incidence ou les nouvelles infections correspondent au pourcentage ou au nombre de personnes qui ont contracté une infection au cours d'une période donnée, généralement une année donnée.

prévalence du VIH était approximativement 20% plus faible que la prévalence observée parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales, dans les zones urbaines comme dans les zones rurales (Gouws et al., sous presse). Certains pays d'Afrique subsaharienne n'ont pas effectué de telles enquêtes – notamment l'Angola, l'Erythrée, la Gambie, la Guinée-Bissau, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria, la Somalie et le Soudan. Pour produire les estimations figurant dans le présent rapport, les données de prévalence du VIH recueillies auprès des femmes qui fréquentent les consultations prénatales dans ces pays ont été ajustées à la baisse pour atteindre un niveau correspondant à environ 0,8 fois la prévalence relevée par la surveillance dans les consultations prénatales. Le niveau d'ajustement varie en fonction de la proportion de populations urbaines et rurales d'un pays.

De nouvelles recherches ont également entraîné d'importantes révisions des hypothèses utilisées dans les modèles mis au point par l'ONUSIDA et l'OMS. L'une de ces révisions porte sur les estimations de l'incidence du VIH et de la mortalité due au sida. Ces deux mesures sont au centre d'une hypothèse concernant la période moyenne de survie des individus entre le moment où ils sont infectés par le VIH et leur décès en l'absence de traitement antirétroviral (Stover et al., sous presse). Des études longitudinales (Marston et al., 2007 ; Todd et al., 2007) indiquent que sans traitement, le temps médian net estimé de survie après l'infection à VIH est de 11 ans (Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2006) plutôt que les neuf années estimées précédemment (Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2002).³

L'amélioration des systèmes de surveillance et des sources de données, associée aux modifications des hypothèses, a permis des estimations épidémiologiques plus fiables. Etant donné que les révisions affectent aussi les tendances historiques, les estimations les plus récentes ne devraient pas être comparées directement avec les estimations publiées dans un des précédents rapports. Dans les cas où le présent rapport cite des tendances épidémiologiques, les révisions apportées aux estimations historiques sont présentées.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'OMS continueront d'actualiser les méthodes d'estimation du VIH et du sida au fur et à mesure qu'ils disposeront de nouvelles données et recherches scientifiques.

A l'échelle mondiale, l'épidémie de VIH s'est stabilisée, mais à des niveaux inacceptables de nouvelles infections à VIH et de décès dus au sida :

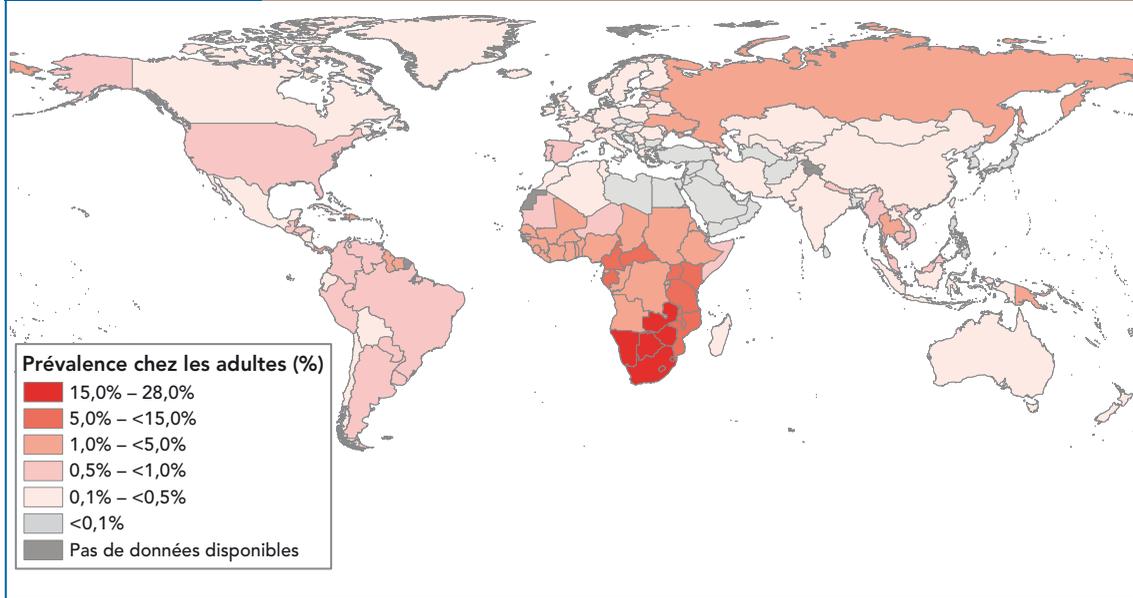
- A l'échelle mondiale on estime que 33 millions [30,3 millions–36,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH en 2007.
- Le nombre annuel des nouvelles infections à VIH a baissé de 3,0 millions [2,6 millions–3,5 millions] en 2001 à 2,7 millions [2,2 millions–3,2 millions] en 2007.
- Globalement, 2,0 millions [1,8 million–2,3 millions] de personnes sont décédées à cause du sida en 2007, par rapport à l'estimation de 1,7 million [1,5 million–2,3 millions] en 2001.
- Bien que le pourcentage de personnes vivant avec le VIH se soit stabilisé depuis 2000, le nombre global de personnes vivant avec le VIH a régulièrement augmenté, car de nouvelles infections se produisent chaque année, les traitements du VIH prolongent la vie et les nouvelles infections continuent à surpasser le nombre de décès dus au sida (Figure 2.3).
- L'Afrique australe supporte encore et toujours une part disproportionnée du fardeau mondial du VIH : 35% des infections à VIH et 36% des décès dus au sida en 2007 se sont produits dans cette sous-région. Dans l'ensemble, l'Afrique subsaharienne abrite 67% de toutes les personnes vivant avec le VIH.

³ Ceci s'applique à tous les pays, à l'exception de ceux dans lesquels le sous-type E du VIH constitue la plupart des infections. Dans ces pays, la période médiane nette de survie est estimée à neuf ans (Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2006).

FIGURE 2.2

Infections à VIH 2007: un aperçu mondial

33 millions de personnes [30 millions – 36 millions] vivaient avec le VIH en 2007



- Les femmes représentent la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde et plus de 60% des infections à VIH en Afrique subsaharienne. Au cours des 10 dernières années, la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH est restée stable à l'échelle mondiale, mais a augmenté dans de nombreuses régions (Figure 2.4).
- Les jeunes entre 15 et 24 ans représentent environ 45% des nouvelles infections à VIH à l'échelle mondiale.
- On estime que 370 000 [330 000–410 000] enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH en 2007. A l'échelle mondiale, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH a passé de 1,6 million [1,4 million–2,1 millions] en 2001 à 2,0 millions [1,9 million–2,3 millions] en 2007. Près de 90% d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne (voir encadré « Le VIH chez les enfants »).

Jeunes: tendances récentes de l'infection à VIH et du comportement sexuel

La Déclaration d'engagement a fixé comme objectif une baisse de la prévalence du VIH de 25% chez les jeunes (15–24 ans) d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés. Pour évaluer les progrès effectués pour réaliser cet objectif, 35 pays à forte prévalence (prévalence nationale supérieure à 3%) et quatre pays supplémentaires en Afrique connaissant des niveaux importants de prévalence (Tableau 2.1) ont été invités à recueillir des données sur les tendances récentes du VIH et du comportement sexuel chez les jeunes.

Etant donné les difficultés pratiques entourant la réalisation des études d'incidence du VIH,⁴ la prévalence sérielle du VIH dans le temps parmi les jeunes femmes (15–24 ans) qui fréquentent les consultations prénatales est utilisée comme approximation de l'incidence, et elle fournit des indications importantes sur les tendances

⁴ La plupart des personnes ne sont pas conscientes du moment où elles contractent l'infection et elles ne sont diagnostiquées que des mois ou des années plus tard, c'est pourquoi le suivi de l'incidence du VIH exige généralement des études épidémiologiques particulières qui sont complexes et coûteuses. Certains pays à revenu élevé utilisent des techniques épidémiologiques nouvelles pour aider les institutions de santé publique à évaluer l'incidence du VIH, mais ces techniques n'ont pas été validées pour une utilisation dans les milieux à forte prévalence.

TABLEAU 2

Analyse des tendances parmi les 15-24 ans dans les pays à forte prévalence (tous les pays ayant une prévalence nationale supérieure à 3% plus quatre pays africains supplémentaires ayant des niveaux importants de prévalence): Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (2000–2007) dans les systèmes de surveillance sentinelle, et comportements sexuels choisis parmi les femmes et les hommes (1990–2007) d'après des enquêtes nationales

PAYS	Période pour laquelle on dispose de données de prévalence	Tendance de la prévalence ^a		Pourcentage de jeunes (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ^b		Proportion de ceux qui ont eu des rapports avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ^c		Recours au préservatif lors du dernier rapport parmi ceux qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ^d	
		Zones urbaines	Zones rurales	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Angola ^a		DI	DI						
Bahamas		▼							
Bénin ^b	2000–2006	▼*	↔	↔	▼*	▼*	▲	▲	▲
Botswana	2001–2006	▼*	▼*						
Burkina Faso	2000–2006	▼*	▼	▼*	▼*	▼*	▼*	↔	▲*
Burundi	1999–2004	▼	↔	▲*					
Cameroun ^a		DI	DI	▼*	▼*	▼*	▼*	▲*	▲*
République centrafricaine ^b				▲	▼				
Tchad ^a		DI	DI	▼*	▲	▼	▼*	▼	▲
Congo ^a		DI	DI						
Côte d'Ivoire	2000–2004	▼*	DI	▼*	▲	▼*	▼*	▲*	↔
République démocratique du Congo ^a		DI	DI						
Djibouti ^b									
Ethiopie ^b				▼*	▼*	▼*	▼*		▼
Gabon ^b									
Gambie ^b									
Ghana ^b				▼*	▼*	↔	↔	▲*	▲
Haïti ^b				▲*	▲*	▲	▼	▼	▲*
Kenya	2000–2005	▼*	▼*	↔	↔	▼*	▼*	▼	▲*
Lesotho ^a	2003–2007	↔	▼						
Libéria ^b									
Malawi ^e	1999–2005	▼*	↔	▼*	▼*	▲	▼*	↔	▲
Mozambique ^f	2000–2007		↔	↔	▲*				
Namibie	2002–2006	▼	▼	↔	▼*	↔	▼*	▲*	▲
Nigéria ^a									
Rwanda	1998–2003	▼	ND	▲*	▲*	▼*	▼		
Sierra Leone ^a		DI	DI						
Afrique du Sud ^g	2000–2006		↔			▼*	↔		
Soudan ^a									
Swaziland	2002–2006	▼	▼						
Togo ^a									
Ouganda ^b				▼*	▼	↔	↔	▲*	▲*
République-Unie de Tanzanie	2000–2006	↔	▼	↔	▼*	▼*	▼*	▲*	▲*
Zambie ^h	1998–2004		↔	▼*	▼*	▼*	▼*	▲	▲
Zimbabwe	2000–2004	▼*	▼	↔	▼*	▼*	▼*	↔	↔

Notes:

[1] Les cellules surlignées indiquent les tendances positives de la prévalence ou des comportements

[2] * Seuls les sites réguliers ont été utilisés dans l'analyse de l'évolution de la prévalence du VIH dans le temps, pour un minimum de trois ans. Test de signification fondé sur H_0 : pente = 0.

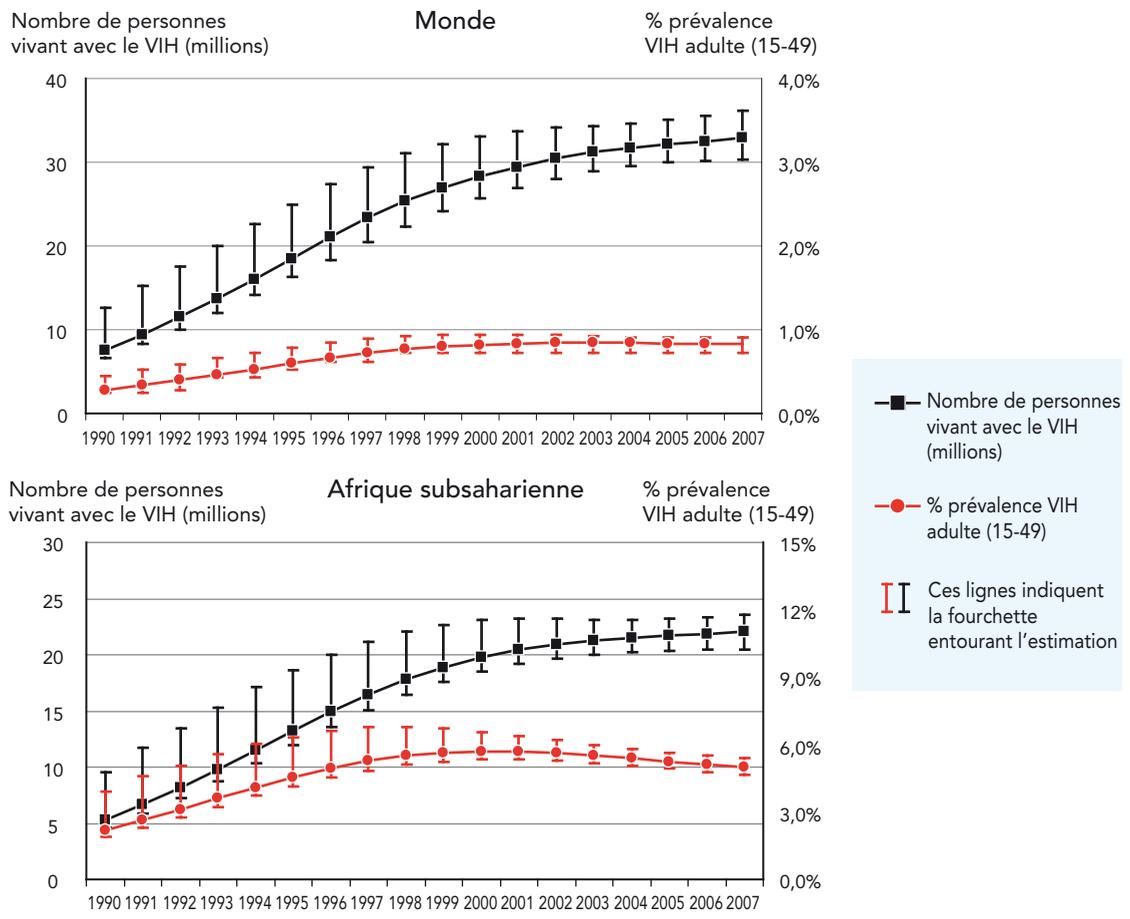
Légendes:

- ^a Prévalence obtenue auprès de femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales dans des pays choisis.
- ^b Parmi les 15-19 ans, proportion de ceux qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Analyses fondées sur des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des MICS ou des enquêtes nationales conduites entre 1990 et 2007.
- ^c Parmi les 15-24 ans, proportion de ceux déclarant avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois écoulés. Analyses fondées sur des données provenant d'EDS répétées ou d'enquêtes nationales effectuées entre 1990 et 2007.
- ^d Parmi les 15-24 ans, proportion de ceux qui ont plus d'un partenaire et déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Analyses fondées sur des données provenant d'EDS répétées ou d'enquêtes nationales effectuées entre 1990 et 2007.
- ▲ Augmentation observée de la prévalence du VIH ou du comportement.
- ▼ Baisse observée de la prévalence du VIH ou du comportement.
- ▼* Baisse statistiquement significative de plus de 25% de la prévalence du VIH ou baisse significative de l'indicateur de comportement mesuré.
- ▲* Augmentation statistiquement significative de la mesure de l'indicateur comportemental. L'analyse du comportement est fondée sur un Chi-carré ou un test de Chi-carré pour les tendances.
- Aucun signe de changement.
- *DI Données insuffisantes, c.-à-d. données portant sur moins de trois ans.
- **ND Données non disponibles (pas reçues).
- ^e Les zones périurbaines et urbaines ont été combinées pour l'analyse des données urbaines.
- ^f L'analyse au Mozambique combine le Sud, le Nord et le Centre.
- ^g Aucune donnée reçue en réponse à la demande du groupe de travail ; les analyses sont fondées sur les données du rapport de surveillance de l'Afrique du Sud.
- ^h Aucune donnée reçue en réponse à la demande du groupe de travail ; les analyses sont fondées sur des données notifiées dans le rapport 2005 de surveillance de la Zambie. Les données des zones urbaines et rurales ont été combinées aux fins de l'analyse.

épidémiologiques récentes. La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes qui fréquentent les consultations prénatales des zones urbaines ou rurales (ou les deux) a baissé depuis 2000-2001 dans 14 des 17 pays disposant de données suffisantes pour analyser les tendances récentes dans les pays les plus touchés (données de prévalence suffisantes sur trois années différentes). Ces pays sont notamment les Bahamas,

le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, la Namibie, la République-Unie de Tanzanie, le Rwanda, le Swaziland et le Zimbabwe. La baisse de la prévalence du VIH dépassait 25% dans sept pays et dans deux d'entre eux – le Botswana et le Kenya – les baisses se sont produites à la fois dans les zones urbaines et les zones rurales. Dans cinq pays – Bénin, Burkina

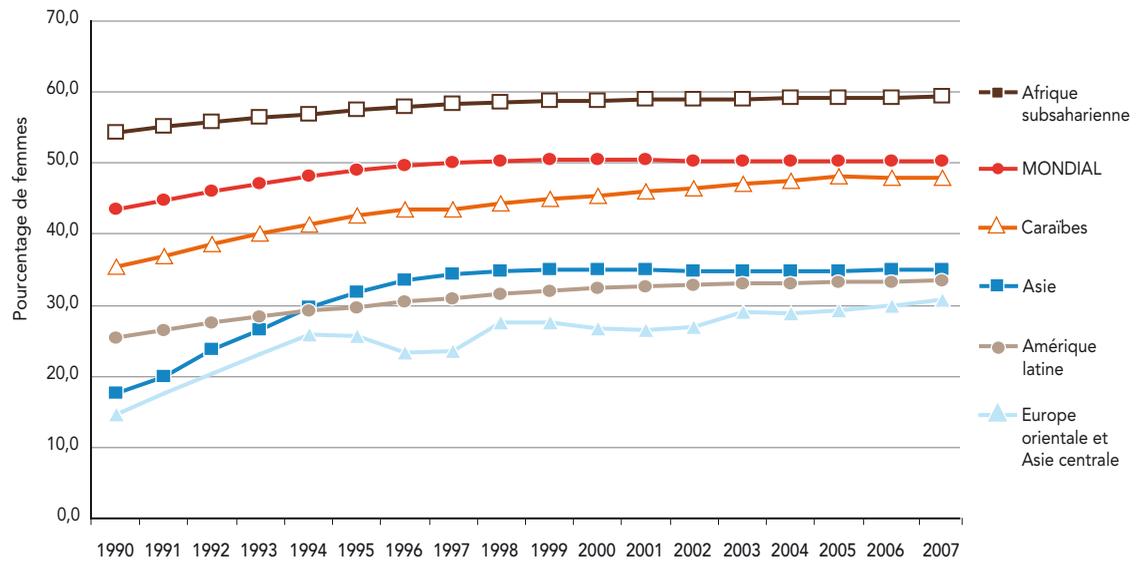
FIGURE 2.3 Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et prévalence du VIH chez les adultes, dans le monde et en Afrique subsaharienne, 1990-2007*



*Même si la prévalence du VIH s'est stabilisée en Afrique subsaharienne, le nombre réel des personnes infectées poursuit sa hausse en raison de la croissance démographique.

FIGURE 2.4

Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes, 1990-2007⁵



Faso, Côte d'Ivoire, Malawi et Zimbabwe – les baisses n'étaient significatives que dans les zones urbaines.

En plus des données de prévalence du VIH, plusieurs pays ont également étudié les comportements sexuels parmi les jeunes. Parmi les 35 pays à forte prévalence, 19 pays ont organisé des enquêtes nationales entre 1990 et 2007 qui ont apporté suffisamment de données comparatives pour évaluer les tendances des comportements sexuels. Le pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes (15-19 ans) qui ont entamé leur vie sexuelle avant leur 15^e anniversaire a baissé dans sept pays, mais augmenté en Haïti et au Rwanda. La proportion de jeunes hommes et de jeunes femmes (15-24 ans) ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents a baissé dans 10 pays et est resté inchangée dans l'un d'entre eux, mais elle avait augmenté chez les jeunes femmes

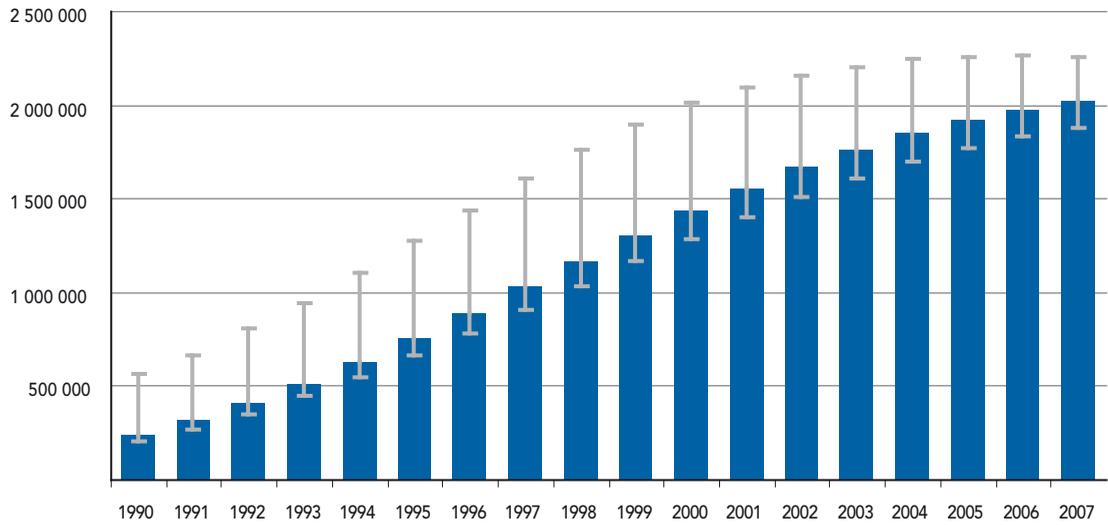
dans deux pays et chez les jeunes hommes dans un pays.

Le recours au préservatif a augmenté parmi les jeunes. Chez les jeunes hommes (15-24 ans) qui avaient eu plus d'une partenaire au cours des 12 mois précédents, l'utilisation du préservatif avait augmenté dans 12 pays. Parmi leurs homologues féminines, les taux d'utilisation du préservatif ont augmenté dans huit pays. Bien que les modifications de comportements observées ne soient pas significatives dans tous les cas, les tendances globales montrent qu'une baisse des comportements à risque est en cours dans plusieurs pays.⁶

⁵ La proportion mondiale de femmes infectées par rapport aux hommes infectés est approximativement de 50% depuis la fin des années 1990. Dans ce graphique des taux proportionnels, même si la proportion de femmes a augmenté dans chaque région par rapport à celle des hommes, dans la plupart des régions, le nombre total d'hommes infectés reste beaucoup plus élevé que le nombre de femmes.

⁶ 24 des 35 pays avaient des données insuffisantes, ou n'avaient aucune donnée sur la prévalence du VIH et/ou les tendances des comportements sexuels, ou les deux, parmi les jeunes – notamment plusieurs pays d'Afrique australe avec une prévalence du VIH exceptionnellement élevée.

FIGURE 2.5 Enfants vivant avec le VIH dans le monde, 1990-2007



Le VIH chez les enfants

Les données de surveillance du VIH s'appliquant directement aux enfants sont rares. Les enquêtes dans les consultations prénatales saisissent généralement des données concernant les filles et les femmes enceintes de 15 ans ou plus; la plupart des enquêtes démographiques nationales comprenant le test VIH ne portent que sur les adultes. On obtient les estimations du VIH pour les enfants grâce à des modèles fondés principalement sur la prévalence du VIH chez les femmes adultes (entre 15 et 49 ans), sur les taux de fécondité et sur des hypothèses relatives à la survie des enfants séropositifs au VIH (Stover et al., 2006; Stover et al., sous presse). Ces estimations montrent que le nombre d'enfants vivant avec le VIH dans le monde poursuit son augmentation régulière (Figure 2.5).

On estime que plus de 90% des enfants vivant avec le VIH ont contracté le virus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement – toutes formes de transmission du VIH qui peuvent être évitées. Une petite proportion des infections à VIH chez les enfants est provoquée par des injections contaminées, la transfusion de sang ou de produits sanguins infectés, les violences sexuelles, les rapports sexuels (mais ce mode de transmission est important parmi les adolescents), ou la scarification (Kengeya-Kayondo et al., 1995; Mulder et al., 1996; Hauri, Armstrong & Hutin, 2004; Kiwanuka et al., 2004; Schmid et al., 2004).⁷

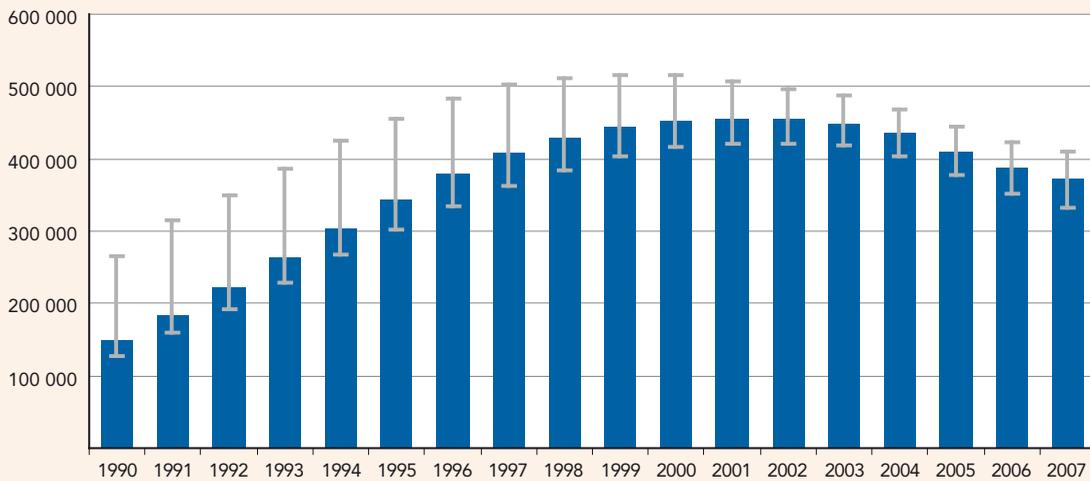
Comme le montre la Figure 2.6, les nouvelles infections à VIH chez les enfants semblent avoir atteint un pic en 2000-2002. On pense que cela est principalement dû à la stabilisation globale de la prévalence du VIH chez les femmes et à l'augmentation de la couverture des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (voir Chapitre 4).

En 2007, on estime que 270 000 [250 000-290 000] enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH sont morts à cause du sida – plus de 90% d'entre eux en Afrique subsaharienne. ➔

⁷ Le rôle des abus sexuels en tant que source d'infection à VIH chez les enfants est peu documenté, mais ce mode de transmission est particulièrement préoccupant dans les pays où tant le VIH que les abus sexuels chez l'enfant représentent d'importants problèmes de santé publique.

FIGURE 2.6

Nouvelles infections à VIH chez les enfants, 1990-2007

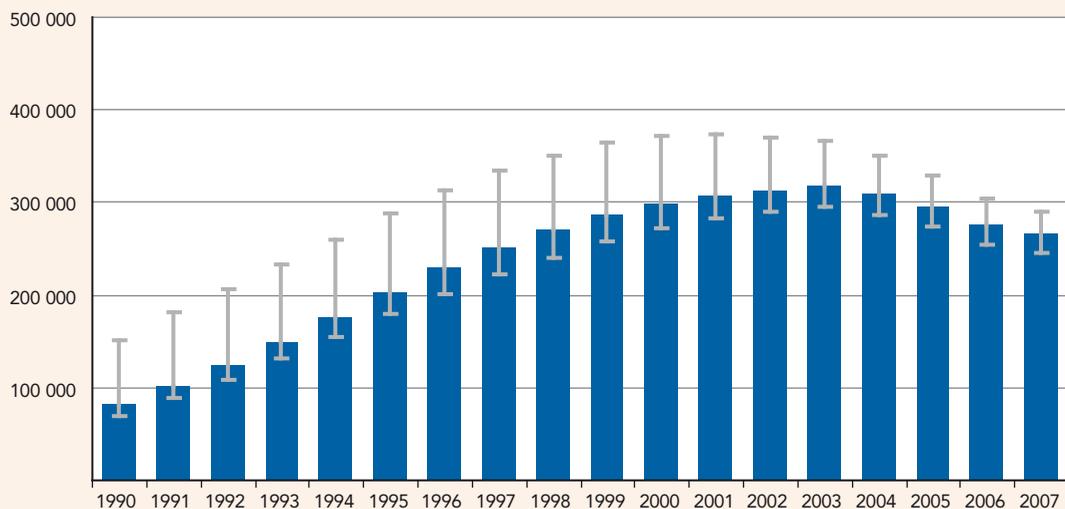


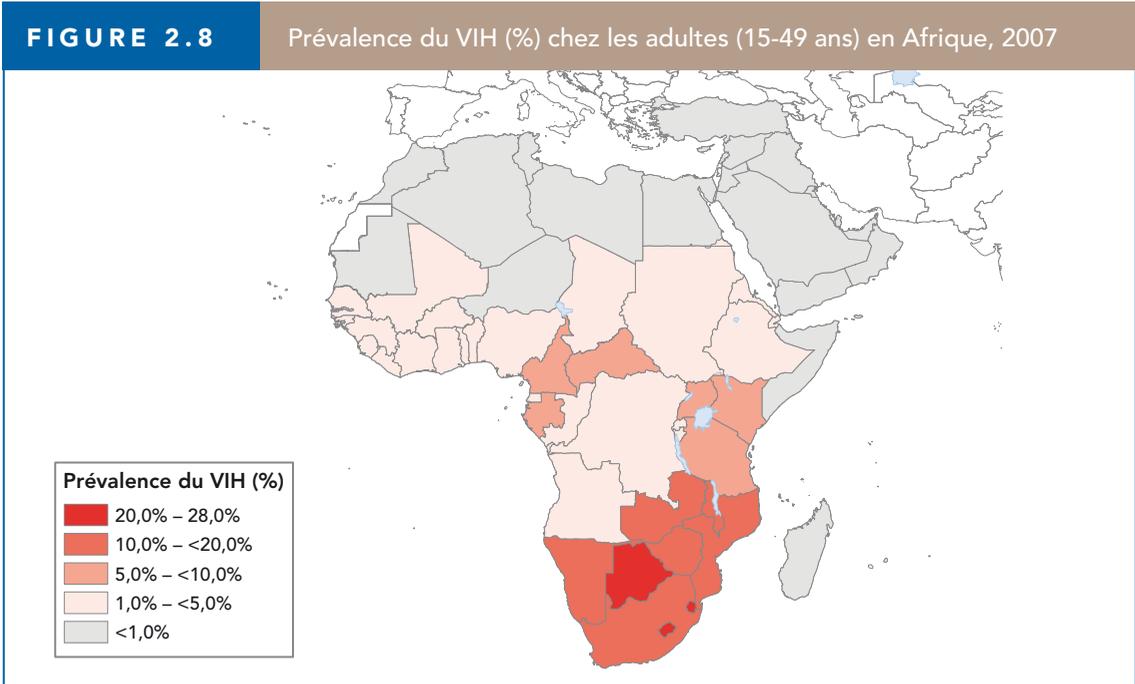
Dans les pays les plus gravement touchés, comme le Botswana et le Zimbabwe, le VIH est la cause sous-jacente de plus d'un tiers de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans (Mason, 2006). En effet, en l'absence de traitement antirétroviral, la progression de l'infection à VIH chez les enfants est particulièrement agressive et nombreux sont les enfants qui meurent très jeunes (Taha et al., 2000; Newell et al., 2004; Brahmbhatt et al., 2006).

Comme le montre la Figure 2.7, le nombre total de décès dus au sida chez les enfants a atteint un maximum vers 2003 et baisse depuis lors. Ce déclin est surtout le reflet de la baisse des nouvelles infections parmi les enfants déjà mentionnée (visible dans la Figure 2.6) ainsi que de l'augmentation de l'accès aux traitements antirétroviraux.

FIGURE 2.7

Décès dus au sida chez les enfants, 1990-2007





Afrique subsaharienne

On estime que 1,9 million [1,6 million–2,1 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en Afrique subsaharienne en 2007, ce qui porte à 22 millions [20,5 millions–23,6 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH. Deux tiers (67%) du total mondial de 32,9 millions [30,3 millions–36,1 millions] de personnes vivant avec le VIH se trouvent dans cette région, et trois quarts (75%) de tous les décès dus au sida en 2007 s’y sont produits.

Les épidémies en Afrique subsaharienne varient considérablement d’un pays à l’autre pour ce qui est de leur taille comme de leur portée (Figure 2.8). La prévalence nationale du VIH chez les adultes est inférieure à 2% dans plusieurs pays d’Afrique de l’Ouest et d’Afrique centrale, ainsi que dans la Corne de l’Afrique, mais en 2007, elle était supérieure à 15% dans sept pays d’Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) et supérieure à 5% dans sept autres pays, principalement en Afrique centrale et en Afrique de l’Est (Cameroun, Gabon, Malawi, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine et République-Unie de Tanzanie).

Tendances épidémiologiques récentes

La plupart des épidémies d’Afrique subsaharienne semblent s’être stabilisées, mais souvent à des niveaux très élevés, notamment en Afrique australe. De plus, dans un nombre croissant de pays, la prévalence du VIH chez les adultes semble en baisse. Dans l’ensemble de la région, les femmes sont touchées de manière disproportionnée par rapport aux hommes, les différences étant particulièrement marquées entre les sexes dans la prévalence du VIH chez les jeunes (Figure 2.9 et Figure 2.10).

En Afrique australe, les baisses de la prévalence du VIH sont particulièrement frappantes au Zimbabwe, où la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales a chuté de 26% en 2002 à 18% en 2006 (Ministry of Health and Child Welfare [Zimbabwe], 2007).⁸ Au Botswana, une chute de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes de 15 à 19 ans (de 25% en 2001 à 18% en 2006) suggère que le taux des nouvelles infections pourrait ralentir (Ministry of Health [Botswana], 2006). Les épidémies au Malawi et en Zambie semblent également s’être stabilisées montrant quelques preuves de changements favorables des comportements (Heaton, Fowler & Palamuleni, 2006; Sandoy et al., 2007) et

⁸ Cette évolution est examinée en détail dans les éditions 2006 et 2007 du document Le point sur l’épidémie de sida, qui peut être consulté sur <http://www.unaids.org>



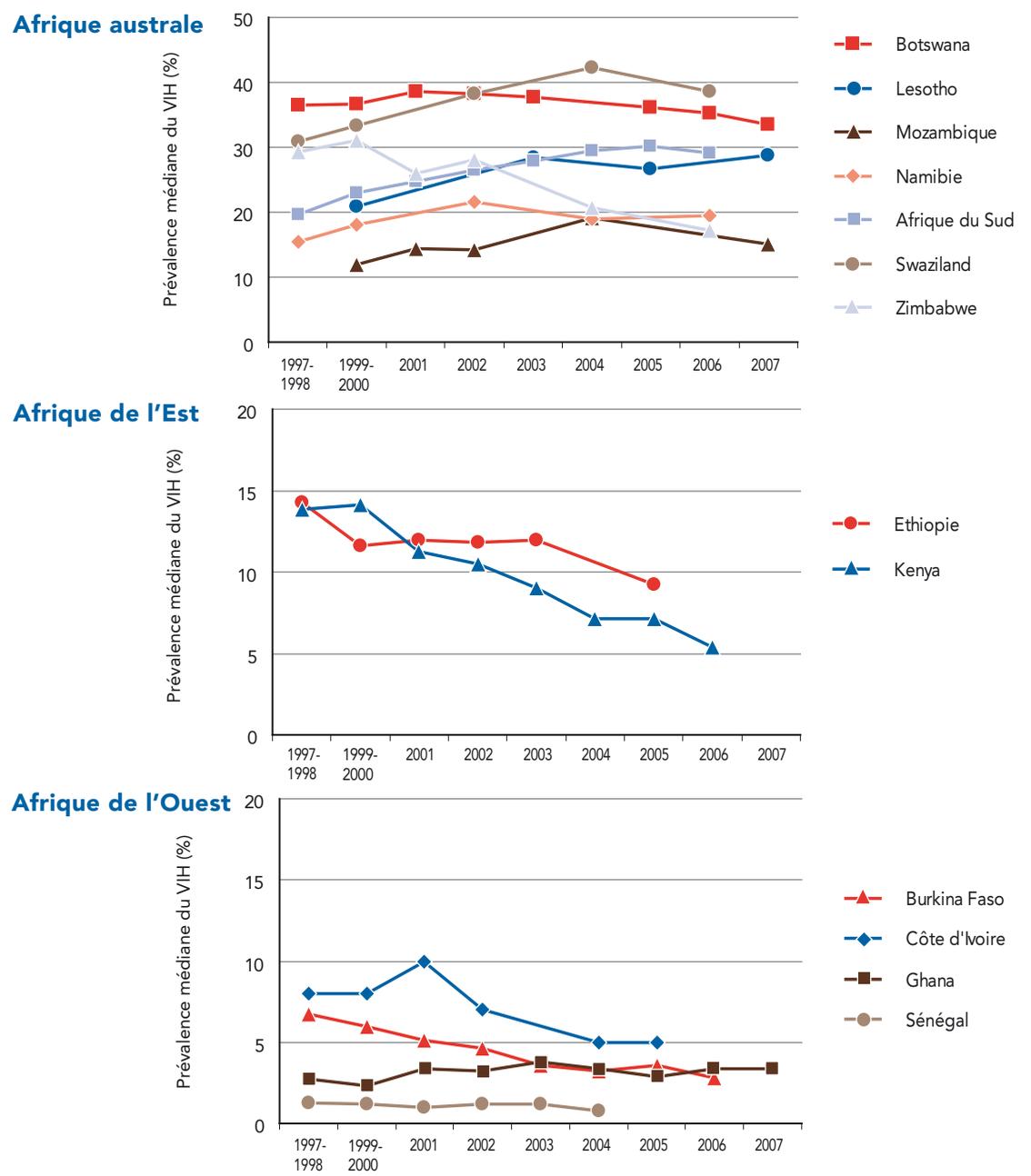
des signes de baisse de la prévalence du VIH parmi les femmes qui fréquentent les services prénatals de certaines zones urbaines (Ministry of Health and Population [Malawi], 2005; Ministry of Health [Zambia], 2005; Michelo et al., 2006; National AIDS Commission [Malawi], 2007).

Les données concernant le VIH émanant des consultations prénatales d'Afrique du Sud suggèrent que l'épidémie du pays pourrait être en voie de stabilisation (Department of Health [South Africa], 2007), mais on ne relève encore aucun changement majeur dans les comportements liés au VIH. On estime à 5,7 millions [4,9 millions-6,6 millions]⁹ le nombre de Sud-Africains qui vivaient avec le VIH en 2007, ce qui en fait la plus importante épidémie de VIH au monde. Par ailleurs, la prévalence du VIH à 26%, relevée chez les adultes du Swaziland en 2006, est la prévalence la plus élevée jamais documentée dans le monde au cours d'une enquête démographique nationale (Central Statistical Office [Swaziland] & Macro International Inc, 2007).

Au Mozambique, l'épidémie maintient sa croissance. Dans certaines des provinces du centre et du sud du pays, la prévalence du VIH chez les adultes a atteint ou dépassé 20%, alors que les infections poursuivent leur hausse parmi les jeunes (entre 15 et 24 ans) (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, 2006).

Après une chute spectaculaire dans les années 1990 (Asamoah-Odei, Garcia-Celleja & Boerma, 2004; Kirungi et al., 2006), la prévalence nationale du VIH chez les adultes en Ouganda s'est stabilisée à 5,4% [5,0%-6,1%]. Pourtant on observe des signes d'une éventuelle réapparition de la prise de risques sexuels qui pourrait entraîner une recrudescence de l'épidémie. Par exemple, la proportion d'hommes et de femmes adultes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était pas leur conjoint(e) et ne vivaient pas avec le répondant a augmenté depuis 1995 (de 12% à 16% pour les femmes et de 29% à 36% pour les hommes) (Kirungi et al., 2006; Ministry of Health [Uganda] & ORC Macro, 2006; Uganda Bureau of Statistics & Macro International Inc, 2007).

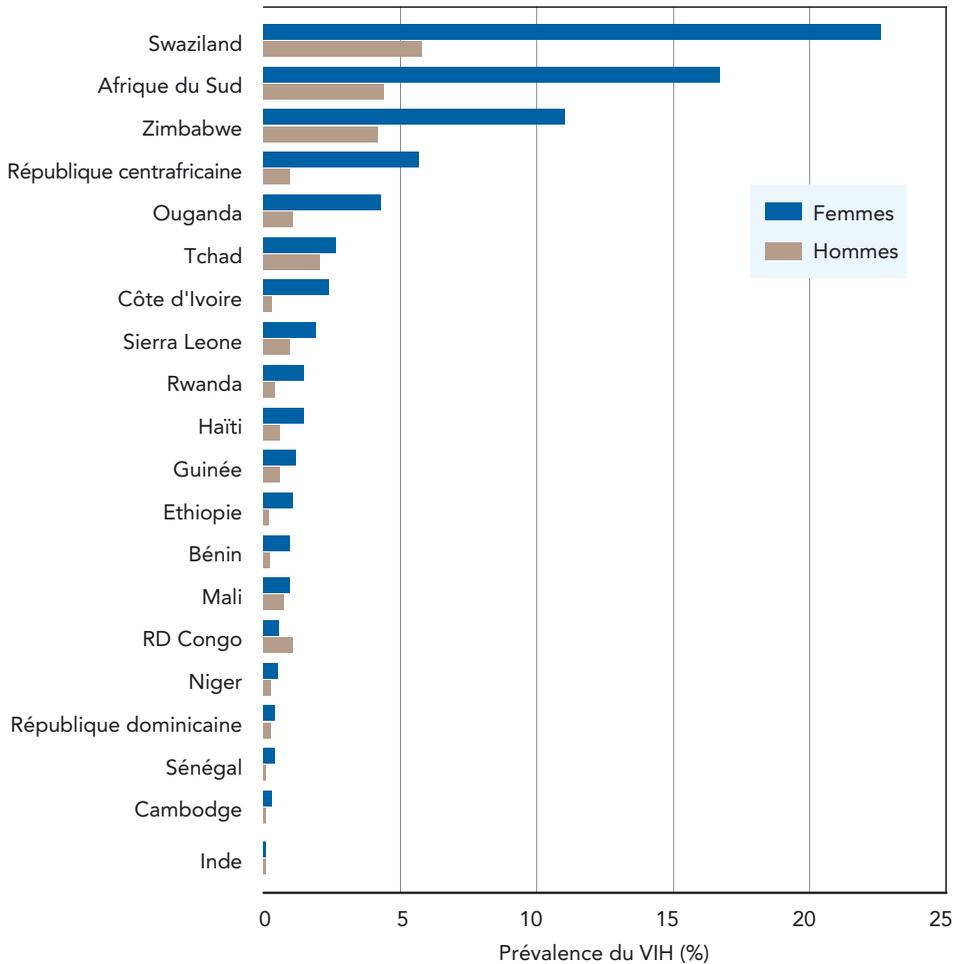
FIGURE 2.9 Prévalence du VIH (%) chez les femmes enceintes en consultations prénatales en Afrique subsaharienne, 1997-2007



Note: L'analyse est limitée aux sites de surveillance systématique pour tous les pays, à l'exception de l'Afrique du Sud (par province) et du Swaziland (par région).

FIGURE 2.10

Prévalence du VIH (%) parmi les 15 à 24 ans, par sexe, pour des pays choisis, 2005-2007



La plupart des épidémies de VIH comparativement plus modestes d'Afrique de l'Ouest sont stables ou en régression – comme c'est le cas au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Mali. En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes des zones urbaines a chuté de 10% en 2001 à 6,9% 2005 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de la Côte d'Ivoire & CDC/RETRO-CI/MEASURE

Evaluation, 2007). L'épidémie la plus importante d'Afrique de l'Ouest – au Nigéria, pays le plus peuplé du continent – semble s'être stabilisée à 3,1% [2,3%-3 8%] selon les tendances de l'infection à VIH parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales (Federal Ministry of Health [Nigeria], 2006).

Principaux modes de transmission du VIH

Les rapports hétérosexuels restent le moteur de l'épidémie en Afrique subsaharienne. Le taux élevé de transmission sexuelle a également donné lieu au nombre d'enfants vivant avec le VIH le plus élevé du monde. Néanmoins, de récentes données épidémiologiques ont révélé que l'épidémie de la région est beaucoup plus hétérogène qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici.

Rapports hétérosexuels dans le cas des couples sérodifférents

D'après les Enquêtes démographiques et de santé de cinq pays africains (Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya et République-Unie de Tanzanie), deux tiers des couples infectés par le VIH étaient sérodifférents, à savoir qu'un seul des partenaires était infecté. Le recours au préservatif s'est révélé rare : au Burkina Faso, par exemple, près de 90% des couples cohabitants participant à l'enquête ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel (de Walque, 2007). Une autre étude communautaire en Ouganda a montré que parmi les couples hétérosexuels sérodifférents, le risque que le partenaire non infecté contracte le VIH était estimé à 8% sur un an (Wawer et al., 2005). Il est surprenant de noter que, dans 30% à 40% des couples sérodifférents interrogés, le partenaire infecté était la femme. En effet, il semblerait que plus de la moitié des femmes infectées par le VIH, qui étaient mariées ou cohabitaient avec quelqu'un, avaient été infectées par une personne autre que leur partenaire du moment (de Walque, 2007).

Commerce du sexe

Le commerce du sexe est un important facteur dans de nombreuses épidémies de VIH en Afrique de l'Ouest. Plus d'un tiers (35%) des professionnelles du sexe interrogées en 2006 au Mali vivaient avec le VIH (Ministère de la Santé du Mali, 2006) et des niveaux d'infection supérieurs à 20% ont été documentés parmi les professionnelles du sexe au Sénégal (Gomes do Espirito Santo & Etheredge, 2005) et au Burkina Faso (Kintin et al., 2004). Le commerce du sexe

joue un rôle important mais moins central dans la transmission du VIH en Afrique australe, où une prévalence de fond exceptionnellement élevée a pour effet une importante transmission du VIH lors des rapports sexuels non liés au commerce du sexe.

Consommation de drogues injectables

La consommation de drogues injectables est un facteur partiel de plusieurs des épidémies de VIH en Afrique de l'Est et en Afrique australe, y compris à Maurice, où l'utilisation de matériel d'injection contaminé est la principale cause d'infection à VIH (Sulliman, Ameerberg & Dhannoo, 2004). Dans plusieurs études, la moitié environ des consommateurs de drogues injectables testés dans les villes kényennes de Mombasa (50%) (Ndetei, 2004) et de Nairobi (53%) étaient séropositifs au VIH (Odek-Ogunde, 2004).

Rapports sexuels entre hommes

Plusieurs études récentes suggèrent que les rapports sexuels anaux sans protection entre hommes sont probablement un facteur plus important dans les épidémies d'Afrique subsaharienne qu'on ne le pense généralement. En Zambie, un sur trois (33%) des hommes interrogés qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont présenté un test positif au VIH (Zulu, Bulawo & Zulu, 2006). Dans le port kényen de Mombasa, 43% des hommes qui déclaraient n'avoir de rapports sexuels qu'avec des hommes se sont révélés vivre avec le VIH (Sanders et al., 2007). Une prévalence du VIH de 22% a été relevée parmi les 463 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui participaient à une étude à Dakar, Sénégal (Wade et al., 2005).

Le rôle des partenariats simultanés dans les épidémies de VIH

Le concept de partenariats simultanés fait l'objet d'une attention croissante dans la littérature scientifique comme dans les médias. La plupart des auteurs définissent cette simultanéité comme « des relations sexuelles qui se chevauchent dans le temps » (Garnett & Johnson, 1997 ; Lagarde et al., 2001 ; Adimora et al., 2003 ; Adimora et al., 2004 ; Carael et al., 2004 ; Helleringer & Kohler, 2007). Cependant, d'autres auteurs estiment que des partenariats multiples pendant un court laps de temps peuvent servir de mesure supplétive de la simultanéité (Halperin & Epstein, 2007). Parmi les questions importantes pour la mesure des partenariats simultanés, on peut noter la durée du chevauchement des relations, la manière dont le nombre de partenaires est catégorisé (plus d'un, plus de cinq, etc.) et la durée de la période au cours de laquelle la simultanéité est évaluée (le mois écoulé, les six derniers mois, l'année précédente, etc.).

Certains affirment que les partenariats simultanés – associés à une charge virale élevée au cours de l'infection aiguë à VIH et le faible niveau de circoncision masculine – pourraient avoir contribué à la propagation rapide et aux niveaux élevés de la prévalence du VIH en Afrique australe (Halperin & Epstein, 2007).

Les quelques études de modélisation épidémiologique et mathématique qui ont examiné la prévalence de la simultanéité et son effet sur la transmission du VIH et les autres infections sexuellement transmissibles aboutissent à des conclusions différentes. Les premiers modèles ont conclu que, pour le même nombre de partenaires par individu, les réseaux de partenaires sexuels qui comprennent des partenariats simultanés entraînent des épidémies de VIH plus importantes que le font les réseaux ne comprenant pas de partenariats simultanés (Morris & Kretzschmar, 1997).

Si les scientifiques et les experts de la prévention admettent que le fait d'avoir des partenaires sexuels multiples constitue un facteur de risque important dans la transmission du VIH (Malamba et al., 1994 ; Wawer et al., 1994 ; McFarland, Mvere & Katzenstein, 1997 ; Chen et al., 2007 ; Mishra et al., 2007), l'impact comparatif des relations multiples simultanées par rapport aux relations multiples sérielles sur la propagation du VIH est moins évident. Une étude réalisée dans cinq villes d'Afrique subsaharienne n'a trouvé aucune association entre la simultanéité et le niveau de prévalence du VIH (Lagarde et al., 2001) et une petite étude effectuée au Malawi n'a pas non plus relevé d'association entre la densité des réseaux sexuels et la prévalence du VIH (Helleringer & Kohler, 2007). Les partenariats multiples et simultanés sont souvent associés à la mobilité (y compris la mobilité liée à l'emploi), en ce sens que les individus ont parfois des partenaires différents dans leurs divers lieux de résidence ; de plus ceux qui restent ont parfois également d'autres partenaires (Lurie et al., 2003 ; Coffee, Lurie & Garnett, 2007).

La compréhension des réseaux sexuels est cruciale pour la compréhension de l'épidémie de VIH. Néanmoins la contribution de la simultanéité en tant que facteur de l'infection à VIH en plus du fait d'avoir des partenaires sexuels multiples n'est pas claire. Une définition standard et d'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle de la simultanéité



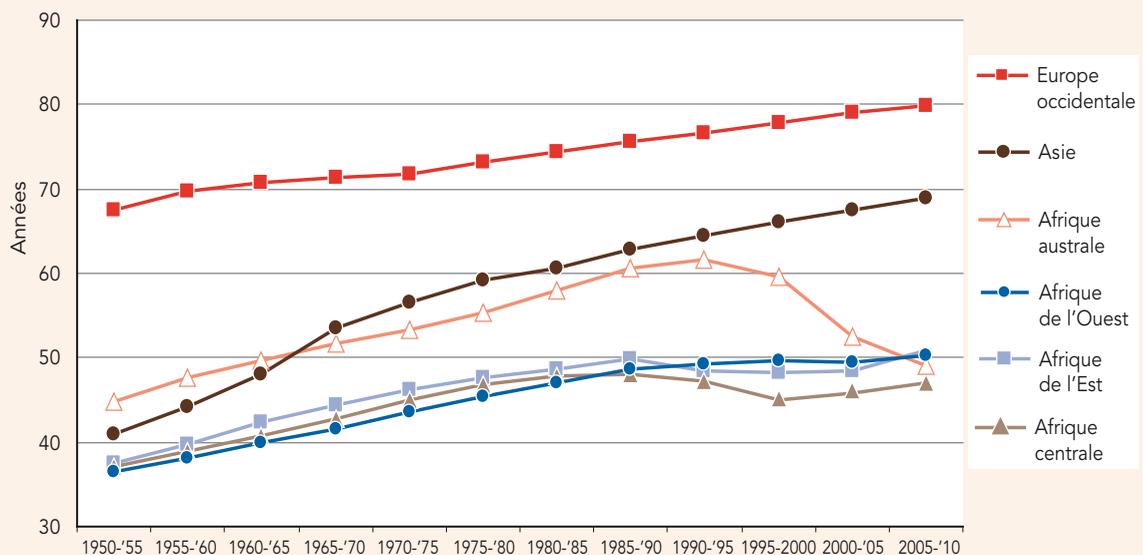
dans ses liens avec les réseaux sexuels et dans la propagation du VIH. En attendant la collecte et l'analyse de données supplémentaires sur les rapports entre simultanéité et propagation du VIH, les programmes de prévention devraient viser à réduire la survenue des partenariats sexuels multiples qu'ils soient ou non simultanés. Dans les pays d'Afrique australe où la prévalence du VIH est extrêmement élevée, la réalité actuelle veut que la probabilité que le partenaire de quelqu'un soit infecté par le VIH est d'environ un sur quatre à six, ce qui entraîne des niveaux beaucoup plus élevés d'exposition au VIH que ceux qui se produisent ailleurs dans le monde. Ce phénomène a probablement davantage d'importance que le fait de savoir si les partenariats simultanés ont ou non joué un rôle particulier dans la propagation rapide du VIH au cours des années 1990.

C'est en Afrique subsaharienne que le VIH a le plus fort impact démographique

Idéalement, l'évaluation de l'impact démographique de l'épidémie devrait être fondée sur les données fournies par les certificats de décès. Cependant, ces données d'état civil sont insuffisantes dans un grand nombre des pays les plus touchés par l'épidémie mondiale de sida. Même dans les pays où les systèmes de notification des décès fonctionnent relativement bien (par exemple en Afrique du Sud), les décès dus au sida sont rarement documentés comme tels.



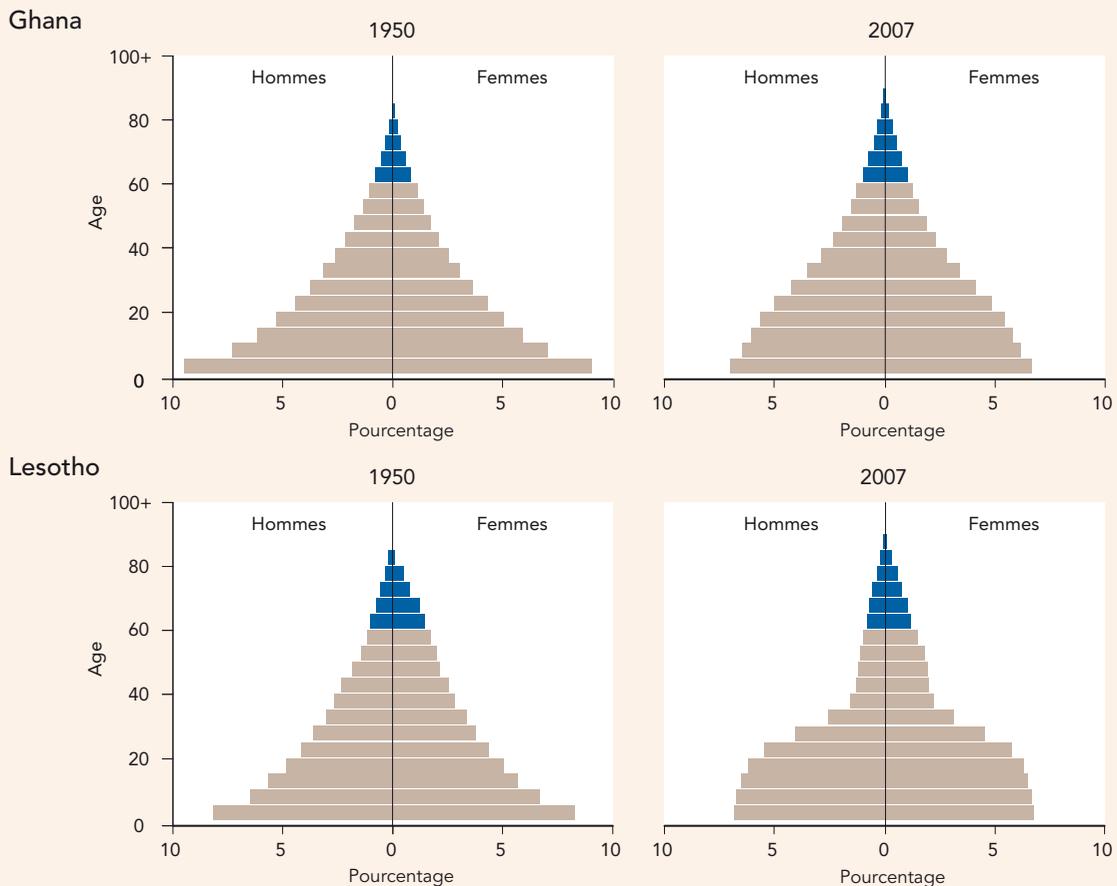
FIGURE 2.11 Espérance de vie à la naissance, régions choisies, 1950-1955 à 2005-2010



Source: Division de la Population du Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, World Population Prospects. The 2006 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Dans les pays qui connaissent une forte prévalence du VIH, l'espérance de vie à la naissance a chuté, parfois de manière spectaculaire. En Afrique australe, on estime que l'espérance de vie moyenne à la naissance a baissé à des niveaux qui n'avaient plus été vus depuis les années 1950. Elle est maintenant inférieure à 50 ans pour l'ensemble de la sous-région, comme le montre la Figure 2.11 et inférieure à 40 ans au Zimbabwe (OMS, 2006). Les progrès régulièrement enregistrés dans l'espérance de vie en Afrique de l'Est depuis le début des années 1950 ont cessé vers la fin des années 1980, mais la baisse de la prévalence du VIH dans certains pays d'Afrique de l'Est pourrait maintenant se traduire par une augmentation de l'espérance de vie dans cette sous-région. Par contraste, les épidémies comparativement plus modestes d'Europe occidentale et d'Asie ont à peine eu un effet sur les tendances de l'espérance de vie dans ces régions.

FIGURE 2.12 Changements dans la structure démographique: Ghana et Lesotho



Source: Division de la Population du Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, World Population Prospects. The 2006 Revision, <http://esa.un.org/unpp>



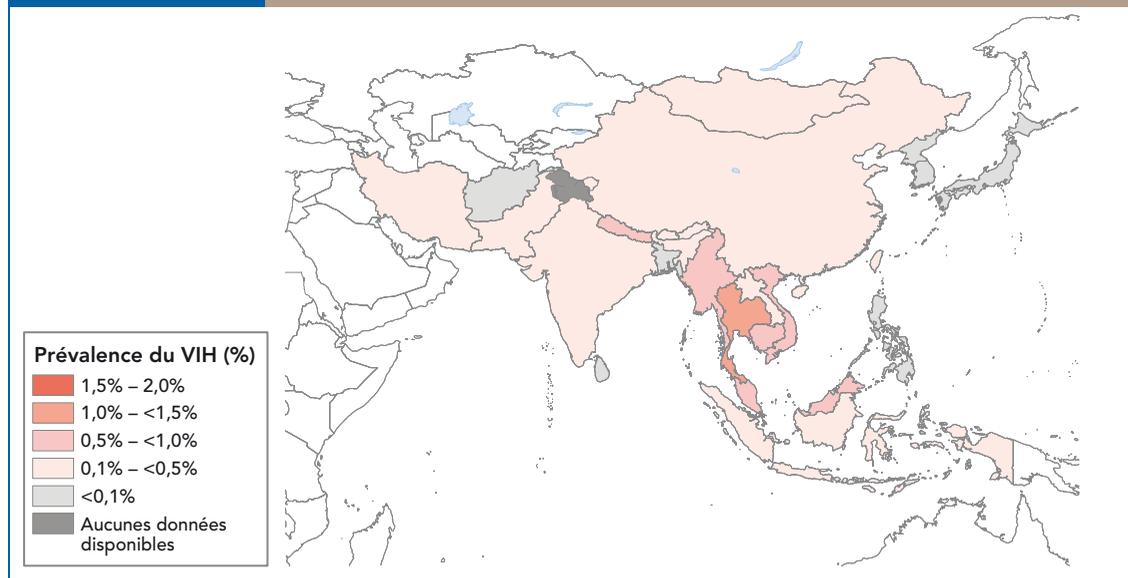
En Afrique australe, les effets combinés des décès prématurés et de la baisse de la fécondité parmi les femmes séropositives au VIH ont abaissé les taux de croissance démographique et profondément remanié la structure de la population. Dans un pays à forte prévalence comme le Lesotho, les groupes les plus durement touchés par le VIH sont les nouveau-nés et les jeunes enfants et le groupe d'âge des 30 à 50 ans. Ce dernier groupe constitue généralement le cœur même de l'activité économique et des populations en âge d'élever des enfants. Par contraste, la pyramide démographique du Ghana, où les niveaux d'infection à VIH sont beaucoup plus faibles, reflète la structure plus conventionnelle d'un pays à faible revenu (Figure 2.12).

En Afrique du Sud, le total des décès (toutes causes) a augmenté de 87% entre 1997 et 2005 (Statistics South Africa, 2005; Statistics South Africa, 2006). Au cours de cette période, les taux de mortalité ont plus que triplé pour les femmes de 20 à 39 ans et plus que doublé pour les hommes entre 30 et 44 ans, au moins 40% de ces décès étant probablement imputables au VIH (Dorrington et al., 2001; Bradshaw et al., 2004; Actuarial Society of South Africa, 2005; Medical Research Council, 2005; Anderson & Phillips, 2006). Le taux de croissance démographique du pays est passé de 1,25% en 2001-2002 à un peu plus de 0,97% en 2006-2007) (Statistics South Africa, 2007).

A l'est du Zimbabwe, l'impact démographique a été plus important que ce qu'on attendait au début des années 1990. La fécondité totale est maintenant inférieure de 8% à ce qui était projeté sans épidémie de VIH, en raison des effets de l'infection à VIH sur la fécondité, la mortalité précoce et le comportement. Dans les zones les plus touchées (les villes dans lesquelles la prévalence atteignait 33% dans les années 1998-2005), le taux de croissance démographique est maintenant considérablement plus faible qu'il ne l'aurait été sans l'épidémie (1% au lieu de 2,9%) (Gregson et al., 2007). Au nord de la Namibie, les registres des paroisses indiquent que les taux de mortalité ont triplé entre 1991 et 2003 (Notkola, Timaeus & Siiskonen, 2004).

Par ailleurs l'estimation du nombre des orphelins de mère, de père ou des deux parents en raison du sida en Afrique du Sud, au Malawi, et en République-Unie de Tanzanie a passé de 1,2 million en 2001 à 2,9 millions en 2007. Cependant, une récente étude n'a trouvé aucun signe d'augmentation du nombre des familles gérées par des enfants dans ces trois pays (Hosegood et al., 2007), ce qui laisse penser que tous les enfants orphelins, à l'exception d'une petite minorité, sont pris en charge par la parenté, la communauté et d'autres réseaux de soutien.

Hors de l'Afrique subsaharienne, l'impact démographique tend à être moins important, car la prévalence du VIH est comparativement faible. Cependant, aux Caraïbes, le sida est l'une des principales causes de décès chez les adultes entre 15 et 44 ans (Centre d'épidémiologie des Caraïbes, OPS & OMS, 2004).

FIGURE 2.13 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Asie, 2007

Asie

En Asie, on estime à 5,0 millions [4,1 millions–6,2 millions] le nombre de personnes qui vivaient avec le VIH en 2007, chiffre qui comprend les 380 000 [200 000–650 000] personnes nouvellement infectées cette année-là. Quelque 380 000 personnes [270 000–490 000] sont décédées de maladies liées au sida. C'est en Asie du Sud-Est que les niveaux nationaux d'infection à VIH sont les plus élevés (Figure 2.13) et que l'on observe des tendances épidémiques disparates.

Tendances épidémiologiques récentes

Les épidémies du Cambodge, du Myanmar et de la Thaïlande montrent toutes une baisse de la prévalence du VIH, la prévalence nationale du VIH au Cambodge passant par exemple de 2% en 1998 à quelque 0,9% en 2006 (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2007). Cependant les épidémies en Indonésie (notamment dans la province de Papua), au Pakistan, et au Viet Nam sont en croissance rapide. Au Viet Nam, le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH a plus que doublé entre 2000 et 2005 (Ministry of Health [Viet Nam], 2005). Les nouvelles infections à VIH sont également

en augmentation régulière, mais à un rythme beaucoup plus lent, dans des pays très peuplés comme le Bangladesh et la Chine.

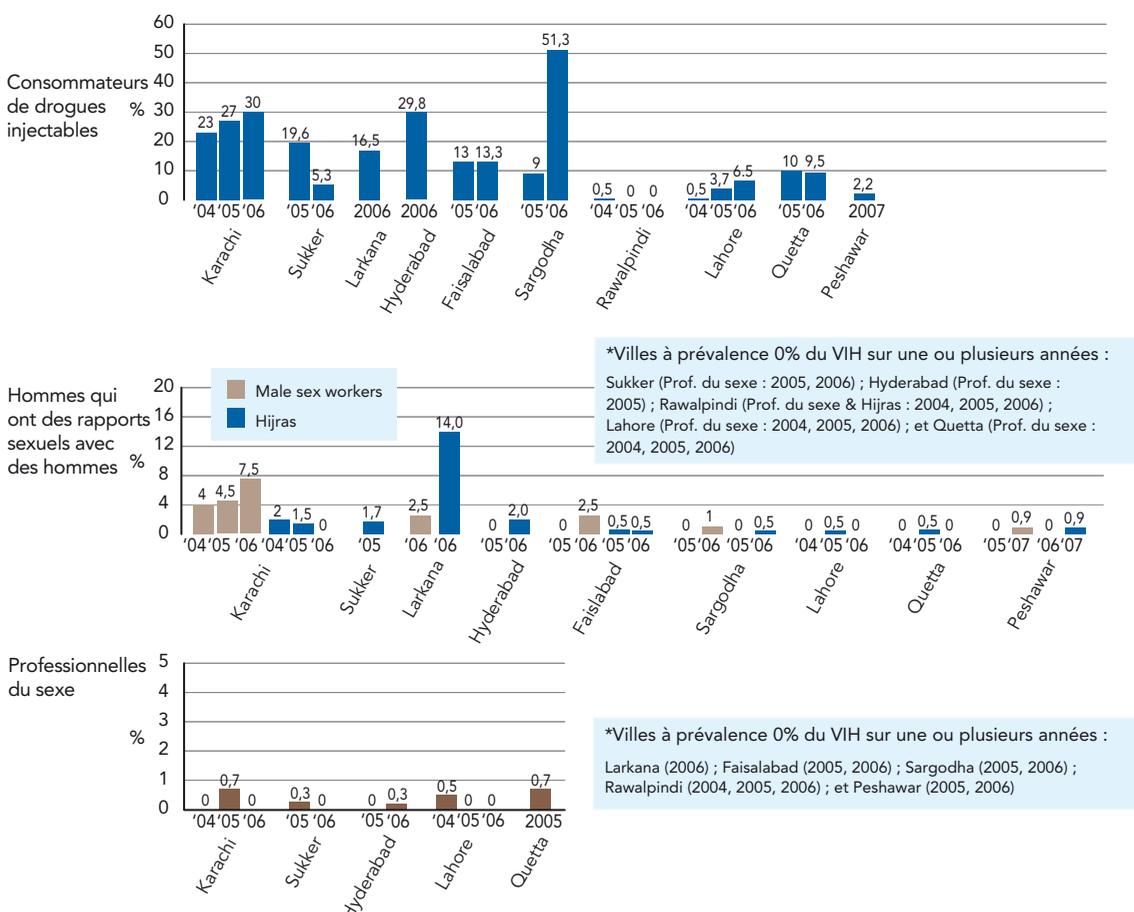
Principaux modes de transmission du VIH

Les divers modes de transmission du VIH font de l'épidémie en Asie une des plus variées du monde.

Consommation de drogues injectables

La consommation de drogues injectables est l'un des grands facteurs de risque des épidémies dans plusieurs pays asiatiques. Un peu moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH en Chine en 2006 pourraient avoir été infectées par l'utilisation de matériel d'injection contaminé (Lu et al., 2006; Ministry of Health [China], 2006). Des niveaux élevés d'infection ont été détectés parmi les consommateurs de drogues injectables du nord-est de l'Inde et dans plusieurs grandes villes du reste du pays, y compris au Tamil Nadu, où on estimait en 2006 que 24% des consommateurs de drogues étaient affectés (National Institute of Health and Family Welfare & National AIDS Control Organisation, 2007). L'utilisation de matériel d'injection contaminé (ainsi que les rapports

FIGURE 2.14 Prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe au Pakistan, 2004–2007*



Source: Ministry of Health Pakistan. HIV Second Generation Surveillance in Pakistan, National Report Rounds I and II.

sexuels non protégés entre les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires réguliers) est également le moteur de l'épidémie au Viet Nam (Tuang et al., 2007) et en Malaisie, où plus de deux tiers des infections à VIH à ce jour se sont produites parmi les consommateurs de drogues injectables (Reid, Kamarulzaman & Sran, 2007).

Chevauchement entre commerce du sexe et consommation de drogues injectables

Le nombre de femmes qui s'injectent des drogues en Chine va croissant et une forte proportion d'entre

elles (quelque 56% dans certaines villes) vendent également des faveurs sexuelles (Choi, Cheung & Chen, 2006; Liu et al., 2006). Un grand nombre de consommateurs de drogues injectables de sexe masculin achètent aussi des rapports sexuels et souvent, ils n'utilisent pas de préservatif (Hesketh et al., 2006). Par exemple, une enquête effectuée en 2005–2006 au Viet Nam a montré qu'entre 20% et 40% des consommateurs de drogues injectables (selon la région de l'enquête) ont indiqué avoir payé pour des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents, et jusqu'à 60% ont indiqué avoir aussi des rapports sexuels avec un partenaire régulier. Entre

16% et 36% ont déclaré utiliser systématiquement des préservatifs avec leurs partenaires réguliers (Ministry of Health [Viet Nam], 2006). Le chevauchement entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe est également un phénomène potentiellement préoccupant en Inde et au Pakistan (Chandrasekaran et al., 2006; Ministry of Health [Pakistan], 2006). Un exemple de la complexité de la dynamique de la transmission est présenté pour le cas du Pakistan dans la Figure 2.14.

La Figure 2.15 projette les effets à long terme du chevauchement entre la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe à Djakarta, Indonésie – une métropole dans laquelle on estime que 40 000 personnes s'injectent des drogues (Commission on AIDS in Asia, 2008). Si l'épidémie a d'abord été alimentée par la transmission du VIH entre consommateurs de drogues injectables, une quinzaine d'années plus tard les consommateurs de drogues injectables ne constituent plus la majorité des personnes infectées par le VIH. L'épidémie indonésienne en rapide augmentation se répand à grande vitesse dans les réseaux du commerce du sexe (Statistics Indonesia & Ministry of Health [Indonesia], 2006; Ministry of Health [Indonesia] & Statistics Indonesia, 2007).

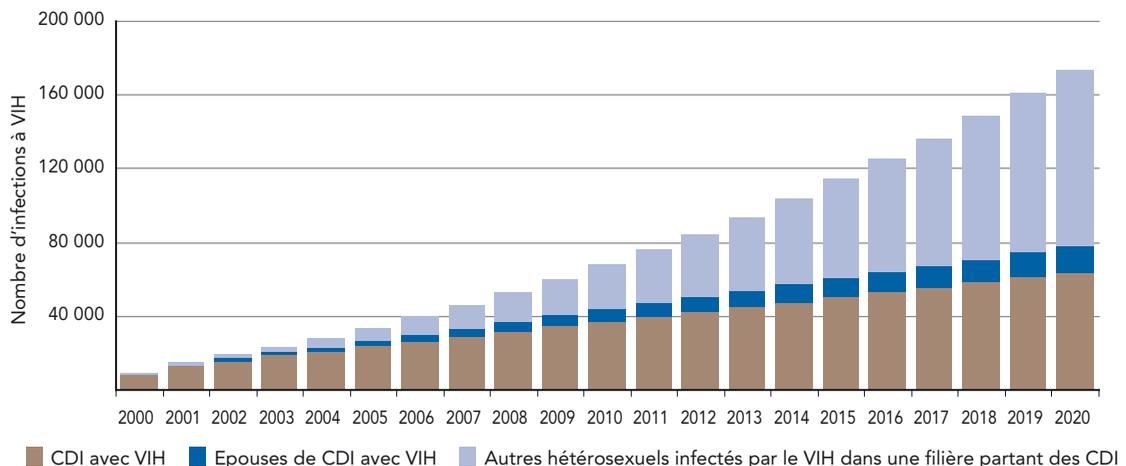
La plus récente flambée de VIH s'est produite en Afghanistan, où les stupéfiants sont maintenant également injectés (traditionnellement, l'opium était soit inhalé soit absorbé par voie orale) (ONUSIDA, 2005). A Kaboul, 3% des consommateurs de drogues injectables interrogés étaient séropositifs au VIH, mais ce chiffre pourrait bien augmenter car la moitié des participants à l'enquête ont déclaré qu'ils avaient utilisé en commun des aiguilles ou des seringues (Todd et al., 2007).

Commerce du sexe

Les rapports sexuels non protégés (rémunérés ou non) sont le plus important facteur de risque dans la propagation du VIH dans plusieurs régions d'Asie. Les femmes et les filles victimes d'exploitation sexuelle sont confrontées à un risque particulièrement élevé d'infection à VIH. Une prévalence du VIH de 38% a été relevée parmi des femmes victimes de trafic sexuel après leur rapatriement au Népal, et jusqu'à la moitié des femmes et des filles victimes d'exploitation sexuelle à Mumbai, Inde, ont présenté un test positif au VIH (Silverman et al., 2006; Silverman et al., 2007). Dans l'Etat du Karnataka, en Inde, une prévalence du VIH de 16% a été observée chez les professionnelles du sexe travaillant à la maison, de 26% parmi leurs homologues qui travaillent dans la

FIGURE 2.15

Projection du nombre total d'infections à VIH dans divers groupes de la population, Djakarta, Indonésie, 2000-2020



rue, et de 47% parmi celles qui travaillent dans des maisons closes (Ramesh et al., 2006).

Certains des pays qui connaissent des épidémies alimentées par le commerce du sexe ont observé une baisse des infections, due en partie à une augmentation du recours au préservatif pendant les rapports sexuels rémunérés. Au Cambodge par exemple, la baisse de la prévalence du VIH s'est produite pendant la période où l'utilisation systématique du préservatif dans le commerce du sexe passait de 53% en 1997 à 96% en 2003 à Battambang, Kampong Cham, Phnom Penh, Siem Reap, et Sihanoukville (Gorbach et al., 2006). La prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe a considérablement baissé – de 46% en 1998 à 21% en 2003 – parmi les professionnel(le)s du sexe travaillant dans les maisons closes et de 44% à 8% pendant la même période chez les professionnel(le)s du sexe de plus de 20 ans (Ministry of Health [Cambodia], 2006). Des tendances analogues ont été observées en Thaïlande et au Tamil Nadu (Inde du Sud), au cours de la décennie écoulée.

La grave épidémie qui se déroule dans la province indonésienne de Papua est plutôt atypique pour l'Asie, en ce sens que la transmission du VIH semble se produire principalement lors de rapports sexuels non protégés avec un partenaire régulier et de rapports rémunérés. En 2006, une enquête démographique portant sur l'ensemble de la province a révélé une prévalence du VIH chez les adultes de 2,4% (2,9% parmi les hommes et 1,9% parmi les femmes). Étant donné que 14% seulement des hommes qui achètent des faveurs sexuelles déclarent utiliser des préservatifs avec les professionnelles du sexe (Ministry of Health [Indonesia] & Statistics Indonesia, 2007), il n'est pas surprenant que des niveaux élevés d'infection à VIH (14%-16%) aient été enregistrés chez les professionnelles du sexe dans certaines régions de la province (National AIDS Commission [Indonesia], 2006).

Rapports hétérosexuels

Bien que les rapports sexuels rémunérés soient devenus plus sûrs au Cambodge, les époux(ses) et

partenaires réguliers des personnes infectées dans le cadre de commerce du sexe représentent aujourd'hui un pourcentage croissant des nouvelles infections (National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2004). L'épidémie de la Thaïlande s'est également réduite, mais elle est aussi devenue plus hétérogène (Over et al., 2007) et le VIH touche toujours davantage des personnes généralement considérées comme peu exposées au risque d'infection. Environ 43% des nouvelles infections en 2005 sont survenues chez des femmes, dont la plupart ont été infectées par leur époux ou des partenaires qui avaient eu des rapports sexuels non protégés ou avaient utilisé du matériel d'injection contaminé (OMS, 2007). En Inde, une proportion importante des femmes infectées par le VIH a probablement été infectée par un partenaire régulier qui avait acheté des faveurs sexuelles (Lancet, 2006).

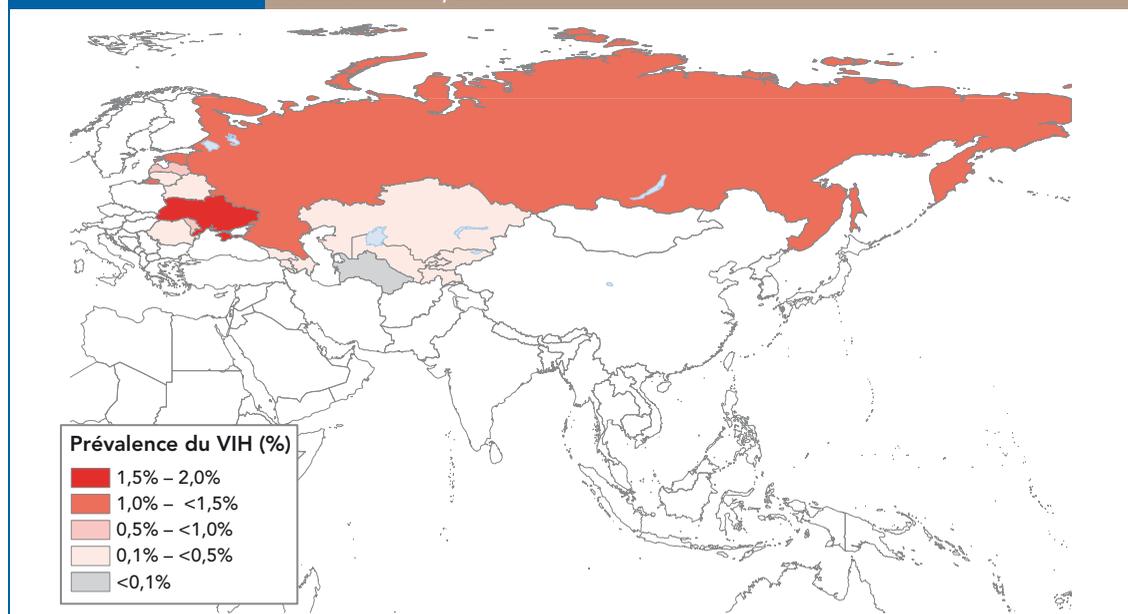
Rapports sexuels entre hommes

Comme dans la plupart des autres régions du monde, les rapports sexuels anaux sans protection entre hommes sont un facteur potentiellement important mais peu étudié dans les épidémies de VIH en Asie. A Bangkok, la prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a passé de 17% en 2003 à 28% en 2005 (van Griensven et al., 2006) et on estime qu'en 2005, une nouvelle infection à VIH sur cinq au moins (21%) en Thaïlande était imputable à des rapports sexuels non protégés entre hommes (Gouws et al., 2006). Dans l'épidémie plus récente de la Chine, on estime que jusqu'à 7% des infections à VIH pourraient être imputables aux rapports sexuels non protégés entre hommes (Lu et al., 2006).

Les professionnels du sexe sont confrontés à un risque particulièrement élevé d'infection à VIH. Au Viet Nam, un professionnel du sexe sur trois (33%) recrutés dans plus de 70 sites à Hô Chi Minh-Ville était séropositif au VIH (Nguyen et al., sous presse). Des études effectuées au début de cette décennie ont relevé des niveaux élevés d'infection à VIH parmi les professionnels(le) du sexe transsexuel(le)s à Djakarta, Indonésie, et à Phnom Penh, Cambodge, en 2003 (Girault et al., 2004; Pisani et al., 2004).

FIGURE 2.16

Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Europe orientale et Asie centrale, 2007



Europe orientale et Asie centrale

On estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH en Europe orientale et en Asie centrale a atteint 1,5 million [1,1 million-1,9 million] en 2007 ; près de 90% des personnes infectées vivent soit en Fédération de Russie (69%) soit en Ukraine (29%). On estime que 110 000 personnes [67 000-180 000] dans cette région ont été infectées par le VIH en 2007, alors que 58 000 environ [41 000-88 000] décédaient du sida.

Tendances épidémiologiques récentes

L'épidémie de VIH en Fédération de Russie (déjà la plus importante de la région) poursuit sa croissance, mais à un rythme apparemment plus lent que celle de l'Ukraine, où le nombre de nouveaux diagnostics annuels de VIH a plus que doublé depuis 2001 (Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2006 ; EuroHIV, 2007a). Les chiffres annuels des nouveaux diagnostics de VIH notifiés sont également en hausse en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan (qui connaît maintenant l'épidémie la plus forte d'Asie centrale), en Moldova, et au Tadjikistan.

Principaux modes de transmission du VIH

Chacune des épidémies de VIH de cette région est dans une large mesure concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs divers partenaires sexuels.

Consommation de drogues injectables

Parmi les nouveaux cas de VIH notifiés dans cette région en 2006 pour lesquels le mode de transmission est connu, environ 62% étaient imputables à la consommation de drogues injectables.¹⁰ En Fédération de Russie, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables varie de 3% à Volgograd à plus de 70% à Biysk (Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology, 2005). La prévalence est également élevée parmi les consommateurs de drogues injectables en Ukraine ; et chez des consommateurs de drogues injectables interrogés dans le cadre des études nationales sur le diagnostic, la prévalence a augmenté de 11% en 2001 à 17% en 2006 (EuroHIV, 2007a) ; on a en outre relevé localement des taux de prévalence du VIH atteignant 63% (Ministry of Health [Ukraine], 2007). Des niveaux élevés d'infection ont été détectés

¹⁰ Les cas de VIH officiellement documentés ne correspondent qu'aux personnes qui ont été en contact direct avec le système de notification du VIH d'un pays. Le nombre réel de personnes infectées par le VIH est considérablement plus élevé.

parmi les consommateurs de drogues injectables de Tachkent, Ouzbékistan (30%, 2003-2004) (Sanchez et al., 2006; EuroHIV, 2007a); Zlobin, Bélarus (52%) (EuroHIV, 2007a); et au Kazakhstan (Ministry of Health [Kazakhstan] et al., 2005).¹¹

Chevauchement entre commerce du sexe et consommation de drogues injectables

Le chevauchement entre commerce du sexe et consommation de drogues injectables figure au premier plan des épidémies de la région. Par exemple, 39% des professionnelles du sexe de l'oblast de Samara, en Fédération de Russie (Population Services International, 2007), 37% de celles participant à une étude à Saint-Pétersbourg (Benotsch et al., 2004), et jusqu'à 30% des professionnelles du sexe participant à d'autres études (Rhodes et al., 2004) ont déclaré s'être injecté des drogues. Nulle part dans cette région les épidémies de VIH n'ont atteint un stade où elles pourraient évoluer indépendamment de la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe.

Rapports hétérosexuels

Au fur et à mesure de l'évolution des épidémies de la région, la proportion de femmes infectées par le VIH augmente. Quelque 40% des nouveaux cas de VIH enregistrés en Europe orientale et en Asie centrale en 2006 sont survenus chez des femmes (EuroHIV, 2007a). Une prévalence du VIH exceptionnellement élevée a été notifiée chez les femmes enceintes de plusieurs régions du centre et de l'est de l'Ukraine. Trois grandes régions fortement peuplées ont annoncé une prévalence du VIH chez les femmes enceintes supérieure à 1%, dont les oblasts d'Odessa, de Kiev et de Mikolaïv (Ministry of Health [Ukraine], 2008). La plupart de ces femmes ont probablement été infectées lors de rapports sexuels avec un partenaire qui avait contracté l'infection en utilisant du matériel d'injection de drogues contaminé (Scherbinska, 2006; EuroHIV, 2007a). Dans l'ensemble de la région, on estime que quelque 35% des femmes séropositives au VIH ont été infectées par du matériel d'injection de drogues contaminé et environ 50% ont contracté le virus lors de rapports sexuels non protégés avec des partenaires qui s'injectent des drogues (EuroHIV, 2006a).

Rapports sexuels entre hommes

En 2006, moins de 1% des nouveaux cas de VIH enregistrés (pour lesquels le mode de transmission était connu) étaient attribués aux rapports sexuels non protégés entre hommes (EuroHIV, 2007a); il s'agit probablement là d'une sous-estimation du rôle de ce mode de transmission du VIH. En Fédération de Russie, la prévalence du VIH relevée dans ce groupe de la population variait de 0,9% à Moscou (Smolskaya et al., 2004; Smolskaya, 2006) à 9% à Nijni Novgorod en 2006 (Ladnaya, 2007). Parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes participant à une étude à Tachkent, Ouzbékistan, 11% se sont révélés séropositifs au VIH en 2005 (Ministry of Health [Uzbekistan], 2007), tout comme 5% de leurs homologues d'une étude en Géorgie (EuroHIV, 2006b).

Caraïbes

On estime que 230 000 [210 000-270 000] personnes vivaient avec le VIH aux Caraïbes en 2007 (dont environ trois quarts en Haïti et en République dominicaine), alors qu'environ 20 000 [16 000-25 000] personnes étaient nouvellement infectées par le VIH dans cette région et quelque 14 000 [11 000-16 000] personnes décédaient du sida.

Tendances épidémiologiques récentes

Les systèmes de surveillance du VIH sont encore insuffisants dans plusieurs pays des Caraïbes, mais les informations disponibles indiquent que la plupart des épidémies de la région semblent s'être stabilisées et que quelques-unes sont en baisse dans les zones urbaines. Cette dernière tendance est particulièrement manifeste en Haïti et en République dominicaine. En République dominicaine par exemple, la prévalence du VIH a passé de 1,0% en 2002 à environ 0,8% en 2007 (Centro de Estudios Sociales y Demograficos, 2007).

Principaux modes de transmission du VIH

Les rapports hétérosexuels non protégés, rémunérés ou non, sont le principal mode de transmission du VIH aux Caraïbes. Cependant les rapports sexuels entre hommes, même s'ils sont généralement niés par

¹¹ Tous les pays de cette région n'appliquent pas la même définition pour les « consommateurs de drogues injectables » ou les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ». De ce fait, des données de prévalence de ce type ne sont pas nécessairement comparables entre les différents pays.

FIGURE 2.17

Prévalence du VIH (%) chez les adultes dans les Caraïbes, 2007



la société, constituent également un important facteur dans plusieurs épidémies nationales.

Rapports hétérosexuels

En Haïti, qui connaît la plus importante des épidémies des Caraïbes, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales a baissé de 5,9% en 1996 à 3,1% en 2004 (Gaillard et al., 2006) et elle est stable depuis (Ministère de la Santé publique et de la Population, 2007). Si les changements de comportements positifs semblent partiellement expliquer ce déclin (Cayemittes et al., 2006; Gaillard et al., 2006; Hallett et al., 2006), des niveaux importants de comportements à haut risque ont été documentés dans les zones rurales et parmi les jeunes en Haïti (Cayemittes et al., 2006; Centre d'Évaluation et de Recherche appliquée et Family Health International, 2006; Gaillard et al., 2006).

Commerce du sexe

Avec la baisse de la prévalence du VIH en République dominicaine, des enquêtes ont montré

qu'un nombre croissant de professionnel(le)s du sexe (ainsi que leurs clients) se protègent de l'infection par le VIH, notamment dans les principaux centres urbains et touristiques (Kerrigan et al., 2006). Parmi les professionnelles du sexe, une prévalence du VIH de 9% a été documentée en Jamaïque et de 31% au Guyana (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana, 2005; Allen et al., 2006; Gebre et al., 2006; Gupta et al., 2006; Organisation panaméricaine de la Santé, 2007).

Rapports sexuels entre hommes

Au moins une infection à VIH notifiée sur huit (12%) dans cette région est due à des rapports sexuels non protégés entre hommes (Caribbean Commission on Health and Development, 2005; Inciardi et al., 2005). Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont le principal mode de transmission du VIH à Cuba, où les hommes représentent plus de 80% de tous les cas de VIH notifiés (Programa Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH/Sida, 2006), et en Dominique, où près des trois quarts (71% des 319 infections à VIH notifiées à ce jour) sont survenues chez des hommes (Ministry of Health and Social

Security [Dominica], 2007). Des études ont montré une prévalence du VIH de 20% chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à la Trinité-et-Tobago (Lee et al., 2006), 21% dans la Région 4 du Guyana (Ministry of Health [Guyana], 2005), et 11% en République dominicaine (Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2008).¹²

Amérique latine

Les nouvelles infections à VIH en 2007 ont atteint un total estimé à 140 000 [88 000–190 000], ce qui porte à 1,7 million [1,5 million–2,1 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette région. On estime que 63 000 personnes (49 000–98 000) sont décédées du sida l’an dernier.

Tendances épidémiologiques récentes

Dans l’ensemble, les niveaux d’infection à VIH en Amérique latine ont peu changé au cours de la décennie écoulée.

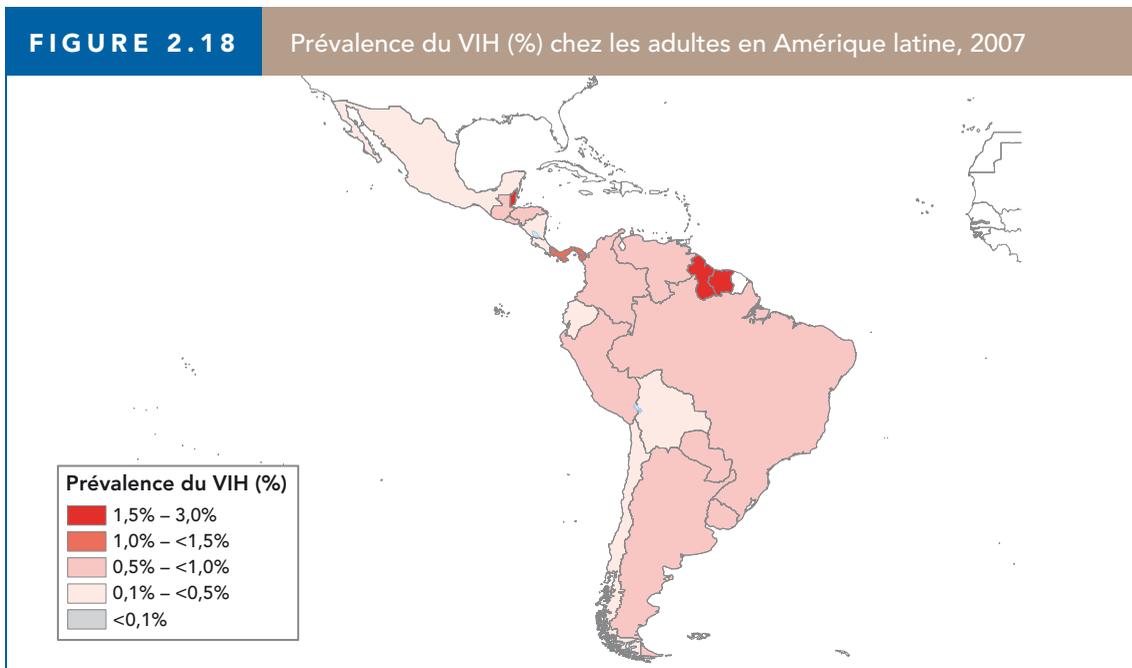
Principaux modes de transmission

La transmission du VIH dans cette région se produit principalement parmi les hommes qui ont des rapports avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et (dans une moindre mesure) les consommateurs de drogues injectables.

Rapports sexuels entre hommes

On a documenté une forte prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans plusieurs pays :

- 18%–22% au Pérou, dans des études effectuées entre 1996 et 2002 (Ministerio de Salud de Perú, 2006 ; Sanchez et al., 2007) ;
- 14% à Buenos Aires, Argentine, en 2000–2001 (Pando et al., 2006) ;
- 22% à Montevideo, Uruguay (Montano et al., 2005) ;
- 15% dans quatre villes de Bolivie et à Quito, Equateur (Montano et al., 2005) ; et
- 10%–25% dans certaines villes de Colombie (Mejía et al., 2006 ; Ministerio de la Protección Social de Colombia & ONUSIDA Grupo Tematico, 2006).¹²



¹² Le niveau et la nature des comportements associés à un risque d’infection à VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes diffèrent parfois d’une étude à l’autre, c’est pourquoi les comparaisons directes entre des données VIH de ce type ne sont pas nécessairement valables.



Les recherches ont révélé des épidémies cachées de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans plusieurs pays d'Amérique centrale, y compris Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Mexique, Nicaragua et Panama (Magis et al., 2006; Soto et al., 2007). Plus de la moitié (57% des diagnostics de VIH posés à ce jour au Mexique ont été attribués aux rapports sexuels non protégés entre hommes (Bravo-Garcia, Magis-Rodriguez & Saavedra, 2006). Entre un quart et un tiers des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans six pays (à l'exception du Panama) ont également des rapports sexuels avec des femmes – et entre 30% et 40% de ces hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés à la fois avec des hommes et des femmes au cours du mois écoulé (Soto et al., 2007).

Commerce du sexe

Dans l'ensemble de l'Amérique du Sud, les niveaux d'infection à VIH parmi les professionnelles du sexe tendent à être beaucoup plus faibles que ceux qui sont observés chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Bautista et al., 2006a). La prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe est de 10% au Honduras, de 4% au Guatemala et de 3% en El Salvador (Soto et al., 2007). Néanmoins, des données récentes montrent une forte baisse de la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe au Honduras, où les activités de promotion du préservatif se sont intensifiées ces dernières années

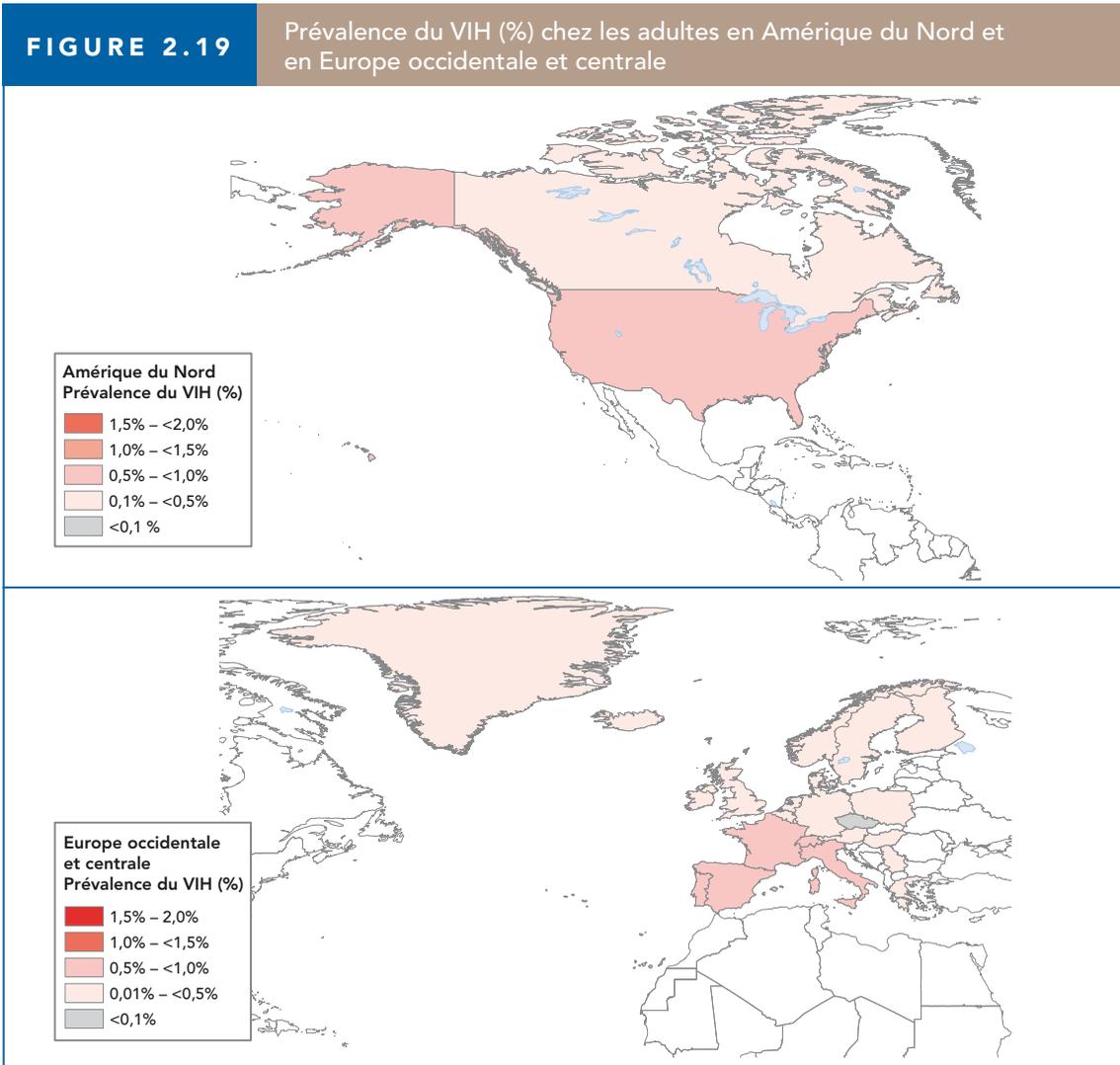
(Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007a; Secretaría de Salud de Honduras et al., 2007b).

Consommation de drogues injectables

La transmission du VIH associée à la consommation de drogues injectables figure toujours dans plusieurs des épidémies d'Amérique du Sud. A l'échelle régionale, ce mode de transmission semble représenter un nombre moins élevé de nouvelles infections qu'auparavant. En Argentine, la consommation de drogues injectables n'a représenté qu'environ 5% des nouvelles infections à VIH à Buenos Aires entre 2003 et 2005 (Cohen, 2006), et les niveaux d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ont baissé dans plusieurs villes du Brésil (Fonseca et al., 2006; Okie, 2006; Rossi et al., 2006). Une transmission assez importante du VIH a été relevée parmi les consommateurs de drogues injectables dans les capitales du Paraguay (12% de séropositifs au VIH dans plusieurs enquêtes) et de l'Uruguay (19% de séropositifs au VIH) (IDES et al., 2005; National AIDS Program [Paraguay], 2006).

Rapports hétérosexuels

Les femmes qui contractent l'infection sont de plus en plus nombreuses dans plusieurs pays de la région, dont l'Argentine, le Brésil, le Pérou et l'Uruguay (Ministerio de Salud de Perú, 2005; National AIDS Programme [Argentina], 2005; Cohen, 2006; Martínez et al., 2006; Dourado et al., 2007). On



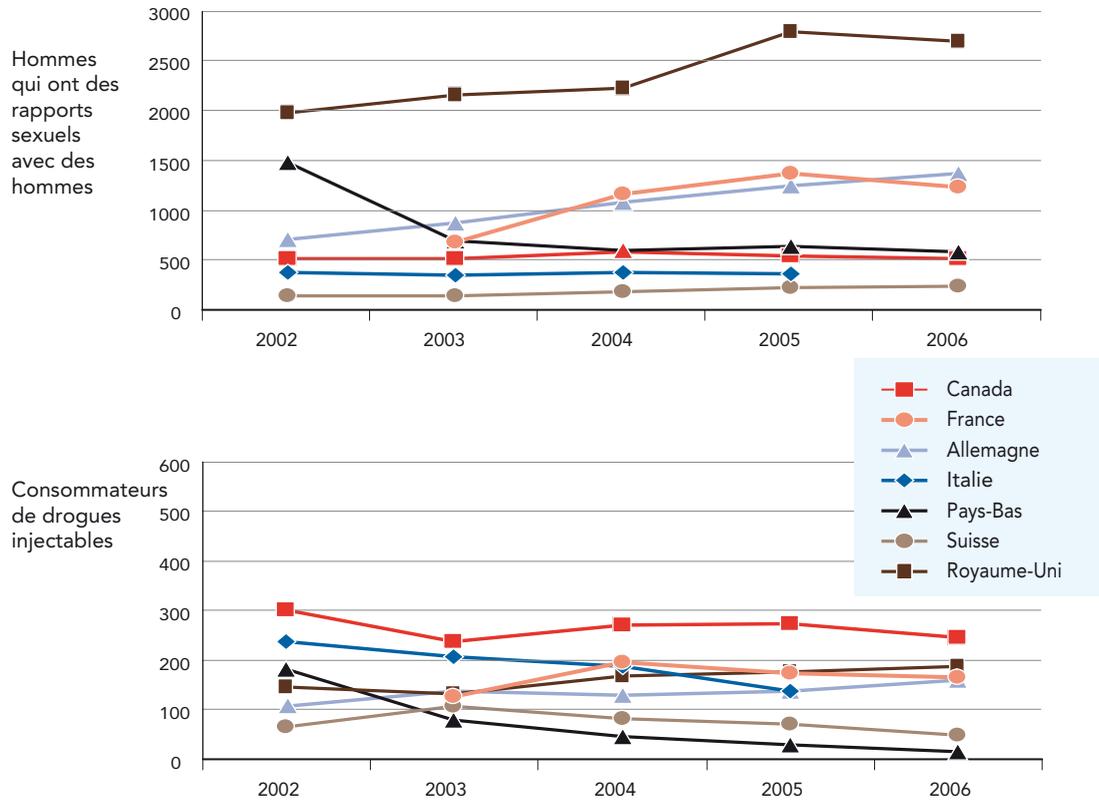
estime que dans ce dernier pays par exemple, les rapports sexuels non protégés (dans la plupart des cas hétérosexuels) représentent environ deux tiers des nouveaux cas de VIH notifiés (Montano et al., 2005). La plupart des femmes sont infectées par leurs partenaires sexuels masculins qui ont contracté le VIH au cours de rapports sexuels non protégés avec un homme ou en utilisant du matériel d'injection de drogues contaminé (Ministerio de Salud de Perú, 2005; Cohen, 2006; Silva & Barone, 2006).

Amérique du Nord, Europe occidentale et centrale

En 2007, les Etats-Unis d'Amérique abritaient environ 1,2 million [690 000-1,9 million] des 2,0 millions [1,4 million-2,8 millions] de personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale. Dans l'ensemble de ces régions, 81 000 [30 000-170 000] personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007. Un nombre comparativement restreint de personnes – 31 000 dans une fourchette de 16 000 à 67 000 – sont décédées du sida l'an dernier.

FIGURE 2.20

Infections à VIH nouvellement diagnostiquées parmi des consommateurs de drogues injectables et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, par pays et année de notification, 2002-2006



Sources: (1) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada. Tableaux de surveillance sélectionnés au 30 juin 2007. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, 2007. (2) Epidemiologisches Bulletin (5. Oktober 2007/Sonderausgabe B. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health). (3) The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Testing Times. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007. London: Health Protection Agency, Centre for Infections. November 2007. (4) EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No 75. (5) EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007, No 76.

Tendances épidémiologiques récentes

En Amérique du Nord, le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH est resté relativement stable ces dernières années, mais l'accès aux thérapies antirétrovirales qui prolongent la survie a conduit à une augmentation du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2006; US Centers for Disease Control and Prevention, 2007).¹³ En Europe occidentale, les nouveaux diagnostics de VIH sont en hausse, tout comme le total des personnes vivant avec le VIH (ce dernier chiffre en raison d'un accès généralisé aux traitements antirétroviraux).

Principaux modes de transmission du VIH

Ces pays à revenu élevé connaissent des épidémies diverses et leurs profils épidémiologiques divergent avec l'évolution de l'épidémie. En général, la consommation de drogues injectables représente une part plus faible des nouvelles infections à VIH qu'auparavant.

Rapports sexuels entre hommes

Les rapports sexuels entre hommes restent le principal mode de transmission du VIH au Canada comme aux États-Unis (40% des nouveaux

¹³ Cette analyse est fondée principalement sur les diagnostics de VIH signalés. Une limite importante à l'utilisation des diagnostics annuels de VIH pour suivre l'épidémie de VIH est que la mesure ne représente pas l'incidence totale (car elle peut comprendre des infections survenues il y a plusieurs années) et elle ne tient compte que des personnes ayant été testées pour le VIH. De ce fait, les tendances du VIH fondées sur les cas de VIH signalés peuvent être biaisées par des modifications des tests VIH subis ou par des changements dans les schémas de déclaration. Dans la mesure du possible, cette analyse avertit le lecteur des instances où de telles modifications sont survenues.

diagnostics de VIH au Canada en 2006 et 53% aux Etats-Unis en 2005) (Agence de la santé publique du Canada, 2007 ; US Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes restent le groupe de la population le plus exposé au risque de VIH dans la plupart des pays d'Europe occidentale. En effet, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH attribués aux rapports sexuels non protégés entre hommes a considérablement augmenté ces dernières années en Europe occidentale, phénomène qui semble lié à l'augmentation des rapports sexuels non protégés entre hommes notifiée dans plusieurs pays (Dodds et al., 2004 ; Balthasar, Jeannin & Dubois-Arber 2005 ; Moreau-Gruet, Dubois-Arber & Jeannin, 2006 ; Hamouda et al., 2007). En Allemagne par exemple, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez des hommes qui ont des rapports sexuels entre eux a augmenté de 96% (pour atteindre 1370) entre 2002 et 2006 (Robert Koch Institut, 2007).

Rapports hétérosexuels

Environ un tiers (32%) des infections à VIH et des cas de sida nouvellement notifiés aux Etats-Unis en 2005 étaient imputables à des rapports hétérosexuels à haut risque (US Centers for Disease Control and Prevention, 2007), tout comme l'étaient 33% des nouvelles infections à VIH au Canada en 2006. Toutefois au Canada, une importante proportion de ces infections sont survenues chez des personnes nées dans des pays à forte prévalence du VIH (principalement en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes) (Boulos et al., 2006 ; Agence de la santé publique du Canada, 2007). On observe une situation analogue en Europe occidentale, où les rapports hétérosexuels non protégés ont compté pour la plus grande part (42%) des nouveaux diagnostics de VIH en 2006 (par rapport aux 29% attribués aux relations sexuelles non protégées entre hommes). Les rapports hétérosexuels non protégés sont le principal mode annoncé de transmission dans la plupart des pays d'Europe centrale, à l'exception de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie et de la Pologne, où le principal mode de transmission est la consommation de drogues injectables, et de la Croatie, de la Hongrie, de la République tchèque et de la Slovénie où ce sont les rapports sexuels non protégés entre hommes (Hamers, 2006 ; Rosinska, 2006 ; Brucková et al., 2007 ; EuroHIV, 2007a).

Consommation de drogues injectables

La transmission due à l'usage multiple de matériel d'injection contaminé représente 18% des nouveaux diagnostics de VIH aux Etats-Unis (2005) et 19% au Canada (2006) (Agence de la santé publique du Canada, 2007 ; US Centers for Disease Control and Prevention, 2007). En Europe occidentale, la proportion des diagnostics de VIH (6%) associée à l'utilisation de matériel d'injection contaminé était en baisse en 2006 (EuroHIV, 2007b). Au Danemark et aux Pays-Bas, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a chuté de 72% et de 91% respectivement entre 2002 et 2006 (EuroHIV, 2007b). En Europe centrale également, les nouveaux diagnostics de VIH notifiés chez les consommateurs de drogues injectables ont baissé (EuroHIV, 2007b).

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Le peu d'informations relatives au VIH dont on dispose pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord indiquent qu'environ 380 000 [280 000-510 000] personnes vivaient avec le VIH en 2007, dont 40 000 [20 000-66 000] personnes avaient été nouvellement infectées par le virus au cours de l'an dernier.

Tendances épidémiologiques récentes

A l'exception du Soudan, les épidémies de cette région sont comparativement modestes.

Principales sources de transmission du VIH

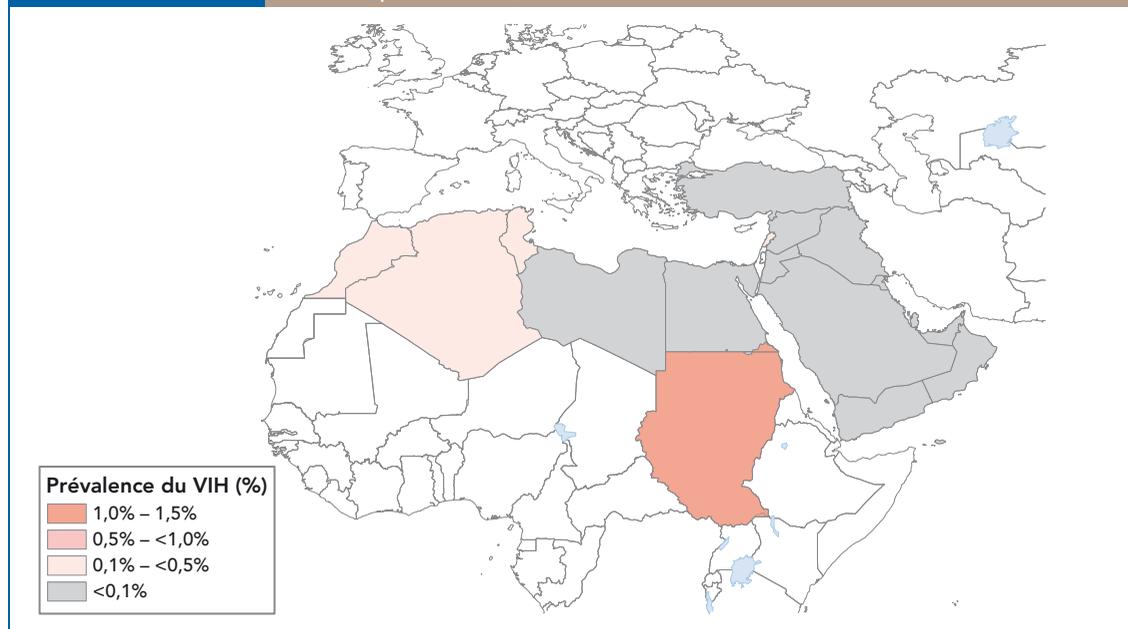
Diverses combinaisons de facteurs de risque sont associées à l'épidémie ; parmi elles, les principales sont les rapports sexuels rémunérés ou non protégés et l'utilisation de matériel d'injection de drogues contaminé (Obermeyer, 2006).

Consommation de drogues injectables

La République islamique d'Iran connaît une grave épidémie liée à la consommation de drogues, avec une prévalence du VIH située entre 15% et 23% parmi les consommateurs de drogues injectables de sexe masculin qui fréquentent les centres d'accueil ou les services de traitement de la toxicomanie à Téhéran (Zamani et al., 2005 ; Zamani et al., 2006). L'exposition à du matériel d'injection de drogues

FIGURE 2.21

Prévalence du VIH (%) chez les adultes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 2007



contaminé est également la principale voie de transmission du VIH en Jamahiriya arabe libyenne et en Tunisie et elle figure également dans les épidémies de l'Algérie, du Maroc et de la République arabe syrienne (Kilani et al., 2003; Ministry of Health and Medical Education [Iran], 2005; Mimouni & Remaoun, 2006; Obermeyer, 2006).

Chevauchement entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe

L'association entre consommation de drogues injectables et commerce du sexe pourrait faciliter la propagation du VIH en Algérie, en Égypte, au Liban et en République arabe syrienne, où un tiers ou davantage des consommateurs de drogues injectables interrogés ont déclaré avoir récemment soit acheté soit vendu des faveurs sexuelles. En République arabe syrienne, plus de la moitié (53%) des consommateurs de drogues interrogés dans une étude ont déclaré

avoir vendu des faveurs sexuelles et 40% de ces consommateurs ont déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif (Ministry of Health [Syria] et al., 2007).

Rapports hétérosexuels

Les rapports hétérosexuels non protégés sont le principal facteur de l'épidémie du Soudan – la plus importante de la région – avec une prévalence nationale du VIH chez les adultes estimée à 1,4% [1,0%–2,0%] en 2007. Dans plusieurs autres pays, le nombre de diagnostics de VIH chez les femmes est en augmentation, la plupart d'entre elles étant infectées par leur époux ou leurs compagnons qui avaient contracté le VIH en consommant des drogues injectables ou en achetant des rapports sexuels. Au Maroc, par exemple, un tiers (33%) des femmes dont le diagnostic de sida est confirmé étaient mariées (Ministère de la Santé [Maroc], 2007).

Rapports sexuels entre hommes

Bien qu'ils fassent l'objet d'ostracisme et soient officiellement censurés dans l'ensemble de la région, les rapports sexuels non protégés entre hommes sont probablement un facteur dans plusieurs des épidémies de la région. Une récente étude conduite en Egypte, par exemple, a montré que 6,2% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes étaient infectés par le VIH (Ministry of Health [Egypt] et al., 2006), alors qu'une prévalence de 9% a été observée parmi leurs homologues de l'Etat de Khartoum, au Soudan (Elrashied, 2006).

Océanie

Globalement, on estime à 74 000 [66 000-93 000] le nombre de personnes qui vivaient avec le VIH en Océanie en 2007, dont environ 13 000 [12 000-15 000] avaient contracté une infection cette année-là.

Tendances épidémiologiques récentes

La plupart des épidémies de la région sont modestes, à l'exception de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, où le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH a plus

que doublé entre 2002 et 2006, date à laquelle 4017 nouveaux cas de VIH ont été notifiés (National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea], 2007).

Principales sources de transmission du VIH

Rapports hétérosexuels

Les rapports hétérosexuels non protégés sont le principal mode de transmission du VIH en Papouasie-Nouvelle-Guinée (National HIV/AIDS Support Project, 2006; National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] & National HIV/AIDS Support Project, 2007) et les rapports sexuels rémunérés non protégés semblent constituer un facteur essentiel. Une enquête récente a montré que 60%-70% des chauffeurs-routiers et des personnels militaires et 33% des ouvriers des zones portuaires déclaraient avoir acheté des rapports sexuels au cours de l'année écoulée (National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] & National HIV/AIDS Support Project, 2007). Des études communautaires dans 10 provinces ont montré que 40% environ des participants étaient atteints d'une infection sexuellement transmissible au moins (Institute of Medical Research, 2007).

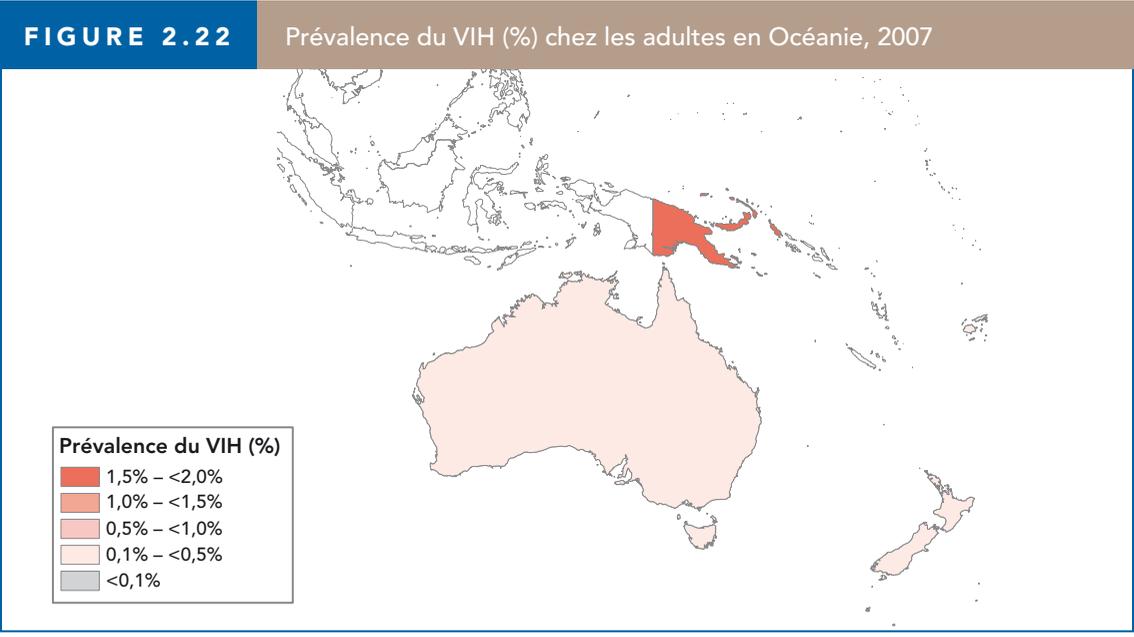
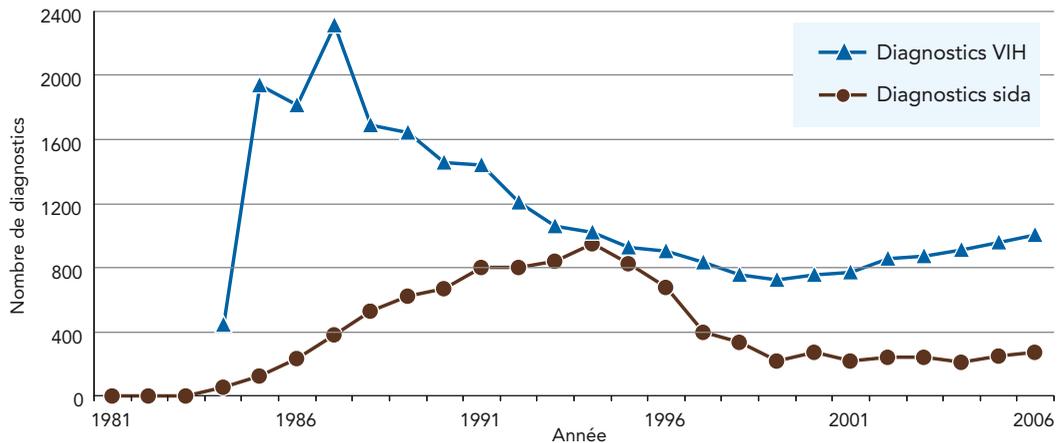


FIGURE 2.23

Nombre annuel des diagnostics d'infection à VIH et de sida en Australie, 1981-2006



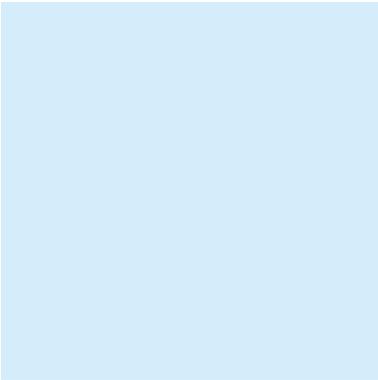
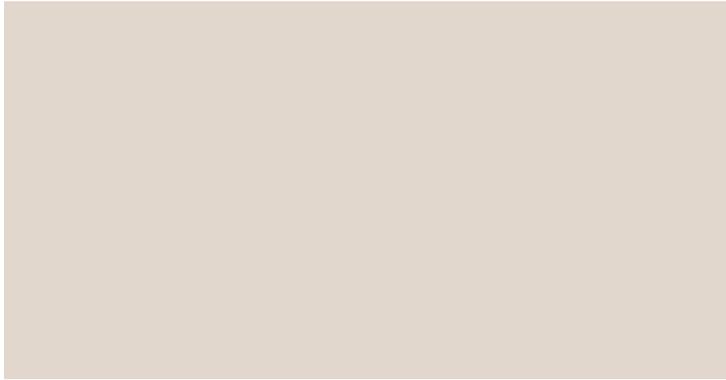
Source: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007). Données disponibles sur [http://nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SurvRep07/\\$file/ASR2007.PDF](http://nchechr.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/SurvRep07/$file/ASR2007.PDF)

Rapports sexuels entre hommes

Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont la principale cause d'infection à VIH en Australie (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2007a) et en Nouvelle-Zélande (Ministry of Health [New Zealand], 2007). Après avoir nettement chuté dans les années 1990, les nouveaux diagnostics de VIH en Australie sont en hausse, passant de 763 cas notifiés en 2000 à 998 notifications en 2006 (Figure 2.23). Des données montrent que la prévalence des rapports sexuels non protégés entre hommes a augmenté ou est restée à

des niveaux élevés ces dernières années dans plusieurs villes, dont Adélaïde, Brisbane, Canberra, Perth (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2007b) et Sydney (Prestage et al., 2006). Les rapports sexuels non protégés entre hommes pourraient également être un facteur de l'épidémie de Papouasie-Nouvelle-Guinée. Lors d'une enquête, plus d'un jeune homme sur 10 (12%) a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des hommes et le recours au préservatif était rare (Maibani-Michie & Yeka, 2005).

Gestion des causes sociétales du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH

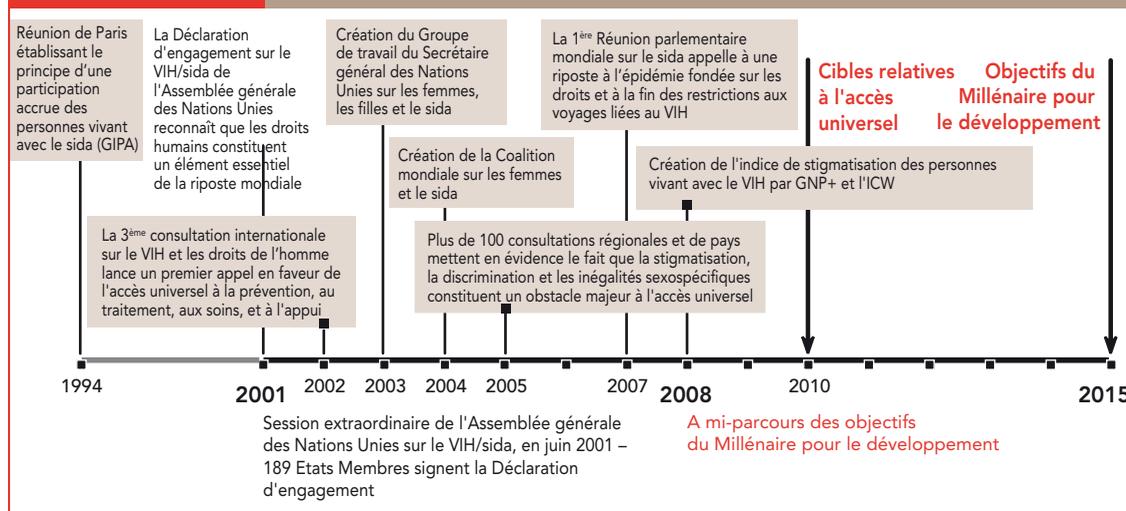


Chapitre 3



FIGURE 3.1

Déterminants sociaux de l'épidémie de VIH : événements choisis



Messages clés

- Pour riposter à l'épidémie de VIH durablement et avec tout le succès voulu, il va falloir sans relâche travailler et avancer sur les questions relatives aux violations des droits humains, des inégalités sexospécifiques, de la stigmatisation et de la discrimination.
- Un investissement important dans l'éducation des filles, favorisé par des politiques rendant obligatoire l'enseignement primaire et secondaire, contribuerait grandement à réduire le risque et la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH.
- Les programmes fondés sur des preuves et visant à instaurer des normes sexospécifiques doivent être développés, en accordant une attention particulière aux initiatives centrées sur les hommes et les garçons.
- Gouvernements nationaux et donateurs internationaux doivent intégrer au nombre de leurs priorités les stratégies propres à accroître l'autonomie matérielle des femmes, et la conduite de réformes juridiques permettant aux femmes de jouir de leurs droits à la propriété et à l'héritage.
- Tous les pays veilleront à l'application rigoureuse des mesures anti-discriminatoires de façon à protéger les personnes vivant avec le VIH. Le tiers des pays qui n'ont pas les lois nécessaires pour protéger contre la discrimination liée au VIH doivent en promulguer sans plus tarder. Les pays doivent également protéger de la discrimination les populations les plus à risque et veiller à ce qu'elles aient l'égalité jouissance de leurs droits humains.
- Les pays doivent composer une stratégie anti-discriminatoire faisant partie intégrante de leur plan national de lutte contre le sida, investissant dans un large éventail d'activités : campagnes de sensibilisation du grand public et d'information sur les droits de chacun, services juridiques à la disposition des personnes vivant avec le VIH, élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux, et expression de la solidarité nationale pour la riposte au VIH.
- Un soutien technique et financier bien plus important s'impose pour renforcer le potentiel de réaction des organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH, et des groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH.

Le VIH est une entité biologique contre laquelle les protocoles thérapeutiques ont une action, mais l'épidémie continue de s'étendre, parce qu'on ne s'est pas réellement attaqué aux paramètres sociétaux qui augmentent le risque d'exposition et la vulnérabilité au VIH. Le présent chapitre examine deux ensembles de facteurs sociétaux qui influent sur le risque de VIH et sur la vulnérabilité, et qui pourtant n'ont pas été effectivement pris en compte et gérés dans la plupart des pays :

- Les inégalités sexospécifiques et l'absence de moyens donnés aux femmes et aux filles pour s'assumer, et
- La discrimination, la stigmatisation, et l'exclusion sociale.

Ce chapitre décrit également la contribution des inégalités économiques à la propagation de l'épidémie de VIH. Les facteurs sociaux diffèrent dans leur manifestation, dans leur intensité, et dans leur impact selon les régions et au sein des régions, mais ils sont bel et bien là partout dans le monde, et dans tous les cas ils empêchent d'opposer à l'épidémie une riposte efficace, reposant sur des preuves, et fondée sur les droits (Mann & Tarantola, 1996).

Relativement peu d'études ont examiné rigoureusement les stratégies destinées à neutraliser les différents facteurs sociétaux de risque et de vulnérabilité face au VIH. Cependant, il existe suffisamment d'éléments probants sur lesquels prendre appui pour mettre sur pied des initiatives nationales visant à contrer ces facteurs et à créer des environnements plus favorables pour l'exercice des droits humains, la santé et le bien-être de tous, y compris des personnes les plus exposées au risque de VIH. En particulier, des outils ont été élaborés ces dernières années pour quantifier l'inégalité sexospécifique ainsi que la discrimination et la stigmatisation liées au VIH, ce qui contribue à parfaire les études sociologiques et l'évaluation des programmes. Toute stratégie nationale de lutte contre le VIH se voulant exhaustive doit intégrer des activités et initiatives diverses destinées à neutraliser les facteurs contextuels influant sur le risque et la vulnérabilité – notamment des stratégies innovantes de communication pour le changement social. Le présent chapitre est complémentaire du Chapitre 4, lequel passe en revue les différents volets que doit comporter tout programme exhaustif, efficace, de prévention des nouveaux cas d'infection à VIH.

Définition du risque et de la vulnérabilité face au VIH

Risque : probabilité pour une personne de contracter l'infection à VIH. Certains comportements créent, majorent et perpétuent le risque : rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut VIH est inconnu, multipartenariat sexuel sans protection, et consommation de drogues injectables avec utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées.

Vulnérabilité : état résultant d'un ensemble de facteurs échappant au contrôle individuel qui réduisent l'aptitude d'individus et de communautés à éviter le risque de VIH. Ces facteurs sont notamment les suivants : (1) absence des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour se protéger et protéger les autres ; (2) facteurs liés à la qualité des services et à la couverture (par ex : inaccessibilité des services due à la distance, au coût ou à d'autres facteurs) ; et (3) facteurs sociétaux tels que violations des droits humains, ou normes socioculturelles. Ces normes peuvent consister en pratiques, en croyances et en lois qui stigmatisent et inhibent certaines populations, lesquelles ont de ce fait de la difficulté à bénéficier ou à faire usage des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ainsi que des produits correspondants. Ces facteurs, seuls ou associés, peuvent créer une vulnérabilité au VIH individuelle et collective, ou l'intensifier.

Source : ONUSIDA (2007a).

Tenter de changer les déterminants sociétaux du risque et de la vulnérabilité face au VIH pourrait être considéré comme allant au-delà des ressources, du calendrier d'exécution ou du mandat des programmes de santé publique. Cependant, l'épidémie de VIH a déjà généré des changements majeurs au niveau du développement international et des pratiques mondiales pour la santé publique, des attitudes, et des normes sociales. L'histoire de l'épidémie laisse apparaître les lacunes d'une riposte qui s'avère trop étreinte et uniquement centrée sur le court terme. Des changements fondamentaux dans les normes et pratiques sociales sont possibles s'il y a suffisamment d'impulsion politique, d'engagement communautaire, de fidélité à un cap programmatique, et de solidarité internationale. Ces dernières années, les attitudes, les schémas comportementaux, et les

lois qui génèrent, qui reflètent, et qui confortent les déterminants sociétaux du risque et de la vulnérabilité face au VIH ont été exhaustivement cartographiés dans divers milieux. Une somme sans cesse croissante de données scientifiques est disponible pour guider dans la définition des stratégies et des programmes de riposte.

En outre, le moment est venu de s'attaquer aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité et du risque d'exposition au VIH. Des progrès importants, cependant inégaux, ont été faits pour élargir l'accès à de nombreuses stratégies de prévention du VIH (voir Chapitre 4), mais les inégalités sexospécifiques, la stigmatisation et la discrimination viennent saper les efforts faits pour stopper la progression du VIH. En particulier dans les contextes hyper-endémiques – là où des changements modestes

Approches de la riposte au VIH fondées sur les droits

Une approche de la riposte au VIH fondée sur les droits garantit que des aspects souvent considérés comme discrétionnaires sont reconnus en tant que droits auxquels toute personne peut légitimement prétendre. Cette approche garantit également que gouvernements, système des Nations Unies, donateurs, et secteur privé, ont l'obligation et les moyens de contribuer à l'exercice des droits nécessaires pour riposter au VIH. Elle met les normes et principes relatifs aux droits humains au cœur de tous les processus de programmation en matière de lutte contre le VIH, et habilite les gens à connaître et à réclamer leurs droits. Elle aide les parties prenantes à gérer les problèmes de rapports de force déséquilibrés existant aux niveaux des ménages, des communautés, et sur le plan national. En particulier, une approche fondée sur les droits de l'homme garantit :

- une attention accrue sur les personnes vulnérables et marginalisées (femmes, jeunes, personnes vivant avec le VIH, orphelins, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues, professionnel(le)s du sexe, populations mobiles, groupes ethniques et autochtones, et réfugiés) ;
- l'égalité et la non-discrimination en ce qui concerne les engagements de dépenses dans les programmes de lutte contre le VIH et les demandes de fonds ;
- des programmes pour l'autonomisation des personnes vulnérables au VIH ou vivant avec le VIH – notamment réforme de la législation, aide juridique, éducation en matière de droits humains, mobilisation sociale, communication pour le changement social, et appui à la société civile ;
- des programmes pour la mise en pratique de normes relatives aux droits humains eu égard au VIH (par ex : protection contre la violence sexuelle, égalité sexospécifique, éducation, information, santé, emploi, accès aux fruits des percées scientifiques) ;
- la participation active, librement consentie et en toute connaissance de cause des personnes affectées par le VIH à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes en rapport avec la lutte contre le VIH ;
- des rouages de responsabilisation des gouvernements, des organisations intergouvernementales, des donateurs, et du secteur privé (par ex : UNGASS et les « Trois Principes »).

dans les comportements à risque, capables de contenir des épidémies de faible gravité, n'auraient vraisemblablement pas un impact suffisant – des changements sociaux d'une plus grande portée, notamment l'exercice effectif des droits humains, s'imposent pour un jour maîtriser l'épidémie.

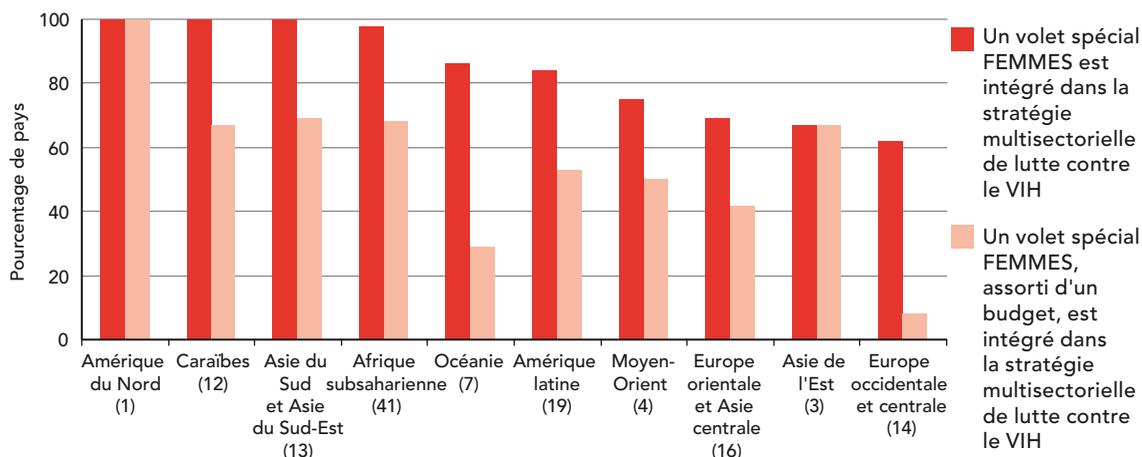
Inégalités sexospécifiques, et normes sexospécifiques néfastes

Les liens nombreux et variés entre absence de parité homme-femme et vulnérabilité accrue au VIH chez les femmes et les adolescentes ont été bien caractérisés et répertoriés.¹ Les normes socioculturelles souvent restreignent l'accès des femmes à l'information essentielle sur la santé sexuelle et reproductive. Même si les femmes ont accès à l'information et aux produits (par ex : les préservatifs), les normes sexospécifiques selon lesquelles en matière de sexualité la femme n'a pas voix au chapitre et doit jouer un rôle plus passif, compromettent l'autonomie des femmes, exposent bon nombre d'entre elles à la coercition sexuelle, et les empêchent d'insister pour que le partenaire masculin pratique l'abstinence ou utilise le préservatif.

Les inégalités sexospécifiques interviennent de façon manifeste, démontrable, dans l'épidémie. Au Botswana, les personnes qui possédaient au moins trois croyances sexospécifiques à caractère discriminatoire (par ex : que les femmes ont moins que les hommes le droit d'avoir des rapports sexuels extraconjugaux, qu'il est justifié que le mari batte sa femme si elle a des rapports sexuels extraconjugaux) étaient près de trois fois plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés avec un partenaire extraconjugal durant l'année écoulée, que celles sans croyances de cette nature. Une étude au Swaziland a montré que les personnes ayant au moins six attitudes sexospécifiques à caractère discriminatoire étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir des partenaires sexuels multiples que celles sans attitudes de ce type (Physicians for Human Rights, 2007).

Les attentes classiques concernant la masculinité et le comportement sexuel masculin sont également de nature à accroître le risque d'infection chez les hommes et les garçons : l'homme ou le garçon doit être solide, agressif, sexuellement dominant, et il doit prendre des risques ; or, les comportements associés à ces attentes majorent son risque

FIGURE 3.2 Pourcentage des pays dans les régions déclarant avoir intégré dans leur stratégie multisectorielle relative au VIH un volet spécial sur les femmes, assorti d'un budget



Source: Rapports d'activités des pays, UNGASS 2008.

(nombre total d'Etats Membres des Nations Unies dans la région)

¹ Se reporter à Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006a) qui résume en quoi l'absence de parité homme-femme majore le risque de VIH et la vulnérabilité.

d'infection à VIH. Ces comportements consistent concrètement à multiplier les partenaires sexuels, à consommer des drogues ou de l'alcool, et à refuser de consulter pour une infection sexuellement transmissible (CIRF, 2007 ; OMS, 2007). Les normes sexospécifiques préjudiciables tant pour l'homme que pour la femme renvoient à cet impératif : impliquer les hommes et les garçons dans tout effort pour le changement.

Stratégies nationales contre les inégalités sexospécifiques

Certes une grande majorité de pays ont commencé à prendre en compte les problématiques sexospécifiques dans leurs processus de planification d'une riposte au VIH ; cependant ils sont nombreux à ne pas disposer du budget ni de l'appui politique nécessaires pour gérer ces problématiques. Plus de 80% des gouvernements nationaux déclarent avoir consacré un volet spécial sur les femmes dans leur stratégie multisectorielle relative au VIH, mais seulement 52% disent avoir une enveloppe budgétaire spécialement consacrée aux programmes portant sur les problématiques vécues par les

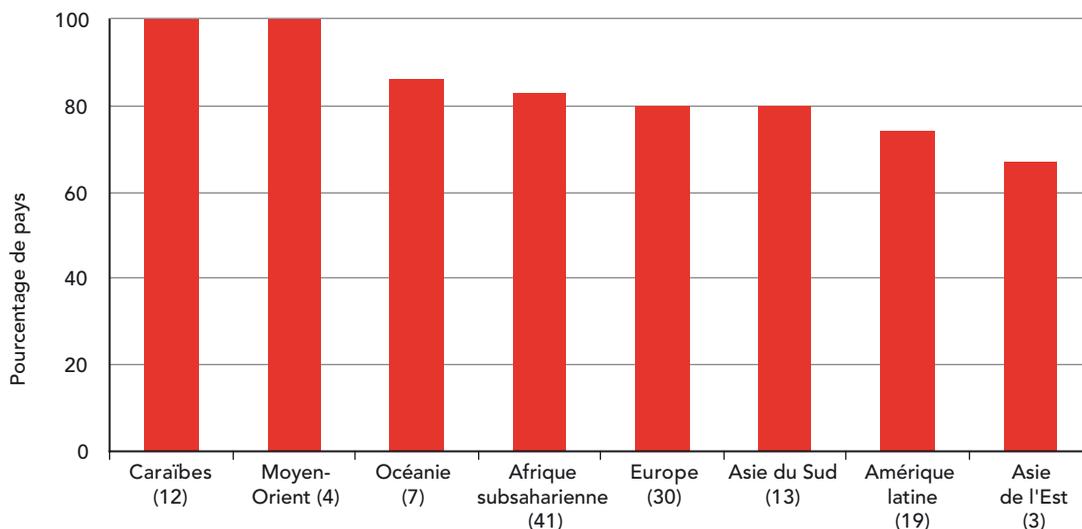
femmes (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les plus fortes proportions de pays déclarant disposer d'un budget pour ces programmes se trouvent en Asie (69%) et en Afrique subsaharienne (68%) (Figure 3.2).

En 2007, les entités non gouvernementales interrogées dans 82% des pays ont déclaré que des politiques étaient en place pour garantir aux femmes et aux hommes l'égalité d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ; les variations régionales sont cependant importantes, comme le montre la Figure 3.3 (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Il s'agit là d'une augmentation par rapport à 2003, où 69% des gouvernements nationaux rapportaient l'existence de ces politiques. Malgré le nombre important de pays ayant ces politiques, les informateurs non gouvernementaux dans 12% de ces pays rapportent l'existence d'autres lois et politiques constituant des obstacles à la prestation de services aux femmes (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

A partir des réponses des pays aux 14 questions sur les politiques relatives aux femmes, l'ONUSIDA a

FIGURE 3.3

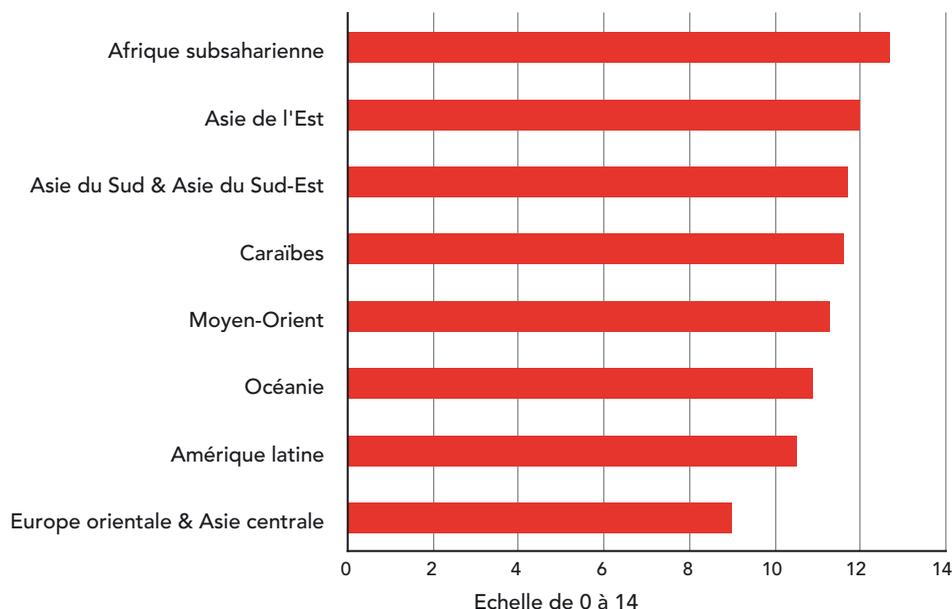
Pourcentage de pays (par région) déclarant que des politiques sont en place pour garantir l'égalité d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, pour les femmes et pour les hommes



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

FIGURE 3.4

Indice des politiques relatives à la vulnérabilité des femmes au VIH



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

noté chaque pays de 0 (pour ceux qui n'ont aucune des politiques d'équité en place) à 14 (pour ceux qui les ont toutes). Comme le montre la Figure 3.4, les scores les plus bas sur les politiques garantissant aux femmes l'égalité d'accès se trouvaient en Europe orientale et centrale, et les plus élevés en Afrique subsaharienne.²

Malgré d'importants progrès en matière d'élaboration de cadres nationaux relatifs à la vulnérabilité des femmes face au VIH, des lacunes majeures demeurent dans de nombreux pays. Par exemple, les informateurs non gouvernementaux ont indiqué qu'environ un tiers des pays (31%) n'ont pas de loi ni de réglementation anti-discrimination faisant explicitement mention des femmes (avec une fourchette de 12%–50% entre régions) (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Selon les rapports des pouvoirs publics, 32%

des pays manquent de stratégies ou de politiques d'information, d'éducation, et de communication, propres à encourager la participation des hommes aux programmes de santé reproductive (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Stratégies efficaces pour faire reculer les inégalités sexospécifiques et changer les normes génératrices de ces inégalités

Un nombre croissant de stratégies, passées en revue ci-dessous, peuvent faire reculer les inégalités sexospécifiques et changer les normes génératrices de ces inégalités :

- l'éducation
- les initiatives à composantes multiples conçues pour changer les normes sexospécifiques néfastes
- l'élimination de la violence sexospécifique

² Les 130 pays ayant répondu aux questions ont été notés selon leurs réponses aux 14 questions posées. Chaque pays a obtenu un point pour chaque politique en place. Les questions portaient sur l'inclusion des problématiques spécifiques aux femmes dans les plans stratégiques nationaux et dans les plans de développement, dans le volet de la prévention du VIH (réponse des pouvoirs publics) et dans le volet des droits humains (réponse des entités non gouvernementales). Un -1 était attribué si un pays répondait oui à la question sur l'existence de lois, de règlements, ou de politiques entravant la prestation de services anti-VIH aux femmes.

Mesure des changements dans les croyances normatives relatives à la sexospécificité

L'histoire mondiale de l'émancipation des femmes démontre qu'il est possible de transformer radicalement les normes sexospécifiques. Jusqu'à un passé récent, cependant, faute de disposer d'outils de mesure fiables, il a été difficile d'établir si telle ou telle initiative destinée à favoriser la parité homme-femme a contribué à changer les normes et les pratiques sexospécifiques.

Heureusement, cette lacune a été comblée, ce qui va faciliter l'évaluation des programmes et améliorer la rigueur de cet exercice. Conçu et expérimenté par le projet Horizons au Brésil, et ensuite testé en Asie et en Afrique, l'outil « Gender Equitable Men scale » offre aux programmes de lutte contre le VIH un moyen pratique et fiable pour mesurer les principales croyances et normes qui contribuent aux inégalités sexospécifiques.

Les chercheurs de Horizons ont constaté qu'ils pouvaient caractériser les normes sexospécifiques les plus répandues en demandant aux personnes interrogées si elles étaient d'accord avec une série de phrases (15–25), telles que « Parfois la femme mérite une bonne correction », et « A la maison, c'est à l'homme d'avoir le dernier mot ». La grille de résultats ainsi obtenue permet aux programmes dans des contextes très variés de démontrer à quel point ils font évoluer dans le bon sens les normes sexospécifiques inégalitaires. Au Brésil et en Inde, par exemple, la grille a servi à évaluer un programme de six mois de séances interactives conduites par des jeunes hommes pour des jeunes hommes, et consistant en jeux de rôles, dialogues, et autres techniques pour susciter une réflexion critique sur les normes sexospécifiques et leurs conséquences. L'étude a également évalué une branche intensive du programme ajoutée à l'activité classique et consistant en une campagne de marketing social sur le mode de vie, conçue pour promouvoir un comportement masculin non violent, sexuellement responsable. Tant au Brésil qu'en Inde, ces deux branches d'activité ont fortement contribué à réduire le nombre d'avis favorables aux normes sexospécifiques inégalitaires, à des échéances de six et de 12 mois, en comparaison d'un groupe témoin qui n'avait pas participé aux activités en question. Au Brésil, les jeunes hommes qui avaient abandonné les normes sexospécifiques inégalitaires après avoir pris part au programme étaient moins susceptibles de déclarer une infection sexuellement transmissible et plus susceptibles d'utiliser le préservatif avec leur partenaire attiré. A Mumbai, en Inde, les hommes qui avaient participé aux programmes étaient deux fois plus susceptibles d'avoir utilisé un préservatif avec leur tout dernier partenaire sexuel, et nettement moins susceptibles de se montrer violents avec leur partenaire intime (Verma, et al., 2006; Pulerwitz et al., 2006).

- les activités génératrices de revenus
- le plaidoyer et l'appui.

Promouvoir l'enseignement universel

Au début de l'épidémie, les preuves du lien entre niveau d'instruction et risque d'infection à VIH étaient ambiguës, mais des données plus récentes émanant de 11 pays africains établissent clairement le lien entre niveau d'éducation élevé et faible prévalence du VIH (Hargreaves et al., 2008). Une

montré que chaque année supplémentaire dans le niveau d'instruction faisait baisser de 7% le risque d'infection à VIH (Bärnighausen et al., 2007). En particulier, la scolarisation offre un excellent moyen de réduire le risque et la vulnérabilité des filles par rapport au VIH. Les filles qui vont jusqu'au bout de l'enseignement primaire sont plus de deux fois plus susceptibles d'utiliser le préservatif, et les filles qui suivent des études secondaires jusqu'au bout sont entre quatre et sept fois plus susceptibles d'utiliser le préservatif, et sont moins susceptibles de contracter l'infection à VIH (Hargreaves & Boler, 2006).

Malheureusement, dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, l'égalité des chances face à l'éducation est systématiquement refusée aux filles. Dans les pays les plus démunis, les filles sont de 11% moins susceptibles que les garçons de fréquenter l'école primaire (PNUD, 2007). Les filles atteignant l'âge d'aller au lycée voient leurs chances de poursuivre leurs études diminuer encore davantage. Dans les pays les plus démunis, les filles sont de 19% moins susceptibles que les garçons de fréquenter les bancs de l'école. Au Bénin, en Côte d'Ivoire, et en Guinée, seules un peu plus de la moitié des filles sont aussi susceptibles que les garçons d'aller au lycée (PNUD, 2007).

Depuis 1999, la différence de fréquentation scolaire entre les filles et les garçons se réduit, passant chez les filles d'un déficit de 9% à un déficit de 6% en 2005 (UNESCO, 2007). Cependant, 113 pays n'avaient pas la parité en matière de scolarité primaire et secondaire en 2005, et les projections de l'UNESCO portent à croire que seulement 18 de ces pays sont susceptibles de réaliser l'égalité d'accès à l'éducation d'ici à 2015 (UNESCO, 2007). L'absence de parité est encore plus marquée dans l'enseignement secondaire et dans l'enseignement supérieur que dans l'enseignement primaire. Sur 144 pays ayant transmis des données, seulement le Botswana, la Chine, le Mexique, et le Pérou avaient réalisé la parité en matière d'enseignement supérieur (UNESCO, 2007).

Les efforts stratégiques nationaux peuvent éliminer les disparités sexospécifiques en matière d'enseignement. Par exemple, au Burkina Faso, en Ethiopie, et dans un certain nombre d'autres pays, la manifestation d'une ferme détermination nationale en faveur des objectifs mondiaux de l'Education pour Tous³ a donné lieu à une réduction importante des écarts entre garçons et filles en matière d'accès à l'éducation (UNESCO, 2007). Dans certaines parties de l'Afrique, la suppression des frais de scolarité a engendré une hausse importante du nombre des inscriptions de filles à l'école primaire (Burns, Mingat & Rakotomalala, 2003; Deininger, 2003; UNICEF, 2005). En Inde, les jeunes femmes (scolarisées et non scolarisées) qui avaient participé aux programmes de développement

des compétences et de formation professionnelle, et qui avaient été aiguillées vers des services de santé reproductive globaux et adaptés à leur âge, étaient plus susceptibles d'attendre d'avoir 18 ans pour se marier, de déclarer utiliser le préservatif plus régulièrement, et d'afficher une plus ferme intention de consulter les services médicaux en cas de besoin (CEDPA, 2001).

Initiatives à composantes multiples conçues pour changer les normes sexospécifiques néfastes

Un leadership et des programmes interventionnels nationaux peuvent contribuer à accélérer le processus d'élaboration et d'instauration de normes sexospécifiques plus égalitaires. Tout effort de ce type doit viser à promouvoir le dialogue aux niveaux national et communautaire, à étudier le prix des normes sexospécifiques inégalitaires payé par les femmes comme par les hommes, et à explorer de nouveaux modes de réflexion concernant la sexospécificité.

Un large éventail de programmes prometteurs ont vu le jour pour aider les communautés à élaborer des normes sexospécifiques égalitaires. Les ateliers Stepping Stones⁴ utilisés dans plus de 40 pays ont contribué à réduire le degré d'acceptabilité ainsi que la prévalence des violences faites aux femmes, et favorisé une sensibilisation par rapport au VIH ainsi que l'usage du préservatif, en facilitant le dialogue communautaire (Jewkes et al., 2007). Les participants au programme Men as Partners en Afrique du Sud, mis en œuvre par le biais de Engender Health, étaient plus susceptibles de considérer que les hommes et les femmes devaient avoir les mêmes droits, et que c'était mal de battre sa femme (Kruger, 2003; Peacock & Levack, 2004; Bott, Morrison & Ellsberg, 2005). Au Brésil, le Programme H de l'Instituto Promundo a démontré qu'il avait permis de faire évoluer les attitudes des hommes dans le sens de l'égalité des sexes et contribué à des baisses des taux de risque de VIH et d'infections sexuellement transmissibles. Le Programme H a eu recours aux séances de travail et de réflexion par petits groupes, renforcées par une campagne de marketing social, pour remplacer les normes communautaires voulant que les hommes

³ Le mouvement «Education pour Tous» a commencé en 1990 à la Conférence mondiale sur l'Education pour Tous. Au Forum mondial sur l'éducation à Dakar, au Sénégal, en 2000, les gouvernements ont promis de concrétiser l'accès à une éducation élémentaire de qualité pour tous, en accordant une attention particulière à l'éducation des filles.

⁴ Stepping Stones est un atelier conçu pour transformer les comportements et les normes ayant trait au VIH, à la sexospécificité, et au couple (Welbourn, 1995).

soient le « sexe fort » par des attitudes de respect et de confiance (Pulerwitz, 2006).

Faire face à des attitudes acquises, partagées, est un facteur important de réussite pour la promotion de la parité homme-femme. Une méta-analyse de programmes destinés à promouvoir la parité homme-femme a montré que 29% parvenaient à transformer les attitudes ou comportements en question (Barker, Ricardo & Nascimento, 2007). Les programmes qui visaient expressément à transformer les rôles de l'homme et de la femme par une réflexion critique, le jeu de rôle, et d'autres interactions étaient plus susceptibles de parvenir à influencer dans le bon sens sur les attitudes et comportements ciblés.

Élimination de la violence sexospécifique

Le phénomène mondial de la violence à l'égard des femmes ne représente pas seulement une crise des droits humains; il contribue aussi à la vulnérabilité des femmes au VIH. Entre 40% et 60% des femmes enquêtées au Bangladesh, en Éthiopie, au Pérou, en République-Unie de Tanzanie, à Samoa, et en Thaïlande ont déclaré avoir été physiquement et/ou sexuellement agressées par leur partenaire intime (Garcia-Moreno et al., 2005). Dans les situations de conflit, le viol et d'autres formes de coercition sexuelle sont souvent utilisés comme arme de guerre

(Raise Initiative, 2007). Dans certaines parties de la République démocratique du Congo affectées par des conflits, la prévalence du viol serait la plus forte du monde (McCrummen, 2007).

Dans plusieurs pays africains, le risque de VIH chez les femmes ayant subi des violences peut être jusqu'à trois fois plus élevé que chez celles n'en ayant pas subies (Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2004). La crainte de la violence peut être un obstacle à la révélation d'une séropositivité VIH (Medley et al., 2004); par exemple, au Cambodge, la peur de la violence explique en partie le faible nombre de femmes bénéficiant des services de conseil et de test dans les dispensaires prénatals (Duvurry & Knoess, 2005).

Des travaux conduits au niveau international ont démontré qu'il est possible de faire baisser les taux de violence. Cependant, 29% des gouvernements nationaux déclarent qu'ils n'ont pas de loi ni de politique pour empêcher la violence contre les femmes. La réussite des initiatives visant à éliminer la violence sexospécifique passe par la disparition des normes sociales qui tiennent la violence pour naturelle et admissible. Les programmes conçus pour changer les normes doivent être soutenus par des réformes juridiques, par un renforcement de l'application des lois de sorte que ceux qui s'adonnent à la violence rendent compte de leurs

S'attaquer aux pratiques culturelles qui majorent le risque et la vulnérabilité des femmes et des filles

À l'échelle mondiale, entre 100 millions et 140 millions de femmes et de filles ont subi l'ablation partielle ou totale de leurs organes génitaux externes, ou un traumatisme au niveau de leurs organes génitaux pour des raisons non médicales. Ce sont chaque année trois autres millions de filles qui subissent ces mêmes pratiques (ONUSIDA et al., 2008). En plus de refléter et d'aggraver le statut d'infériorité des femmes, les mutilations génitales féminines exposent également les femmes à des problèmes de santé considérables. En 2008, l'ONUSIDA s'est associé avec neuf autres organisations des Nations Unies pour demander instamment l'application sans délai des lois et politiques nécessaires pour éliminer les nombreuses formes de mutilation génitale féminine (ONUSIDA et al., 2008).

Les lois nationales et les initiatives de sensibilisation communautaire condamnent de plus en plus le problème dramatique des mutilations génitales chez la femme ainsi que d'autres pratiques qui augmentent le risque et la vulnérabilité des femmes. L'ensemble de lois passées au Zimbabwe en 2007 interdit les mariages forcés ou l'esclavage, et en 2005 le Gouvernement zambien a amendé le code pénal de façon à interdire la « purification des veuves », rituel en vertu duquel la femme dont le mari est mort doit se soumettre à des rapports sexuels avec un chef de village pour être réacceptée dans la communauté (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, 2005; Gable, 2007).



Dans de nombreux pays, la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels à moindre risque est extrêmement limitée.

actes, et par des activités destinées à s'attaquer aux attitudes et aux conditions susceptibles de contribuer à la violence sexospécifique.

En février 2007, le Zimbabwe a promulgué une législation qui élargit la protection des personnes survivant à la violence domestique et qui impose des peines pouvant aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement pour les contrevenants. De par la loi les postes de police sont tenus d'avoir du personnel en exercice qui soit spécialisé dans la gestion du problème de la violence domestique. La loi autorise également le personnel chargé de faire respecter le droit à arrêter les auteurs présumés d'actes de violence, sans nécessité de mandat d'arrêt si le danger semble imminent. A l'appui de cette initiative, l'UNICEF s'est associé avec le gouvernement national et l'Association des femmes juristes du Zimbabwe pour former plus de 300 chefs et guérisseurs traditionnels aux modalités d'application de la loi promulguée afin de soutenir les personnes survivant aux violences subies et d'empêcher les sévices dans leur communauté.

Les pays savent qu'il est conseillé d'aborder la question de la prévention de la violence de la même manière que les autres problèmes de santé publique. Le processus consiste à élaborer une stratégie d'action nationale, à améliorer la collecte et l'analyse des données, à évaluer les programmes par rapport aux résultats qu'ils obtiennent, à présenter les stratégies et les résultats obtenus par le biais des médias, et à investir dans des services de soins et d'appui aux personnes survivantes (Mercy, 2007). En général,

la recherche dans le domaine de la prévention de la violence dans les pays à revenu faible ou intermédiaire attire un soutien financier bien mince (Institute of Medicine, 2008).

En plus des programmes destinés à amener les hommes à considérer la violence sexospécifique comme inadmissible (qu'elle soit dirigée contre un homme ou contre une femme), les lois nationales et locales peuvent également contribuer à réduire la vulnérabilité des femmes face à la violence. Cependant, les lois contre la violence sexospécifique n'ont de sens que si elles sont véritablement appliquées. Par exemple, la Zambie a créé des unités de police spécialisées, qui savent comment réagir lorsqu'on vient leur signaler un cas de violence sexospécifique (Human Rights Watch, 2007).

Stratégies de génération de revenus

Dans de nombreuses régions, les inégalités sexospécifiques peuvent découler de la dépendance matérielle de la femme vis-à-vis de l'homme, situation de nature à majorer chez elle la vulnérabilité au VIH. Là où les lois ou les coutumes privent la femme de moyens de gagner sa vie décentement et en toute indépendance, et autorisent le mari à abandonner son épouse si elle désobéit, la femme n'a souvent guère de possibilités à sa disposition, voire aucune, pour imposer au mari l'abstinence ou l'utilisation du préservatif.⁵ Selon une étude récente au Botswana et au Swaziland, les femmes qui n'ont pas assez à manger sont de 70% moins susceptibles

⁵ La contribution des inégalités économiques aux taux disproportionnés d'infection à VIH chez les adolescentes en Afrique subsaharienne est examinée au Chapitre 4.

d'avoir une quelconque maîtrise de la situation au sein d'une relation sexuelle, de 50% plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels intergénérationnels, de 80% plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels pour survivre, et de 70% plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés (Weiser et al., 2007).

Les femmes qui possèdent des biens ou qui disposent d'autres atouts économiques et matériels ont des revenus plus élevés, un endroit sûr où vivre, et un plus grand pouvoir de négociation au sein du ménage. La femme qui se sent mieux à même de s'assumer toute seule trouvera plus facilement la force de quitter le foyer si elle y subit des violences ou de mettre fin à une relation qui l'expose au risque d'infection à VIH. Avec plus d'avoirs et de maîtrise des aspects matériels, la femme est davantage en position de force pour négocier l'abstinence, la fidélité, et le rapport sexuel protégé, et pour ne pas avoir à vendre ses charmes contre de l'argent, de la nourriture, ou un toit (Strickland, 2004 ; Gupta, 2005 ; Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2006b). Les jeunes femmes au statut socioéconomique plus aisé sont également plus susceptibles de retarder le moment du premier rapport sexuel, d'avoir moins de partenaires sexuels, et d'utiliser le préservatif (Hallman, 2004 ; Hallman, 2005).

Dans de nombreux pays durement touchés par le VIH, la loi ne reconnaît pas aux femmes le droit à la propriété et à l'héritage. Cette discrimination institutionnalisée est souvent amplifiée dans ses effets par des normes culturelles telles que ce rituel pratiqué dans certaines communautés en vertu duquel une veuve doit se remarier avec un homme de la famille du défunt (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). Le Réseau juridique canadien VIH/sida inventorie actuellement les « Meilleures Pratiques » en matière de réforme législative pour émanciper les femmes, en vue d'élaborer une législation modèle et une trousse à outils juridiques à l'appui du plaidoyer à l'échelon des pays (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007).

Là où les droits économiques des femmes sont reconnus, des efforts sont souvent nécessaires pour informer les femmes sur la nature de leurs droits, et pour les aider à protéger ces droits. Dans plusieurs

pays d'Afrique, les organisations communautaires aident les femmes à s'y retrouver dans les formalités juridiques, et forment du personnel parajuridique et autre pour l'application des droits des femmes à la propriété, à l'héritage, et à la protection juridique (CIRF, 2006b). Par exemple, Women's Land Link Africa relie les organisations communautaires de 10 pays africains pour améliorer l'accès des femmes à la propriété et aux biens fonciers, et pour plaider en faveur d'une plus grande participation des femmes aux processus décisionnaires (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). En Inde, le Collectif des Avocats intègre la formation en matière de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH à ses services juridiques pour les femmes (Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2006b). Les femmes qui avaient participé à un programme de World Vision associant éducation sur le VIH et microfinancement affichaient une plus grande aptitude à faire face aux nécessités matérielles, un niveau plus élevé de connaissances sur le VIH et un comportement plus assuré par rapport à la prévention du VIH ; et le niveau d'instruction ainsi que l'état nutritionnel étaient meilleurs au sein de leur famille (World Vision, 2008). Un projet pluriannuel au Mozambique vise à sensibiliser davantage les spécialistes des questions judiciaires (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). Cependant – selon une enquête d'organisations non gouvernementales au Bangladesh, en Inde, au Népal, et à Sri Lanka – les interventions visant à relier la défense des droits à la propriété pour les femmes aux initiatives de lutte contre le VIH sont en grande partie fragmentaires et circonstanciels (CIRF, 2007).

En plus des réformes juridiques visant à améliorer l'accès des femmes à la propriété, un soutien international nettement plus important s'impose pour les initiatives de microfinancement qui offrent un appui financier direct aux femmes pour qu'elles gagnent leur vie en toute indépendance. Une étude du projet Image en Afrique du Sud, qui associe microfinancement et formation sur les questions relatives au VIH et à la sexospécificité, a mis en évidence une réduction de 55% de l'incidence des violences faites aux femmes par le partenaire intime (Pronyk et al., 2006).⁶

Trouver du soutien auprès d'un programme anti-VIH ouvrant l'accès au microcrédit

*Imane, jeune femme de 27 ans en Algérie, pense que son histoire «ressemble à celle de millions de femmes séropositives au sein du monde arabe»**

Lorsque Imane s'est mariée il y a cinq ans, son mari ne lui a pas dit qu'il était séropositif. Quand Imane a montré à l'une de ses sœurs les médicaments qu'il prenait, celle-ci lui a conseillé de faire le test VIH. Le test de sa fille de quatre ans était négatif, mais le sien a révélé qu'elle était infectée par le VIH. «Lorsque mon médecin m'a demandé si j'étais au courant de ma maladie, je n'ai pas pu le croire», raconte Imane. «VIH! La maladie des prostituées. C'était mon avis à l'époque. C'est ce qu'on pense dans ma culture.»

Aujourd'hui, Imane est mieux au courant. «La majorité des femmes séropositives que je connais sont des femmes qui ne sont jamais parties de chez elles ... Plus de 60% des femmes séropositives que je connais ont été infectées par leur mari.»

Le médecin a expliqué à Imane que le VIH était devenu une maladie chronique et qu'elle pourrait vivre une vie normale avec les médicaments antirétroviraux. Pourtant, elle a eu du mal à accepter le diagnostic et elle a sombré dans la déprime. Son mari a fait preuve de bien peu d'empathie vis-à-vis d'elle et sa meilleure amie l'a totalement délaissée après avoir appris qu'elle vivait avec le VIH. S'occuper de sa fille est devenu l'unique préoccupation d'Imane.

Pour finir, une femme à l'hôpital local, qui vivait avec le VIH depuis 10 ans, a invité Imane à visiter El Hayet, un réseau de personnes vivant avec le VIH. Le réseau El Hayet aide les personnes séropositives à gagner leur vie en ce sens qu'il leur permet d'obtenir un diplôme dans l'un des nombreux domaines professionnels proposés, par exemple la pâtisserie, la couture, ou la peinture. L'organisation oriente ses membres vers les offres de microcrédit proposées dans le cadre du partenariat de El Hayet avec le Ministère de la Solidarité et des Affaires sociales.

Grâce à sa participation au programme El Hayet pour la création d'activités génératrices de revenus, Imane a rencontré des gens qui l'ont comprise et qui lui ont apporté du réconfort. «Il m'a fallu du temps pour me sentir totalement à l'aise là-bas, et de moins en moins seule jour après jour ... Il règne une ambiance très positive, et le lien entre formateurs et stagiaires est vraiment super. Ce qu'il y a de génial ici, c'est que vous pouvez apprendre ou enseigner ... et parler librement de votre maladie sans aucune crainte.»

«Aujourd'hui, avec El Hayet, mes blessures sont guéries.»

* Imane a demandé qu'on n'utilise pas sa photo.

Plaidoyer et appui

A l'échelle mondiale, bon nombre d'organisations et de réseaux œuvrent activement pour instaurer une solidarité entre les femmes vivant avec le VIH, et pour mener une action conjointe de persuasion afin de s'attaquer aux facteurs qui font que l'épidémie a un impact disproportionné sur les femmes et les filles. Les gouvernements nationaux et les donateurs internationaux devraient intensifier leur appui au renforcement du potentiel des organisations de femmes qui travaillent pour la promotion des droits de la femme et pour l'élimination de la vulnérabilité des femmes.

Au Kenya, par exemple, GROOTS (Grassroots Organizations Together in Sisterhood) est un réseau de groupes d'entraide féminins qui œuvrent pour développer l'aptitude des femmes à protéger leurs droits juridiques et économiques. Au Nigéria, 150 groupes de femmes se sont réunis en août 2007 pour lancer la Coalition nationale sur les femmes

et le sida. Le but est de s'attaquer, sous l'impulsion de la Première Dame du pays, aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité des femmes à l'infection. A l'échelle mondiale, la Commission Huairou relie les organisations communautaires de femmes, pour l'échange de ressources, d'informations, et de stratégies politiques et communautaires (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007).

Stigmatisation, discrimination, et vulnérabilité au VIH

La stigmatisation, la discrimination, et l'exclusion sociale sont des causes de risque et de vulnérabilité face au VIH, et des conséquences de la séropositivité. L'être humain est par nature fait pour vivre en société, et sa santé physique et mentale est altérée lorsqu'il est isolé et coupé de son groupe social (Jenkins & Sarkar, 2007).

Les attitudes stigmatisantes par rapport au VIH et vis-à-vis des personnes les plus exposées au risque

Stigmatisation et discrimination

La **stigmatisation liée au VIH** correspond à «... un « processus de dévalorisation » des personnes vivant avec le VIH et le sida, ou associées à cette maladie » (ONUSIDA, 2003).

La **discrimination** renvoie à des actes dont le point de départ est la stigmatisation. La discrimination liée au VIH suit la stigmatisation. La stigmatisation correspond au traitement injuste infligé à une personne du fait d'une séropositivité VIH réelle ou supposée (ONUSIDA, 2003).

La discrimination à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH ou qui sont perçues comme telles intervient au sein des familles et d'autres réseaux sociaux, et est souvent institutionnalisée. Parmi les exemples de discrimination institutionnalisée, il faut citer les lois, politiques et procédures établies par les gouvernements et qui pénalisent les personnes vivant avec le VIH ou perçues comme telles; et la discrimination sur le lieu de travail ou dans les structures de soins de santé. L'omission peut également constituer une forme de discrimination lorsque, par exemple, les besoins et les intérêts des personnes vivant avec le VIH ou des populations stigmatisées sont ignorés ou minimisés.

La discrimination représente une violation des droits humains, et est interdite par le droit international. La Commission des droits de l'homme, désormais Conseil des droits de l'homme, a déclaré qu'en ce qui concerne l'interdiction de la discrimination, l'expression « Autre statut » inclut l'état de santé, y compris le statut vis-à-vis du VIH.

d'infection tirent leur origine principalement dans 1) la crainte de la contagion – la maladie constituant une source de stigmatisation depuis la nuit des temps ; 2) les présomptions négatives fondées sur des valeurs, à propos des personnes vivant avec le VIH – ce qui alimente les préjugés et la discrimination (CIRF, 2006a). Dans certains cas, la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH est cautionnée par les lois nationales et locales. Selon le Groupe européen pour le traitement du sida, 74 pays imposent des restrictions à l'entrée ou au séjour sur la base du statut vis-à-vis du VIH, dont 12 pays qui interdisent l'entrée des personnes vivant avec le VIH sur le territoire national, pour tout motif, ou pour toute durée.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH sapent les efforts de prévention, car ces deux phénomènes font que les gens rechignent à faire le test VIH (Ford et al., 2004; Wolfe et al., 2006; Ma et al., 2007; Pulerwitz & Barker, 2008) ; à s'informer sur les moyens de se protéger contre l'infection ; et dans certains cas, à utiliser le préservatif, de peur qu'on dise d'eux qu'ils sont malades ou qu'on les assimile aux populations marginalisées qui sont les plus durement affectées (Nyblade et al., 2003). La crainte de la stigmatisation et de la discrimination rend les personnes vivant avec le VIH également moins susceptibles de consulter un médecin et de se faire soigner, de suivre leur traitement à la lettre selon ce qui leur a été prescrit, et de révéler leur séropositivité VIH à leur partenaire sexuel (White & Carr, 2005 ; Liu et al., 2006 ; Mills, 2006). Dans certains cas, la discrimination et la honte s'abattent aussi sur les membres de la famille de la personne qui vit avec le VIH, sur ses dispensateurs de soins, et sur ses enfants. Bien trop souvent, les membres des professions de santé – médecins, infirmières, et personnel chargé des soins et du traitement des personnes vivant avec le VIH – sont les premiers à générer stigmatisation et discrimination (Reis et al., 2005 ; Mahendra et al., 2007 ; USAID, 2007a). En 2006, des consultations organisées avec le concours de l'ONUSIDA auxquelles ont participé des parties prenantes de la société civile et des pouvoirs publics de 122 pays ont invariablement mis en évidence que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH arrivaient en tête des cinq obstacles majeurs à la concrétisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH.

Une loi peut être une force du changement, ou légitimer les distinctions faites entre les groupes. Une loi peut protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ou intensifier cette discrimination. Par exemple, l'application générale du droit pénal à la transmission du VIH envoie le message selon lequel les personnes vivant avec le VIH sont des criminels en puissance. La loi peut également protéger d'autres groupes (par ex : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues, ou les professionnel(le)s du sexe) contre les violations des droits humains, en particulier la violence, la calomnie, la discrimination, et les défauts de procédure. Cependant, là où les activités de certains groupes sont criminalisées (par ex : les rapports sexuels entre hommes, la consommation de drogues, ou le commerce du sexe), la loi et son application peuvent se transformer en obstacle majeur à l'accès et à l'utilisation des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH. La discrimination institutionnalisée se manifeste aussi sous forme d'omission, par exemple lorsque le volume de ressources consacré aux activités de lutte contre le VIH destinées à répondre aux besoins des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues injectables, ou des professionnel(le)s du sexe, n'est pas proportionnel à l'épidémiologie locale, ou lorsque les systèmes de surveillance du VIH n'intègrent pas le suivi de ces groupes.

Éliminer la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale

Ces dernières années, les retombées néfastes de la stigmatisation et de la discrimination ont été de mieux en mieux élucidées, et un nombre croissant d'institutions et d'organisations s'y sont intéressées davantage. Plusieurs stratégies et approches réussies sont apparues, et sont examinées ci-après. Les approches réussies sont notamment les suivantes :

- prévention de la discrimination liée au VIH ;
- contribution à l'acquisition de connaissances en matière de VIH, à une sensibilisation, et promotion de la tolérance et de la compassion ;
- participation et visibilité accrues des personnes vivant avec le VIH ;
- élargissement de l'accès au traitement ;

Mesure du phénomène de stigmatisation

Comme pour les inégalités sexospécifiques, l'absence de méthodes de mesure approuvées a entravé l'action nécessaire pour éliminer le problème de la stigmatisation.

Dans plus de 10 études conduites sur huit années, le projet Horizons a démontré que la stigmatisation et la discrimination peuvent être caractérisées et mesurées dans des milieux très divers en Amérique latine, en Asie, et en Afrique. Se concentrant à la fois sur les personnes qui se sentaient stigmatisées et sur celles qui stigmatisaient, Horizons a élaboré un cadre conceptuel pratique qui s'applique à différents contextes culturels. Ce cadre prend en compte le fait que les personnes vivant avec le VIH luttent contre leur propre sentiment de honte et de culpabilité (auto-stigmatisation), contre la réprobation qu'elles perçoivent chez les autres, et contre la stigmatisation décrétée (discrimination).

Une étude qualitative approfondie a révélé que le problème devient gérable, mesurable, et modifiable lorsqu'on le morcèle et qu'on le traite en quatre étapes. La première consiste en une recherche formative, englobant la définition des attitudes, croyances, et comportements spécifiques, et l'inventaire du problème au niveau local. Cette étape est essentielle pour la deuxième, qui consiste à aider les gens à reconnaître le problème. Les études préliminaires de Horizons ont montré que souvent les gens qui rejettent et qui couvrent de honte les personnes dont ils pensent qu'elles sont associées au VIH ne se rendent pas compte du mal qu'elles font. La troisième étape consiste à fournir des informations précises sur le VIH et à créer un environnement favorable, pour contrer les moteurs de la stigmatisation reposant sur la crainte (par ex: crainte d'être infecté par simple contact). La quatrième étape consiste à susciter la réflexion sur les jugements sociaux à l'origine de la stigmatisation liée au VIH («réprobation et honte»), et à confronter les gens au fait que ces jugements sont souvent infondés et injustes par rapport aux réalités vécues par les personnes affectées (par ex: les soupçonner d'hédonisme irresponsable, de débauche sexuelle). L'un des aspects essentiels de la stratégie consiste à confier aux personnes vivant avec le VIH des rôles d'éducateurs et d'animateurs. Pour guider ces initiatives et les étayer sur des données concrètes, les partenaires de Horizons ont élaboré des éléments fixes de mesure des attitudes de stigmatisation (composantes reconnaissance du problème, crainte, et «réprobation et honte») et des faits concrets (isolement, propos stigmatisants, perte d'identité et de statut, et perte de l'accès aux ressources), ainsi que des outils pour mesurer les améliorations de l'environnement qui peuvent être adaptées et appliquées à travers le monde.

A partir d'une base de connaissances communes, d'autres outils prometteurs pour suivre le problème de la stigmatisation liée au VIH, tels que l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, élaboré par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida et la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida. Cet indice est actuellement mis en œuvre en République dominicaine, et en Asie et dans le Pacifique; d'autres études dans des domaines complémentaires sont prévues pour 2008 (FIPF et al., 2008a; FIPF et al., 2008b). D'autres indices ont été utilisés pour mesurer le problème de la stigmatisation et de la discrimination rencontré chez les prestataires de services médicaux et au sein des structures de prise en charge de l'infection à VIH au Kenya (USAID, 2007b), en Inde (Mahendra et al., 2006), et en Ukraine (USAID, 2007a).

En 2007, le Tadjikistan a entrepris sa première étude nationale pour caractériser l'ampleur du problème de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que ses manifestations. Ce travail de repérage et de caractérisation de la stigmatisation liée au VIH est conforme aux Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH (ONUSIDA, 2007a), incitant les décideurs à connaître l'épidémie dans leur pays («connaître votre épidémie») et à lui opposer une riposte adaptée et à la hauteur de sa gravité («adapter votre riposte à l'épidémie»).

- interdiction de la discrimination à l'égard des populations les plus à risque; et
- dynamique d'autonomisation communautaire au sein des populations les plus à risque.

Prévention de la discrimination liée au VIH

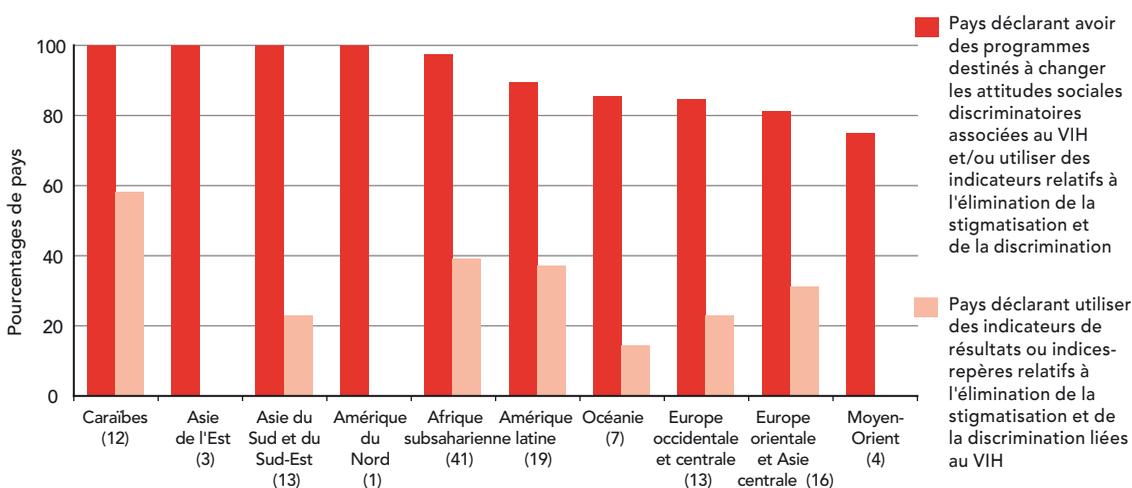
Les mesures de protection juridique contre la discrimination liée au VIH sont indispensables pour riposter valablement au VIH au niveau national. Une grande majorité de pays (67%) déclarent avoir en place les lois et réglementations de nature à protéger de la discrimination les personnes vivant avec le VIH. Le rapport 2008 de la Namibie à l'ONUSIDA indique que, suite au plaidoyer de la AIDS Law Unit, le parlement namibien a intégré en 2007 dans la Législation du travail une loi interdisant la discrimination fondée sur le VIH. En Afrique du Sud, aux Bahamas, au Malawi, et au Zimbabwe, la loi interdit le dépistage obligatoire du VIH préalablement à l'embauche dans le secteur privé (Gable et al., 2007). Le Cambodge, le Guyana, et d'autres pays ont des lois stipulant expressément que les personnes

vivant avec le VIH ont droit à l'égalité d'accès à des services de soins de qualité (Gable et al., 2007). Cependant, il n'existe aucune donnée indiquant la mesure dans laquelle ces lois sont appliquées et à quel point les gens concernés en bénéficient.

En outre, après trois décennies de cohabitation avec l'épidémie, encore un tiers (33%) des pays déclarent n'avoir toujours pas de loi de cette nature. Si les pouvoirs publics font état d'une amélioration significative en matière d'offre de services juridiques aux personnes vivant avec le VIH depuis 2003, les données transmises par les informateurs non gouvernementaux indiquent que moins de la moitié des pays (47%) offrent ces services (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les informateurs non gouvernementaux dans trois quarts de tous les pays (75%) indiquent l'existence de programmes destinés à éduquer et à sensibiliser les personnes vivant avec le VIH par rapport à leurs droits humains (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). La qualité ainsi que l'envergure de ces programmes, de

FIGURE 3.5

Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des programmes destinés à changer les attitudes sociales discriminatoires associées au VIH, et/ou utiliser des indicateurs relatifs à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

même que le nombre des personnes en bénéficiant, n'ont été ni mesurés ni évalués.

Il est important d'intégrer l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH au nombre des priorités d'un plan national de lutte contre le VIH, mais faute de suivi, les progrès dans ce domaine seront difficiles, voire impossibles à mesurer. Selon les rapports d'entités non gouvernementales, seulement 33% des pays utilisent des indicateurs de résultats ou des indices-repères relatifs à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008) (Figure 3.5). Début 2007, le Gouvernement brésilien a créé un système de déclaration confidentielle des cas de violation de la loi nationale interdisant la discrimination liée au VIH.

Egalement, les données transmises par les informateurs non gouvernementaux indiquent que les pays n'ont pas systématiquement mis en œuvre les systèmes de rapport, d'inventaire, et de gestion des cas de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou contre les populations les plus à risque (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008) (Figure 3.6).

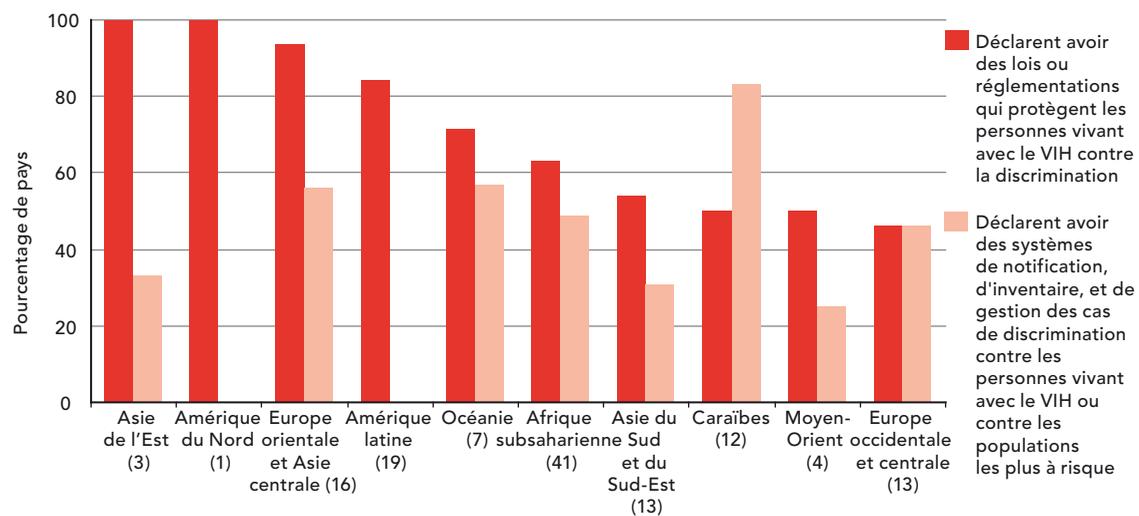
La société civile peut jouer un rôle important dans l'application des lois anti-discrimination. Au Belize, par exemple, l'Alliance contre le Sida a fêté en 2007 le 10^{ème} anniversaire de son entrée en action contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Ces deux dernières années, cette organisation non gouvernementale est parvenue à constituer une vaste coalition de la société civile, en vue de mener des activités intensifiées de lutte contre la stigmatisation, y compris des campagnes de sensibilisation du grand public dénonçant les actes discriminatoires qui continuent d'être perpétrés dans les structures de santé contre les personnes vivant avec le VIH.

Promouvoir l'acquisition de connaissances et la sensibilisation, la tolérance et la compassion

Les trois causes sous-jacentes de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles il est possible de s'attaquer par le biais d'une programmation appropriée sont les suivantes :

- Manque de conscience et méconnaissance du problème de la stigmatisation et de la discrimination, et des effets néfastes de ces deux phénomènes;

FIGURE 3.6 Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des mesures de protection juridique contre la discrimination et les mécanismes connexes



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

- Crainte de contracter le VIH par simple contact au quotidien avec des personnes infectées – crainte fondée sur un manque de connaissances et d'explications détaillées; et
- Lien fait entre personnes vivant avec le VIH, et comportement jugé indécent et immoral (ONUSIDA, 2008).

Les programmes visant à gérer ces questions doivent faire partie intégrante des plans stratégiques nationaux, et bénéficier du soutien d'autres parties prenantes non gouvernementales. Les programmes interactifs qui favorisent une meilleure compréhension des dégâts occasionnés par la stigmatisation et la discrimination sont particulièrement efficaces. La participation active des personnes vivant avec le VIH et de représentants d'autres populations affectées à la planification et à la mise en œuvre des activités peut contribuer à faire en sorte que leurs besoins soient pris en compte.

Du fait que la stigmatisation et la discrimination ont de multiples facettes, les programmes conçus pour s'attaquer à ces questions doivent agir à différents niveaux (individuel, familial, communautaire, organisationnel, institutionnel, gouvernemental, et juridique) et utiliser toute une batterie d'approches

pour faire participer de nombreux groupes différents. Les programmes qui marchent comportent souvent les volets suivants : autonomisation des personnes vivant avec le VIH, éducation en matière de VIH, et activités propres à favoriser l'interaction entre personnes vivant avec le VIH et auditoires clés, notamment décideurs et célébrités (ONUSIDA 2008).

En Inde, des chercheurs ont travaillé en partenariat avec les autorités nationales de lutte contre le VIH pour mettre en œuvre un programme anti-stigmatisation dans trois grands hôpitaux où des personnes vivant avec le VIH s'étaient plaintes de maltraitance. Après avoir expliqué au personnel hospitalier en quoi consistaient les attitudes stigmatisantes signalées, le programme a mis en œuvre une série de politiques pour mieux garantir la sécurité des soignants (par ex : gants, instauration immédiate de la prophylaxie post-exposition en cas d'exposition à du sang contaminé) et interdisant les pratiques discriminatoires, comme l'isolement des patients séropositifs et le retard dans le traitement de ces patients. Certains membres du personnel à tous les niveaux ont participé à des ateliers de formation de deux heures, chaque jour, pendant deux semaines.

Criminalisation de la transmission du VIH

L'augmentation récente du recours au droit pénal en cas de transmission du VIH, alors que l'utilisation de programmes de santé publique autres, moins punitifs seraient mieux adaptés, représente une tendance dangereuse qui alimente la perception selon laquelle les personnes vivant avec le VIH sont des criminels en puissance, et qui compromet la réalisation de l'accès universel (ONUSIDA, 2002). Les lois criminalisant la transmission du VIH existent au niveau national et sous-national dans au moins 36 pays (GNP+ & TGT, 2005 ; Chan, 2006 ; Burris, 2007 ; Pearhouse, 2007).

Certes l'instauration de ces lois peut s'expliquer par la frustration qu'engendrent des taux d'incidence du VIH continuellement élevés, mais il s'agit là d'une stratégie peu perspicace qui ne munit pas les gens de vrais moyens légaux ou d'autre nature pour réduire leur vulnérabilité au VIH. Investir dans des programmes de prévention du VIH étayés par des preuves, et destinés à la fois aux personnes séropositives et aux personnes séronégatives, représente une solution plus rationnelle et plus efficace pour réduire la vulnérabilité à l'infection que l'application de lois criminalisant la transmission du VIH, qui ne font qu'aviver la stigmatisation. Dans les pays où la transmission du VIH est passible de lourdes peines, l'ONUSIDA recommande de n'appliquer le droit pénal qu'en cas de préméditation, c'est-à-dire lorsque quelqu'un a agi avec l'intention de transmettre le VIH, et a effectivement transmis le virus.



Les femmes et les filles deviennent des professionnelles du sexe pour de multiples raisons.

Toutes les catégories d'agents hospitaliers (du personnel de salle aux chefs de service) ont été informés de l'occasion qui leur serait donnée de participer à des discussions par petits groupes au sein de l'hôpital. Ce programme à plusieurs facettes a contribué à une forte diminution des attitudes et pratiques stigmatisantes chez toutes les catégories de soignants, et à une nette amélioration quant au respect des directives relatives à la confidentialité et au consentement éclairé pour le dépistage et le conseil VIH (Population Council, 2006). Une amélioration comparable au niveau de la qualité des soins a été réalisée au Viet Nam, suite à la mise en œuvre d'un programme anti-discrimination dans quatre hôpitaux (Oanh et al., 2008).

Les gouvernements nationaux dans presque tous les pays (98%) déclarent avoir intégré la gestion de la problématique stigmatisation et discrimination dans leur stratégie nationale de lutte contre le VIH, y compris tous les pays où l'épidémie de VIH s'est généralisée et qui transmettent des données à ce sujet (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les informateurs non gouvernementaux dans la vaste majorité des pays (92%) rapportent l'existence de programmes pour changer les normes sociétales afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination. La plupart de ces programmes font appel à diverses stratégies, notamment l'utilisation des médias, l'éducation

en milieu scolaire, et les propos constructifs de personnalités sur le sida (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Cependant, les indicateurs UNGASS ne mesurent ni la portée ni l'efficacité de ces programmes.

Les médias peuvent contribuer de façon déterminante à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination. En 2007, le Réseau zambien des personnes vivant avec le sida a offert à plus de 300 journalistes une formation sur la façon de traiter les sujets en rapport avec le HIV. Au Ghana, la Campagne nationale contre la stigmatisation liée au VIH, lancée en janvier 2007, reposait notamment sur des messages publicitaires diffusés par la télévision et la radio nationales, qui disaient « Qui êtes-vous pour juger? Les personnes vivant avec le VIH sont comme vous. »

Participation et visibilité accrues des personnes vivant avec le VIH

Le silence, la crainte, et la honte comptent parmi les facteurs générateurs de la stigmatisation et de la discrimination. Pour inverser la donne, il faut nécessairement :

- Promouvoir la visibilité des personnes vivant avec le VIH ;

Accroître la visibilité et la participation des personnes vivant avec le VIH au sein du système des Nations Unies

UN Plus, le Groupe d'employé(e)s de l'ONU vivant avec le VIH, a considérablement accru la visibilité des personnes vivant avec le VIH au sein du système des Nations Unies. Constitué en 2005 dans le but d'offrir un appui et une vraie tribune aux fonctionnaires des Nations Unies qui vivent avec le VIH, UN Plus a élaboré un espace de travail électronique de façon à faciliter les débats en ligne sur des sujets pertinents. UN Plus rencontre des décideurs des Nations Unies afin de répondre aux principales préoccupations des fonctionnaires séropositifs. Le groupe travaille également en partenariat avec UN Cares, le programme de lutte contre le VIH sur le lieu de travail des Nations Unies, pour que l'ensemble du personnel connaisse tout de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui en matière de VIH, y compris le code déontologique des Nations Unies qui exige l'égalité de traitement et de respect pour tous les fonctionnaires, quel que soit leur état de santé.

UN Plus, qui a ses locaux dans le bâtiment de l'ONUSIDA, aide d'autres organisations internationales à créer et à renforcer des groupes de fonctionnaires séropositifs. UN Plus est une illustration du concept « La réforme des Nations Unies en action », en ce sens qu'il rassemble les fonctionnaires de 37 pays en poste dans 27 institutions des Nations Unies et programmes associés.

- Veiller à ce qu'elles participent pleinement à la planification et la mise en œuvre des stratégies et des programmes; et
- Investir dans des stratégies qui donnent aux personnes vivant avec le VIH la possibilité et les moyens d'œuvrer pour modifier les paramètres sociaux qui favorisent la stigmatisation et la discrimination.

Les réseaux de personnes vivant avec le VIH peuvent contribuer à favoriser le leadership pour le changement; en outre, la mobilisation sociale accompagnée d'un plaidoyer juridique, peut aider au changement social. En Afrique du Sud, par exemple, la Campagne d'action pour le traitement a utilisé un cadre et une stratégie juridiques constructifs pour plaider en faveur de l'accès au traitement de l'infection à VIH (Heywood, 2002; Jones, 2005). Au Malawi, le réseau des personnes vivant avec le VIH et ses nombreux partenaires dans le domaine des droits de l'homme ont suscité une sensibilisation en matière de droits, et expliqué où s'adresser pour obtenir réparation. Au Belize, l'Alliance contre le Sida a formé une alliance à large assise pour dénoncer la stigmatisation et la discrimination dans les lieux de soins, et pour promouvoir l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.

Entre 1996 et 2007, le Réseau zambien des personnes vivant avec le sida (NZP+) est passé de 28 membres à plus de 50 000. NZP+ fonctionne sur un modèle d'autonomisation, rejetant expressément l'idée que ses membres sont des « patients » vulnérables tenus de dépendre exclusivement de la charité des autres. Par le biais de plus de 3000 groupes d'entraide, NZP+ mobilise ses membres pour combattre la stigmatisation liée au VIH et pour exiger un meilleur accès à des services de haute qualité.

Malheureusement, dans seulement 20% des pays les entités non gouvernementales rapportent que les organisations de la société civile ont accès à un réel soutien financier (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Gouvernements nationaux et donateurs internationaux doivent intégrer au nombre de leurs priorités le développement du potentiel des réseaux de personnes vivant avec le VIH. En particulier, les donateurs devraient examiner leurs processus décisionnels afin d'évaluer la mesure dans laquelle ils contribuent à donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de conduire la riposte au VIH. Le Fonds de collaboration pour la préparation au traitement du VIH, projet conjoint de la fondation Tides et de la Coalition internationale pour la préparation au traitement, offre à cet égard un exemple instructif. Les décisions relatives au

financement et aux politiques de ce Fonds sont prises exclusivement par les personnes vivant avec le VIH, qui travaillent en groupements régionaux pour définir les priorités de financement et déterminer quels seront les bénéficiaires du projet, en préparation de l'offre du traitement.

Elargissement de l'accès au traitement

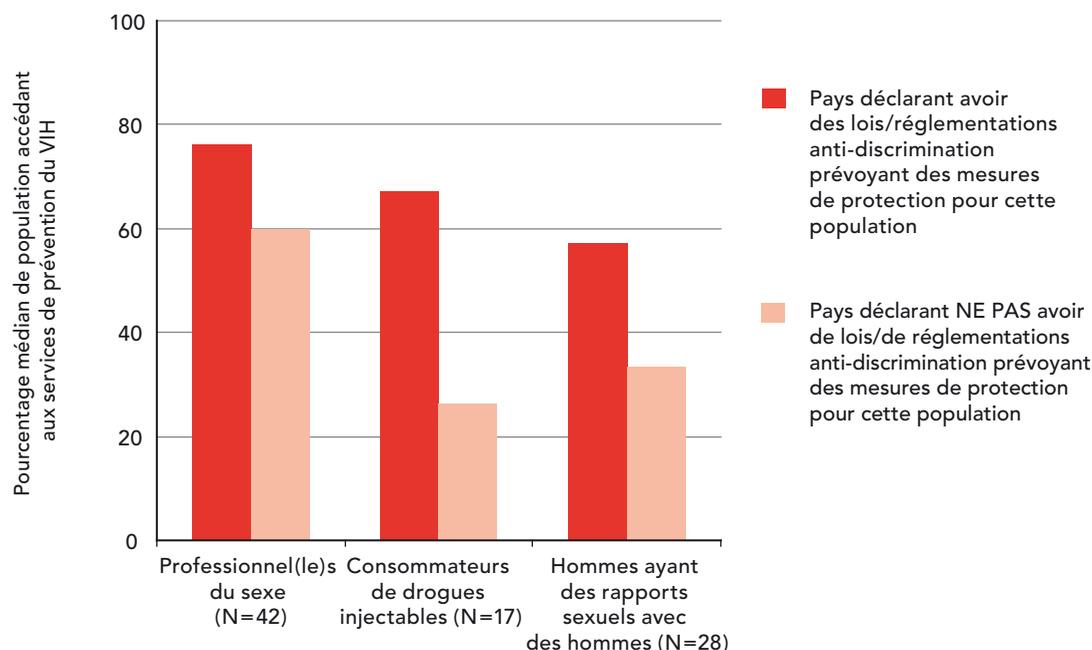
En plus de sauver des vies et de réduire les souffrances, l'investissement public dans le traitement antirétroviral contribue à atténuer la stigmatisation liée au VIH en ce sens qu'il est la manifestation du prix accordé aux vies et au bien-être des personnes vivant avec le VIH et qu'il traduit la volonté du corps politique de se préoccuper du cas des personnes diagnostiquées séropositives. L'élargissement de l'accès au traitement incite davantage les gens à faire le test VIH, ce qui favorise un débat public plus ouvert sur les questions relatives au VIH.

Une étude longitudinale réalisée à Mombasa, au Kenya, a montré que les personnes sous traitement antirétroviral avaient moins tendance à culpabiliser et à se dévaloriser 12 mois après avoir commencé le traitement, et étaient plus susceptibles de révéler leur séropositivité VIH aux membres de leur famille (Kaaï et al., 2007).

Cependant, l'introduction du traitement ne suffira probablement pas à éradiquer les attitudes négatives envers les personnes vivant avec le VIH. Aux États-Unis, par exemple, où le traitement de l'infection à VIH est largement disponible depuis plus d'une décennie, 68% des Américains déclarent qu'ils ne recourraient pas en toute sérénité aux services d'un dentiste séropositif, et 27% préféreraient ne pas côtoyer dans le travail une femme vivant avec le VIH (Blumenthal, 2008).

FIGURE 3.7

Pourcentage médian de population accédant aux services de prévention du VIH au sein du contexte juridique spécifique



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Un Brésil sans homophobie

En 2004, le Gouvernement brésilien a lancé un programme pour un « Brésil sans homophobie » afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des individus qui ont des rapports avec des personnes du même sexe. Prenant appui sur l'engagement national en faveur de la gestion de la question de l'homophobie, le gouvernement a lancé en 2008 une initiative nationale pour s'attaquer au problème de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transsexuel(le)s. L'initiative 2008 est née de la préoccupation du gouvernement face aux taux d'infection continuellement élevés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui représentaient 40% de tous les cas de sida notifiés diagnostiqués chez les hommes entre 2000 et 2005.

Cette initiative vise à amener la société civile – de même que les gouvernements fédéraux, d'Etat et locaux – à s'intéresser au rôle de la stigmatisation et de la discrimination dans l'accroissement du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH chez les Brésiliens qui ont des rapports avec des hommes. A mi-2008 aura lieu au Brésil, à l'initiative du Président de ce pays, la première conférence nationale des gays, lesbiennes, travestis et transsexuel(le)s, pour promouvoir un dialogue national sur l'homophobie et le VIH. L'initiative 2008, qui énonce les cibles concrètes à atteindre d'ici à 2011, sera également examinée.

Interdiction de la discrimination envers les populations les plus à risque

Peu de pays déclarent avoir des lois ou réglementations anti-discrimination indiquant précisément les mesures de protection prévues pour les populations les plus exposées au risque de VIH. Les informateurs non gouvernementaux dans 26% des pays rapportent l'existence de lois qui protègent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes; également, l'existence de lois anti-discrimination pour les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables est rapportée dans 21% et 16% de pays, respectivement (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). La Figure 3.7 offre un aperçu du contexte juridique et réglementaire concernant la non-discrimination dans les pays qui ont transmis des données de bonne qualité relatives à la couverture offerte par les programmes de prévention du VIH desservant différentes populations à risque majeur. Parmi les pays qui soumettent ce type de données, l'accessibilité des programmes de prévention du VIH destinés aux populations les plus à risque est en général meilleure dans les pays ayant des lois anti-

discrimination que dans les pays non dotés de ce type de loi.

En outre, une organisation internationale non gouvernementale rapporte que, en 2007, 91 pays (principalement à revenu faible ou intermédiaire) avaient des lois interdisant l'activité sexuelle entre adultes consentants du même sexe (Ottosson, 2007). Sept pays imposent la peine de mort aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Cependant, ces dernières années, plusieurs pays ont révoqué les lois criminalisant les rapports homosexuels, parfois suite aux décisions de juges sur des points de droit. En 2003, la Cour Suprême des Etats-Unis a aboli toutes les lois interdisant la sodomie, du fait qu'elles constituaient une violation des droits humains en vertu de la constitution du pays. La constitution post-apartheid d'Afrique du Sud interdit spécifiquement la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle (Gable et al., 2007).

Globalement, les sources non gouvernementales rapportent qu'une forte minorité de pays ont des lois qui interfèrent dans l'aptitude de celles-ci à offrir des services aux consommateurs de

drogues injectables (40%), aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (32%), et aux professionnel(le)s du sexe (45%) (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

La plupart des juridictions à travers le monde interdisent la vente et l'achat de services sexuels, ce qui complique lourdement le problème de la protection des droits humains des professionnel(le)s du sexe (notamment leur droit à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH) (Gable et al., 2007). Même là où le commerce du sexe n'est pas interdit, les professionnel(le)s du sexe sont souvent victimes du harcèlement policier (Gable et al., 2007). Depuis la dépénalisation du commerce du sexe en 2003, la Nouvelle-Zélande a pris des mesures pour promouvoir l'usage du préservatif dans le cadre du commerce du sexe (Gable et al., 2007). L'un des principaux objectifs de toute réforme progressiste de la loi concernant le commerce du sexe est d'éliminer la stigmatisation et le harcèlement des professionnel(le)s du sexe, et de leur éviter de se retrouver dans des situations dangereuses pour leur santé et leur sécurité. Certains défenseurs de la réforme de la loi ont cité en l'approuvant le « modèle suédois », qui pénalise l'acheteur du service sexuel, mais pas le(la) professionnel(le) du sexe. Cependant, les détracteurs de cette approche signalent que la surveillance judiciaire et le harcèlement policier perdurent en vertu de ces lois (Open Society Institute, 2006a). L'implication et la sensibilisation de la police est un volet crucial d'une riposte efficace sur le long terme visant à améliorer l'accès des professionnel(le)s du sexe à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.

L'hostilité à l'égard des populations les plus à risque, souvent cautionnée par des lois qui n'ont pas trait expressément au VIH, peut compromettre des réformes par ailleurs valables et progressistes. Par exemple, en 2005, l'Ukraine a commencé à mettre en œuvre des programmes de traitement de substitution reposant sur la buprénorphine pour les consommateurs de drogues injectables, mais la prévalence invariablement élevée des attitudes stigmatisantes et discriminatoires empêchent beaucoup de gens d'utiliser ces programmes. Les pratiques stigmatisantes et discriminatoires consistent à criminaliser la consommation de drogues, et à exiger que les utilisateurs se fassent inscrire dans

des organismes chargés de l'application de la loi et dans des structures de santé. Selon une étude réalisée en Ukraine auprès des consommateurs de drogues et des professionnel(le)s du sexe, les fonctionnaires de police harcèlent fréquemment les travailleurs de proximité embauchés dans des projets de réduction des risques, et les prestataires de soins exercent souvent une discrimination active à l'égard des consommateurs de drogues. De nombreux consommateurs de drogues évitent de se faire soigner pour leur addiction ou pour leur infection à VIH, car la loi exige que leur nom soit communiqué à la police (Human Rights Watch, 2006). Toutefois, ce qui se passe en Asie démontre que les lois anti-drogues n'ont pas nécessairement à empêcher en permanence l'introduction de programmes de réduction des risques. Divers pays, y compris la Chine, la République islamique d'Iran, et le Viet Nam, ont récemment introduit ou développé des initiatives élaborées à partir de preuves pour la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (se reporter au Chapitre 4).

Comme pour la discrimination fondée sur le VIH, la promulgation de lois interdisant la discrimination à l'égard des groupes les plus à risque d'exposition au VIH doit s'accompagner d'efforts énergiques pour que ces lois soient effectivement appliquées. Au Pérou, par exemple, le gouvernement national a tenté de renforcer le système de déclaration et le processus de réparation des violations reconnues comme telles en vertu des lois relatives au respect des droits humains, en cartographiant les déterminants de la stigmatisation et de la discrimination envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les détenus, ainsi que les initiatives de renforcement du potentiel des cabinets des médiateurs sous-nationaux. Cependant, les informateurs non gouvernementaux indiquent qu'une majorité de pays dans la plupart des régions n'ont pas les mécanismes nécessaires pour enregistrer, inventorier, et traiter les cas de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les populations les plus exposées au risque de VIH. Les pays des régions des Caraïbes et d'Amérique latine sont plus susceptibles d'avoir ce type de mécanisme en place (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Mise en valeur du potentiel de la communauté: Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Burundi

Georges Kanuma est président et fondateur de l'Association pour le respect des droits des homosexuels au Burundi

Georges Kanuma avait 18 ans lorsqu'il a réalisé qu'il était gay.

Mais la plupart des gens de sa ville, Bujumbura, n'arrivent pas à croire qu'il puisse y avoir des homosexuels africains. De ce fait, nombre de gays et lesbiennes au Burundi souffrent en secret, animés d'un sentiment de honte et d'isolement, et celles et ceux qui ne cachent pas leur orientation sexuelle sont victimes d'une discrimination à tous les niveaux de la société.

Ces problèmes ont amené Kanuma à monter une association, nommée « Association pour le respect des droits des homosexuels » (ARDHO), qui compte actuellement 25 membres. « Nous sommes là pour démontrer que l'homosexualité est une réalité manifeste au Burundi, » déclare Kanuma. « Nous avons fondé l'ARDHO afin de nous battre pour notre intégration dans la société, pour demander à la société de nous comprendre, et pour lutter contre le VIH et le sida au sein de notre communauté. »

Dans un monde hostile, l'association offre un « microcosme » communautaire bienveillant. Elle défie aussi les tabous en conduisant des activités d'éducation en matière de VIH et des ateliers d'information sur la sexualité à moindre risque, dans le cadre desquels les risques associés au rapport sexuel anal non protégé sont examinés ouvertement. L'association a constaté que peu d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont conscients de leur vulnérabilité physique face au virus, croyant à tort qu'ils ne peuvent être infectés que par le biais du rapport avec pénétration du pénis dans le vagin. « Nous essayons d'organiser des séances d'information sur les modes de transmission et de prévention du VIH », explique Kanuma. « Nous nous réunissons deux fois par mois, et nous mobilisons nos partenaires et nos semblables homosexuels en faveur de l'utilisation d'un gel et des préservatifs. »

Le climat d'homophobie semble s'étendre à d'autres organisations participant à la riposte au VIH. A part l'ONUSIDA, seules deux organisations non gouvernementales soutiennent l'association. Ce qui veut dire que l'ARDHO n'est toujours pas enregistrée, et se retrouve continuellement à court de matériel pédagogique, de préservatifs, et d'autres ressources. Les services anti-VIH spécialement conçus pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – en particulier ceux qui sont victimes de sévices sexospécifiques – font également cruellement défaut, et leur création n'est pas pour demain.

Tous les membres de l'association ont des histoires de stigmatisation et de discrimination à raconter. « Nos parents refusent de payer nos frais de scolarité, par exemple, et ils refusent de s'occuper de nous lorsque nous sommes malades » explique Flaviana, membre de l'association. « Nos frères et sœurs nous insultent et se moquent de nous . . . et nous souffrons de cette discrimination même au travail. Les religieux montent la population contre nous, affirmant que nous sommes un signe précurseur de la fin du monde. »

Un membre de l'association a été battu par son père et mis à la porte de la maison familiale; un autre a été forcé d'abandonner l'école parce que les professeurs le croyaient maudit par Dieu. Kanuma constate que cette façon d'être traité mène à l'alcoolisme et à la consommation de drogues, ce qui majore le risque de VIH. En dépit de tous ces problèmes, Kanuma et ses amis sont satisfaits de leur vie. « Finalement, j'ai un petit ami », dit-il, « j'accepte ma vie et j'en suis fier. »



Dynamique d'autonomisation communautaire au sein des populations les plus à risque

L'accès à l'entraide sociale – souvent appelé capital social – est essentiel pour réduire la vulnérabilité des groupes marginalisés ou sans moyens d'action. Dans presque tous les pays où l'épidémie a reculé, la mobilisation communautaire a été au cœur de la riposte nationale au VIH (Merson, 2008). Cependant, les pays n'ont pas tous cette tradition d'engagement et d'autonomisation communautaires. Dans les populations dont les comportements à risque peuvent être pénalisés, la capacité de mobilisation pour riposter à l'épidémie est faible. Malgré ces obstacles, des communautés à travers le monde se sont organisées pour relever le défi posé par le VIH, souvent avec peu de ressources et au péril des personnes impliquées. Les donateurs internationaux ont été lents à soutenir ces initiatives, ce qui met en évidence une lacune grave de la riposte mondiale au VIH qui doit être rectifiée.

Ce qui se passe pour les professionnel(le)s du sexe illustre le caractère indispensable de l'entraide sociale. A travers le monde, des centaines, voire des milliers d'associations communautaires et d'organisations non gouvernementales représentent ou servent les intérêts des professionnel(le)s du sexe. En général, le soutien financier pour ces associations est rare, encore que certains financeurs ont intégré dans leurs priorités l'aide à la mise en valeur du potentiel de la communauté ainsi qu'au développement de l'entraide et des activités de plaidoyer parmi les professionnel(le)s du sexe (Open Society Institute, 2006b). Le financement alloué à la prévention du VIH a soutenu des programmes pour les professionnel(le)s du sexe dans toutes les régions, mais souvent ces programmes ne sont gérés ni par ni pour les professionnel(le)s du sexe (Open Society Institute, 2006a). Certaines initiatives de prévention du VIH destinées aux professionnel(le)s du sexe considèrent avant tout les professionnel(le)s du sexe comme des « vecteurs de transmission », mais les initiatives qui marchent le mieux sont celles qui ont permis l'autonomisation des professionnel(le)s du sexe. Par exemple, le projet Sonagachi à Calcutta, en Inde, a fait appel à une dynamique d'autonomisation pour renforcer les services de santé, et un recoupement a été fait entre l'action de ce projet, et des hausses de l'utilisation du préservatif ainsi que des baisses de l'incidence du VIH et des maladies sexuellement

transmissibles (Pardasani, 2005 ; Jenkins & Sarkar, 2007). Malheureusement, les lois des gouvernements nationaux et les règlements des organisations multilatérales compliquent souvent l'enregistrement des organisations non gouvernementales représentant les professionnel(le)s du sexe (Open Society Institute, 2006a).

Dans les pays à revenu élevé, aux premières années de l'épidémie, les hommes gays se sont auto-organisés pour riposter au VIH en utilisant les infrastructures communautaires qui existaient avant l'épidémie de VIH (Shilts, 1987). L'esprit de groupe et le concept consistant à s'organiser en communauté chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes prennent de l'essor dans de nombreux pays, mais les infrastructures communautaires restent médiocres dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier là où l'homosexualité reste fortement stigmatisée. En 2005, les fonds pour les organisations de lesbiennes, de gays, de bisexuel(le)s, de transsexuel(le)s, et d'intersexué(e)s dans les pays à revenu faible ou intermédiaire se sont montés au total à moins de US\$ 10,5 millions (Funders for Lesbian and Gay Issues, 2007). En 2005, le budget annuel moyen de ces organisations dans les pays à revenu faible ou intermédiaire était de US\$ 7600. Une activité d'inventaire géographique au niveau mondial a permis de constater que l'Amérique latine représentait plus de la moitié (54%) des organisations de lesbiennes, de gays, de bisexuel(e)s, de transsexuel(le)s, et d'intersexué(e)s recensées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Funders for Lesbian and Gay Issues, 2007).

Chez les consommateurs de drogues confrontés à l'univers des initiatives anti-VIH, le slogan est devenu « Rien ne se fera sans nous » (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). Les initiatives d'autonomisation communautaire peuvent aider les consommateurs de drogues, ainsi que leurs défenseurs et leurs prestataires de services, à surmonter les obstacles institutionnels entravant l'accès aux services. Aux Philippines, par exemple, une initiative élaborée par et pour des consommateurs de drogues a été dès le début épaulée par l'Alliance internationale contre le VIH et le sida et par le Programme philippin d'appui aux ONG, pour obtenir du Fonds mondial un soutien sur le long terme. Le projet forme des consommateurs de drogues injectables à plaider en faveur du recours aux pratiques qui réduisent les risques, et contribue à la formation d'alliances avec

les responsables gouvernementaux locaux. Outre l'offre d'aiguilles stériles et de préservatifs, le projet a assuré la formation d'un groupe d'éducateurs qui a aidé les consommateurs de drogues à sortir de l'ombre, a mené une action pour sensibiliser le grand public et pour faire accepter les services de réduction des risques. Si les données quantitatives sur le projet restent limitées, le nombre des lieux de shoot a considérablement baissé depuis le début de l'activité du projet, et la visibilité des consommateurs de drogues actuels et des anciens consommateurs de drogues a nettement augmenté.

Leadership pour le changement

Il est reconnu depuis longtemps que la riposte au VIH doit être fondée à la fois sur des preuves et sur les droits. A cet égard, l'épidémie de VIH a montré maintes et maintes fois que pour la contrer efficacement, il était nécessaire d'émanciper les personnes et les groupes, en leur donnant les moyens d'exercer leurs droits humains – droit à l'éducation, à la liberté d'expression, à la vie privée, à la santé, et à l'égalité sexospécifique, ainsi qu'à la protection contre toute forme de discrimination et de violence sexospécifique. Mais pour changer les normes sexospécifiques néfastes afin de réduire la vulnérabilité face au VIH, et pour éliminer la stigmatisation et la discrimination, les parties prenantes doivent en nombre prendre avec hardiesse la direction des opérations. Il est capital de lever le voile et de discuter sur des sujets souvent considérés comme revêtant un caractère privé et secret, et il peut s'avérer nécessaire de changer les lois, les politiques gouvernementales, et les priorités programmatiques. En particulier, les femmes, les jeunes, les personnes vivant avec le VIH, et les populations clés à risque – les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, et les consommateurs de drogues injectables – doivent avoir un rôle plus significatif dans la prise de décisions, la planification, et le contrôle continu des progrès réalisés sur la voie de l'accès universel.

Une capacité technique accrue de gestion des questions relatives à la sexospécificité et aux droits humains s'impose d'urgence pour passer d'un soutien conceptuel de l'approche fondée sur les droits à la mise en œuvre concrète. L'adoption de politiques destinées

à s'attaquer à ces causes sociétales de la vulnérabilité face au VIH constitue une première étape importante. Cependant, c'est finalement l'affectation des ressources suffisantes et le recours à des programmes qui ont fait leurs preuves (notamment les stratégies de communication pour changer les normes sociales) qui conditionneront le succès.

La mise en œuvre appelle une vision à long terme de l'épidémie, sachant que les retombées de certains programmes ne seront pas mesurables avant un certain temps. Les efforts actuels visant à intégrer la programmation sur le VIH aux cadres plus généraux relatifs à l'allègement de la pauvreté et au développement doivent s'accélérer. Le renforcement des partenariats peut également donner lieu à une synergie importante entre ceux qui travaillent sur le terrain contre le VIH et les autres qui œuvrent pour le respect des droits humains, notamment pour les droits des femmes et des enfants.

Au niveau national, l'intégration des besoins des populations vulnérables aux priorités peut demander des transferts de financement entre secteurs programmatiques ou populations, et la mise en œuvre de stratégies qui aient un impact non seulement sur l'épidémie de VIH, mais également sur la société tout entière, et qui, par conséquent, pourraient être considérées comme politiquement contestables. Cependant, l'utilisation des fonds alloués au VIH pour des stratégies qui ne s'attaquent pas au cœur du problème de la vulnérabilité et du risque face au VIH chez les femmes, les jeunes, les personnes vivant avec le VIH, et les populations clés à risque, est inefficace, et c'est cette approche qu'il faut considérer comme contestable.

Les preuves émanant du terrain ont contribué à définir des stratégies parvenant à réduire les inégalités sexospécifiques ainsi que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Ces facteurs échappent au contrôle direct de l'individu, mais influent en profondeur sur le risque et la vulnérabilité face au VIH. Ces dernières années, l'analyse de l'association complexe entre VIH, inégalités de revenus, et pauvreté, a aussi évolué. D'autres études, ainsi que des modèles complémentaires de programmes qui ont marché, sont nécessaires, mais l'action, c'est pour maintenant.

Communication pour le changement social

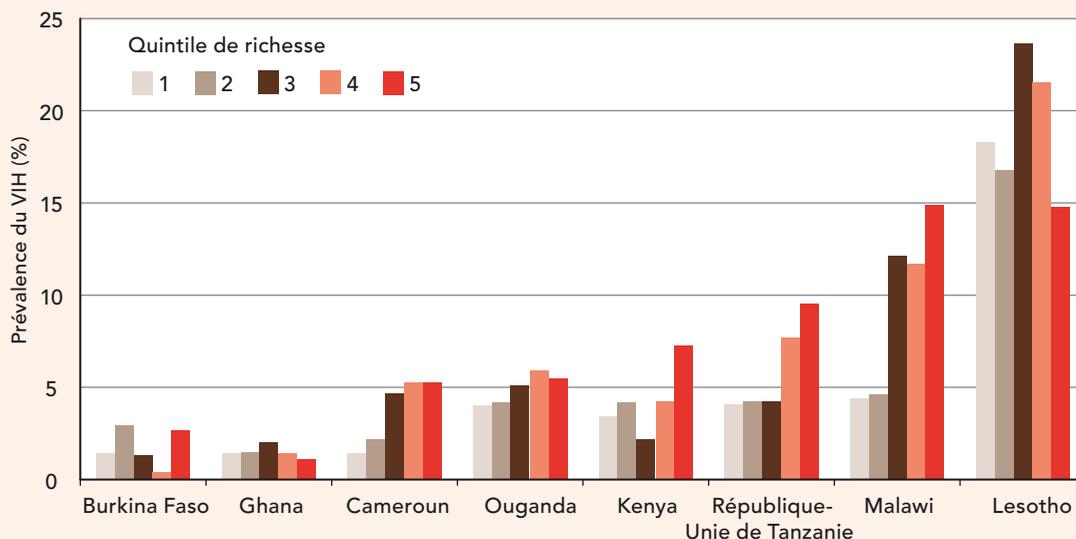
La communication pour le changement social (CCS) consiste en l'utilisation de stratégies de plaidoyer, de communication, et de mobilisation sociale pour faciliter ou accélérer le changement social. Dans le contexte du VIH, les stratégies CCS peuvent aider à changer les attitudes et les comportements qui contribuent à la propagation du VIH et à la vulnérabilité.

Les programmes de CCS qui marchent associent utilisation des médias, stratégies d'engagement communautaire et d'autonomisation, et autres formes d'action de persuasion et de communication informatives et motivantes. Le but de la CCS est de susciter l'action aux niveaux individuel, communautaire, et politique

Les programmes de CCS marchent. Ils ont été rigoureusement évalués et il a été démontré qu'ils parvenaient à transformer de façon significative et durable des pratiques profondément enracinées. En août 2007, l'ONUSIDA a tenu une consultation technique sur la Communication pour le changement social afin de mieux faire comprendre le rôle de la CCS dans la riposte mondiale au VIH (ONUSIDA, 2007c). En 2008, l'ONUSIDA élaborera un guide pratique assorti d'une notice technique sur la CCS à l'intention des programmes nationaux de lutte contre le sida.

Source: D'après une définition ONUSIDA de la communication pour le changement social élaborée avec un groupe de parties prenantes internationales lors d'une consultation technique en août 2007. Le rapport de réunion ainsi qu'un document de base sont disponible en ligne sur <http://www.unaids.org>.

FIGURE 3.8 Prévalence du VIH, par niveau de richesse : hommes



Source: Mishra V, Bignami-Van Assche S, Greener R, Vaessen M, Hong R, Ghys P, Boerma T, Van Assche A, Khan S, Rutstein S, « HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa », 2007, AIDS, Vol 21 Supplément 7, novembre 2007.

Pauvreté, inégalités de revenus, et vulnérabilité au VIH

Le lien entre situation socioéconomique et santé est bien établi : les personnes dont les revenus sont élevés jouissent en général d'un meilleur état de santé que les personnes ayant un statut socioéconomique bas. Ceci est vrai pour la plupart des paramètres de santé, notamment la nutrition, la morbidité et la mortalité, ainsi que pour l'utilisation des services de soins de santé. Les variations en matière d'état de santé suivent souvent un gradient – plus on monte dans l'échelle des revenus, plus l'état de santé individuel est bon (Marmot, 2006 ; Commission des déterminants sociaux de la santé, 2007).

Le VIH n'a pas de frontière socioéconomique ; cependant, la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et les régions les plus pauvres du monde supportent une charge de morbidité VIH nettement supérieure. Par exemple, l'Afrique subsaharienne – qui détient l'un des taux d'extrême pauvreté les plus élevés du monde – représente un peu plus de 10% de la population mondiale, mais regroupe plus des deux tiers (68%) de la totalité des personnes vivant avec le VIH (Population Reference Bureau, 2007 ; ONUSIDA, 2007d). Plus de 40% de la population de la région vit avec moins de 1 dollar par jour (Chen & Revillon, 2004).

Le fardeau disproportionné du VIH pesant sur les pays à faible revenu, et la gravité majorée de l'impact de la maladie sur les ménages pauvres, amènent souvent à supposer que le VIH est une « maladie de la pauvreté », et que les pauvres sont plus exposés au risque d'infection. En fait, le lien entre pauvreté absolue et risque d'infection à VIH est plus nuancé, dépendant également fortement du contexte.

En Afrique subsaharienne, par exemple, la prévalence du VIH est la plus élevée non pas dans les pays les plus démunis, mais dans deux des pays les plus riches – Afrique du Sud et Botswana – où la prévalence est de 18,8% et de 24,1%, respectivement (ONUSIDA, 2007b). Dans cette même région, une analyse récente de huit études nationales a montré que la prévalence du VIH était plus forte chez les adultes ayant les niveaux de richesse les plus élevés que chez ceux ayant les niveaux les plus bas (Mishra et al., 2007) (Figure 3.8). Cette conclusion est liée au fait que les personnes financièrement aisées et plus instruites ont en général une plus grande autonomie sexuelle et changent plus souvent de partenaires (du fait qu'elles se déplacent plus souvent) et sont plus susceptibles de vivre en ville (où la prévalence du VIH est généralement plus élevée) (Gillespie, Kadiyala & Greener, 2007). Ces conclusions font ressortir tout l'intérêt de stratégies de prévention s'adressant à toutes les couches socioéconomiques.

Certains chercheurs avancent que cette dynamique peut s'inverser aux stades plus tardifs de l'épidémie, car les plus riches sont plus susceptibles d'avoir accès à l'information sur la prévention du VIH et aux préservatifs, et de changer leurs comportements (Lopman et al., 2007). Une étude récente du lien entre niveau d'instruction et risque de VIH indique un glissement vers une prévalence plus élevée du VIH chez les moins instruits en Afrique subsaharienne (Hargreaves et al., 2008).

Si les pauvres, en tant que groupe, ne sont pas forcément plus exposés au risque d'infection, il y a des cas où l'association sexospécificité-pauvreté confère un risque. Par exemple, l'insécurité



alimentaire est associée à une probabilité accrue de pratiques sexuelles risquées chez les femmes, notamment à une plus forte probabilité de vendre des services sexuels en échange d'argent ou de ressources, et d'avoir des rapports sexuels sans protection ou intergénérationnels (Weiser et al., 2007). Les femmes qui sont pauvres ou matériellement dépendantes de leur partenaire masculin sont également moins susceptibles d'éviter ou d'abandonner une relation qui les expose au risque d'infection.

D'autres études font ressortir l'éventualité d'un lien entre inégalités de revenus et risque de VIH, avec un risque plus élevé (mesuré au niveau de la population par la prévalence du VIH) dans les pays où les inégalités de revenus sont plus marquées (Gillespie, Kadiyala & Greener, 2007 ; Piot, Greener & Russell, 2007). On ne comprend pas encore très bien comment ces inégalités peuvent contribuer au risque et à la vulnérabilité face au VIH – si un tel lien causal existe vraiment.

Cependant, certains chercheurs suggèrent que les inégalités de revenus peuvent refléter le niveau de cohésion sociale dans une société donnée, les disparités dans les revenus traduisant une plus grande stratification sociale entre les groupes socioéconomiques. Une étude complémentaire au niveau sous-national et communautaire s'impose pour pouvoir formuler une politique valable à cet égard.

Données pour l'action

Prend-on les bonnes mesures ?

- Un total de 80% de pays ont intégré un volet sur les femmes dans leur stratégie nationale de lutte contre le VIH, et 83% des pays déclarent avoir une politique pour garantir aux femmes comme aux hommes l'égalité d'accès aux services anti-VIH.
- Environ deux tiers (67%) des pays déclarent avoir des lois protégeant les gens de la discrimination liée au VIH.
- Une majorité (67%) de pays déclarent avoir des lois, des réglementations, ou des politiques qui confèrent aux personnes vivant avec le VIH une protection contre la discrimination

Les bonnes mesures sont-elles prises de la bonne manière ?

- Seulement environ la moitié (53%) des pays déclarent consacrer des enveloppes budgétaires aux programmes de lutte contre le VIH conçus pour les femmes et les filles.
- Moins de la moitié (47%) des pays déclarent soutenir l'offre de services juridiques pour aider les personnes vivant avec le VIH à faire valoir leurs droits les protégeant contre la discrimination.
- Près des deux tiers (63%) des pays rapportent l'existence de lois, de réglementations ou de politiques entravant l'accès des populations les plus à risque aux services de prévention, de traitement, de soins, et d'appui en matière de VIH.

Ces actions ont-elles été suffisamment étendues pour faire la différence ?

- Les organisations de la société civile ont accès à une vraie aide financière dans un pays sur cinq.
- Peu de pays ont des protections juridiques pour les populations les plus à risque de VIH. Un total de 26% de pays déclarent avoir des lois qui protègent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 21% ont des lois anti-discrimination pour protéger les professionnel(le)s du sexe, et moins d'un cinquième (16%) protègent les consommateurs de drogues injectables de la discrimination.
- Les données rapportées par les pays ci-dessus demeurent insuffisantes en ce qui concerne la portée, la qualité, le nombre de bénéficiaires, ou l'impact des programmes.

Source : Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Le camp Goodtime



« Je ne suis pas comme les autres écolières », explique Stéphanie, une adolescente australienne vivant avec le VIH. « Enfin si je le suis ... mais je dois aussi faire face au secret, à la discrimination, aux attitudes d'ignorance à l'école, je dois décider ce qu'il faut dire à mes amis qui se montrent négatifs, et j'ai constamment peur d'être découverte ... »

Stéphanie est née avec le VIH à un moment où la maladie engendrait la terreur en Australie. Même si un système médical de premier ordre l'a maintenue en bonne santé et en pleine forme, elle a souffert au sein d'une communauté par ailleurs bienveillante.

« Le lycée, c'est dur pour tous les adolescents, mais moi, j'ai un nuage de secret qui plane tous les jours au-dessus de ma tête, » dit-elle. « Par exemple, une activité plutôt normale pour une adolescente australienne – passer la nuit chez une copine – demande davantage de réflexion que de simplement emballer son pyjama et sa brosse à dents ; ça devient un réel problème, je dois cacher mes médicaments à mes amies et à leur famille. »

A l'école, Stéphanie a rencontré toute la panoplie des craintes et de l'ignorance entourant le VIH pour les autres – des blagues cruelles à la discrimination active. Dans son école précédente, elle a annoncé sa sérologie VIH au vice-directeur qui lui a dit que si elle n'informait pas l'ensemble de l'école, elle devrait partir. Alors elle a quitté l'école, mais le personnel était déjà informé de son statut VIH.

« Il y a plein d'enfants qui ont des histoires tristes à pleurer, car ils ont été humiliés à cause d'une maladie qu'ils ont héritée. Mais les adolescents séropos d'Australie ne vont pas se rendre sans combattre, » dit-elle. « Le fait même que des gens comme moi sont encore là montre que les personnes vivant avec le VIH figurent parmi les plus résilientes du monde... »

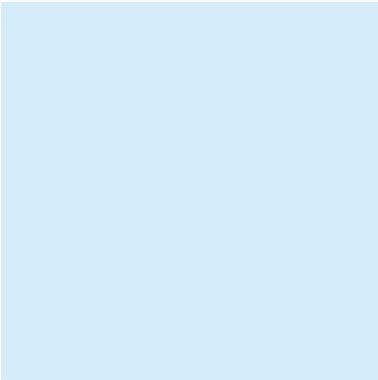
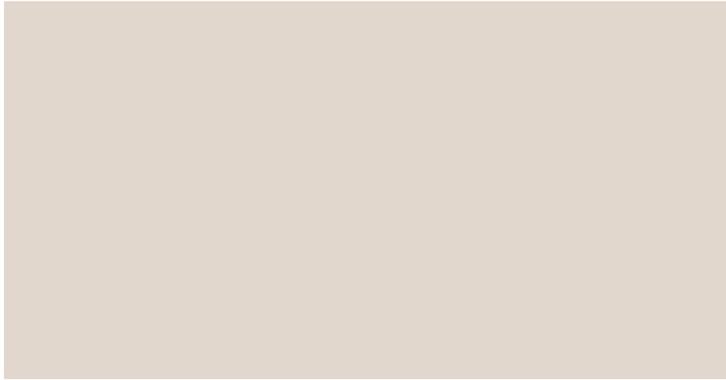
Il n'y a guère qu'un bref moment de l'année pendant lequel Stéphanie n'a pas à craindre la discrimination, c'est lorsqu'elle se rend au Camp Goodtime, le camp national annuel destiné aux enfants séropositifs au VIH et à leurs familles. « Il n'y a rien de plus fort que le lien qui unit des adolescents séropositifs. Lorsque nous sommes ensemble, les rires, les pleurs, le soutien, les souvenirs des camps passés et le rappel de ceux qui sont décédés sont permanents, » explique-t-elle.

Le camp est plus précieux pour les adolescents séropositifs que leurs médicaments. « Le Camp Goodtime, c'est être accepté, aimé et c'est aussi pouvoir parler franchement, sans crainte, » ajoute-t-elle.

Stéphanie pense qu'elle doit sa survie à ce camp et au soutien et à la force qu'elle reçoit de sa mère et de ses amis séropositifs au VIH. Une personne inspirée qui l'a conseillée et présentée à un groupe de soutien à l'intention de femmes séropositives au VIH, l'a également aidée à définir son rôle de défenseur des adolescents vivant avec le VIH. « Elle m'a ouvert les yeux pour me permettre de changer moi-même sans attendre qu'on le fasse pour moi. »

Lorsqu'elle avait 15 ans, Stéphanie a parlé à un groupe de femmes séropositives lors du Sommet international des femmes. Elle leur a lancé le défi suivant « Je m'appelle Stéphanie. J'ai survécu au combat contre le VIH et j'ai quelque chose à communiquer au monde. Et vous ? »

Prévenir les nouvelles infections à VIH:
la clé pour inverser le cours de l'épidémie

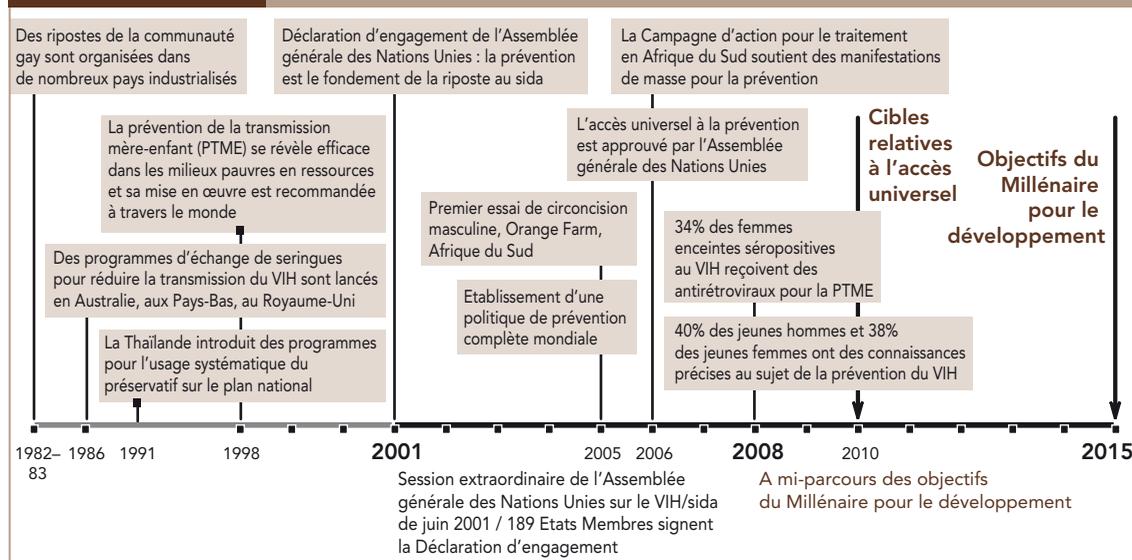


Chapitre 4



FIGURE 4.1

Prévention du VIH : événements choisis



Messages clés

- Le cours de l'épidémie mondiale de VIH ne pourra pas être inversé et les progrès enregistrés au niveau de l'élargissement de l'accès au traitement ne pourront pas être maintenus si l'on ne réussit pas mieux à réduire davantage le taux des nouvelles infections à VIH.
- Les stratégies de prévention existantes peuvent être efficaces pour réduire le risque d'exposition au VIH, mais les programmes de prévention – en particulier dans les pays à épidémies concentrées – ne parviennent pas à atteindre bon nombre de personnes fortement exposées au risque d'infection, y compris une majorité d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de consommateurs de drogues injectables.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 45% de l'ensemble des nouvelles infections à VIH chez les adultes et de nombreux jeunes manquent toujours d'informations précises et complètes sur la façon d'éviter d'être exposé au virus.
- Au cours des deux dernières années, des progrès majeurs ont été accomplis pour élargir l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant. Ces progrès permettent de penser qu'à l'avenir, des financements, un engagement et une action stratégique suffisants pourraient rendre ce mode de transmission du VIH de plus en plus rare.
- Les efforts de prévention doivent être axés de manière plus stratégique sur les partenariats sexuels, en particulier ceux qui accroissent le risque d'exposition au VIH ; ceux-ci incluent les partenariats entre personnes sérodifférentes et les partenariats sexuels multiples et simultanés.
- Les programmes de prévention ne pourront pas avoir une efficacité optimale tant qu'ils ne seront pas soutenus par des initiatives efficaces qui luttent contre les facteurs sociaux qui accroissent le risque et la vulnérabilité, y compris l'inégalité entre les sexes, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et la marginalisation sociale des populations les plus confrontées au risque d'exposition au virus.
- Pérenniser les progrès de la prévention constitue l'un des plus grands défis de la prévention du VIH. Pour maintenir une riposte de prévention forte, les pays doivent développer un « mouvement de prévention », renforcer les capacités humaines et techniques nécessaires pour pérenniser les efforts de prévention, et travailler pour stimuler une demande accrue de services de prévention.

Le cours de l'épidémie de VIH ne pourra pas être inversé si l'on n'enregistre pas des progrès importants et durables au niveau de la prévention des nouvelles infections. La prévention du VIH reste – selon les termes de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* – « le fondement de la riposte ». L'accès au traitement s'est régulièrement élargi ces dernières années, mais les efforts de prévention des nouvelles infections à VIH sont restés à la traîne. Alors que 87% des pays ayant fixé des objectifs pour l'accès universel ont établi des cibles en matière de traitement du VIH, environ 50% seulement de ces pays ont fixé des cibles pour les principales stratégies de prévention du virus.

Entre 2005 et 2007, des nouveaux financements substantiels ont été mis à la disposition des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et, comme les commentaires ci-après le révèlent, l'accès à certaines composantes d'une prévention complète du VIH a été amélioré. Toutefois, alors que nous sommes à mi-parcours de la date-butoir fixée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, bon nombre de personnes exposées au risque d'infection manquent d'un accès significatif à des services de prévention fondés sur des preuves éclairées.¹

Ce chapitre est axé sur les activités de prévention du VIH. Il vient compléter le Chapitre 3 qui décrit les facteurs sociétaux auxquels il faut s'attaquer pour maximiser l'impact des programmes de prévention du VIH. Après avoir brièvement résumé les preuves éclairées sur lesquelles se fondent les stratégies et les outils de prévention du virus disponibles, ce chapitre fournit des informations sur la couverture des programmes et recense les principales actions nécessaires pour amplifier l'impact stratégique des efforts de prévention du VIH. Sa dernière section examine les difficultés qu'il y a à pérenniser les progrès de la prévention, et met l'accent sur la nécessité de renforcer les capacités nationales et locales de prévention et de créer un mouvement social à assise large qui génère une demande continue de services de prévention du VIH.

Une prévention du VIH fondée sur des preuves éclairées

La grande expérience acquise dans différentes régions a révélé l'efficacité d'un large éventail de stratégies de prévention du VIH. Des stratégies valables existent pour prévenir tous les modes de transmission du virus – transmission sexuelle, par le sang (y compris via la consommation de drogues injectables ou dans les milieux sanitaires) et transmission mère-enfant (Wegbreit, 2006). Les approches de prévention du virus disponibles incluent des stratégies visant à :

- faire évoluer les comportements sexuels et liés à la consommation de drogues ;
- promouvoir une utilisation correcte et régulière des préservatifs masculins et féminins ;
- réduire le nombre de partenaires sexuels ;
- améliorer la gestion des infections sexuellement transmissibles ;
- élargir l'accès au conseil et au test VIH ;
- améliorer l'accès des consommateurs de drogues aux programmes de réduction des risques ;
- promouvoir la circoncision médicale chez les hommes ; et
- garantir une lutte efficace contre l'infection dans les milieux sanitaires (ONUSIDA, 2005).²

Il a été confirmé, au cours des dernières années, que la circoncision était une méthode potentiellement intéressante pour réduire le risque d'infection à VIH chez les hommes. D'autres développements récents incluent l'émergence d'un ensemble de stratégies de prévention du VIH centrées sur le traitement antirétroviral ; les stratégies comprennent notamment la prévention de la transmission mère-enfant, la prophylaxie post-exposition, les traitements expérimentaux pour la prophylaxie pré-exposition³ et les bénéfices probables de prévention secondaire de l'administration thérapeutique de médicaments antirétroviraux. Les actions de prévention sont très efficaces lorsqu'elles reposent sur des combinaisons

¹ Les stratégies de prévention fondées sur des preuves éclairées sont celles qui sont basées sur des preuves scientifiques valables. Les facteurs inhérents à la prise des décisions nationales concernant les stratégies de prévention du VIH n'incluent pas seulement les preuves, mais aussi la pertinence, le coût, la faisabilité et l'équité.

² Des études d'observation indiquent que – dans les pays qui ont mis en œuvre des programmes de prévention du VIH dans les premières années de l'épidémie – les changements de comportement de la population ont réduit l'incidence du VIH d'une moyenne de 50%-90% (Auerbach, Hayes & Kandathil, 2006).

³ Des essais concernant huit approches expérimentales différentes de la prophylaxie pré-exposition étaient soit en cours soit planifiées en mars 2008. Deux de ces essais étudient des formulations à action locale, y compris l'étude CAPRISA 004, premier essai microbicide d'un produit intégrant des médicaments antirétroviraux.

stratégiques d'approches fondées sur des preuves éclairées qui répondent aux besoins spécifiques des personnes exposées au risque. Elargir et intensifier les combinaisons de stratégies de prévention du VIH devrait permettre d'éviter plus de la moitié de l'ensemble des nouvelles infections prévues entre 2005 et 2015 (Stover et al., 2006).

De même, des directives claires ont été établies pour le recensement national des priorités en matière de prévention. Les programmes essentiels nécessaires pour la prévention du VIH ont été recensés – depuis les programmes adaptés visant à prévenir la transmission par voie sexuelle ou consommation de drogues jusqu'aux stratégies conçues pour protéger la sécurité de l'approvisionnement national en sang. Des orientations normatives sont à la disposition des pays concernant les mesures stratégiques essentielles pour appuyer les stratégies nationales de prévention du VIH (ONUSIDA, 2005).

Le choix de la combinaison spécifique de stratégies de prévention la mieux adaptée à la situation d'un pays doit être guidé par des éléments concrets. On recommande aux pays de « connaître leur épidémie et leur riposte ». Grâce à l'utilisation de preuves éclairées solides et en constante amélioration, les pays sont en mesure :

- de recenser les comportements et les milieux associés à la transmission du VIH, et les populations les plus exposées au risque d'infection par le virus ;
- de comprendre les grandes tendances épidémiologiques ;
- d'évaluer la portée, l'échelle, la qualité et l'axe des programmes de prévention ;
- de lutter contre les facteurs contextuels qui accroissent le risque et la vulnérabilité au VIH ; et
- de combler les insuffisances au niveau de l'accès aux services essentiels de prévention (ONUSIDA, 2005 ; ONUSIDA, 2007a).

Maximiser l'impact stratégique de la prévention du VIH

Au cours des années précédentes, le *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* a présenté un résumé des

preuves de l'efficacité des composantes individuelles d'une prévention complète du VIH (ONUSIDA, 2006a). Le reste de ce chapitre s'intéresse à un certain nombre de mesures à impact élevé pour maximiser l'effet des approches existantes de prévention du VIH. En utilisant une prévention du VIH fondée sur des preuves éclairées de manière plus stratégique – et en luttant au final contre de nombreux problèmes clés que l'on a ignorés ou auxquels on accordait peu d'importance – des progrès pourront être accomplis plus rapidement en direction de l'objectif ultime qu'est l'inversion du cours de l'épidémie mondiale d'ici à 2015, comme indiqué dans l'objectif du Millénaire pour le développement numéro 6.

Des programmes de prévention du VIH francs, précis et complets destinés aux jeunes

Le cours de l'épidémie mondiale ne peut pas être inversé si l'on ne réussit pas durablement à réduire les nouvelles infections à VIH chez les jeunes. Près de la moitié de la population de la planète a moins de 25 ans (UNFPA, 2003). Au niveau mondial, on estime que les jeunes de moins de 25 ans représentaient environ 45% de l'ensemble des nouvelles infections à VIH chez les adultes en 2007.

Lutter contre des connaissances inexactes sur le VIH

Alors que les connaissances sont souvent insuffisantes – à elles seules – pour entraîner des changements de comportement durables, une compréhension précise des risques inhérents au VIH et de la manière d'éviter de s'exposer est une condition préalable à la réduction des risques. Malheureusement, de nombreux jeunes n'ont pas les connaissances de base concernant la prévention du VIH. Des données d'enquêtes menées dans 64 pays indiquent que 40% des jeunes hommes et 38% des jeunes femmes de 15 à 24 ans avaient des connaissances précises et complètes sur le VIH et sur la manière d'éviter la contamination (Indicateur UNGASS 13).⁴ Bien que cela constitue une amélioration, en particulier chez les jeunes femmes, par rapport aux niveaux de connaissance de 2005 – lorsque 37% des jeunes hommes et 28% des jeunes femmes avaient des

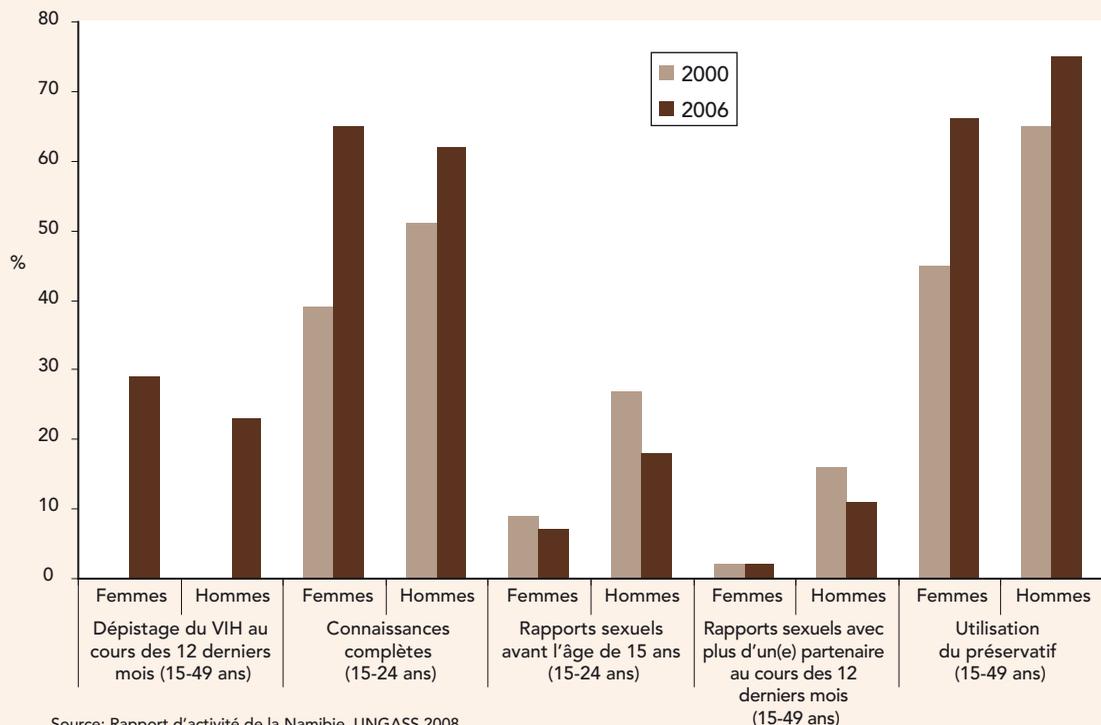
⁴ Cet indicateur utilise des données d'enquêtes de population (de préférence des deux dernières années) pour évaluer la capacité des jeunes à recenser correctement les manières d'éviter une transmission sexuelle du virus (ex : l'utilisation du préservatif) et à rejeter les principales idées fausses concernant la transmission du VIH (ex : l'idée selon laquelle le virus peut être transmis par des piqûres de moustiques). On pose aux jeunes cinq questions pertinentes et ils sont supposés avoir des connaissances précises et complètes sur le VIH s'ils peuvent répondre avec exactitude à l'ensemble de ces cinq questions.

Un leadership national en matière de prévention du VIH fait-il la différence? Le cas de la Namibie

Au cours des dernières années, le Gouvernement namibien a pris des mesures pour renforcer la riposte nationale au VIH, laquelle est guidée par un plan stratégique à cinq ans dont l'objectif absolu est de réduire l'incidence du VIH. Sur les deux dernières années, le pays a plus que doublé les montants alloués au niveau national aux programmes de lutte contre le virus; il est également parvenu à mobiliser un appui international substantiellement accru. En 2007, le pays a promulgué une loi destinée à stimuler et à orienter des efforts de riposte au VIH plus importants de la part d'un large éventail de ministères et de secteurs nationaux.

Ces efforts portent leurs fruits et se traduisent par une meilleure couverture des initiatives essentielles de prévention ainsi que par une évolution favorable des tendances comportementales et épidémiologiques. Une éducation VIH fondée sur les compétences psychosociales est maintenant enseignée dans 79% des écoles secondaires, une campagne nationale a été axée sur le risque d'infection à VIH et l'abus d'alcool, et plus de 25 millions de préservatifs masculins sont distribués gratuitement chaque année par le secteur public (ce qui correspond à sept préservatifs par homme de 15 à 49 ans). La Namibie a le taux de dépistage du VIH le plus élevé des 38 pays récemment sondés par le programme d'Enquête démographique et de santé (DHS), avec 29% des femmes et 18% des hommes de 15 à 49 ans ayant reçu les résultats d'un test VIH au cours des 12 derniers mois (Measure DHS, 2008). Les niveaux de connaissances concernant le VIH et l'utilisation des préservatifs ont augmenté alors que, parallèlement, les taux de rapports sexuels avant 15 ans et de rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois ont diminué (Figure 4.2). La prévalence du VIH chez les adultes semble s'être stabilisée alors que la prévalence chez les jeunes femmes fréquentant les dispensaires prénatals est tombée de 18% en 2003 à 14% en 2007.

FIGURE 4.2 Namibie: Connaissances concernant le VIH et comportements parmi la population générale, 2000–2006



Source: Rapport d'activité de la Namibie, UNGASS 2008.

Adapter les efforts de prévention en fonction des différents milieux

Les pays présentant des caractéristiques épidémiques divergentes nécessiteront inévitablement des stratégies nationales différentes pour mettre en œuvre des programmes efficaces de prévention du VIH. Les épidémies de VIH ont été classées dans les catégories « de faible niveau », « concentrée », « généralisée » ou « hyperendémique », comme indiqué ci-dessous.

- Dans une épidémie de faible niveau, l'infection à VIH peut exister depuis de nombreuses années, mais ne s'est jamais propagée à des niveaux significatifs dans les sous-groupes de population.
- Dans une épidémie concentrée, le VIH s'est rapidement propagé dans un sous-groupe de population défini, mais n'est pas bien établi dans la population générale. Ce profil suggère des réseaux actifs de risque au sein du sous-groupe de population concerné. L'évolution future de l'épidémie est déterminée par la fréquence et la nature des liens entre des sous-groupes de population hautement infectés et la population générale.
- Dans une épidémie généralisée, le VIH est solidement établi dans la population générale. Bien que des sous-groupes de population « à haut risque » soient susceptibles de contribuer de manière disproportionnée à la propagation du virus, les réseaux de partenaires sexuels de la population générale sont suffisants pour pérenniser la propagation de l'épidémie, indépendamment des sous-groupes de population plus exposés au risque d'infection.
- Dans une épidémie hyperendémique, la prévalence globale de l'infection à VIH chez les adultes est supérieure à 15%.
- Sur les 135 pays à revenu faible ou intermédiaire, l'ONUSIDA estime que 97 ont des épidémies de faible niveau ou concentrées et 38 ont des épidémies généralisées – dont sept sont classées comme hyperendémiques.

Dans les pays où les épidémies sont de faible niveau et concentrées, la prévention sera principalement axée sur les populations les plus exposées au risque. Malheureusement, 69% des pays ayant des épidémies de faible niveau ou concentrées déclarent avoir des lois, des réglementations ou des politiques qui font obstacle à l'utilisation de services en rapport avec le VIH destinés aux populations les plus exposées. Les pays doivent travailler pour abroger ces obstacles légaux et pour promouvoir activement l'accès à la prévention. Pour réduire le risque qu'une épidémie de faible niveau ou concentrée ne devienne généralisée, les programmes de prévention doivent aussi être axés sur les ponts épidémiologiques potentiels, tels que les partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables ou les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans les épidémies généralisées, où l'infection s'étend au-delà de sous-groupes de population à risque élevé, il faut investir davantage dans des interventions plus larges ciblant la population, telles que des campagnes médiatiques grand public, une éducation en milieu scolaire, une mobilisation communautaire, des interventions sur le lieu de travail et des stratégies visant à faire évoluer les normes sociales. À l'inverse, les pays ayant une épidémie hyperendémique nécessitent une mobilisation très large de toute la société pour lutter contre les pratiques socioculturelles et économiques qui contribuent à favoriser des comportements sexuels à risque. Cet axe élargi doit venir en complément d'interventions ciblant un développement intensif des connaissances et des changements de comportement, pour réduire le nombre de personnes qui ont des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel ou des rapports sexuels concomitants avec de multiples partenaires. L'accès à la circoncision médicale chez l'homme doit aussi être élargi (ONUSIDA, 2007a).



Un moine bouddhiste dirige une session d'éducation et de prévention du VIH pour des jeunes. Les sources potentielles de prévention du VIH pour les jeunes sont nombreuses, par exemple, les écoles, les pairs, les médias, les parents et les leaders religieux.

connaissances de base sur le VIH – les niveaux de connaissance de 2007 sont toujours très inférieurs à l'objectif de la *Déclaration d'engagement* qui vise des connaissances complètes sur le VIH chez 95% des jeunes d'ici à 2010.

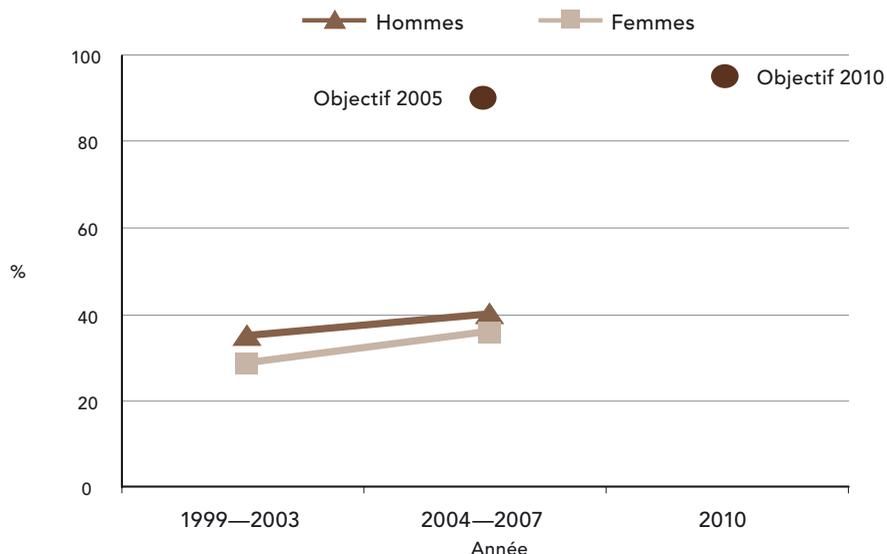
Alors que plus de 70% des jeunes hommes savent que les préservatifs peuvent protéger de l'exposition au VIH, seulement 55% des jeunes femmes citent l'utilisation des préservatifs comme stratégie efficace de prévention (Indicateur UNGASS 13). En Somalie, 4% seulement des jeunes femmes (15-24 ans) déclarent avoir des connaissances précises sur le VIH et 11% seulement des femmes adultes savent que les préservatifs peuvent prévenir la transmission du virus.

Des stratégies efficaces pour atteindre les jeunes

De nombreux circuits existent pour éduquer les jeunes au sujet du VIH, pour garantir leur accès à des biens de prévention et à des services de santé, et pour

FIGURE 4.3

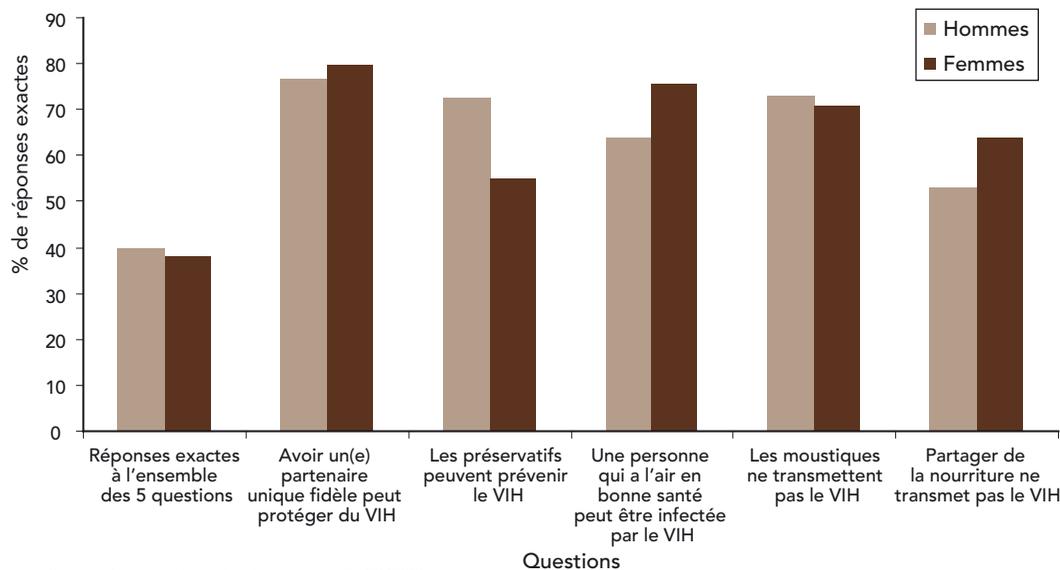
Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes (15-24 ans), 1999-2007



Source: MEASURE DHS 2008.

FIGURE 4.4

Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes, par type de question



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

les encourager à prendre des mesures pour éviter la transmission du virus.⁵

- *Programmes en milieu scolaire.* Dans une méta-analyse de 22 études de programmes éducatifs de prévention en milieu scolaire dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, 16 programmes qui incluaient des interventions menées par des adultes dans le cadre du programme scolaire ont eu des effets positifs sur l'âge du premier rapport sexuel, la fréquence des rapports sexuels, le nombre de partenaires, l'utilisation de préservatifs ou de contraceptifs, et la fréquence des rapports sexuels non protégés (OMS, 2006b; Biddlecom et al., 2007).⁶
- *Programmes à assise communautaire pour les jeunes non scolarisés.* Des études d'évaluation ont révélé que l'on peut obtenir d'importants résultats au niveau des comportements des jeunes non scolarisés, en particulier lorsque les programmes

sont fournis par le biais de structures bien établies de services destinées aux jeunes (Maticka-Tyndale & Brouillard-Coyle, 2006).

- *Médias grand public.* D'après une méta-analyse, cinq campagnes médias axées sur les jeunes sur six organisées dans différents pays à revenu faible ou intermédiaire ont eu un impact mesurable sur les comportements à risque liés au VIH (National Research Council, 2005).
- *Services destinés aux jeunes.* Les services destinés aux jeunes permettent de «fermer» ceux-ci pour les mettre en relation avec des informations et des services de prévention du VIH. Ces services luttent aussi contre des facteurs qui sont susceptibles d'accroître le risque d'exposition au VIH des jeunes, tels que le chômage, la pauvreté ou l'absence d'accès aux soins (Akhmedov et al., 2007).⁷

⁵ Pour avoir un résumé récent des résultats concrets des programmes visant à faire évoluer les comportements ciblant les jeunes, voir World Association for Sexual Health, 2008.

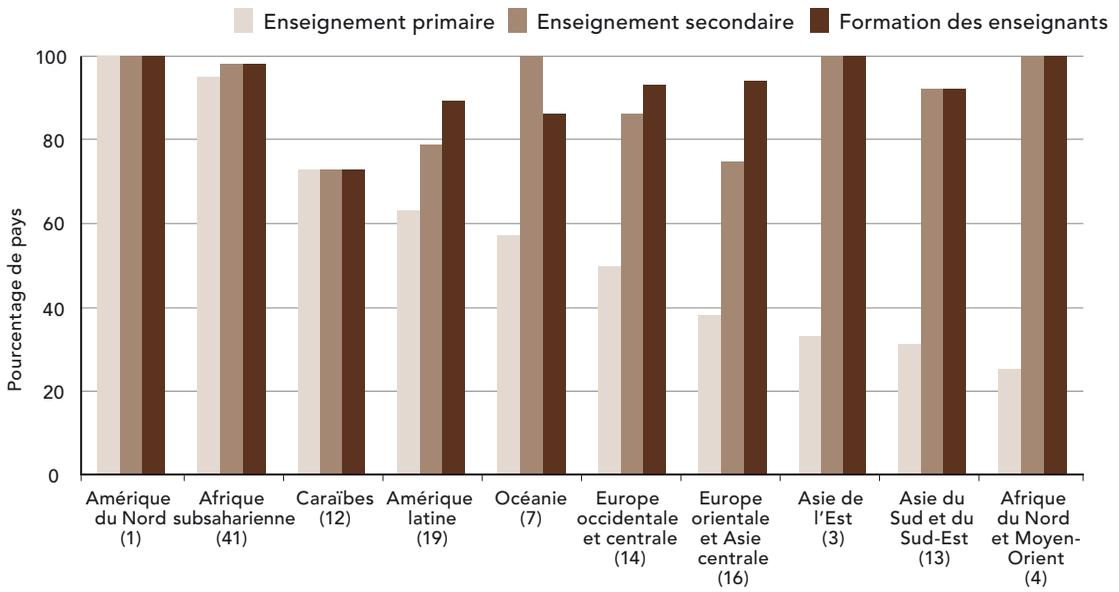
⁶ Le Kenya et le Zimbabwe – pays où des changements positifs significatifs au niveau des comportements sexuels chez les jeunes ont été déclarés ces dernières années – ont beaucoup investi de manière précoce dans des programmes de prévention du VIH en milieu scolaire.

⁷ Les jeunes sont surreprésentés parmi les «pauvres» du monde (OIT, 2006). La pauvreté ou l'absence d'opportunités de travail décent peut priver les jeunes de tout objectif ou de tout sentiment d'appartenance à la société et les soumettre potentiellement à des rapports sexuels contraints et à d'autres situations qui accroissent leur risque d'exposition au VIH.

De nombreux pays ne parviennent pas à utiliser les circuits existants pour fournir des informations et des services de prévention du VIH aux jeunes. Les pays indiquent pour la plupart (89%) avoir intégré une éducation VIH dans les programmes de leurs écoles secondaires, mais 65% seulement proposent une éducation VIH dans les écoles primaires – situation que l'on peut particulièrement retrouver dans les pays d'Afrique subsaharienne. Comme la Figure 4.5 le montre, l'éducation sida n'est pas toujours intégrée dans la formation des enseignants. Les gouvernements nationaux dans 67% des pays ayant des épidémies généralisées déclarent avoir mis en œuvre une éducation VIH en milieu scolaire dans la plupart des districts la nécessitant (sinon dans tous), et 42% ont mis en place des programmes de prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés dans la plupart des districts les nécessitant (sinon dans tous). Les réponses d'informateurs non gouvernementaux indiquaient

des taux de mise en œuvre même inférieurs, de 51% et 28%, respectivement (données de l'Indice composite des politiques nationales fournies par les pays, 2008). Ce faible niveau de mise en œuvre se reflète dans le manque de données concernant cette intervention. Sur les 151 pays qui ont remis des rapports d'activité nationaux en 2008, 34 seulement ont déclaré le pourcentage d'écoles qui enseignaient une prévention du VIH basée sur les compétences psychosociales au cours de la dernière année scolaire. Parmi les pays déclarants, cette intervention était en moyenne fournie dans moins de 40% des écoles. En outre, les informateurs non gouvernementaux dans 36 pays (28%) indiquent que ces pays ont des lois, politiques ou réglementations qui empêchent en fait les jeunes d'avoir accès à une prévention du VIH ou à d'autres services (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

FIGURE 4.5 Pourcentage de pays proposant une éducation sida dans le cadre du programme scolaire



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Eduquer les jeunes pairs sur le VIH

Champuii (24 ans) est ancienne consommatrice de drogues et éducatrice pour les pairs à Aizwal, Mizoram, Inde

Les problèmes de Champuii ont commencé tôt. Abandonnée par ses parents lorsqu'elle n'avait que six ans, elle a été élevée par des parents adoptifs mais ne s'est jamais sentie chez elle. Au début de l'adolescence, elle buvait de l'alcool et s'est très vite mise à consommer des drogues dures.

« Lorsque j'ai commencé à me droguer, ma vie a été faite de hauts et de bas » dit-elle. « A l'école, mes professeurs me renvoyaient et lorsque mes parents ont appris que je me droguais, ils m'ont mise à la porte. » Sans endroit pour vivre, les rues sont devenues son domicile et ses amis consommateurs de drogues sa seule famille. Elle a commencé à revendre de la drogue pour subvenir à ses besoins et financer sa propre consommation.

Champuii a également eu des problèmes d'identité sexuelle. « Mes parents m'interdisaient de porter des vêtements et de m'amuser avec des jouets de garçon » dit-elle. « Ils m'obligeaient à vivre comme une petite fille. Mais je n'étais pas sûre d'en être une. Lorsque j'étais en dehors de la maison, je vivais comme un jeune homme. »

Elle a été arrêtée de nombreuses fois et envoyée dans des centres et des camps de redressement. La dernière fois qu'elle a été enfermée, elle a pris conscience que ses jours étaient comptés. Son corps et son esprit se dégradaient rapidement, et elle a eu peur de mourir. Une fois, une blessure douloureuse à la jambe l'a tenue éveillée toute la nuit. Au matin, elle a décidé de changer de vie et d'arrêter la drogue. « A la dernière minute, je me suis demandé pourquoi je devrais mourir à cause de la drogue ? Cette vie m'a été donnée par Dieu alors il faut que je la lui rende » déclare-t-elle.

Cela fait plus de deux ans que Champuii n'a pas pris de drogues. Elle travaille sous l'égide de l'ONUSIDA comme éducatrice pour les pairs pour CHARCA, organisation non gouvernementale locale, et offre un appui, des informations et des conseils aux consommateurs de drogues exposés au risque d'infection à VIH. Elle travaille aussi avec des groupes et des associations de jeunes locaux. Champuii parle toujours de ses propres expériences. « Comme ça, les gens ont confiance en moi » dit-elle. « Ils peuvent me parler de leurs problèmes et je peux les conseiller. C'est l'avantage d'être ouverte concernant ma vie. »

Champuii et les autres éducateurs pour les pairs utilisent la musique pour atteindre les jeunes. Elle se produit régulièrement dans des églises et a aussi chanté lors d'une émission diffusée par la télévision locale. Chaque fois, elle profite de l'opportunité pour éduquer les auditeurs sur la consommation de drogues et le VIH.

Elle a parcouru un long chemin depuis l'époque où elle consommait des drogues. « Avant, les gens me méprisaient » dit-elle. « Aujourd'hui, lorsque je me produis et chante dans une église, j'ai l'impression d'être acceptée par eux. Je suis la plus heureuse lorsqu'ils font l'éloge de mes chansons. »

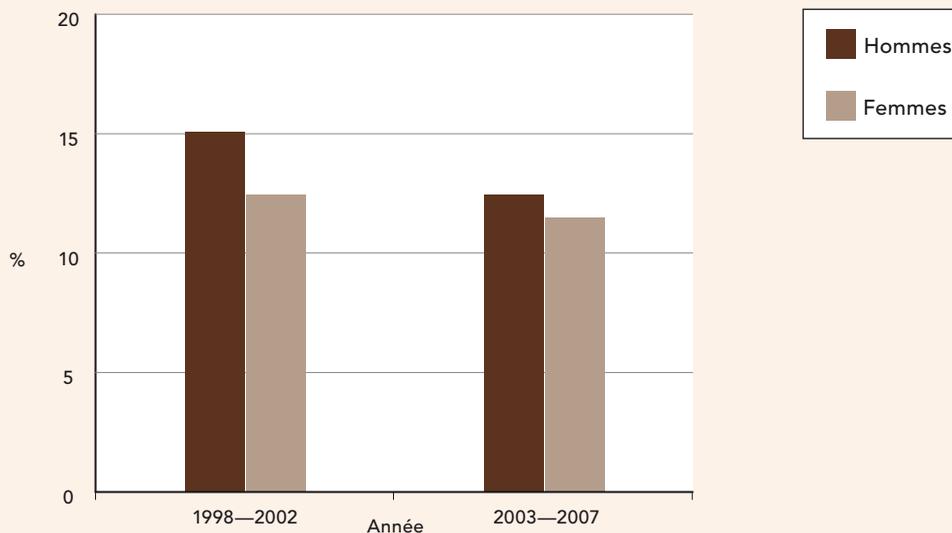
Champuii est devenue un modèle et un leader dans sa ville. Lorsqu'elle ne fait pas d'éducation pour les pairs, elle s'occupe d'eux au centre où elle vit. C'est une maison d'accueil pour les jeunes qui ont « décroché » de la drogue et de la prostitution et qui peut héberger jusqu'à 25 personnes.

« Après tout ce que j'ai traversé, tous ces hauts et tous ces bas, j'ai l'impression d'avoir plein de moyens » dit-elle. « Je regarde la vie d'un meilleur œil. Je suis très optimiste. »



FIGURE 4.6

Pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, par sexe



Source: MEASURE DHS.

Relever l'âge des premiers rapports sexuels des jeunes

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le pourcentage de jeunes qui ont des rapports sexuels avant 15 ans diminue dans toutes les régions – dans le sillage d'une tendance identifiée au début de la décennie actuelle (Figure 4.6). Les hommes sont beaucoup plus susceptibles de déclarer des rapports sexuels avant 15 ans, sauf en Afrique subsaharienne où la probabilité que les adolescentes de moins de 15 ans soient plus sexuellement actives que les garçons est proche de 50%. Alors que la tendance mondiale au relèvement de l'âge des premiers rapports sexuels est visible, les enquêtes révèlent des variations substantielles entre pays. Si l'on compare les comportements sexuels des jeunes hommes dans six pays d'Afrique, l'âge moyen du premier rapport sexuel a baissé en Éthiopie, au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie entre 1996–2001 et 2002–2006, mais augmenté au Mozambique, en Ouganda et au Rwanda (Indicateur UNGASS 15).

Tous les jeunes ont le droit d'être éduqués sur la manière dont le VIH se transmet, mais la nécessité d'avoir des services de prévention du virus est particulièrement urgente pour ceux qui sont spécifiquement exposés au risque d'infection. Cela inclut les jeunes victimes de déplacements, de migrations, de la pauvreté ou d'emprisonnement, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Fournir une prévention du VIH précise et complète destinée aux jeunes

L'une des principales faiblesses de nombreuses initiatives de prévention destinées aux jeunes

est qu'elles ne parlent pas avec franchise ou ne fournissent pas les informations précises et complètes dont les jeunes ont besoin. Bon nombre des pays qui imposent une éducation VIH dans les écoles proposent des cours qui accordent la priorité à des programmes prônant l'abstinence, ce qui décourage les discussions directes sur les préservatifs et la sexualité à moindre risque. Toutefois, aucune étude dans des pays à revenu faible ou intermédiaire n'a découvert que cette approche était efficace, et des études publiées aux États-Unis indiquent que les programmes de prévention destinés à la jeunesse et promouvant uniquement l'abstinence ne réduisent pas le risque d'infection par le VIH (Underhill, Montgomery & Operario, 2007).

La recherche de nouveaux outils de prévention

Alors que les programmes nationaux s'efforcent d'élargir et d'intensifier les stratégies de prévention du VIH existantes et d'améliorer leur application stratégique, on continue de chercher d'autres outils pour renforcer les activités de prévention. En particulier, de nouvelles méthodes de prévention sont nécessaires de toute urgence pour les femmes qui manquent actuellement d'accès à des méthodes de prévention qu'elles peuvent contrôler.

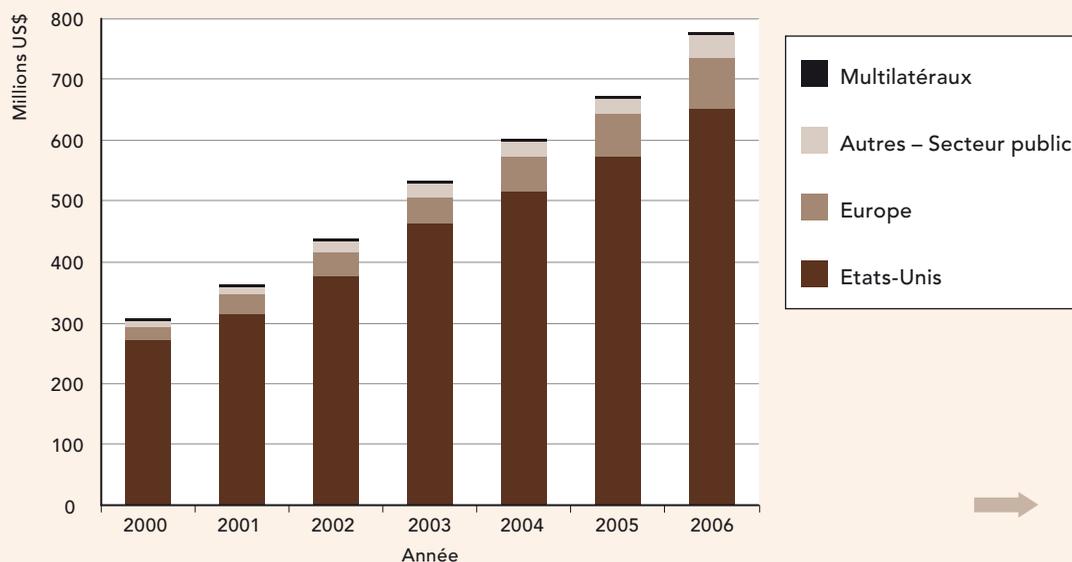
En 2007, les résultats de la recherche sur la prévention biomédicale du VIH ont été peu encourageants. En septembre 2007, des essais d'efficacité du candidat vaccin anti-VIH le plus prometteur – un produit Merck & Co. visant à obtenir de fortes réponses immunitaires à médiation cellulaire à l'exposition au virus – ont été arrêtés après que l'on eut découvert que le vaccin n'était pas efficace. De même, des études sur des microbicides vaginaux de première génération ont découvert qu'ils n'étaient pas efficaces non plus (Nelson, 2007). Des essais ont aussi révélé que les diaphragmes féminins (utilisés parallèlement à un gel lubrifiant) n'offraient pas d'avantage supplémentaire par rapport au préservatif (Padian et al., 2007) et des études sur le traitement à l'acyclovir du virus de l'herpès simplex type 2 ne sont pas parvenues à démontrer une protection supplémentaire contre l'infection à VIH (Watson-Jones et al., 2008).

Il est naturel d'être déçu lorsque les essais cliniques ne parviennent pas à confirmer l'efficacité d'un produit, mais l'ampleur et la gravité de l'épidémie de VIH requièrent que l'on maintienne l'effort de recherche, y compris la recherche sur des stratégies novatrices visant à faire évoluer les comportements sociaux et sur de nouvelles méthodes de prévention. Les chercheurs enquêtent sur de nouvelles approches de prévention, telles que les vaccins visant globalement à générer des anticorps neutralisants du VIH (Montefiori et al., 2007) et les microbicides qui intègrent des composants antirétroviraux – dont deux sont désormais entrés dans une phase d'essais cliniques. Certains microbicides de nouvelle génération semblent particulièrement attractifs car ils ne nécessitent pas d'être appliqués juste avant le rapport sexuel. En outre, des études cherchent à découvrir si la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition et un traitement amélioré du virus de l'herpès simplex type 2 peuvent réduire le risque de transmission sexuelle du VIH.

Les dépenses allouées par des entités non commerciales à la recherche sur de nouvelles méthodes de prévention ont considérablement augmenté entre 2000 et 2006 – de 153% pour les vaccins et

FIGURE 4.7

Investissements annuels alloués à la recherche et au développement sur les vaccins anti-VIH, par source de financement entre 2000 et 2006



Source: Groupe de travail sur le suivi des ressources allouées à la recherche sur les microbicides et les vaccins anti-VIH, 2007.

de 430% pour les microbicides (Figure 4.7). Pendant cette période, les sources de financement du secteur public ont investi près de US\$ 67 millions en recherche et développement sur un éventail d'autres approches expérimentales de prévention biomédicale, y compris la circoncision masculine des adultes, la suppression du virus de l'herpès simplex type 2, les méthodes de protection vaginale pour prévenir la transmission du VIH et la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition.

Les essais de prévention bien conçus sont complexes et onéreux (Groupe de travail sur la prévention mondiale du VIH, 2006). Les essais doivent enrôler des milliers de participants pour évaluer l'efficacité des nouvelles méthodes de prévention et sont souvent l'objet de complications, notamment un faible respect des protocoles d'essai par les participants et une incidence insuffisamment élevée du VIH pour fournir la puissance statistique nécessaire pour que les résultats soient significatifs. L'incidence du VIH a tendance à baisser dans le temps dans les cohortes d'essai – peut-être du fait de la fourniture régulière par les promoteurs des essais d'un ensemble puissant de mesures de prévention du VIH – d'où il résulte qu'il est plus compliqué pour les essais de détecter de manière fiable l'effet des interventions (Gray & Wawer, 2007). Il est aussi évident que les essais de prévention ont peu de chances de réussir si les communautés dans lesquelles ces recherches ont lieu ne participent pas et ne s'approprient pas de manière significative et continue le processus (ONUSIDA & AVAC, 2007).

Dans la majeure partie du monde, de nombreux jeunes deviennent sexuellement actifs à l'adolescence. Au Kenya, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie, par exemple, les jeunes sont pour la plupart déjà sexuellement actifs lorsqu'ils arrivent à l'âge de 18 ans (Zaba et al., 2004). Ces chiffres sont comparables à ceux déclarés dans des pays à revenu élevé, tels que les États-Unis, où 47% des jeunes ont déjà eu leur première relation sexuelle à l'époque où ils finissent le lycée (enseignement secondaire) (Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). Les parents, les autorités sanitaires, les systèmes scolaires et les fournisseurs de services destinés aux jeunes ont intérêt à encourager ceux-ci à retarder la date de leur initiation à la sexualité et ont aussi pour obligation de fournir aux jeunes qui sont sexuellement actifs des informations et un appui susceptibles de leur sauver la vie.

Réduire la fourniture d'informations sur la sexualité humaine et la prévention du VIH est incohérent avec une composante essentielle des efforts efficaces de prévention du VIH ciblant les jeunes – à savoir l'incitation à discuter ouvertement de sexualité et des conséquences de rapports sexuels précoces. En Afrique du Sud, les indices les plus significatifs de l'utilisation des préservatifs chez les jeunes adultes sont l'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel et le fait de discuter des préservatifs avec son premier partenaire sexuel (Hendriksen et al., 2007).

Outre la fourniture d'informations de base et l'incitation à discuter de la sexualité à moindre risque, les programmes de prévention destinés aux jeunes doivent promouvoir des normes sociales qui les protègent et réduisent leur risque d'infection. Cela

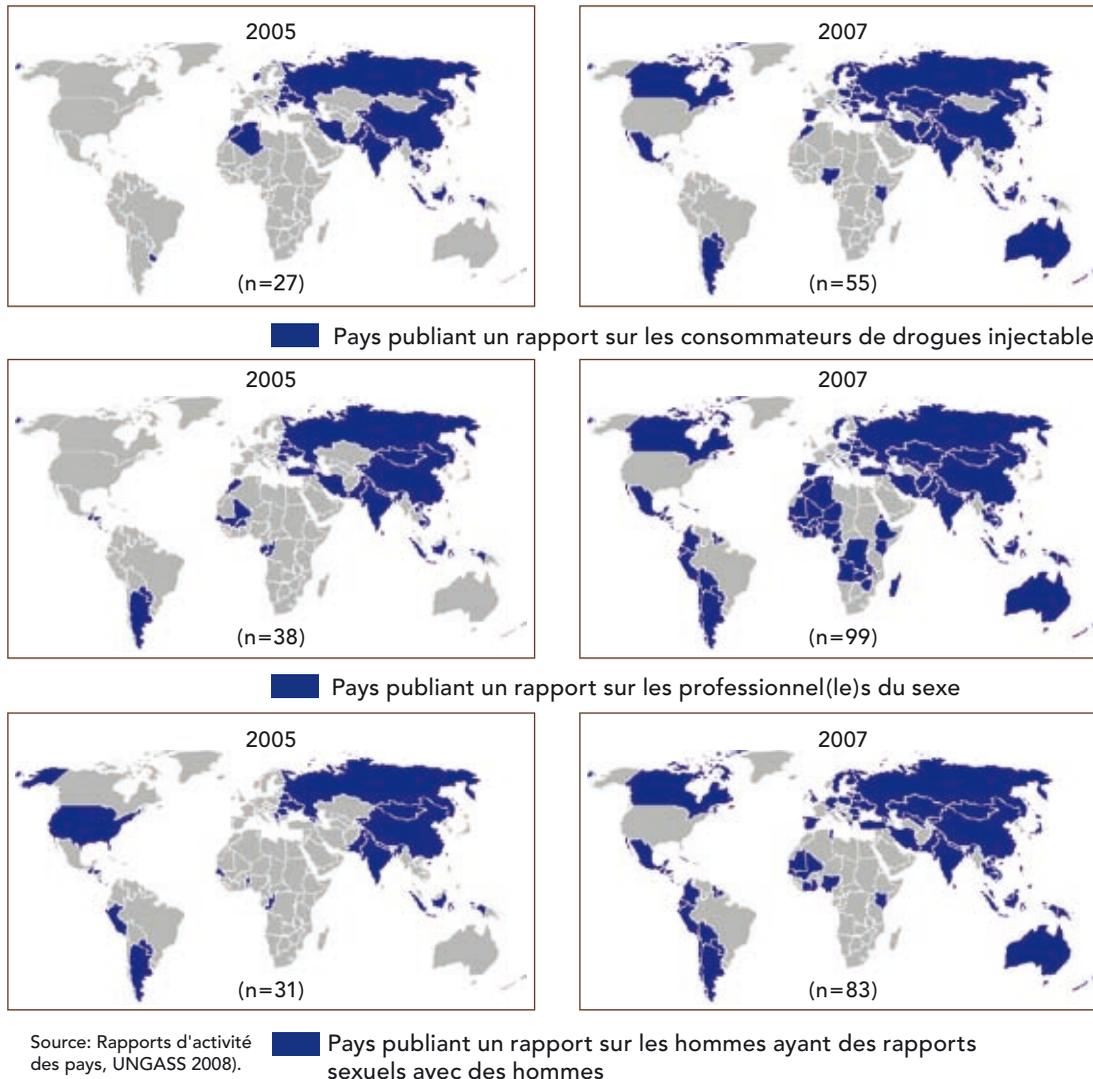
signifie souvent que les programmes doivent aborder des sujets sensibles qui peuvent mettre certaines personnes mal à l'aise. Ces sujets incluent les normes sexospécifiques qui idéalisent le « machisme » et le multipartenariat sexuel pour les hommes et les garçons, et accroissent le risque d'exposition au VIH pour les filles. Au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, par exemple, près d'une adolescente sur cinq (15-19 ans) a déclaré que sa première expérience sexuelle avait eu lieu de force ou sous la contrainte (Biddlecom et al., 2007).

L'un des autres sujets sensibles que les efforts de prévention du VIH ciblant les jeunes doivent aborder est le rôle des relations sexuelles intergénérationnelles dans la transmission du VIH aux filles et aux jeunes femmes. En Afrique australe, les adolescentes ont de deux à quatre fois et demie plus de risques d'être infectées que les adolescents du même âge (Bearinger et al., 2007). L'ampleur du phénomène des rapports sexuels entre adolescentes et hommes adultes est souvent un facteur important à l'origine des disparités de prévalence du VIH entre les adolescents et les adolescentes en Afrique (Dupas, 2006). Selon des enquêtes récentes menées en Ouganda, trois adolescentes célibataires ayant déjà eu une expérience sexuelle sur quatre ont déclaré avoir reçu des cadeaux ou de l'argent en échange de rapports sexuels, habituellement de la part d'un homme plus âgé (Darabi et al., 2008).

La différence d'âge médian entre les époux en Afrique varie de 5,5 ans à 9,2 ans – et est donc nettement plus importante que la différence d'âge médian entre les membres d'un couple marié

FIGURE 4.8

Rapports de pays sur les services de prévention destinés aux populations les plus exposées au risque d'infection, 2005 et 2007



Couverture élargie et intensifiée de la prévention destinée aux populations les plus exposées au risque

En dehors de l'Afrique subsaharienne, les épidémies sont pour la plupart de faible niveau ou concentrées, et sont principalement associées à des comportements à risque dans des sous-groupes de population spécifiques. Presque partout dans le monde, les personnes appartenant à ces populations sont exposées au VIH lors de rapports sexuels non protégés ou de l'utilisation de matériel d'injection contaminé. Trois sous-groupes de population sont régulièrement recensés comme étant à haut risque d'exposition au VIH: les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.⁸

Les rapports nationaux sur les indicateurs de l'UNGASS signalent que la fourniture de services de prévention pour les populations les plus exposées au risque est irrégulière et extrêmement variable au sein des régions et entre celles-ci. Bien que des pourcentages significatifs de ces populations puissent correctement identifier les moyens permettant de prévenir une transmission sexuelle du VIH, bon nombre de ces personnes n'ont pas accès aux biens essentiels de prévention, tels que les préservatifs et les aiguilles stériles.

108 ⁸ Voir le Chapitre 2 pour des commentaires sur le rôle significatif des populations les plus exposées au risque dans les épidémies en Afrique subsaharienne.

Parmi les populations les plus exposées, ce sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont l'accès le plus limité à des services de prévention du VIH.

dans d'autres régions (Wellings et al., 2006). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le mariage précoce constitue le facteur le plus courant qui accroît le risque d'exposition au VIH des adolescentes; les jeunes femmes mariées ont des rapports sexuels non protégés plus fréquents que les jeunes femmes célibataires, habituellement avec des maris qui sont plus âgés et ont davantage de risques d'être séropositifs au VIH (Gregson et al., 2002; Wellings et al., 2006; Bearinger et al., 2007). Pourtant, il existe relativement peu de programmes élargis de prévention du VIH qui ont pour objectif de modifier les normes sociales relatives aux partenariats intergénérationnels.

L'ampleur des rapports sur les indicateurs de l'UNGASS donne à penser que les pays prennent de plus en plus conscience du caractère central des efforts de prévention du VIH qui ciblent les populations les plus à risque d'exposition au virus. Comme la Figure 4.8 le montre, le nombre de pays publiant un rapport sur les indicateurs spécifiquement liés aux consommateurs de drogues injectables, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux professionnel(le)s du sexe a augmenté entre 2005 et 2007 (Indicateur UNGASS 9).

Presque tous les pays (92%) sont dotés d'une politique ou d'une stratégie qui favorise des actions de prévention du VIH destinées aux populations les plus à risque d'exposition au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008); ce pourcentage a augmenté dans le temps (ex: par rapport à 81% en 2003). Toutefois, les services de prévention destinés à ces populations ont été élargis et intensifiés dans un nombre relativement limité de milieux, laissant la plupart des personnes exposées au risque d'infection face à un accès restreint, voire pas d'accès, aux services de prévention du VIH (Figures 4.9 et 4.10). En outre, les informateurs non gouvernementaux dans près de deux tiers des pays (63%) indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à des services efficaces de



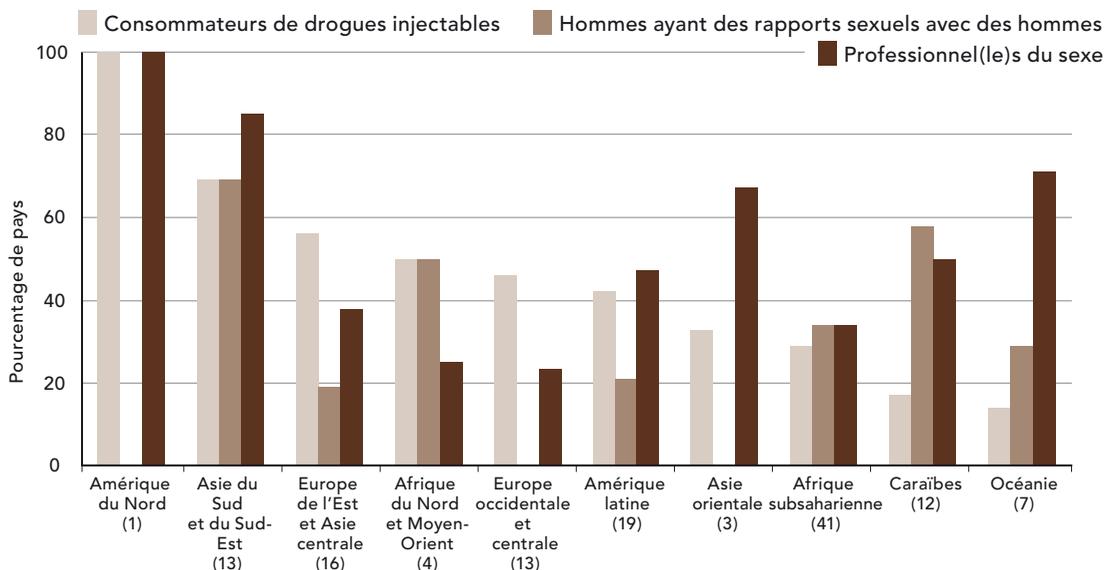
prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH destinées aux populations les plus exposées au risque d'infection (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Au final, la faible couverture des personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH reflète un manque de leadership parmi les dirigeants politiques, les ministères nationaux et les donateurs internationaux. Les sections suivantes abordent la question de la couverture actuelle des programmes de prévention destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe et aux consommateurs de drogues injectables.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Comme expliqué dans le Chapitre 2, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont confrontés à un risque disproportionné d'exposition au VIH dans différents milieux à travers le monde (Centers for Disease Control and Prevention, 2006b). Pourtant, les services de prévention du VIH destinés à ce groupe de population et mis à sa disposition sont massivement insuffisants par rapport à ce qu'ils devraient être. Dans les pays présentant des rapports sur les populations les plus à risque d'exposition au VIH, 40% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarent savoir où ils peuvent se soumettre à un test de dépistage du VIH et avoir reçu un préservatif pendant l'année précédente (Indicateur UNGASS 9). Les gouvernements de moins de 20% des pays ayant des épidémies généralisées déclarent avoir mis en œuvre des programmes de

FIGURE 4.9

Pourcentage de pays ayant des lois, réglementations ou politiques faisant obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux populations les plus exposées au risque



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

prévention du VIH ciblés destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans presque tous les districts les nécessitant (sinon dans tous). Les informateurs non gouvernementaux de 10% seulement de ces pays déclarent la mise en œuvre de tels programmes. Les informateurs non gouvernementaux de 32% des pays indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques faisant obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

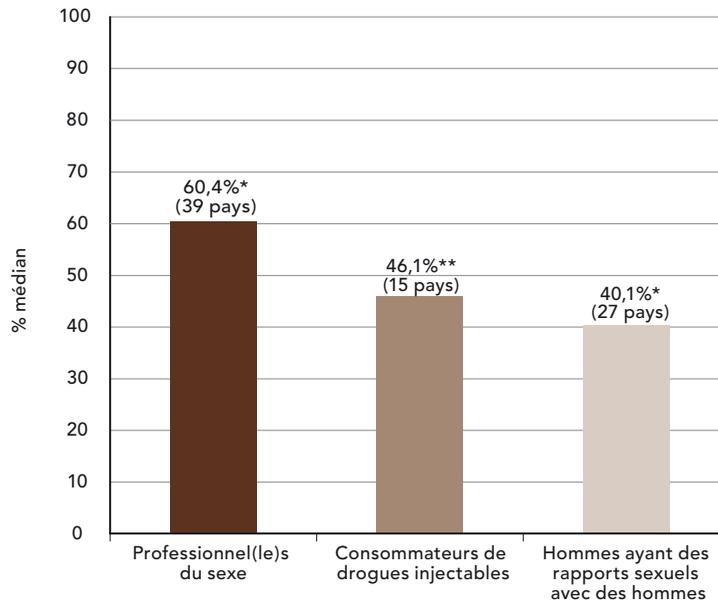
Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire sont légion à savoir que les préservatifs permettent de prévenir la transmission du VIH, mais ils sont aussi nombreux à ne pas avoir accès aux préservatifs. Dans plusieurs pays (y compris l'Arménie, la Grèce, le Mexique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Turquie), moins de 25% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont accès aux préservatifs. Moins de 40% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés en

Indonésie, aux Philippines, en Turquie et en Ukraine déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. A Cuba, à peine plus de la moitié des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (Indicatif UNGASS 9).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont aussi divers, sur le plan culturel, que la population mondiale, allant des hommes s'identifiant comme gays dans les principaux centres urbains des pays à revenu élevé jusqu'aux « hijras » travaillant comme professionnels du sexe en Inde. Les programmes ciblés destinés à ces groupes de population doivent obtenir une participation active des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur le plan local pour s'assurer que les initiatives répondent aux besoins réels et à la situation des bénéficiaires visés. Les recherches réalisées sur les interventions de prévention du VIH destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont pour la plupart été faites dans des pays à revenu élevé, ce qui met en évidence la nécessité de lancer de toute urgence davantage de recherches

FIGURE 4.10

Pourcentage des populations les plus à risque atteintes par les programmes de prévention du VIH, 2005–2007



* Pourcentage de professionnel(le)s du sexe et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarant savoir où ils/elles peuvent se soumettre à un test de dépistage du VIH et avoir reçu des préservatifs.

** Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant savoir où ils peuvent se soumettre à un test de dépistage du VIH et avoir reçu des préservatifs et des aiguilles/des seringues stériles.

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

dans le domaine des sciences sociales et des études d'intervention chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Des études de recherche ethnographique ciblées – telles que la récente étude qui a examiné les différentes significations sexuelles des relations entre hommes au Viet Nam (Vu et al., 2008) – pourraient aussi aider à concevoir, adapter et mettre en œuvre des programmes de prévention dans des milieux particuliers. Dans de nombreux cas, toutefois, où des recherches valables axées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été entreprises, les constatations n'ont pas été suivies par la mise en œuvre d'actions spécifiques dans la pratique.

Une action de prévention spécifiquement conçue pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes récemment testée à Dakar, Sénégal, met en lumière à la fois le potentiel des programmes de prévention du VIH fondés sur des preuves éclairées ciblés sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et certains des obstacles auxquels

ces hommes sont confrontés dans différents milieux. Elaboré en collaboration avec le Ministère de la Santé, des experts techniques et des organisations non gouvernementales, le projet incluait une éducation par les pairs, un accès élargi aux services en rapport avec le VIH et les infections sexuellement transmissibles, et des activités de sensibilisation des médias. L'intervention a conduit à une amélioration significative des connaissances sur le VIH et à une utilisation beaucoup plus importante des services de dépistage du virus. Toutefois, malgré l'amélioration des connaissances concernant l'efficacité des préservatifs, on a observé peu de changements dans les taux d'utilisation régulière des préservatifs. L'utilisation régulière de lubrifiants à base d'eau est aussi restée faible, essentiellement parce que ces produits sont chers et difficiles à utiliser (Population Council et USAID, 2007).

Les professionnel(le)s du sexe

L'expression « professionnel(le)s du sexe » décrit une population significative à elle seule en termes

Mobilisez-vous pour vos droits

Nigel Mathlin est Président de GrenChap, partenariat caribéen sur le VIH/sida

Nigel Mathlin milite pour les questions liées au VIH depuis qu'il a assisté pour la première fois à un atelier d'éducation pour les pairs il y a 12 ans. Il a récemment créé une petite organisation non gouvernementale, le « Grenade/Caribbean HIV/AIDS Partnership » (GrenChap), principalement axée sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'autres populations exposées à un risque élevé d'infection à VIH à la Grenade.



« C'est une expérience permanente, un vrai défi, que d'avoir le courage de faire face au public – se lever, mettre sur le devant de la scène des problèmes importants qui ne sont pas vraiment très populaires » déclare M. Mathlin. « Les gens supposent automatiquement que vous êtes sans doute séropositif ou que vous êtes un HSH, un professionnel du sexe, un consommateur de drogues ou que vous appartenez à tout autre groupe pour lequel vous plaidez. Mais tout ce qui compte, c'est de leur faire comprendre que le problème n'est pas là. Que je sois hétéro ou homo, cela ne doit pas avoir d'incidence sur mon accès au traitement ou sur mes droits. »

La stigmatisation à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est un obstacle considérable à la programmation de la lutte contre le VIH dans les Caraïbes orientales. Jusqu'à récemment, les relations sexuelles entre hommes n'étaient même pas reconnues. « C'était un vrai problème car personne ne voulait vraiment parler de cette question » explique M. Mathlin. « Les gens disaient : « Il n'y a pas d'homosexuels à la Grenade ». Je veux dire qu'à présent, il existe toujours des lois qui criminalisent la sodomie à la Grenade, comme dans un grand nombre d'autres îles des Caraïbes. »

M. Mathlin essaye de profiter de chaque occasion pour éduquer les gens et pour être le porte-parole des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Mais le chemin à parcourir est encore long. « Il est évident qu'il reste énormément de travail à faire » déclare-t-il. « Trop de gens continuent de mourir du sida. Les gens devraient être plus nombreux à demander un traitement et les attitudes à l'égard des homosexuels, des professionnel(le)s du sexe... et des consommateurs de drogues injectables doivent changer. On continue de leur dénier leurs droits. »

M. Mathlin considère la question de la sexospécificité comme une question transversale importante dans les Caraïbes. « De nombreux hommes caribéens souhaitent conserver cette image ultra-masculine et s'ils ne le font pas, ils ne sont pas respectés. Pour moi, ils « jouent aux coqs ». Du fait de ces attitudes, il est difficile pour les gens de négocier des rapports sexuels à moindre risque et ces comportements sont le principal moteur de l'épidémie dans la région. La situation est aggravée par les rapports sexuels intergénérationnels, la pauvreté, la violence domestique et l'effondrement des structures familiales. La perte du respect des femmes est un autre facteur qui crée une vulnérabilité au VIH. »

M. Mathlin est motivé par les progrès accomplis à travers les Caraïbes et apprend de l'expérience de voisins tels que la Jamaïque où des organisations luttent contre le climat de violence à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes grâce au soutien des partenaires internationaux tels que Human Rights Watch. D'autres organisations travaillent dur pour faire évoluer les lois et les politiques qui stigmatisent et criminalisent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

M. Mathlin trouve son rôle de défenseur de la lutte contre le VIH difficile. Bien qu'il ait été encouragé par des étrangers, ceux dont il est proche ne lui ont pas toujours apporté un tel soutien. Parfois, il s'inquiète même pour sa propre sécurité. Il craint que l'homophobie ne l'oblige à quitter sa maison et son pays qu'il aime, comme cela est arrivé à certains de ses pairs jamaïcains.

Mais il faut continuer d'agir. « Je peux faire la différence » déclare M. Mathlin. « Qu'importe que l'impact soit faible, c'est un impact positif et à la fin de la journée, si je peux sauver une ou plusieurs vies, ou si je peux faciliter la vie des sans voix, j'ai rempli ma mission et ça me suffit. »

épidémiologiques, mais englobe des groupes de personnes très diverses (femmes, hommes et transgenres) et des personnes travaillant dans des milieux très différents (maisons de passe, lieux informels et la rue). Certain(e)s professionnel(le)s du sexe sont très mobiles et certain(e)s n'ont que des relations sexuelles informelles consenties en échange de cadeaux ou de faveurs. Les personnes se livrant au commerce du sexe sont nombreuses à ne pas se considérer comme des professionnel(le)s du sexe.

Au Kenya, la recherche donne à penser que les projets de prévention qui se traduisent par un accroissement de l'utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels tarifés pourraient réduire de manière significative la transmission du VIH. Si le taux d'utilisation du préservatif pendant des rapports sexuels tarifés atteignait 90% le long de la route transafricaine qui relie Mombasa et Kampala, Ouganda (où quelque 8000 professionnelles du sexe exercent leurs activités), on estime à environ 2000-2500 le nombre de nouvelles infections à VIH qui pourraient être évitées chaque année sur ce tronçon de la route, avec une diminution de l'incidence du VIH de 1,3% à 0,4% (Morris, 2006).

Les approches communautaires visant l'émancipation ont régulièrement démontré, en particulier lorsqu'elles sont combinées à des programmes axés sur l'environnement dans lequel les professionnel(le)s du sexe vivent et travaillent, qu'elles étaient efficaces pour accroître l'utilisation du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients (Kerrigan et al., 2006). Dans le district Sonagachi de Calcutta, Inde, un projet visant à émanciper les professionnel(le)s du sexe et à faciliter leur accès à des informations essentielles et des services de santé a, par exemple, entraîné une baisse de deux tiers de l'incidence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe ciblé(e)s et une hausse des taux d'utilisation des préservatifs de 5% à 90% (Basu et al., 2004; Pardasani, 2005). Dans l'Etat du Karnataka, Inde, l'utilisation des services de prévention du VIH destinés aux professionnel(le)s du sexe a été facilitée par la participation de personnes de ce groupe à des études de formation comportementale et des études de surveillance des infections sexuellement transmissibles, à la mobilisation d'un réseau de sensibilisation des pairs, et au choix du lieu et du personnel pour le dispensaire du projet (Steen et al., 2006). En Afrique,

des programmes de prévention du virus par les pairs destinés aux professionnel(le)s du sexe se sont révélés extrêmement efficaces pour faire évoluer les comportements sexuels et réduire le taux de nouvelles infections à VIH (Wegbreit et al., 2006).

Le niveau déclaré d'accès aux préservatifs et au test VIH pour les professionnel(le)s du sexe est légèrement plus élevé que pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – dans 39 pays, une moyenne de 60% des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir accès aux préservatifs et au test VIH. Les variations entre régions se présentent comme suit : 41% en Asie du Sud et Asie du Sud-Est, 72,8% en Amérique latine et dans les Caraïbes, 69% en Europe orientale et en Asie centrale (sept pays), et 69,7% en Afrique subsaharienne (Indicateur UNGASS 9). Les taux déclarés d'utilisation du préservatif avec le dernier client sont généralement assez élevés, même s'il y a des exceptions ; au Liban, environ un tiers seulement des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Les consommateurs de drogues injectables

L'utilisation de matériel contaminé lors de la consommation de drogues injectables représente un mode particulièrement fréquent de transmission du VIH, et conduit souvent à une propagation rapide de l'infection dans des réseaux locaux de consommateurs de drogues. A Karachi, Pakistan, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a par exemple augmenté de moins de 1% au début 2004 à 26% en mars 2005 (Emmanuel, Archibald & Altaf, 2006).

On estime à 78% le pourcentage de consommateurs de drogues injectables du monde vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (Aceijas et al., 2004). Au niveau de la planète, les taux de consommation d'opiacés et d'autres stupéfiants se sont stabilisés ces dernières années, à des niveaux souvent élevés cependant ; on continue d'enregistrer une augmentation de la consommation d'opiacés en Asie centrale et en Europe orientale (Commission des Nations Unies sur les stupéfiants, 2008). Les épidémies nationales de VIH dans ces régions sont principalement dynamisées par la transmission entre consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels. Plusieurs pays, particulièrement en Asie, ont également déclaré une augmentation de la



Un dixième ou plus de la population chinoise, qui compte 1,3 milliard de personnes, a migré vers les zones urbaines.

Prévention du VIH destinée aux travailleurs migrants

Au niveau mondial, on estimait à 86 millions le nombre de travailleurs migrants vivant en dehors des frontières de leur pays d'origine en 2005 (Nations Unies, 2006). Des millions de

personnes à travers la planète ont aussi des emplois qui nécessitent des déplacements permanents.

La relation entre migration et VIH a fait l'objet d'études approfondies mais reste partiellement incomprise. L'impact des migrations sur la propagation du VIH peut aussi différer en fonction des raisons à l'origine des déplacements et de tout un ensemble d'autres paramètres (Southern African Migration Project (SAMP), 2005). Se déplacer pour le travail accroît le risque d'exposition au VIH de différentes manières. Les personnes peuvent migrer de zones où la prévalence du VIH est faible à des zones où elle est plus élevée, ce qui augmente les risques associés aux comportements sexuels. Les migrants adoptent des comportements induisant des risques plus élevés car ils sont isolés de leur famille ou de leurs réseaux d'appui social, et ils ont souvent un accès limité aux services de prévention (White, 2003; Khan et al., 2007). Dans 22% des pays, les informateurs non gouvernementaux indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à des services efficaces de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH destinés aux migrants (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Certaines initiatives d'éducation par les pairs ciblées dans des milieux de travail qui attirent de grands nombres de travailleurs migrants se sont révélées efficaces pour sensibiliser les migrants susceptibles d'être vulnérables à l'exposition au VIH (Population Council, 2003; Clinton Global Initiative, 2007). La Chine compte un nombre estimé de 200 millions de travailleurs migrants et a annoncé en 2007 le lancement d'initiatives de prévention du VIH sur les lieux de travail employant des migrants. Ce pays a aussi mis en œuvre des interventions d'éducation et d'information sur les comportements dans 420 ports frontières afin de sensibiliser un million de personnes partant à l'étranger. La All China Trade Union a lancé des campagnes d'éducation VIH dans 10 000 écoles du soir, atteignant un nombre estimé de trois millions de travailleurs migrants.

L'installation stratégique de services de prévention du VIH est particulièrement importante pour les chauffeurs de camions et autres travailleurs du secteur des transports. Au Brésil, un programme fournissant des services de prévention, de conseil et de test VIH, et de dépistage des infections sexuellement transmissibles à côté des postes de douane a incité les chauffeurs de camions transfrontaliers à augmenter de manière significative leur utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels (Chinaglia et al., 2007). Les initiatives de prévention destinées aux populations mobiles doivent tenir compte de la sexospécificité dans les situations de risque accru d'exposition au VIH dans la mesure où les femmes représentent la moitié des migrants du monde (Commission mondiale sur les migrations internationales, 2005).

consommation de drogues non opiacées ces dernières années, et ce, bien que les dernières statistiques sur la fabrication et la consommation de drogues suggèrent une stabilisation de ces tendances (ONUSIDA, 2007).

Une prévention efficace du VIH destinée aux consommateurs de drogues injectables requiert un accès immédiat au traitement de substitution⁹ de la dépendance aux drogues et à des aiguilles et seringues stériles. En outre, les programmes de prévention doivent aider les consommateurs de drogues injectables à réduire les risques de transmission sexuelle du virus et les mettre en relation avec d'autres services sanitaires et sociaux, y compris le conseil et le test confidentiels du VIH et le traitement antirétroviral (Institute of Medicine, 2006). Ensemble, ces composantes programmatiques sont souvent connues sous l'appellation de «réduction des risques». Des études ont régulièrement montré que la réduction des risques diminue les infections à VIH et les comportements à risque sans contribuer à un accroissement de la consommation de drogues ou d'autres risques dans les communautés dans lesquelles ces programmes sont mis en œuvre (Institute of Medicine, 2006; Fiellin, Green & Heimer, 2007).

L'expérience dans différentes régions a montré qu'il était possible d'élargir et d'intensifier les programmes de réduction des risques, et ce, même face aux résistances officielles (Physicians for Human Rights, 2007). Les caractéristiques communes des programmes à niveau de couverture élevé destinés aux consommateurs de drogues injectables incluent la participation des organisations communautaires, le travail avec les organismes chargés de l'application des lois pour minimiser le harcèlement, des financements adaptés et pérennes, la facilité d'accès pour les clients, et la participation des consommateurs de drogues injectables aux organes consultatifs et autres structures appropriées (ONUSIDA, 2006b).

Dans 15 pays publiant des données sur les programmes de prévention destinés aux consommateurs de drogues injectables, la couverture médiane de la prévention était de 46% en 2007 (UNGASS, 2008 Indicateur 9).¹⁰ La couverture des consommateurs de drogues injectables est plus faible en Europe orientale et en Asie centrale (médiane 46,8%) qu'en Asie du Sud et du Sud-Est (médiane 61,5%). L'une des grandes difficultés

Prévention du VIH dans les milieux carcéraux

En moyenne, les détenus ont des taux d'infection beaucoup plus élevés que les personnes libres (Dolan et al., 2007). Cela reflète en partie la probabilité disproportionnée d'incarcération de groupes de population spécifiques, tels que les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables. Le VIH se propage aussi dans les prisons, habituellement à l'occasion de la consommation de drogues injectables et de rapports sexuels non protégés. Dans tous les pays où des données sur la prévalence du VIH dans les prisons sont disponibles, les femmes détenues ont des taux d'infection supérieurs aux hommes incarcérés.

Des services complets de prévention du VIH sont rarement disponibles dans les prisons. Un tiers (33%) des pays indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux détenus (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Des services complets de traitement et de réduction des risques dans les prisons destinés aux consommateurs de drogues sont uniquement proposés en Espagne, en République islamique d'Iran et en Suisse. En 2006, huit pays seulement avaient mis en place ou piloté des programmes d'échange des aiguilles et des seringues dans les prisons (Lines et al., 2006).

⁹ Le traitement de substitution de la toxicomanie comprend habituellement l'administration de méthadone. La buprénorphine est une alternative à la méthadone utilisée dans un certain nombre de pays, et elle peut être plus acceptable pour certains consommateurs de drogues injectables. Un essai clinique (HPTN 058) est en cours en Chine et en Thaïlande pour évaluer l'efficacité de la buprénorphine dans la réduction de l'incidence du VIH.

¹⁰ S'agissant des consommateurs de drogues injectables et pour ce qui est de l'Indicateur 9 de l'UNGASS, on demande aux personnes si elles savent où elles peuvent se soumettre à un test VIH, si on leur a donné un préservatif dans les 12 derniers mois et si on leur a donné des aiguilles et des seringues stériles (ex: par l'intermédiaire d'un travailleur de proximité, d'un éducateur pour les pairs ou d'un programme d'échange de seringues).

Reconstruire les personnes : réduction des risques au Cambodge

Le projet Korsang est le premier projet de réduction des risques cambodgien qui prévoit l'échange d'aiguilles et de seringues, une éducation VIH et d'autres services destinés aux consommateurs de drogues de Phnom Penh. Fondé en 2003 par Holly Bradshaw, grand-mère américaine et ancienne toxicomane, le projet emploie 68 personnes et atteint plus de 3000 consommateurs de drogues.



« Il y a de nombreuses discriminations contre nous et il nous a fallu beaucoup de temps [pour que les choses démarrent] » déclare Mme Bradshaw. « Le premier centre d'accueil était dans un squat. Il y faisait près de 50 degrés Celsius à la saison chaude et nous avons une table, trois chaises, deux ventilateurs et des nombreux rats. »

Bon nombre des personnes qui travaillent pour le projet Korsang sont des jeunes cambodgiens qui ont vécu la majeure partie de leur vie comme réfugiés aux Etats-Unis avant d'être renvoyés dans leur pays pour différents crimes. Wicket, qui a 27 ans, est l'un de ces jeunes déportés. Lorsqu'il a rencontré Mme Bradshaw, il vivait avec sa famille dans la campagne où il se sentait inutile et pas à sa place. Wicket a rejoint le projet Korsang et été formé pour être l'un de ses premiers volontaires.

Le projet Korsang repose sur un groupe d'éducateurs pour les pairs – lesquels sont tous soit des consommateurs de drogues soit d'anciens toxicomanes. « Nous choisissons ceux qui sont respectés, qui viennent des banlieues où les équipes ne peuvent normalement pas entrer » déclare Wicket. « Ils viennent au centre Korsang, ils partent en mission de sensibilisation pour distribuer des seringues et collecter des seringues souillées. Ils éduquent leurs pairs. »

Le terme « Korsang » signifie réparer ou reconstruire, et c'est exactement ce que le projet fait aux consommateurs de drogues de Phnom Penh. Outre la réduction des risques et la fourniture de services médicaux, le projet offre de la nourriture et un hébergement, et un refuge pour les consommateurs de drogues. « Les gars sont pour la plupart des consommateurs de drogues injectables qui vivent dans la rue et n'ont nulle part où aller » déclare Wicket. « Ils sont épuisés, passant leurs nuits à fuir la police, les gangsters locaux ou les gens qui veulent les voler. Ils n'ont rien à manger et pas d'endroit pour se reposer, alors le centre Korsang leur offre un environnement sûr où ils peuvent se reposer, manger, dormir, discuter avec leurs pairs et obtenir les services médicaux dont ils ont besoin. »

L'attitude des Cambodgiens en général est la principale difficulté à laquelle le projet est confronté. Celui-ci a été expulsé six fois de ses locaux par des voisins en colère. « Ils ne veulent pas avoir de consommateurs de drogues dans leur arrière-cour ou dans leur immeuble » déclare Mme Bradshaw. « Dès que l'on entre et que l'on s'installe dans un bâtiment, on nous expulse à nouveau. Les voisins signent des pétitions... et c'est un problème considérable pour Korsang. C'est de la discrimination à l'encontre des consommateurs de drogues. »

« Ce que les consommateurs de drogues traversent les tue littéralement » déclare Mme Bradshaw. « La discrimination, la criminalisation et la répression... Ils sont battus, pendus, affamés, on leur refuse tout traitement, mais ce ne sont pas des criminels, ce sont des consommateurs de drogues, ils ont une maladie chronique, ils ont besoin d'un traitement. Mais c'est comme s'ils étaient stigmatisés deux fois... Ils ont besoin qu'on respecte leurs droits humains. »

Mme Bradshaw est motivée pour poursuivre son travail du fait de ses propres expériences en tant que toxicomane. Elle a commencé à consommer de la drogue quand elle avait 12 ans et à s'injecter de l'héroïne quand elle a atteint la vingtaine. Elle a participé à une douzaine de programmes de désintoxication mais rien n'a marché jusqu'à ce qu'elle se retrouve face à une condamnation à 22 ans de prison. Elle s'est alors arrêtée et a très vite commencé à travailler pour fournir des services aux autres. Elle pensait qu'elle devait redonner aux autres ce qu'elle avait pris. « C'est tout ce que je connais, être toxicomane, être sous traitement, être en prison, travailler avec des consommateurs de drogues. »

« Je n'ai pas l'impression d'avoir choisi de faire cela, mais d'avoir été choisie pour le faire » dit-elle. « C'est la raison pour laquelle je suis toujours vivante, vous savez, pour servir les autres – c'est ce que je veux faire dans la vie. Je veux continuer de le faire jusqu'au dernier jour. »

Approvisionnement en sang sûr : rapport de situation

Soumettre les dons de sang à un dépistage efficace du VIH avant de procéder à des transfusions est une stratégie qui présente un très bon rapport coût/efficacité pour prévenir la transmission du virus. Le risque de transmission du VIH lors d'une transfusion sanguine est supérieur à 90% car un important volume de sang peut être transfusé d'une poche de sang contaminé à un patient (Donegan et al., 1994). D'après les rapports de pays sur les indicateurs de l'UNGASS associés à la *Déclaration d'engagement*, 91 pays déclarent avoir pris des mesures pour s'assurer que tous les dons de virus font l'objet d'un dépistage du VIH et que toutes les procédures de test sont de qualité garantie. Toutefois, 34 pays n'effectuent pas des tests de dépistage du VIH répondant à des normes de qualité minimales sur l'ensemble des dons de sang et 67 pays n'ont pas fourni d'informations concernant cet indicateur (UNGASS, 2008 Indicateur 3).

Plus d'un million de poches de sang n'ont toujours pas fait l'objet d'un dépistage du VIH répondant à des normes de qualité minimales. Plus de 20 ans après la mise à disposition de systèmes de dépistage sensibles, le non-dépistage du VIH dans les dons de sang dans le respect des normes de qualité minimales suscite de sérieuses inquiétudes. Des efforts supplémentaires sont aussi nécessaires pour réduire les transfusions sanguines qui ne sont pas réellement nécessaires.

de l'élargissement de l'accès aux programmes de réduction des risques est de garantir l'équité entre les sexes car ces programmes sont pour la plupart principalement conçus pour les hommes (International Harm Reduction Development Program, 2007 ; Hankins, 2008).

L'absence de soutien officiel pour la réduction des risques dans de nombreux pays, les lois qui interdisent les principales composantes des stratégies de réduction des risques et le coût élevé des programmes réglementés (ex : limites strictes d'importation de traitements de la dépendance aux opioïdes) font qu'il est souvent difficile de pouvoir simplement mettre en œuvre des initiatives de réduction des risques, sans parler d'élargir et d'intensifier de tels programmes (Fiellin, Green & Heimer, 2007). Les informateurs non gouvernementaux dans 40% des pays indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à la fourniture de services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Le traitement de substitution à la méthadone n'est disponible que dans 52 pays et 32 pays seulement proposent le traitement de substitution à la buprénorphine. Le traitement de substitution est très peu disponible en Europe orientale et en Asie centrale où la consommation

de drogues injectables représente le mode de transmission du VIH le plus important (TRC, 2008).

Au cours des dernières années, des progrès importants mais inégaux ont été enregistrés en matière d'accès à la réduction des risques dans différents milieux. La Chine, par exemple, a élargi les principales composantes de la réduction des risques, atteignant plus de 88 000 personnes avec des traitements de substitution à la méthadone et près de 50 000 consommateurs de drogues injectables avec des services d'échange de seringues (données à octobre 2007). Le Viet Nam lance son premier projet pilote de traitement de substitution à la méthadone en 2008 (Oanh, 2007) et les programmes de réduction des risques dans le pays ont distribué 15 millions de préservatifs et 7,5 millions d'aiguilles et de seringues pour les 10 premiers mois de 2007. En 2006, la Bulgarie, l'Estonie, la Finlande, la Lettonie et la Lituanie ont créé un réseau régional pour élargir et coordonner les services de prévention du VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables, avec un financement garanti jusqu'en 2009 de la Commission européenne. En Thaïlande, à l'inverse, un récent rapport d'informateurs de la société civile a révélé un développement limité des programmes de réduction des risques malgré l'engagement pris en 2004 par les pouvoirs publics

– et dont on a beaucoup parlé – en faveur d'une amélioration de l'accès à la prévention pour les consommateurs de drogues (Thai AIDS Treatment Action Group et Human Rights Watch, 2007).

Des politiques de contrôle des drogues agressives empêchent souvent l'utilisation des programmes de réduction des risques, ce qui souligne la nécessité d'une collaboration interministérielle et d'une sensibilisation des personnels chargés de l'application des lois pour éviter des approches susceptibles de dissuader les gens de participer aux programmes de prévention. Dans la plupart des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, par exemple, la police arrête parfois des personnes pour la possession de quantités extrêmement faibles de stupéfiants, ce qui

peut tout à fait dissuader les consommateurs de drogues de participer à des programmes d'échange de seringues (Nashkoev & Sergeev, 2007). D'après un rapport officiel de la Géorgie à l'ONUSIDA sur les indicateurs de l'UNGASS, le climat créé par les politiques anti-drogues nationales a fait obstacle aux efforts visant à proposer un accès même minime à des services de désintoxication et de réhabilitation. En Thaïlande, en 2003, la prétendue exécution extrajudiciaire et la violence qui y était associée, et qui a eu comme conséquence le décès de plus de 2000 dealers et consommateurs de drogues présumés, continue d'avoir des répercussions dans la société. Les informateurs de la société civile indiquent que les consommateurs de drogues injectables ont peur

Prévention du VIH ciblant les personnes vivant avec le virus

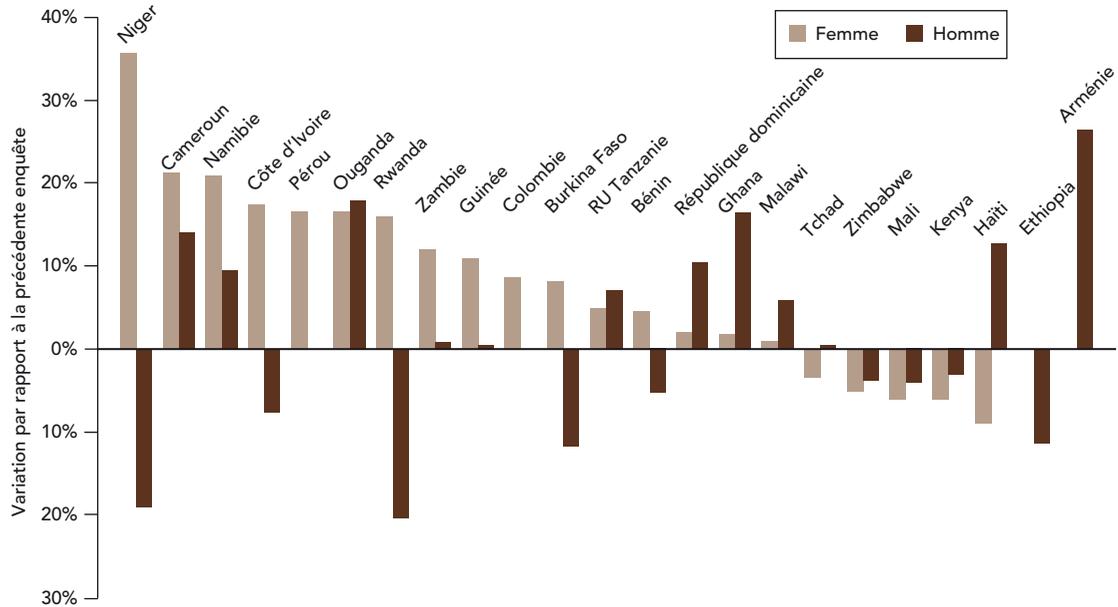
Pendant la majeure partie de l'épidémie, les programmes de prévention ont principalement été axés sur la promotion de la réduction des risques parmi les personnes séronégatives au VIH ou ne connaissant pas leur statut VIH. Après l'apparition des polythérapies, qui prolongent de manière significative la vie et améliorent la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, la demande de services de prévention du VIH améliorés destinés aux personnes vivant avec le virus est devenue de plus en plus importante (Groupe de travail sur la prévention mondiale du VIH, 2004). Relativement peu d'études ont examiné l'efficacité des programmes de prévention ciblant spécifiquement les personnes vivant avec le VIH, mais les programmes adaptés aux besoins de ces personnes peuvent réduire les comportements à risque (Crepaz et al., 2006).

Lorsque ce rapport a été communiqué à la presse, l'OMS finalisait des orientations sur la prévention du VIH et d'autres interventions essentielles destinées à des adultes et des adolescents vivant avec le VIH dans des milieux à ressources limitées. Les directives de l'OMS prévoient un conseil et d'autres appuis pour la réduction des risques dans le cadre d'un ensemble homogène de services incluant le traitement, les soins et l'appui pour les personnes vivant avec le VIH. Les programmes de réduction des risques sont simplement l'une des nombreuses composantes comportementales d'une prévention complète du VIH et d'une prise en charge des personnes vivant avec le virus, avec notamment des stratégies visant à promouvoir le respect du traitement et à atténuer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH. Les services psychosociaux destinés à promouvoir des comportements sans risque parmi les personnes séropositives doivent tenir compte des différences en matière de culture, de sexe, d'âge et de vulnérabilité. Il est essentiel d'obtenir une participation active des personnes vivant avec le VIH lorsque l'on conçoit ces services et qu'on les met en œuvre.

En 2008, la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida a conclu après avoir analysé quatre études que les personnes séropositives au VIH ayant une charge virale indétectable à la suite d'un traitement antirétroviral ne risquaient pas de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels (Vernazza et al., 2008). En réaction à cela, l'ONUSIDA et l'OMS ont souligné l'importance permanente d'une prévention complète du VIH destinée aux personnes vivant avec le virus. L'ONUSIDA et l'OMS signalent que le risque de transmission du VIH est plus faible pour les personnes ayant une charge virale indétectable, mais souligne qu'aucune étude n'a encore exclu totalement le risque de transmission du VIH.

FIGURE 4.11

Variation en pourcentage de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, parmi les personnes ayant eu plus d'un(e) partenaire dans les 12 derniers mois (par sexe)



Source: MEASURE DHS 2008.

d'accéder aux services de réduction des risques et autres services de santé (Thai AIDS Treatment Action Group et Human Rights Watch, 2007).

Prévention du VIH dans les partenariats sexuels

Historiquement, l'évaluation rigoureuse des programmes de prévention du VIH était principalement concentrée sur les personnes plutôt que sur les couples. Cette omission pourrait être importante car les enquêtes internationales sur les comportements sexuels des jeunes révèlent régulièrement que les partenaires sexuels ont une influence majeure sur les pratiques sexuelles particulières que les jeunes décident d'expérimenter (Marston & King, 2006). Deux types au moins de partenariats semblent justifier qu'on leur propose une prévention du VIH ciblée et intensifiée – les partenariats entre personnes sérodifférentes et les partenariats sexuels multiples et simultanés. En adaptant spécifiquement des programmes pour atteindre les personnes engagées dans différents types de partenariat, les efforts de prévention du

VIH peuvent avoir un impact plus important que les programmes qui ont uniquement pour objectif de modifier les comportements d'une seule personne.

Les partenariats entre personnes sérodifférentes

Lorsque la connaissance du statut sérologique VIH est faible et l'utilisation du préservatif peu fréquente, le risque de transmission au sein d'un partenariat entre personnes sérodifférentes peut être élevé, en particulier lorsque le partenaire séropositif a été récemment infecté mais n'en a pas encore conscience. Parmi les couples hétérosexuels sérodifférents en Ouganda, on estime à 8% le risque que le partenaire non infecté soit contaminé par le VIH chaque année (Wawer et al., 2005).

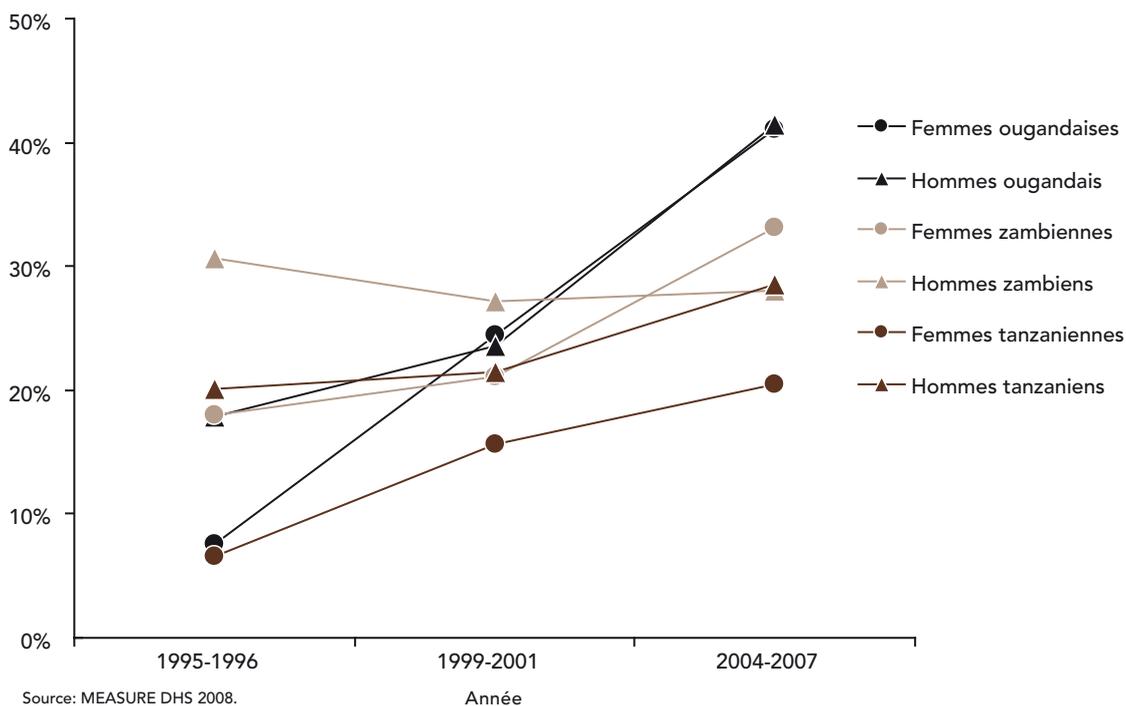
D'après des Enquêtes démographiques et de santé menées dans cinq pays d'Afrique, deux tiers des couples infectés par le VIH sont sérodifférents (de Walque, 2007). De même, des enquêtes réalisées en Afrique de l'Est indiquent que plus de 40% des personnes mariées vivant avec le VIH ont des conjoint(e)s non infecté(e)s (Were et al., 2006).

Développer l'utilisation des préservatifs chez les personnes ayant de multiples partenaires

L'utilisation régulière de préservatifs par les personnes qui ont de multiples partenaires (définies comme ayant eu plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois) semble se développer, en particulier dans les zones les plus affectées par l'épidémie. Dans la dernière série d'Enquêtes démographiques et de santé, une moyenne de 27% [2%-66%] de femmes (15-49 ans) et de 33% [7%-75%] d'hommes (15-49 ans) qui ont eu plus d'un(e) partenaire au cours de l'année précédente ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Dans 21 pays où cette information a été collectée au cours des deux dernières enquêtes au moins, l'utilisation du préservatif par les femmes a augmenté dans 16 pays et l'utilisation du préservatif par les hommes a augmenté dans 12 pays (Figure 4.11). Cependant, comme la Figure 4.12 le montre, les progrès enregistrés au niveau de l'utilisation du préservatif ne peuvent pas être considérés comme acquis dans la mesure où cette utilisation a diminué dans un certain nombre de pays.

FIGURE 4.12

Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel, parmi les personnes ayant eu plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois, dans trois pays lourdement affectés



L'enquête portant sur cinq pays d'Afrique a révélé que le partenaire infecté dans un couple sérodifférent était féminin dans 30%-40% des cas. Plus de la moitié des femmes séropositives au VIH interrogées qui sont mariées ou cohabitent n'avaient pas été infectées par leur partenaire actuel (de Walque, 2007). Au Burkina Faso, près de 90% des couples cohabitants ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (de Walque, 2007).

Fournir aux couples sérodifférents des services de traitement et de prévention améliorés et plus pointus, y compris un appui en matière de conseil, un accès aux préservatifs masculins et féminins, un traitement antirétroviral, un traitement rapide des infections sexuellement transmissibles et une circoncision médicale des hommes, peut aider à prévenir la transmission du VIH. La connaissance du statut sérologique VIH est un point de départ important. En Afrique subsaharienne, le « dépistage en couple »

a réduit la transmission du virus dans les couples sérodifférents (Allen et al., 2003). Le dépistage volontaire des couples sera probablement optimisé lorsqu'il sera accompagné d'un conseil centré sur le client. La connaissance du statut sérologique VIH ne dynamise la prévention que si elle conduit les personnes concernées à adopter des comportements sexuels à moindre risque. Cependant, la peur de la stigmatisation et du rejet incite de nombreuses personnes à annoncer avec retard ou à ne pas annoncer du tout leur statut à leur partenaire régulier. Cela souligne à quel point les initiatives de conseil et de réduction de la stigmatisation sont importantes en ceci qu'elles peuvent faciliter une annonce en temps voulu entre partenaires. Le traitement a aussi un rôle à jouer pour réduire le risque de transmission dans un partenariat entre personnes sérodifférentes car la réception d'un traitement antirétroviral est associé à une réduction de 80% de la transmission dans des couples sérodiscordants (Castilla et al., 2005).

Les multipartenariats sexuels

Bien que l'on ne dispose que de données limitées, le risque d'accélération de la transmission du VIH lié aux partenariats sexuels multiples et simultanés est particulièrement important là où la prévalence du VIH est élevée et/ou les taux de mobilité de la population sont significatifs (Cassels, Clark & Morris, 2008). Ces facteurs sont communs en Afrique australe où la simultanéité a été citée comme une raison possible expliquant les niveaux anormalement élevés d'infection à VIH dans cette sous-région (voir Chapitre 2).

D'après une enquête nationale ayant porté sur plus de 7000 personnes (15-65 ans) en Afrique du Sud, les normes sociales courantes encourageant à la fois les partenariats simultanés et un taux de rotation rapide des partenaires sexuels, et il n'y a pas d'appui solide des pairs en faveur d'un engagement vis-à-vis d'un partenaire unique. De manière importante, 21% seulement des personnes interrogées ont indiqué que la proposition consistant à « avoir un partenaire unique et lui rester fidèle » pouvait prévenir la transmission du VIH, et 5% seulement ont identifié la réduction du nombre de partenaires sexuels comme stratégie valable de prévention du VIH (CADRE et al., 2007).

Peu d'études ont examiné les stratégies visant à faire évoluer les attitudes et les pratiques concernant les partenariats simultanés. Toutefois, la littérature sur la

prévention du VIH est pleine d'exemples faisant état de changements radicaux des comportements sexuels et de l'établissement de nouvelles normes sexuelles ancrées dans la population (Auerbach, Hayes & Kandathil, 2006). Des changements de comportement aussi radicaux ont souvent suivi des campagnes de haut niveau visant à faire évoluer les normes sexuelles et à accroître la sensibilisation aux risques liés au VIH. Les efforts de prévention, en particulier dans les milieux hyperendémiques, doivent inclure des stratégies au niveau communautaire pour éduquer les personnes concernant le risque inhérent aux partenariats multiples et pour établir de nouvelles normes sociales qui incitent à éviter les relations simultanées.

En 2006, le « Think Tank » (groupe de réflexion) sur la prévention du VIH de la Communauté de développement de l'Afrique australe a recommandé que la priorité régionale absolue en matière de prévention du VIH soit de s'attaquer au problème des partenariats sexuels multiples et simultanés. Ainsi, les efforts régionaux pour traiter plus efficacement le problème des partenariats concomitants dans les ripostes au VIH ont été accélérés. Après avoir examiné la recherche formative à la fin 2007, les neuf pays participant à un programme régional organisé par Soul City, projet en faveur de la promotion de la santé et du changement social, ont recommandé le lancement d'une campagne régionale de prévention du VIH ciblant les partenariats sexuels multiples et simultanés. Les participants au projet Soul City sont arrivés à la conclusion que la campagne devrait porter sur la communication entre enfants et parents, et entre partenaires, sur les différences entre les sexes (ex: domination masculine et émancipation des femmes), sur la socialisation et sur la pression des pairs.

Prévention du VIH adaptée aux hommes hétérosexuels

Influencer le comportement sexuel des hommes est essentiel pour réduire le nombre de nouvelles infections à VIH. Non seulement les hommes représentent la moitié des infections à travers le monde, mais les encourager à éviter les comportements sexuels à risque joue un rôle vital pour prévenir les nouvelles infections à VIH chez les femmes.

Alors que différents modèles de prévention ont été élaborés pour fournir des services de prévention ciblés aux hommes ayant des rapports sexuels avec

Intégrer la circoncision médicale des hommes dans les efforts nationaux de prévention du VIH

Des essais cliniques menés en Afrique du Sud, au Kenya et en Ouganda démontrent que la circoncision médicale des hommes réduit (d'environ 60%) le risque qu'une femme vivant avec le VIH transmette le virus à son partenaire sexuel masculin (Auvert et al., 2005; Bailey et al., 2007; Gray et al., 2007). Les premiers résultats indiquant un effet préventif positif de la circoncision ont semble-t-il entraîné un accroissement des demandes de circoncision dans certaines parties d'Afrique (OMS, 2006).

Il y a encore beaucoup d'inconnues concernant le rôle potentiel de la circoncision médicale des hommes dans le ralentissement du taux des nouvelles infections à VIH au niveau de la population. La circoncision médicale des hommes offre d'autres avantages en termes de diminution de la maladie de l'ulcère génital et du papillomavirus humain (agent causal du cancer de l'utérus), mais il est peu probable qu'elle ait un effet directement protecteur contre le VIH pour les femmes pendant les rapports sexuels. On évalue actuellement pendant le déroulement du programme de recherche le degré auquel les avantages constatés dans des conditions d'essais contrôlés peuvent être reproduits dans la vie de tous les jours, en particulier sur les sites de trois essais. Certaines études d'observation conduites chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes incitent à penser qu'il existe un effet protecteur lié à la circoncision (Buchbinder et al., 2005) mais d'autres études n'arrivent pas aux mêmes conclusions (Millett & Peterson, 2007; Templeton & Hogben, 2007). Les hommes participant à l'essai vaccinal à base d'adénovirus de Merck étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et ceux qui étaient circoncis avaient le risque de contamination par le VIH le plus faible (Robertson, 2008).

Des experts réunis par l'ONUSIDA et l'OMS en mars 2007 sont arrivés à la conclusion que les résultats de la recherche sur les avantages de la circoncision médicale des hommes hétérosexuels étaient intéressants. La consultation a évalué la circoncision masculine comme intervention de prévention efficace, remarquant que son impact était susceptible d'être plus important dans des milieux où la prévalence du VIH transmis lors de rapports hétérosexuels était élevée, où les niveaux de circoncision étaient faibles et où les populations exposées au risque d'infection par le VIH étaient importantes (ONUSIDA & OMS, 2007). Un certain nombre de pays mettent en œuvre des services de circoncision en tant que composante d'une prévention complète du VIH, avec un appui technique des partenaires des Nations Unies et d'autres dans le cadre du deuxième plan de travail des Nations Unies sur la circoncision masculine.

Depuis 2005, plusieurs études de modélisation et d'analyse des rapports coût/efficacité ont établi une estimation du nombre d'infections qui pourraient être évitées grâce à un élargissement et une intensification des programmes de circoncision masculine des adultes en Afrique subsaharienne (Williams et al., 2006; Hallett et al., 2008). Ces études ont conclu que la circoncision masculine était une approche présentant un bon rapport coût/efficacité pour prévenir les nouvelles infections à VIH dans les milieux où la prévalence est élevée – en raison d'économies prévues dues au fait que les coûts des traitements antirétroviraux futurs sont très nettement supérieurs aux coûts des programmes de circoncision (Kahn, Marseille & Auvert, 2006).

L'une des principales difficultés liées à l'élargissement et à l'intensification des opérations de circoncision est de s'assurer que ces opérations sont réalisées en toute sécurité. Historiquement, de nombreuses circoncisions ont été réalisées en Afrique en dehors des milieux médicaux, souvent par des tradipraticiens. Les infections et autres complications liées à l'opération sont courantes. (Schoofs, 2007). Il y a aussi le risque que le VIH soit lui-même transmis lors des



opérations de circoncision en cas d'absence de contrôle des infections. Toutefois, il y a peu de preuves concrètes directes allant dans ce sens, et les pratiques traditionnelles d'initiation offrent des occasions pour transmettre les normes et les valeurs entourant la masculinité. Ces pratiques peuvent donc constituer des opportunités importantes pour faire une éducation de prévention sur le VIH (Peltzer et al., 2007). Des programmes de formation des personnes pratiquant les circoncisions masculines sont actuellement en cours pour garantir une sécurité et une qualité acceptables des procédures de circoncision (Schoofs, 2007).

Dans la mesure où il existe un risque que les hommes circoncis et leurs partenaires puissent s'imaginer à tort que cette procédure évite la nécessité d'utiliser d'autres mesures de protection, le déploiement de la procédure de circoncision médicale doit être accompagné d'un renforcement des efforts de prévention du VIH. En particulier, des campagnes d'éducation du public doivent insister sur le fait que la circoncision n'offre qu'une protection partielle aux hommes et que la transmission du virus peut toujours se produire pendant des rapports sexuels, y compris après la circoncision. En outre, les fournisseurs de soins doivent conseiller avec prudence les hommes se soumettant à cette opération, et leurs partenaires, afin d'éviter tout rapport sexuel tant que les plaies liées à la circoncision ne sont pas complètement guéries.

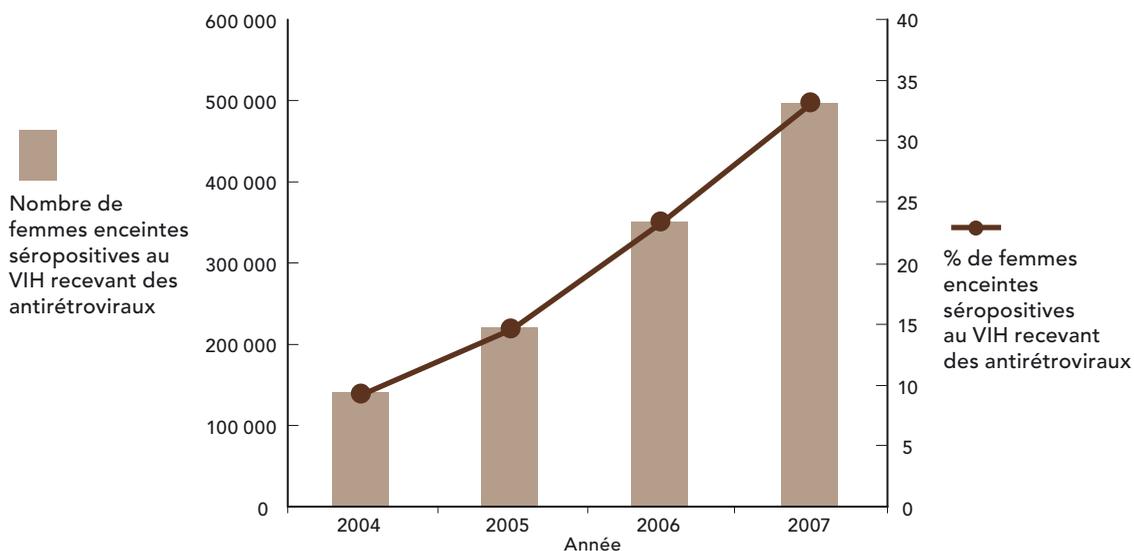
des hommes, peu de programmes de prévention du VIH ont été spécifiquement conçus pour prendre en compte les valeurs que les hommes hétérosexuels attachent à la sexualité, les plaisirs qu'ils en tirent, et les pressions sociales liées au sexe. L'une des règles cardinales de la prévention du VIH est que les programmes doivent être pertinents sur le plan culturel pour la population ciblée, mais cette règle n'a pas été rigoureusement suivie pour les

programmes ostensiblement ciblés pour faire évoluer les comportements des hommes.

Accorder plus d'attention aux besoins de prévention des hommes hétérosexuels ne doit en aucune manière suggérer une diminution des efforts engagés envers la prise en compte des besoins des femmes et des filles. A l'inverse, les programmes efficaces de prévention destinés aux hommes complètent les initiatives visant à émanciper les femmes et les filles

FIGURE 4.13

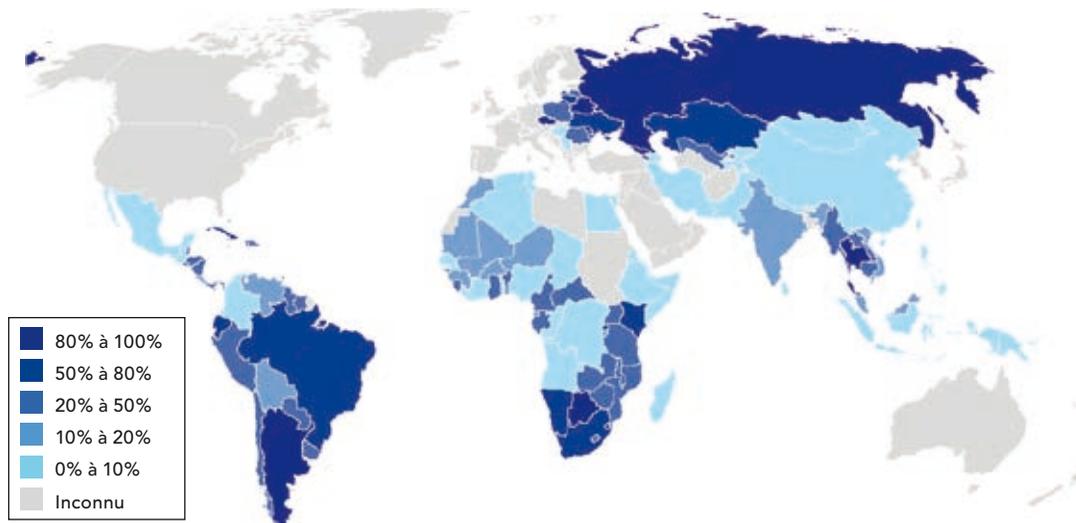
Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2004–2007



Source: ONUSIDA, UNICEF & OMS, 2008; données fournies par les pays.

FIGURE 4.14

Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2007



Source: ONUSIDA, UNICEF & OMS, 2008 ; données fournies par les pays.

pour prévenir la transmission du VIH. L'absence de méthodes de prévention contrôlées par les femmes souligne à quel point il est important de promouvoir des comportements sexuels responsables et à moindre risque parmi les hommes.

Les efforts de prévention du VIH destinés aux hommes hétérosexuels ont pour objectif de motiver les hommes et les femmes à parler plus ouvertement de sexe, de sexualité, de consommation de drogues et du VIH. Une prévention efficace du virus encourage aussi les hommes à prendre davantage soin d'eux-mêmes, de leurs partenaires et de leur famille. Dès 2001, l'ONUSIDA a documenté 12 modèles différents de « meilleures pratiques » en matière de programmation de la prévention destinée aux hommes (ONUSIDA, 2001). Toutefois, ces projets sont restés localisés et n'ont pas été élargis et intensifiés (CIRF et Instituto Promundo, 2007 ; OMS et Instituto Promundo, 2007).

Les programmes destinés aux hommes et aux garçons qui abordent ouvertement la question des déséquilibres de pouvoir entre les sexes peuvent aider à faire évoluer les normes sexospécifiques (voir Chapitre 3). Dans de nombreux pays, les normes sexospécifiques en vigueur rendent simultanément les femmes vulnérables au pouvoir des hommes tout

en encourageant ces derniers à placer les femmes en situation de risque. Par exemple, les concepts de masculinité qui vantent la multiplicité des partenaires peuvent exercer des pressions considérables sur les hommes, les conduisant à se comporter de manière particulière. Du fait de ces dynamiques, les hommes et les femmes sont exposés à un risque accru d'infection par le VIH.

Mobilisation mondiale pour éradiquer la transmission mère-enfant

En l'absence de toute intervention, le risque de transmission mère-enfant du VIH est d'environ 15%-30% si la mère n'allaite pas son nourrisson au sein. En cas d'allaitement au sein prolongé, le risque d'infection peut s'élever jusqu'à 45% (De Cock, 2000). L'administration en temps voulu d'un traitement court à base d'antirétroviraux réduit de manière significative le risque de transmission du virus (Guay et al., 1999).

Il n'existe encore aucun traitement chimio prophylactique dont l'efficacité a été prouvée pour réduire le risque de transmission du VIH lors de l'allaitement au sein, même si des essais sont en cours pour évaluer différentes approches expérimentales. Jusqu'à ce qu'un traitement prophylactique soit

élaboré, il semble que l'allaitement au sein à l'exclusion de toute autre nourriture et qu'un sevrage précoce contribuent à minimiser le risque de transmission au nouveau-né dans les milieux où aucune autre méthode sûre d'alimentation du nourrisson n'est disponible (Kuhn et al., 2007).

Dans les pays à revenu élevé, une couverture étendue des services de prévention de la transmission mère-enfant a permis de maintenir les taux de transmission au-dessous de 1%. En Europe occidentale, par exemple, 191 nouveaux diagnostics d'infection à VIH seulement ont été associés à une transmission mère-enfant en 2006 (EuroHIV, 2007). Des résultats similaires peuvent être obtenus dans des milieux pauvres en ressources, comme cela a été démontré dans une étude réalisée à Abidjan, Côte d'Ivoire, qui a prouvé que l'on pouvait limiter le taux de transmission mère-enfant du virus à moins de 6% lorsque les services nécessaires étaient mis à disposition (Tonwe-Gold, 2007). Au Botswana, où le gouvernement national a fait de la prévention de la transmission mère-enfant une priorité majeure, le taux d'enfants nés de mères séropositives ayant été contaminés par le VIH a chuté à 4% (Donnelly, 2007).

Les informateurs gouvernementaux et non gouvernementaux dans 63% des pays ayant des épidémies généralisées déclarent avoir mis en œuvre une prévention de la transmission mère-enfant dans la plupart des districts la nécessitant (sinon dans tous) (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008), mais la couverture actuelle des programmes ne reflète pas un degré d'accès aussi élevé. Les estimations épidémiologiques donnent à penser que la couverture des traitements antirétroviraux dispensés aux femmes enceintes séropositives au VIH pour prévenir la transmission mère-enfant du virus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a augmenté de 9% en 2004 à 34% en 2007 (Figure 4.13). Ces chiffres sont fondés sur des estimations épidémiologiques révisées de la prévalence mondiale et nationale du VIH (voir Chapitre 2), sur un processus de rapprochement des données entre l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF, et sur les rapports de pays sur l'Indicateur 5 de l'UNGASS. La rupture de liens dans la filière des soins pour la prévention de la transmission mère-enfant semble en partie responsable d'une couverture réduite. Par exemple, des estimations suggèrent que 18% seulement de l'ensemble des femmes enceintes

séropositives font l'objet d'un test de dépistage dans les centres de soins prénatals. Toutefois, parmi les femmes ayant fait l'objet d'un tel dépistage, 80% de celles qui se sont révélées séropositives ont reçu un traitement antirétroviral. Cela incite à penser que l'absence de test pourrait entraver les efforts visant à accroître la couverture de prévention pour les femmes qui en ont besoin (UNICEF, 2007).

Plusieurs pays ont réalisé des progrès significatifs au niveau de l'élargissement de la couverture de la prévention du VIH destinée aux femmes enceintes séropositives ces dernières années. Entre 2004 et 2006, la couverture de la prévention de la transmission mère-enfant a augmenté de 12% à 64% [53%-80%] en Namibie, de 5% à 67% [60%-74%] au Swaziland et de 15% à 67% [58%-81%] en Afrique du Sud. Comme la Figure 4.14 l'indique, les progrès nationaux en matière d'élargissement et d'intensification des services de prévention de la transmission mère-enfant sont extrêmement variables.

De nombreux facteurs empêchent le développement de services de prévention de la transmission mère-enfant. L'ensemble des services de prévention disponibles pour les femmes enceintes est par exemple conçu pour être fourni dans des milieux sanitaires, pourtant l'utilisation de services de soins prénatals varie fortement au sein des pays et entre ceux-ci, et est habituellement beaucoup plus faible dans les zones rurales (Say & Rain, 2007). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, où les femmes accouchent pour la plupart à la maison, la couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant est inférieure à 5%. Au niveau mondial, une femme enceinte sur six dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoit pas de soins prénatals avant d'accoucher (UNICEF, 2008). Dans les 30 pays d'Afrique affichant les scores de développement humain les plus faibles, les naissances ne sont pour la plupart pas assistées par un professionnel de santé expérimenté, sauf au Zimbabwe (PNUD, 2007). Même dans des centres de soins prénatals où l'utilisation de services de prévention du VIH est élevée, comme à Bangkok, les enquêtes indiquent que bon nombre de femmes n'utilisent pas les services en raison de l'incohérence des soins prénatals, de la peur de la stigmatisation et d'inquiétudes concernant la révélation de leur statut sérologique VIH (Teeraratkul, 2005).

D'après des études menées en Afrique du Sud et en Côte d'Ivoire, les stratégies recommandées concernant l'allaitement au sein ne sont pas largement suivies (Becquet, 2005 ; Doherty, 2007). En outre, de nombreux nourrissons nés de mères séropositives ne reçoivent pas de soins de suivi, ce qui empêche un diagnostic en temps voulu de l'infection à VIH et une mise rapide sous traitement antirétroviral. Au Malawi, par exemple, 19% seulement des nourrissons nés de mères séropositives ont été soumis à un dépistage du VIH dans les 12 mois suivant leur naissance (Manzi, 2005).

Dans l'immédiat, les pays, les donateurs et les autres partenaires doivent s'appuyer sur les progrès récents pour que des services largement accessibles soient disponibles en nombre suffisant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de reproduire les résultats enregistrés dans les milieux à revenu élevé. Ces mesures sauveront des vies et réduiront les coûts de traitement futurs.

La mise en œuvre d'un système de dépistage du VIH à l'initiative du fournisseur de soins dans les centres prénatals et d'autres milieux favorise déjà une plus grande utilisation des programmes. Dans certains dispensaires, les femmes enceintes dont on pense qu'elles ne reviendront sans doute pas au dispensaire pour leur accouchement reçoivent des doses de névirapine pour elles-mêmes et leur nourrisson (Stripipatana, 2007). D'autres dispensaires s'efforcent de faire participer les partenaires masculins et les pères. En Afrique du Sud et en Ethiopie, des programmes ont mobilisé des mères séropositives au VIH qui ont l'expérience des services de prévention de la transmission mère-enfant pour fournir une éducation, des informations et un appui aux femmes enceintes. Une étude récente menée dans certaines maternités de Saint-Petersbourg, Fédération de Russie, a révélé que la proposition d'un dépistage rapide du VIH sur place se traduisait par le recensement d'un nombre significatif de femmes séropositives précédemment non diagnostiquées et par la fourniture d'un traitement antirétroviral à 98% des nourrissons exposés au VIH (Kissin et al., 2008).

Pérenniser la prévention du VIH sur le long terme

L'un des grands défis pratiques de la prévention du VIH est de pérenniser les évolutions positives

au niveau des comportements sexuels et de la consommation de drogues sur le long terme. La prévention du VIH n'est pas une intervention que l'on fait « une fois pour toutes » et qui confère une immunité à vie contre l'infection. Au lieu de cela, la réduction des risques est un effort de toute une vie qui nécessite appui, renfort et autodiscipline.

Les dernières recherches donnent à penser que, alors que les personnes réduisent souvent de manière significative leurs comportements à risque au niveau sexuel dans l'année qui suit des interventions intensives et répétées en face à face ou en petits groupes, il est fréquent qu'elles ne parviennent pas à conserver des comportements à moindre risque pendant plus longtemps. Par exemple, des essais relatifs à une intervention de conseil individualisé durant 10 semaines destinée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont révélé que l'intervention entraînait des changements de comportement positifs significatifs à court terme et réduisait l'incidence du VIH. Au bout de trois ans, toutefois, les participants à l'intervention ne présentaient pas de différence majeure par rapport au groupe de contrôle en ce qui concerne l'incidence du VIH, ce qui a conduit à penser que l'impact positif initial n'était pas durable (Coates et al., 2008).

Cette caractéristique a aussi été visible en dehors des cas d'essai, lorsque les succès précoces des efforts de prévention au niveau national sont apparus difficiles à pérenniser sur le long terme. En Ouganda, le pays d'Afrique qui est le mieux parvenu à réduire la prévalence du VIH, des enquêtes ont documenté une augmentation des comportements sexuels à risque au cours des dernières années (ONUSIDA, 2007b). De même, plusieurs pays à revenu élevé qui avaient enregistré une forte diminution de l'incidence du VIH dans les années 1980 après la réalisation d'investissements massifs dans des programmes de prévention du VIH ciblés constatent aujourd'hui une forte augmentation des comportements sexuels à risque et des nouvelles infections à VIH (EuroHIV, 2007 ; Osmond et al., 2007).

Les personnes ont du mal à maintenir des changements de comportement dans le temps, et ce, pour un certain nombre de raisons. Les efforts de prévention sont souvent de court terme et les personnes peuvent revenir à leurs comportements précédents si les initiatives de prévention ne sont

pas maintenues ou renforcées. Certains de ceux qui adoptent des comportements à moindre risque peuvent «se fatiguer de la prévention» et revenir finalement à leurs comportements antérieurs qui constituent la norme dans leur communauté. En outre, les évolutions de l'environnement peuvent modifier les perceptions individuelles du risque. Dans les pays à revenu élevé, par exemple, l'amélioration des perspectives de traitement a donné l'impression que la maladie était moins grave, ce qui semble inciter certains à avoir davantage de comportements sexuels qui augmentent le risque d'exposition au VIH (Suarez et al., 2001).

Tout comme le traitement du VIH, la prévention du virus est «à vie». Pour garantir leur pertinence permanente, les stratégies de prévention doivent être renforcées et revues au fur et à mesure que l'épidémie évolue et que la situation sous-jacente change. Les efforts de recherche sur la prévention doivent se concentrer spécifiquement sur les stratégies permettant d'éviter que les évolutions de l'environnement (ex: l'introduction de traitements ou de nouvelles méthodes de prévention) ne fragilisent les niveaux existants de respect des comportements à moindre risque.

Pour enregistrer et pérenniser leurs succès, les efforts de prévention du VIH doivent atteindre l'intensité nécessaire et être fournis d'une manière qui respecte des critères de qualité élevés et soit basée sur des preuves éclairées. Jusqu'à récemment, les questions de la qualité et de l'intensité semblaient quelque peu théoriques dans la plupart des lieux de prévention dans la mesure où la couverture de la plupart des activités essentielles de prévention était extrêmement faible. Toutefois, comme ce rapport le montre, cette situation commence à évoluer et la couverture s'élargit aussi bien pour les initiatives ciblant la population générale que pour les programmes axés sur les populations les plus exposées au risque. Avec une couverture plus large des programmes de prévention, les indicateurs de performance devront aussi suivre le même rythme et intégrer des mesures de la qualité et de l'intensité des initiatives de prévention.

Les financements alloués et l'appui politique national à la prévention du VIH ont augmenté, mais l'utilisation des services de prévention est loin d'être optimale, ce qui souligne la nécessité de stimuler la demande de services de prévention pour qu'elle soit

plus importante. L'histoire de l'épidémie donne à penser que les programmes gouvernementaux ou les politiques des donateurs ne suffiront sans doute pas, à eux seuls, à créer de la demande. Dans divers pays de différentes régions, l'émergence d'une demande de masse populaire de services de prévention du VIH a nécessité un leadership authentique et durable, et un engagement des communautés efficaces (Piot, 2008). Il faut maintenir une attention permanente pour élargir et intensifier les services essentiels de prévention et des investissements plus importants doivent être engagés dans des stratégies de mobilisation sociale. En Ethiopie, par exemple, les programmes nationaux de lutte contre le VIH ont accordé la priorité à la mobilisation de la société du bas de l'échelle (niveau local) au plus haut niveau, pour accélérer les progrès en direction de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH.

Lorsque l'on aura généré une demande plus importante de services de prévention, des efforts complémentaires seront nécessaires pour renforcer les capacités locales et nationales afin de pérenniser des interventions de prévention de haut niveau de qualité pour l'avenir. Il sera nécessaire d'améliorer les capacités organisationnelles et les compétences de gestion au niveau local – parallèlement à une amélioration des capacités d'analyse aux niveaux national et sous-national – pour collecter, évaluer et réagir aux nouvelles informations relatives à l'épidémie. Ces mesures garantiront des capacités suffisantes pour mettre en œuvre et pérenniser les stratégies de prévention existantes, et permettre que l'on introduise et que l'on élargisse rapidement les stratégies et méthodes de prévention futures.

Alors que l'épidémie évolue, les décideurs pensent souvent qu'il est tentant de ne pas aller jusqu'au bout des financements des efforts de prévention, supposant que les investissements antérieurs ont été suffisants pour s'attaquer au problème. L'expérience des Etats-Unis est éloquent à cet égard. Au commencement de l'épidémie, au début des années 1980, la prévention du VIH représentait 25% de l'ensemble des dépenses allouées à la lutte contre le virus. Les dépenses consacrées à la prévention sont ensuite tombées à 13% en 1990. En 2006, 25 ans après que le sida a été reconnu en tant qu'épidémie, 4% seulement des dépenses du Gouvernement des Etats-

Unis étaient directement alloués à la prévention des nouvelles infections à VIH (Fondation Henry J Kaiser Family, 2006).

Pérenniser la prévention du VIH nécessite un leadership national qui ait conscience à la fois du rapport coût/efficacité et de la nécessité humanitaire des investissements dans la prévention, et comprenne le caractère de long terme de la menace. Les efforts engagés pour convaincre les leaders politiques d'investir dans la prévention du VIH ont été difficiles car il n'y a pas de groupe de soutien naturel pour la prévention. L'incapacité à faire participer des personnes vivant avec le VIH et les personnes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH à la

conception et à la mise en œuvre des programmes de prévention a aussi affaibli ces derniers.

Dans un certain nombre de pays, la recherche de nouvelles méthodes de prévention a généré un militantisme significatif et une organisation des communautés, notamment parce que des dizaines de milliers de personnes à travers le monde ont été enrôlées dans des essais de prévention ces dernières années. Une mobilisation similaire, mais à une échelle beaucoup plus grande, est nécessaire pour exiger une mise en œuvre immédiate des outils fondés sur des preuves éclairées qui existent déjà pour prévenir les nouvelles infections.

Données pour l'action

Prend-on les bonnes mesures ?

- Presque tous les pays (95%) disposent de politiques qui prévoient un accès gratuit à des services de prévention du VIH.
- Les gouvernements nationaux déclarent pour la plupart (89%) avoir intégré une éducation VIH dans les programmes scolaires de l'enseignement secondaire, mais ils sont beaucoup moins nombreux à inclure une éducation VIH dans les programmes de l'enseignement primaire (65%) ou à avoir une stratégie d'éducation VIH pour les jeunes non scolarisés (64%).
- Presque tous les gouvernements nationaux (92%) disposent d'une politique ou d'une stratégie de prévention du VIH destinée aux populations les plus exposées au risque.

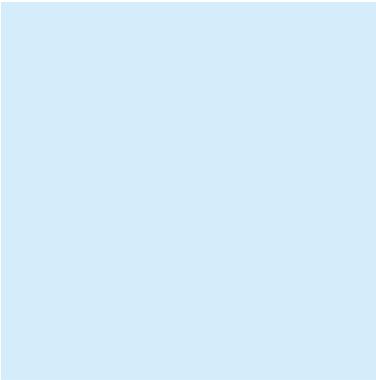
Les bonnes mesures sont-elles prises de la bonne manière ?

- Il arrive souvent que les programmes de prévention du VIH ne parviennent pas à fournir des informations précises et complètes aux jeunes. Selon les informateurs non gouvernementaux, 28% des pays ont des lois, des réglementations ou des politiques qui font obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux jeunes.
- Les informateurs gouvernementaux indiquent que 63% des pays ont des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux populations les plus exposées au risque.

Ces actions ont-elles été suffisamment étendues pour faire la différence ?

- Les données d'enquêtes de 64 pays indiquent que 40% des hommes et 36% des femmes (15-24 ans) ont des connaissances précises et complètes concernant la prévention du VIH – c'est-à-dire des pourcentages très inférieurs à l'objectif de 95% de la *Déclaration d'engagement*.
- Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant du virus a augmenté de 9% en 2004 à 34% en 2007.
- Parmi les rares pays publiant des rapports sur les populations les plus exposées au risque, 60% des professionnel(le)s du sexe, 46% des consommateurs de drogues injectables et 40% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été atteints par des programmes de prévention du VIH en 2007.

Traitement et prise en charge:
progrès sans précédent et défis à relever

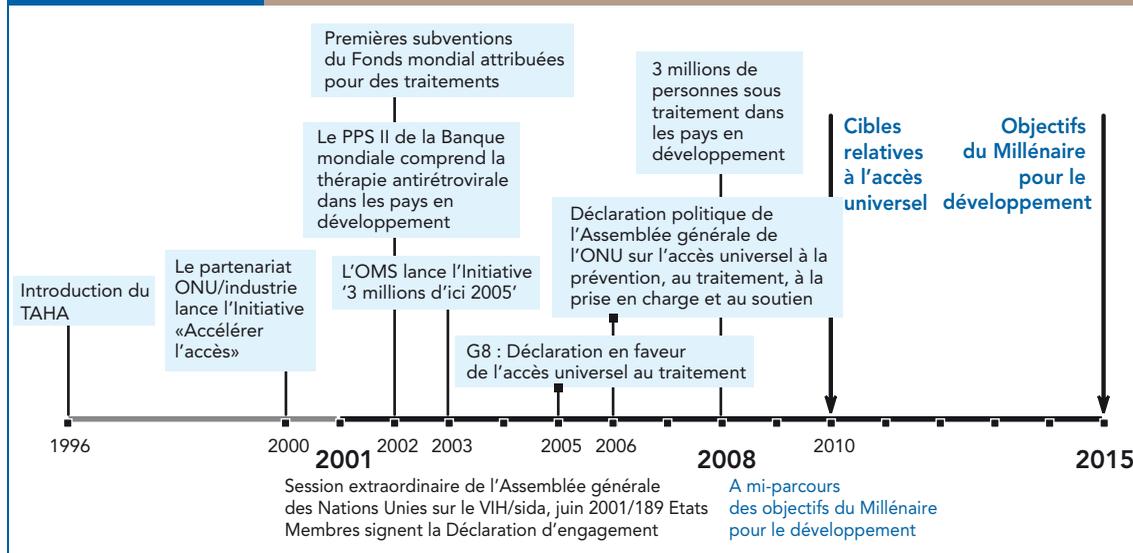


Chapitre 5



FIGURE 5.1

Traitement du sida : événements choisis



Messages clés

- Le nombre de personnes qui bénéficient de médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été multiplié par 10 en six ans seulement, pour atteindre près de 3 millions de personnes à fin 2007.
- L'expansion rapide de l'accès aux traitements dans les milieux aux ressources limitées permet de sauver des vies, d'améliorer la qualité de la vie et de contribuer à la revitalisation des ménages, des communautés et de sociétés entières.
- Il faut intensifier les efforts pour assurer la fourniture en temps utile des traitements du VIH aux enfants, dont la probabilité de bénéficier des médicaments antirétroviraux est beaucoup moins élevée que celle des adultes.
- A l'échelle mondiale, la couverture des traitements antirétroviraux pour les femmes est égale ou supérieure à celle des hommes.
- Les populations les plus exposées au risque de VIH, par exemple les consommateurs de drogues injectables, sont confrontés à des obstacles considérables pour accéder au traitement du VIH, souvent en raison de l'institutionnalisation de la discrimination.
- L'insuffisance du dépistage réduit l'impact du traitement du VIH, car les individus qui sont diagnostiqués tardivement ont un moins bon pronostic. Toutefois, plusieurs pays appliquent avec succès une série d'approches destinées à aider les gens à connaître leur sérologie VIH.
- Bien qu'il existe des médicaments abordables, le nombre de personnes vivant à la fois avec le VIH et la tuberculose et bénéficiant d'un traitement pour ces deux maladies est insuffisant. Cette situation contribue à maintenir une morbidité et une mortalité évitables importantes.
- Les faiblesses des systèmes de santé ralentissent l'intensification des programmes de traitement du VIH, d'où la nécessité de stimuler l'action en faveur du renforcement de ces systèmes. L'élargissement de la thérapie antirétrovirale contribue à la mise en place d'importantes améliorations dans l'infrastructure des soins de santé dans les milieux pauvres en ressources.
- Pour garantir la viabilité des traitements du VIH, il faudra notamment mettre au point des thérapies de deuxième et troisième intentions financièrement plus abordables, et parvenir à mieux prévenir les nouvelles infections à VIH.

La décision qu'a prise la communauté internationale de faire avancer l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH constitue un engagement moral aux proportions historiques. Le monde n'a jusqu'ici jamais tenté de fournir la prise en charge d'une maladie chronique à une telle échelle dans les milieux aux ressources limitées. Avant cette décennie, les pays à revenu faible ou intermédiaire devaient attendre 10-20 ans – parfois plus d'une génération – pour que les nouvelles technologies de la santé soient mises à leur disposition. A peine plus d'une décennie après l'apparition des associations d'antirétroviraux, des millions d'individus dans des milieux manquant de ressources bénéficient aujourd'hui de ces médicaments.

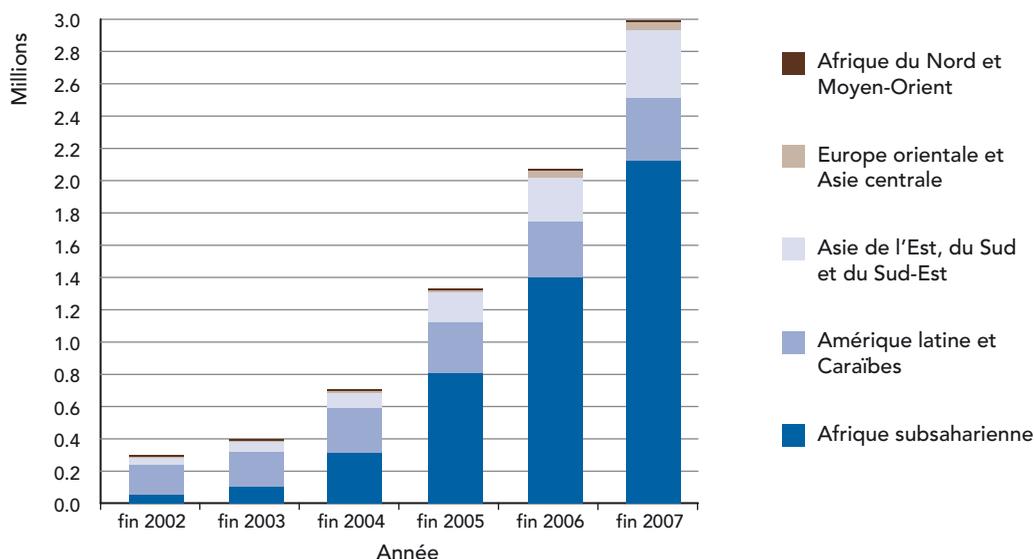
Les engagements pris à l'échelle mondiale pour rendre les traitements contre le VIH accessibles dans les milieux aux ressources restreintes commencent à porter leurs fruits. En six ans à peine, le nombre de personnes au bénéfice d'une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été multiplié par plus de 10 (Figure 5.2). Dans certains endroits où le VIH était inévitablement mortel il y a quelques temps encore, l'introduction de ces thérapies qui prolongent la vie a revitalisé les familles et des communautés entières et apporté à la riposte élargie à

l'épidémie une énergie nouvelle (Sanders, 2008). Bien des individus partagent les honneurs de cette réussite, en particulier les personnes vivant avec le sida elles-mêmes, dont le plaidoyer a contribué à réaliser ce que l'on considérait il y a peu comme impossible.

Malgré ces réussites considérables, il faudra des progrès bien plus massifs pour avancer sur la voie de l'accès universel au traitement et à la prise en charge du VIH. Le nombre des nouvelles infections à VIH reste d'année en année supérieur à l'augmentation du nombre des personnes sous traitement antirétroviral dans une proportion de 2,5 à 1. Par conséquent, la viabilité à long terme de l'élargissement des traitements, même au rythme actuel, pourrait être compromise.

Les enfants ne profitent pas en toute équité des considérables avancées réalisées dans les traitements, et la probabilité qu'ils bénéficient des médicaments antirétroviraux est beaucoup moins élevée que celle des adultes. De plus, des centaines de milliers de personnes atteintes d'une coinfection VIH et tuberculose meurent inutilement chaque année en raison de l'insuffisance des services de diagnostic de la tuberculose, de l'échec de la distribution des médicaments abordables à ceux qui en ont besoin et de l'augmentation des taux de résistance de la tuberculose aux médicaments.

FIGURE 5.2 Nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

Le présent chapitre résume les progrès faits à ce jour pour élargir l'accès aux traitements du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il examine les problèmes rencontrés pour garantir un accès équitable aux médicaments antirétroviraux, ainsi qu'aux éléments du traitement et de la prise en charge du VIH qui ne sont pas associés aux antirétroviraux, dont la prise en charge des infections opportunistes et autres maladies. Enfin le chapitre décrit les obstacles à un élargissement plus rapide et plus important et résume ce que l'on connaît des moyens de surmonter ces obstacles.

Progrès accomplis pour réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH

L'impact des médicaments antirétroviraux sur la prise en charge de l'infection à VIH a été frappant, les améliorations dans le domaine de la santé s'étant révélées beaucoup plus marquées et durables qu'on ne l'avait prévu lors de l'apparition des trithérapies vers le milieu des années 1990. Les récentes études conduites au Danemark suggèrent qu'un jeune homme dont le VIH vient d'être diagnostiqué pourrait vivre encore 35 années grâce aux médicaments disponibles, ce qui triple l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (Lohse et al., 2007). En un peu plus d'une décennie, on estime que l'introduction des trithérapies a permis de sauver trois millions d'années de vie rien qu'aux Etats-Unis (Walensky et al., 2006).

Au fur et à mesure de l'accumulation des essais et de l'expérience cliniques, qui nous en apprennent toujours plus sur la gestion de la thérapie antirétrovirale, les effets de cette thérapie sur la santé s'améliorent encore davantage. Des données émanant du suivi du traitement et de la prise en charge du VIH à l'échelle nationale au Royaume-Uni, par exemple, indiquent que la durée médiane de la période menant à l'échec du traitement – pour les malades sous traitement de première intention comprenant un ou plusieurs inhibiteurs de la protéase – se situe entre 4,3 et 6,5 ans; cependant, les malades bénéficiant dès le début d'un protocole thérapeutique comprenant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ont une durée médiane avant l'échec du traitement de 13,2 ans (Beck et al., 2008a). Comme l'explique le Chapitre 6, un accès accru aux médicaments

antirétroviraux améliore aussi la qualité de vie de millions de personnes, profitant aux familles, aux communautés et aux sociétés.

La disponibilité accrue des médicaments antirétroviraux atténue le fardeau de la mortalité liée au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, comme elle l'a fait dans les pays à revenu élevé il y a une décennie (Figure 5.3). Dans les campagnes d'Afrique du Sud, des baisses importantes de la mortalité ont été relevées en 2006, lorsque l'accès à ces médicaments s'est accru (Nyirenda et al., 2007). Après des décennies d'augmentation de la mortalité, le nombre de décès annuels dus au sida dans le monde a baissé au cours des deux ans écoulés, en raison partiellement d'une augmentation importante de l'accès au traitement du VIH ces dernières années.

La thérapie antirétrovirale s'est également révélée être une intervention efficace et économique sur le plan des coûts dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Harling, 2005). La plupart des études du rapport coût-efficacité réalisées jusqu'ici n'ont porté que sur les coûts directs. Si les coûts indirects sont comptabilisés, le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) pourrait bien être, dans de nombreux pays, une intervention rentable, puisqu'elle permet aux individus vivant avec le VIH de rester bien portants et actifs sur le plan social et économique (Badri, 2006).

Cependant, même si un meilleur accès au traitement donne des résultats dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les niveaux de succès pourraient bien être un peu moins élevés dans les milieux manquant de ressources que dans les pays riches. Six mois et 12 mois après le début d'une thérapie antirétrovirale, les taux de mortalité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont plus élevés d'au moins 28% que ceux des malades des pays riches (Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries Collaboration, 2006). Lorsqu'on calcule la survie à long terme, même si les avantages de la thérapie antirétrovirale sont considérables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ils restent inférieurs à ceux dont bénéficient les pays à revenu élevé (Beck, 2008b). Plusieurs facteurs contribuent probablement à ce phénomène, par exemple, dans les milieux où manquent les ressources, les maladies cliniques sont plus avancées lors du début du traitement et l'incidence des maladies concomitantes

Prendre courage et s'épanouir grâce aux antirétroviraux

Lilian Mworeko est coordonnatrice régionale pour l'Afrique du Comité international des femmes vivant avec le VIH et le sida. Elle vit en Ouganda.



Lilian Mworeko avait 29 ans lorsqu'elle a appris son diagnostic de VIH. C'était le jour de la mort de son mari.

« J'étais en état de choc en raison du décès de mon mari, si bien que mes résultats ne m'ont pas particulièrement troublée, » dit-elle. « Mais plus tard, après l'enterrement, la réalité de ma séropositivité m'est tombée dessus. Et voilà, j'étais une jeune veuve, avec un petit enfant et je devais me battre pour faire face toute seule. »

Seule et sans argent, Mworeko s'est tournée vers les groupes et réseaux de soutien de sa ville natale en Ouganda. Elle a commencé par en apprendre davantage sur le VIH. Gagnant en confiance, elle a aussi été en mesure d'obtenir l'appui dont elle avait besoin auprès de sa famille et de ses amis.

« J'ai pris mon courage à deux mains, car je savais que la vie devait continuer, » explique-t-elle.

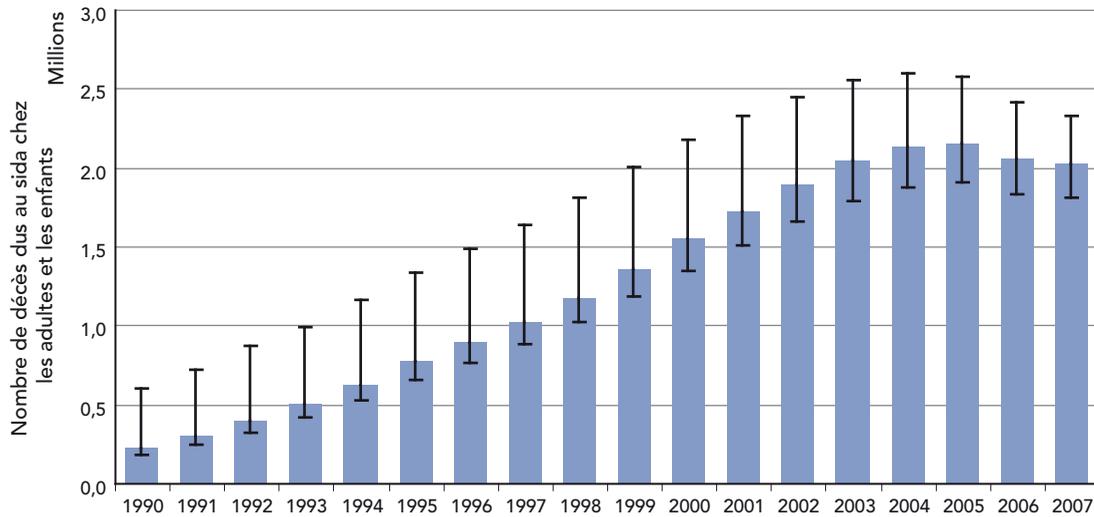
Son courage lui a été fort utile quelques années plus tard lorsqu'elle a décidé, avec son nouveau compagnon, d'avoir un enfant. Elle a beaucoup lu et cherché pour être sûre de ne pas transmettre le virus à son futur bébé. A cette époque, elle était déjà sous traitement antirétroviral, mais ce n'était pas le schéma thérapeutique recommandé pour prévenir la transmission mère-enfant. « J'ai eu plusieurs consultations avec les médecins et ils ont dû changer mes médicaments et effectuer des tests pour compter mes CD4 et ma charge virale, » dit-elle. « J'ai parlé de ma sérologie avec mon médecin. Il m'a beaucoup soutenue. A un moment donné, j'ai cru que je devrais avoir une césarienne puis j'ai changé d'avis. J'ai bénéficié d'énormément d'appui ... c'est principalement parce que j'ai tout partagé avec les médecins. »

Mworeka a également reçu l'aide d'autres femmes séropositives au VIH qui avaient lancé un programme lié à la maternité sous le nom de Mama's Club. Elles parlaient des problèmes auxquels elles étaient confrontées et des mesures et précautions nécessaires pour prévenir la transmission verticale. Le soutien et l'interaction avec les autres femmes se sont révélés inestimables. Malgré tout, Mworeko a eu d'autres chocs après la naissance de son nouveau bébé. Elle avait décidé de le nourrir au biberon pour être absolument certaine de ne pas lui transmettre le virus par le lait maternel. « Je pensais que c'était peu coûteux d'être dans un programme de prévention de la TME, » explique Mworeko, « mais je ne connaissais pas le prix des préparations pour nourrissons. C'est très cher et le bébé avait besoin de quatre boîtes par semaine dans les premières semaines. »

Mworeko estime qu'elle a bien de la chance d'avoir accès à la thérapie antirétrovirale et aux soins médicaux qui lui sont fournis dans le cadre de son travail. « Cela m'a donné espoir et quand je considère ma vie maintenant, je suis plus positive qu'auparavant ... il y avait des moments où même le lendemain était incertain, mais aujourd'hui je vois les choses de façon positive; j'ai décidé de reprendre mes études pour avancer dans ma carrière et apporter une plus grande contribution à ma communauté. »

FIGURE 5.3

Estimation du nombre de décès dus au sida chez les adultes et les enfants à l'échelle mondiale, 1990-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

Ce trait indique la fourchette entourant l'estimation

est plus importante (Beck, 2008b). Dans l'intérêt de l'équité à l'échelle mondiale, il faudrait à la fois faire porter les efforts sur l'élargissement des traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et comprendre et résoudre les obstacles à l'amélioration des résultats pour les nombreux patients des milieux aux ressources limitées.

Gestion des antirétroviraux dans les milieux aux ressources limitées

En décembre 2007, on estimait à 3 millions le nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui représente 31% de ceux qui ont besoin d'un traitement et une augmentation de 45% par rapport à 2006.

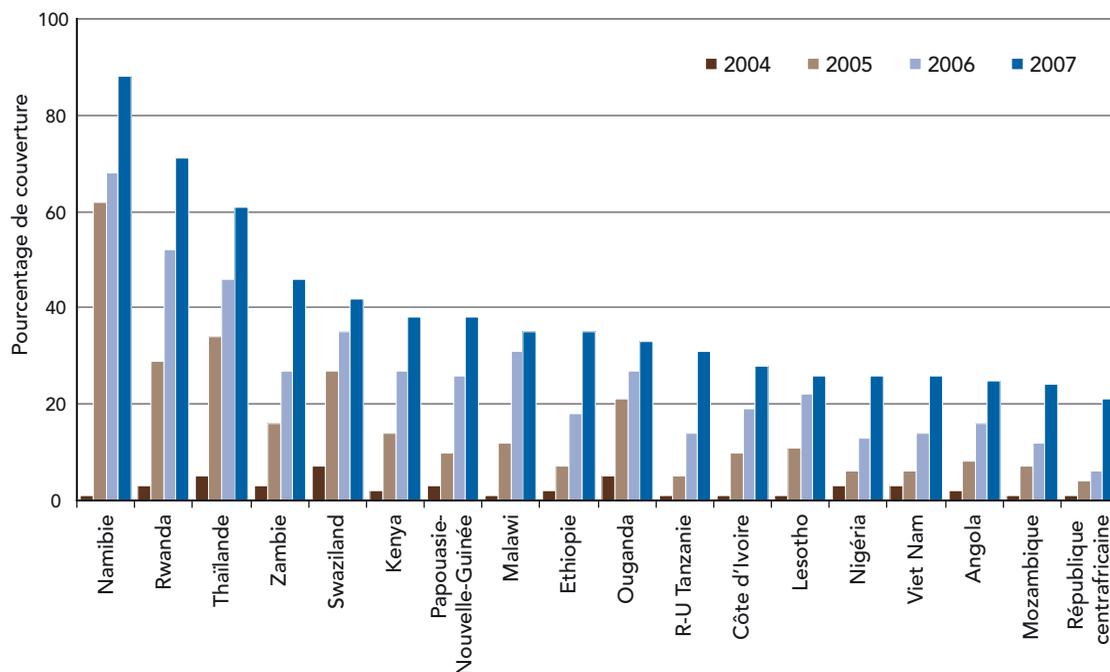
De nombreux pays ont connu des augmentations spectaculaires de la couverture des traitements (Figure 5.4). En Namibie par exemple, où la couverture des traitements était inférieure à 1% en 2003, 88% des personnes qui en avaient besoin étaient sous traitement antirétroviral en 2007. Au Rwanda, la couverture de la thérapie antirétrovirale a passé de 1% en 2003 à près de 71% en 2007, grâce à une multiplication par 40 du nombre de sites de traitement antirétroviral. La

couverture par la thérapie antirétrovirale a également augmenté en Thaïlande, passant de 4% en 2003 à 61% en 2007 (UNGASS Indicateur 4, 2008).

La Figure 5.5 montre le pourcentage de couverture par la thérapie antirétrovirale entre hommes et femmes dans des pays à épidémies généralisées et concentrées, sur la base d'estimations modélisées des besoins de chaque sexe. Dans la plupart des pays, les femmes bénéficient d'une couverture plus importante que prévu de la thérapie antirétrovirale. Cette disparité sexuelle est particulièrement prononcée dans les épidémies généralisées, ce qui pourrait être associé au fait qu'un grand nombre de femmes séropositives au VIH disposent de deux moyens d'accéder aux traitements – les programmes de traitement du VIH et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Sept pays ont une couverture équivalente pour les hommes et les femmes alors que dans deux pays – le Belize et le Chili – les hommes ont une couverture beaucoup plus élevée que les femmes. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer les raisons pour lesquelles les femmes bénéficient généralement d'une meilleure couverture que les hommes et pour identifier des stratégies plus efficaces susceptibles d'accroître l'accès universel aux traitements.

FIGURE 5.4

Intensification de la couverture antirétrovirale dans le temps, dans un groupe choisi de pays connaissant des épidémies généralisées et concentrées, 2004-2007



Source: Rapports d'activités des pays, UNGASS 2008.

Les médicaments antirétroviraux sont administrés avec succès dans certains des milieux les plus problématiques de la planète. Dans les zones de conflit de la République démocratique du Congo, par exemple, un programme de traitement du VIH de Médecins sans Frontières a obtenu des taux d'observance des traitements comparables à ceux relevés dans des zones ne connaissant aucun conflit.

Élargir l'accès aux traitements : une entreprise collective

La croissance rapide de la couverture de la thérapie antirétrovirale représente un des grands succès de l'histoire mondiale récente de la santé. Il y a moins de 10 ans, au moment où les médicaments antirétroviraux contribuaient à de fortes baisses de la morbidité et de la mortalité liées au VIH dans les pays à revenu élevé, on pensait généralement que ces

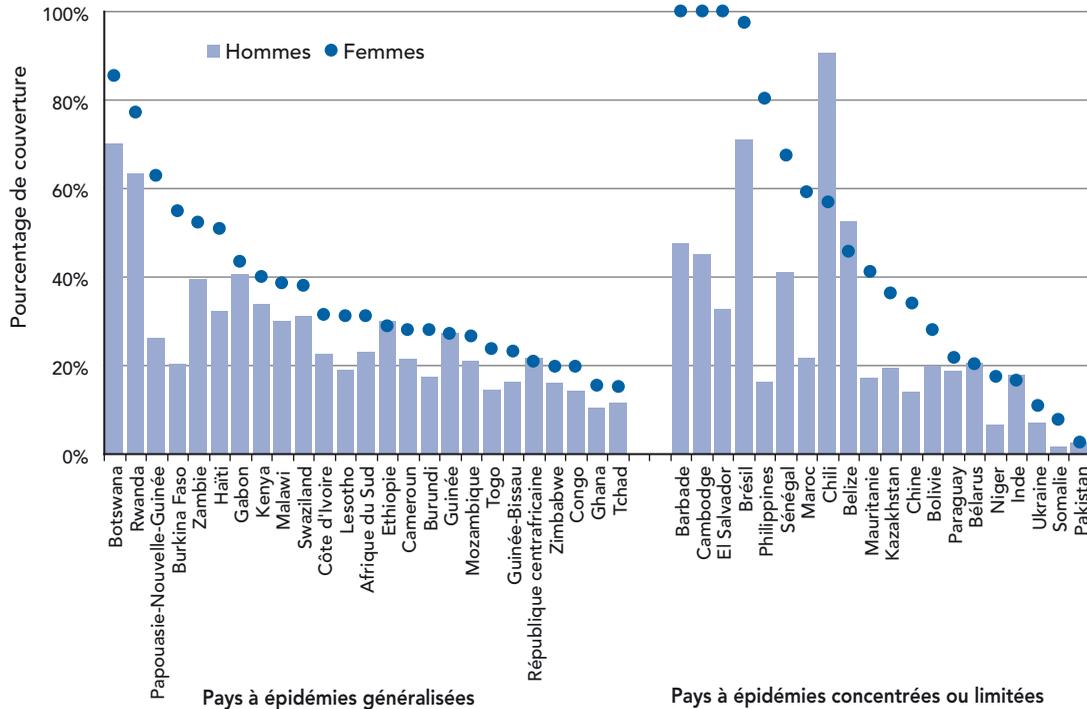
médicaments capables de prolonger la vie resteraient financièrement inabordables et donc inaccessibles pour les pays à faible revenu, et ceci peut-être pendant des décennies.

Dans le cas du VIH, atténuer les fortes disparités en matière d'accès aux soins de santé qui caractérisent la pratique sanitaire mondiale a exigé leadership et coordination des diverses parties prenantes aux niveaux mondial, régional et national. En réponse à l'initiative de l'OMS/ONUSIDA « 3 millions d'ici 2005 »,¹ les gouvernements nationaux se sont lancés dans l'élargissement de l'accès au traitement du VIH, fixant des objectifs ambitieux et déployant d'importants efforts pour développer les capacités nationales et surmonter les obstacles. La société civile s'est mobilisée pour soutenir l'accès universel aux traitements, un leadership tout particulier étant apporté par les personnes vivant avec le VIH.

¹ Lancée en décembre 2003, l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » proposait l'expansion massive de la thérapie antirétrovirale, pour faire en sorte que 3 millions de personnes soient placées sous antirétroviraux d'ici la fin de 2005. Bien que ce but n'ait été atteint que deux ans après la date fixée, l'initiative a été cruciale pour catalyser une action sans précédent d'élargissement de l'accès aux traitements dans les milieux aux ressources restreintes.

FIGURE 5.5

Comparaison de la couverture de la thérapie antirétrovirale en 2007 entre les hommes et les femmes (pour les pays fournissant des données par sexe sur le nombre de personnes sous traitement)



Note: Les estimations de couverture utilisent le ratio du nombre d'hommes et de femmes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale à la valeur finale projetée de toutes les personnes sous thérapie antirétrovirale en décembre 2007. Ceci nous donne des estimations pour décembre 2007 du nombre d'hommes et de femmes sous thérapie antirétrovirale, qui sont ensuite divisées par le nombre estimatif des hommes et femmes respectivement qui ont besoin d'un traitement antirétroviral.

Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

A l'échelle mondiale, la *Déclaration politique sur le VIH/sida*, adoptée lors de la Réunion de haut niveau sur le VIH/sida de l'Assemblée générale de l'ONU en 2006, promettait d'avancer sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH d'ici à 2010, objectif qui a obtenu l'appui déterminé des grands organismes mondiaux et régionaux, allant des pays industrialisés du G8 à l'Union africaine et à la Communauté des Caraïbes et Marché commun.

Les principaux bailleurs de fonds ont contribué à financer l'expansion de l'accès au traitement. Le PEPFAR a pour but de placer 2,5 millions de personnes sous traitement d'ici à 2012. D'ici à décembre 2007, le Fonds mondial avait financé la distribution de médicaments antirétroviraux à 1,4 million de personnes, ce qui représente

une augmentation de 88% par rapport à l'année précédente (Fonds mondial, 2008). UNITAID – un mécanisme international relativement nouveau créé pour acheter des médicaments et financé par les taxes aériennes – joue un rôle de premier plan dans l'élargissement des programmes de traitement pédiatrique et des services de prévention de la transmission mère-enfant.

De nombreuses compagnies privées contribuent également à l'élargissement de l'accès aux traitements du VIH (Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida, 2007). Au Botswana, Debswana a constitué un partenariat officiel avec le gouvernement du pays pour accélérer l'expansion des traitements et finance la distribution des antirétroviraux à ses employés séropositifs au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Dix moyennes à grandes

La thérapie antirétrovirale dure toute la vie. Pour un programme de traitement efficace, il est crucial d'assurer un approvisionnement durable en antirétroviraux.



entreprises figurent parmi les membres de la Coalition des entreprises du Suriname contre le VIH, qui a récemment mis en œuvre un plan d'action stratégique sur le VIH pour accroître l'engagement des entreprises dans la riposte au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Néanmoins, il faudra déployer bien d'autres efforts pour impliquer totalement l'industrie dans l'élargissement des traitements, car les informateurs tant gouvernementaux que non gouvernementaux affirment que le 9% seulement des pays connaissant des épidémies généralisées ont mis en place des services de traitement du VIH ou des systèmes d'orientation-recours dans le monde du travail dans tous les districts qui en ont besoin (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

De nombreuses organisations confessionnelles jouent également un rôle dans l'élargissement de l'accès au traitement, car elles fournissent jusqu'à 40% de tous les services de santé liés au VIH dans certains pays (OMS, 2007f). Avec l'appui financier d'organismes comme le Fonds mondial, l'Association Santé des églises de Zambie fournira d'ici fin 2008 des antirétroviraux à 17 000 personnes et elle transforme actuellement plus de 100 établissements de santé des églises, afin de mettre en place le

Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) contre la tuberculose. D'après des enquêtes récentes, les programmes financés par l'Eglise anglicane fournissaient des antirétroviraux à 10 000 personnes en République-Unie de Tanzanie (Anglican United Nations Office, 2007), et des ordres religieux catholiques soutiennent la distribution de médicaments à plus de 90 000 personnes dans le monde (Union internationale des Supérieur(e)s généraux(les), 2008).

Partout dans le monde, les personnes vivant avec le VIH se sont mobilisées en faveur de l'accélération de l'élargissement des traitements et de la promotion du succès de ces traitements. Au Kenya, un réseau national de clubs post-test contribue à faire mieux comprendre aux personnes récemment diagnostiquées les questions entourant le VIH et à devenir des partenaires actifs de leur propre santé. Après une réunion avec des représentants de 20 compagnies pharmaceutiques, Ashar Alo, un grand réseau de personnes vivant avec le VIH au Bangladesh, a signé un accord pour obtenir une baisse du prix des antirétroviraux et mettre en place un programme de dons de médicaments. En Inde, le South Inde Positive Network (SIP+) fournit un enseignement relatif au

Recherches en vue d'améliorer les options thérapeutiques

Bien que les traitements antirétroviraux dont on dispose améliorent la santé et la longévité des personnes séropositives, plusieurs incertitudes demeurent en ce qui concerne la prise en charge médicale de la maladie à VIH. La recherche se poursuit en vue d'identifier les schémas thérapeutiques les plus efficaces pour des personnes qui n'ont pas encore bénéficié d'une thérapie (Eron et al., 2006; MacArthur et al., 2006; Lazzarin et al., 2007; Delfraissy et al., 2008). La question de savoir s'il faut intervenir au moyen d'antirétroviraux au cours de la phase aiguë de l'infection à VIH reste un sujet de débat et elle est au cœur des recherches cliniques qui se poursuivent (Fidler et al., 2008; Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). Il est aussi essentiel de mettre en place de nouvelles options thérapeutiques qui soient plus simples à prendre, moins toxiques et plus abordables.

Une des grandes priorités, qui fait l'objet de recherches actuelles urgentes et va devenir de plus en plus importante, c'est la mise au point de schémas thérapeutiques d'une efficacité optimale pour les personnes chez lesquelles l'une ou l'autre des associations d'antirétroviraux est un échec (Abgrail et al., 2006; Clotet et al., 2007). Les chercheurs travaillent également à mettre au point de nouvelles classes d'antirétroviraux. Il s'agit notamment de composés qui empêchent le virus de pénétrer dans les cellules (Este & Telenti, 2007) ou qui bloquent l'enzyme intégrase qui joue un rôle dans la multiplication du VIH (Grinsztejn et al., 2007).

De plus, de vastes recherches sont en cours sur le potentiel des tests génétiques qui permettraient d'offrir peut-être aux divers malades des schémas thérapeutiques antirétroviraux plus précisément adaptés à leurs besoins. Dans les établissements où il existe déjà, le dépistage de l'allèle HLA-B5701 permet aux cliniciens d'identifier l'hypersensibilité à l'abacavir et d'éviter ainsi des effets de toxicité médicamenteuse potentiellement mortels (Phillips & Malial, 2008).

traitement à des centaines de personnes transsexuelles vivant avec le VIH et collabore avec les soignants locaux pour combattre la stigmatisation et surmonter les autres obstacles à la fréquentation des services de santé par cette population.

Introduire et adapter les traitements du VIH

La méthode à suivre pour élargir la thérapie antirétrovirale dans les milieux aux ressources limitées est bien documentée (OMS, 2006a). Il est conseillé aux pays d'élaborer des plans nationaux de traitement dotés d'objectifs clairs, d'encourager le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour accroître la fréquentation des services de traitement et d'entreprendre des actions visant à renforcer les systèmes de santé et de réglementation. Tous les pays signalent qu'ils ont mis en place une politique ou une stratégie de promotion d'un ensemble complet de traitement, de prise en charge et de soutien

dans le domaine du VIH. La plupart des pays (85%) connaissant des épidémies généralisées et 52% des pays à épidémies concentrées rapportent qu'ils ont élaboré des estimations nationales et formulé des projections concernant le nombre de personnes qui auront besoin de thérapie antirétrovirale dans l'avenir (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

L'OMS recommande l'utilisation et l'achat groupé à l'échelle nationale de médicaments antirétroviraux sous forme d'association de médicaments en dose fixe. Les traitements de première intention comprennent deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI). Pour les traitements de deuxième intention, on préfère une association de deux INTI (dont un au moins est nouveau) et un inhibiteur de la protéase potentialisé par le ritonavir (OMS, 2006a).

La plupart des directives nationales sur le traitement du VIH se conforment aux recommandations de l'OMS relatives aux traitements de première intention et au suivi clinique systématique (Beck et al., 2006). Toutefois, des enquêtes de la société civile effectuées dans 16 pays à revenu faible ou intermédiaire ont montré que de nombreux établissements cliniques prescrivaient des traitements qui ne correspondaient pas aux directives mondiales sur les traitements (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007), indiquant ainsi qu'un suivi est nécessaire pour garantir l'observance des normes nationales.

Le moment optimal pour entamer une thérapie antirétrovirale reste un sujet de débat. L'OMS conseille aux cliniciens qui travaillent dans des établissements où il est possible de compter les CD4, d'envisager de lancer le traitement lorsque le nombre de CD4 des malades tombe au-dessous de 350 cellules par mm³ et d'entamer le traitement chez tous les patients qui ont moins de 200 CD4 par mm³. Lorsqu'il n'est pas possible de compter les CD4, l'OMS recommande que la thérapie antirétrovirale soit commencée lorsque les malades montrent des signes cliniques d'une immunosuppression avancée ou grave (OMS, 2006). Le Ministère de la Santé des Etats-Unis recommande d'entamer une thérapie antirétrovirale chez les patients qui ont présenté une infection opportuniste liée au sida ou dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 par mm³ (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008).

Traitement et prise en charge des enfants

En l'absence de traitement, la moitié environ des enfants atteints d'infection à VIH périnatale mourront

avant l'âge de deux ans (Newell et al., 2004; Marston et al., 2005). La grande expérience acquise dans les pays à revenu élevé a montré que les médicaments antirétroviraux pouvaient atténuer les maladies et réduire les décès chez les enfants et les adolescents vivant avec le VIH (Patel et al., 2008). En Europe occidentale en 2006, par exemple, seuls 10 enfants infectés par la transmission mère-enfant sont décédés du sida (EuroHIV, 2007).

Lorsqu'il est accessible dans les milieux aux ressources limitées, le traitement des enfants se révèle très efficace. Des études de l'efficacité du traitement antirétroviral ont relevé des taux de survie à deux ans supérieurs à 80% dans plusieurs pays, notamment la Côte d'Ivoire, Haïti, le Malawi et la Zambie (Fassinou et al., 2004; Rouet et al., 2006; Bolton-Moore et al., 2007; Bong et al., 2007; George et al., 2007). D'autres études ont trouvé une probabilité de survie à 12 mois allant de 87% (O'Brien et al., 2006) à plus de 95% dans divers endroits d'Afrique subsaharienne et d'Asie (Puthanakit et al., 2005; Janssens et al., 2007; Reddi et al., 2007; Arrivé et al., 2008).

Bien que le recours aux antirétroviraux pour soigner les enfants ait augmenté ces dernières années en Afrique subsaharienne, les enfants vivant avec le VIH ont globalement une probabilité d'un tiers seulement de recevoir une thérapie antirétrovirale par rapport aux adultes (Prendergast et al., 2007).

D'après les gouvernements nationaux, le traitement pédiatrique du VIH est disponible dans tous les districts qui en ont besoin dans 44% des pays connaissant une épidémie concentrée et dans 36% des pays qui ont une épidémie généralisée. Les informateurs non gouvernementaux suggèrent que l'accès est en réalité plus limité encore, affirmant que

L'Ethiopie redouble d'efforts pour atteindre l'accès universel aux traitements

Les premiers efforts déployés par l'Ethiopie en 2004-2006 pour élargir la thérapie antirétrovirale ont atteint 65% de la cible de 100 000 personnes. En novembre 2006, le Gouvernement a lancé une Campagne sida du Millénaire sur deux ans pour stimuler l'expansion de l'accès au traitement. La campagne s'appuyait sur une décentralisation de la riposte, des objectifs clairs, une planification coordonnée, l'élargissement des communications et une meilleure intégration du traitement du VIH dans les établissements de santé. Au cours de ses sept premiers mois, la campagne a pu apporter des services de conseil et de dépistage du VIH à près d'un million de personnes et entamé une thérapie antirétrovirale chez plus de 31 000 malades (Ethiopia Federal Ministry of Health, 2007).

la disponibilité généralisée du traitement pédiatrique ne se trouve que dans 31% des pays à épidémie concentrée et 9% des pays à épidémie généralisée (Rapports d'activité des pays, UNGASS, 2008).

Plusieurs facteurs menacent l'accès des enfants infectés par le VIH au traitement. Par exemple un diagnostic rapide de l'infection à VIH chez les nourrissons est essentiel, mais il est souvent difficile à établir. Les enfants exposés au VIH portent généralement les anticorps anti-VIH de leur mère pendant les premiers mois de leur vie, même lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes infectés ; par conséquent, le dépistage traditionnel des anticorps anti-VIH (par la technique du titrage immuno-enzymatique ou ELISA, ou par test rapide) n'est pas en mesure de détecter de manière fiable une réelle infection à VIH pendant les six à 18 premiers mois. Les tests virologiques – dont la réaction en chaîne de l'ADN polymérase (test PCR), le test PCR ARN en temps réel, ou l'utilisation du dosage de l'antigène p24 par test ultrasensible – sont donc nécessaires pour poser un diagnostic précis en temps voulu. Cependant, l'accès à ces techniques est fréquemment limité et très variable dans les milieux aux ressources limitées (De Baets et al., 2005 ; Prendergast et al., 2007). Le coût et la complexité de ces méthodes ont baissé ces dernières années, ce qui améliore la faisabilité de ces tests là où les ressources manquent (OMS, 2006b). Le test sur des gouttes de sang séché provenant de piqûres au talon chez les nourrissons évite les difficultés liées à la phlébotomie chez le bébé et permet la centralisation des capacités de laboratoire (OMS, 2006c). L'utilisation de gouttes de sang séché offre la possibilité d'augmenter considérablement le diagnostic précoce et le traitement en temps utile du VIH chez les jeunes enfants. Selon une étude effectuée en Afrique du Sud, l'utilisation des stratégies disponibles financièrement abordables pour améliorer le diagnostic chez les nourrissons exposés au VIH pourraient accroître considérablement les chances de survie des enfants infectés par le VIH (Sherman, Matsebula & Jones 2005).

Les cliniciens examinent diverses stratégies en vue d'améliorer la fréquentation des services de traitement par les enfants vivant avec le VIH. Par exemple, les cartes de santé, qui documentent la sérologie d'un nourrisson lorsqu'un enfant a participé à un programme de prévention de la transmission

mère-enfant, permet aux agents de santé d'agir correctement lorsque l'enfant vient pour la première fois pour des vaccinations après sa naissance. De la même manière que le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant contribuent à l'élargissement des services de prévention de la transmission mère-enfant et du traitement du VIH en général, cette approche est maintenant utilisée dans les établissements susceptibles d'accueillir des enfants vivant avec le VIH, par exemple les services pédiatriques dans les pays à forte prévalence.

Les antirétroviraux actuels ont été, en premier lieu, mis au point pour les adultes ; la plupart des associations en dose fixe ne conviennent pas aux enfants. Pour aider les cliniciens à définir les doses appropriées d'antirétroviraux pour les enfants, l'OMS a élaboré des tableaux de dosage pédiatrique actualisés et faciles d'utilisation. En collaboration avec la Fondation Clinton, UNITAID a négocié une baisse de 40% du prix des antirétroviraux pédiatriques et, d'ici à décembre 2007, avait financé le diagnostic et le traitement du VIH pour 102 000 enfants dans le monde (UNITAID, 2008).

Suivi du succès des traitements

En l'absence de mesures de la charge virale là où les ressources manquent, il est conseillé aux cliniciens d'utiliser le suivi clinique ou immunologique, ou les deux, pour décider du moment où commencer une thérapie, évaluer le succès du traitement et décider du moment où passer d'un traitement de première intention à un traitement de deuxième intention. Les antirétroviraux n'éliminent pas le virus, mais maintiennent la réplication virale à de faibles niveaux (Palmer et al., 2008), c'est pourquoi le traitement doit se poursuivre sans interruption. L'échec des traitements antirétroviraux, tel que le mesure l'augmentation de la charge virale, tend à se produire assez tardivement dans les milieux cliniques, surtout depuis que les schémas thérapeutiques et les techniques de prise en charge clinique de la distribution des antirétroviraux se sont améliorés (Phillips et al., 2007). Des études effectuées au Royaume-Uni indiquent que près de 11% des malades décéderont dans les cinq années suivant l'échec des trois principales classes de médicaments antirétroviraux (Phillips et al., 2007).

Suivi des effets secondaires

Jusqu'à 50% des malades sous thérapie antirétrovirale souffrent parfois des effets secondaires des médicaments (Fellay et al., 2001). Les effets secondaires les plus courants varient en fonction des schémas thérapeutiques, mais ils peuvent comprendre l'hypersensibilité, l'acidose lactique, l'augmentation des lipides sanguins, des épisodes hémorragiques, de l'anémie, de la neuropathie, la lipodystrophie et la pancréatite (NIH, 2008). Si la plupart des effets secondaires diminuent avec le temps, certains sont potentiellement mortels, ce qui montre bien l'importance d'un suivi attentif des malades (NIH, 2008).

Comme le dit un clinicien VIH de premier plan « Le succès des [antirétroviraux] a un coût » (Lange, 2006). Ce coût, c'est la personne qui prend les médicaments qui l'assume. Les effets secondaires déplaisants, souvent douloureux et parfois défigurants qui peuvent être associés aux médicaments ont un impact négatif important sur la qualité de vie et sur la capacité ou la volonté d'un individu d'observer le traitement prescrit.

La gestion des effets secondaires constitue une part essentielle de l'administration des médicaments antirétroviraux. Après plus d'une décennie d'expériences cliniques dans ce domaine, on en sait davantage sur les types d'effets secondaires des différents antirétroviraux. L'amélioration de la base des connaissances aide le clinicien à prescrire des traitements qui ont une probabilité accrue de succès à long terme et à affiner les thérapies lorsque surviennent des effets secondaires. Cependant, la gestion des effets secondaires peut se révéler plus délicate dans les milieux aux ressources restreintes, car il n'est pas toujours possible de changer de médicaments en raison d'un accès limité à l'ensemble de la panoplie des antirétroviraux homologués dans les pays à revenu élevé.

Avec le temps, la prévalence de la résistance du VIH aux médicaments a augmenté dans les pays à revenu élevé et au Brésil, où les antirétroviraux sont employés depuis plus longtemps qu'ailleurs (Weinstock et al., 2004; Barreto et al., 2006). Dans les pays à revenu faible et faible à intermédiaire, où les antirétroviraux ont été introduits plus récemment, les taux de résistance relevés sont bien inférieurs, mais ils pourraient augmenter avec l'allongement de la survie des personnes sous traitement.

Il faut obtenir un niveau d'observance des traitements plus élevé pour éviter ou retarder l'apparition de la pharmacorésistance, qui est étroitement associée à l'échec des traitements (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). Un volume croissant de données associe les interruptions de traitement – y compris celles qui sont motivées par le nombre des CD4 – au rebond viral, à des résultats cliniques inférieurs et à une baisse de la qualité de vie (Strategies for Management of Antiretroviral Therapy Study Group, 2006; Burman et al., 2008; UK Collaborative HIV Cohort

Study, 2008). Les efforts déployés pour encourager l'observance des traitements ont été facilités par la simplification des schémas thérapeutiques antirétroviraux ces dernières années, y compris la mise au point de doses à ne prendre qu'une fois par jour (Johnson, et al., 2006; Niel Malan, 2008).

Bien qu'il soit possible d'atteindre une bonne observance des traitements dans les milieux aux ressources limitées et dans diverses populations vulnérables (Mills et al., 2006), nombreuses sont les personnes vivant avec le VIH qui trouvent qu'il est difficile de respecter les schémas thérapeutiques antirétroviraux. Dans un dispensaire de Johannesburg, en 15 mois, près d'un malade sur six a abandonné son traitement après l'avoir commencé (Dalal et al., 2008). Les facteurs susceptibles de contribuer à la non-observance sont nombreux et peuvent varier selon la population et le milieu. Il peut s'agir de facteurs sociaux et économiques (p. ex. la pauvreté, la précarité du logement et l'insuffisance des transports conduisant à des centres de traitement éloignés) et

de problèmes de santé qui ne sont pas liés au VIH (p. ex. une dépendance active à des substances chimiques ou une maladie mentale) (Hicks et al., 2007 ; Tegger et al., 2008). Il peut être particulièrement difficile de garantir une réelle observance des traitements chez les enfants en raison du manque de formules pédiatriques appropriées, du mauvais goût de certains médicaments antirétroviraux pédiatriques et du fait qu'il faille dépendre d'un adulte soignant pour l'administration du médicament.

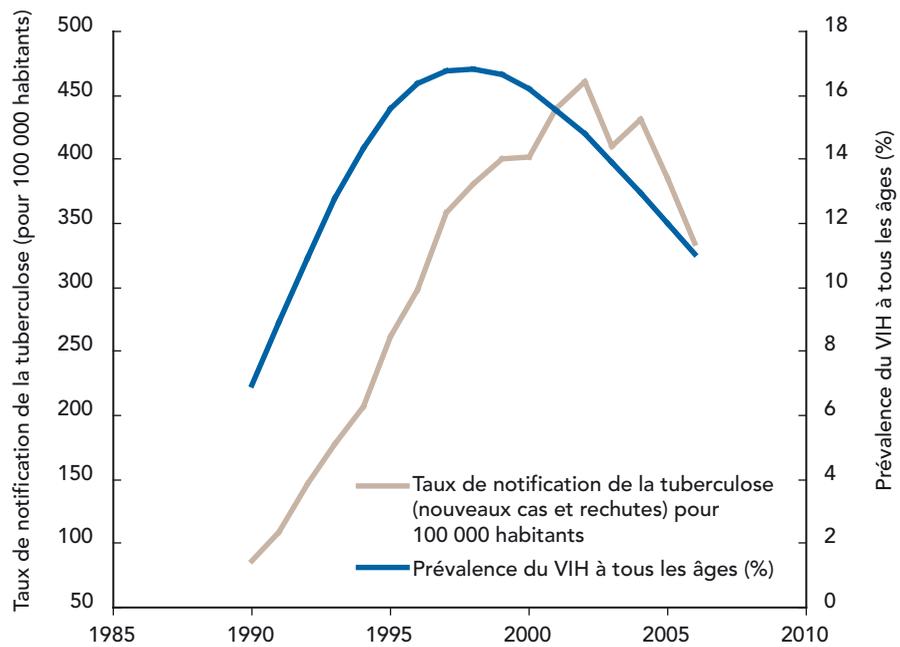
Bien que l'observance des traitements antirétroviraux ait été au centre d'un grand nombre d'essais cliniques, les stratégies optimales susceptibles de mesurer et d'améliorer cette observance n'ont pas encore été définies (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). L'éducation des malades, le conseil et l'utilisation de rappels constituent des éléments prometteurs des stratégies de soutien à l'observance des traitements (Wang et al., 2007 ; Wang & Wu, 2007 ; Aspelung & van Wyk, 2008). Dans les campagnes de l'Ouganda, plus de 95% des malades observaient leur traitement dans 95% des cas au moins (en se fondant sur le nombre de comprimés) après avoir été exposés à

diverses interventions en faveur de l'observance, y compris les groupes d'enseignement, la planification de l'observance personnelle, les « compagnons de traitement » et la distribution hebdomadaire des médicaments à la maison (Weidle et al., 2006). Les programmes qui s'appuient sur les pairs et fournissent une assistance soutenue à l'observance des traitements se sont révélés efficaces ; par exemple dans la province de Java Ouest en Indonésie, le programme Pantura Plus Karawang forme et soutient des bénévoles dans les zones rurales et urbaines afin qu'ils apportent une aide à l'observance aux personnes sous thérapie antirétrovirale.

Éléments du traitement et de la prise en charge complets du VIH sans lien avec les antirétroviraux

La prise en charge médicale du VIH, ce n'est pas seulement le traitement de l'infection à VIH sous-jacente. L'immunodéficience liée au VIH accroît le risque de contracter toute une série de maladies débilitantes potentiellement mortelles ; par conséquent

FIGURE 5.6 Relation entre le taux de notification de la tuberculose et la prévalence du VIH au Zimbabwe, 1990-2005



Source: Rapport mondial 2008 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose (OMS, 2008a) ; estimations de la prévalence du VIH, ONUSIDA.

la prévention et le traitement de ces infections opportunistes sont essentiels à l'efficacité du traitement et de la prise en charge du VIH. Les personnes vivant avec le VIH souffrent également souvent d'autres maladies qui ne sont pas directement liées à leur infection à VIH, mais qui peuvent être aggravées par la présence du VIH ou compliquer la thérapie antirétrovirale. Pour maximiser le succès du traitement contre le VIH, il faut aussi prêter attention à la nutrition, à la santé mentale et aux facteurs sociaux et économiques, par exemple l'accès aux transports. Ce n'est qu'en veillant à ce que les personnes vivant avec le VIH participent activement à leur propre prise en charge médicale que les cliniciens seront en mesure de traiter rapidement et efficacement tout l'éventail des maladies auxquelles les personnes séropositives au VIH sont potentiellement vulnérables.

Tuberculose

La communauté internationale accorde, à juste titre, une attention exceptionnelle à l'élargissement de la thérapie antirétrovirale, mais elle déploie beaucoup moins d'efforts pour une activité qui pourrait entraîner

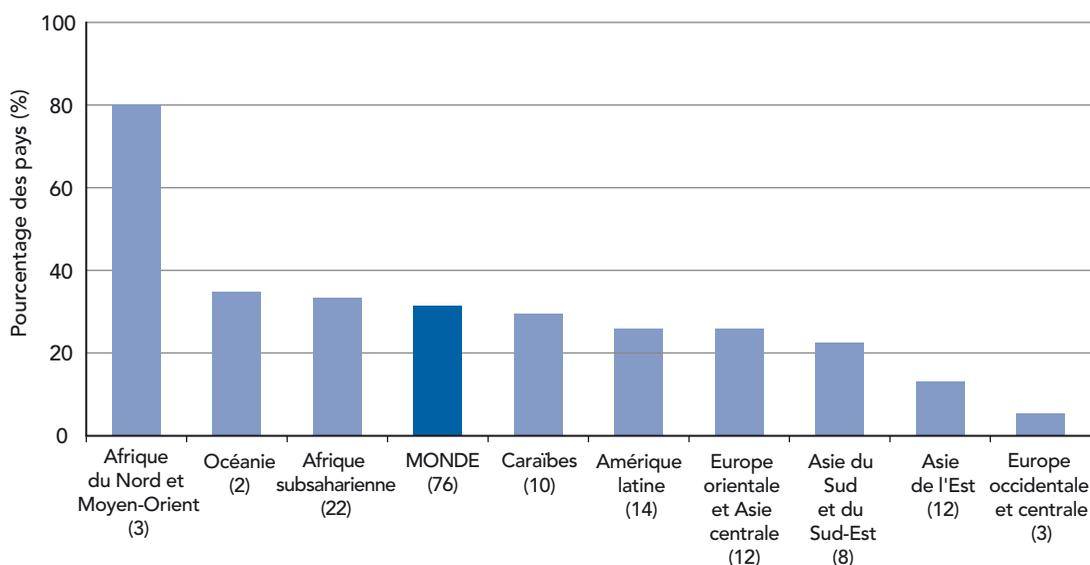
des baisses comparables de la mortalité et de la morbidité liées au VIH, à savoir la prévention, le diagnostic et le traitement en temps utile de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

La tuberculose reste l'infection opportuniste la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, y compris celles qui sont sous thérapie antirétrovirale et elle est une des principales causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Egger, 2007). Les synergies entre VIH et tuberculose sont illustrées à la Figure 5.6, qui montre comment la baisse de la prévalence du VIH au Zimbabwe a entraîné une baisse de la tuberculose. Vu l'impact synergique du VIH et de la tuberculose, l'Afrique connaît aujourd'hui ce que les experts de la tuberculose appellent la pire épidémie de tuberculose depuis l'apparition des antibiotiques (Chaisson, 2008).

On estime que 22% des cas de tuberculose en Afrique surviennent chez des personnes vivant avec le VIH; dans certains pays de la région ce chiffre peut atteindre 70% (OMS, 2008a). Jusqu'à la moitié des enfants vivant avec le VIH en Afrique du Sud

FIGURE 5.7

Pourcentage des cas incidents de tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH, qui reçoivent à la fois des antirétroviraux et des médicaments antituberculeux, 2007



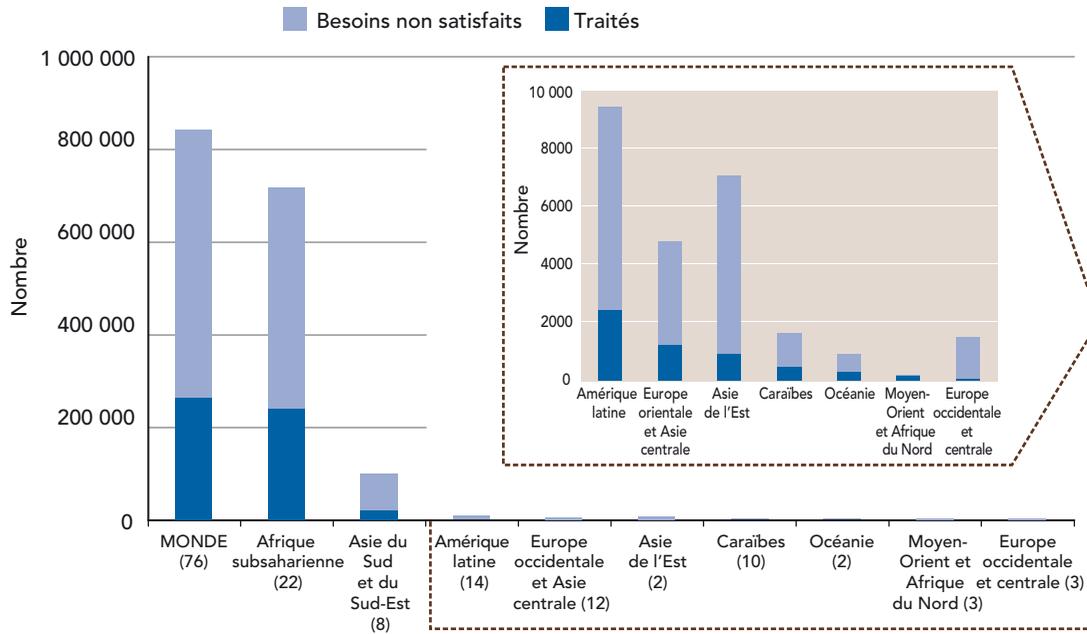
(Nombre de pays notifiant des cas)

Note: pas de données de l'Amérique du Nord

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

FIGURE 5.8

Besoins de traitement non satisfaits pour les cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, par région, 2007



(Nombre de pays notifiant des cas)
 Note: Pas de données d'Amérique du Nord
 Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

sont également infectés par la tuberculose (Prendergast et al., 2007). Bien que l'incidence de la tuberculose ait baissé à l'échelle mondiale ces dernières années, le nombre de cas continue d'augmenter dans les zones fortement touchées par le VIH ou par la tuberculose pharmacorésistante, comme c'est le cas en Afrique et en Europe orientale (OMS, 2008a).

Diagnostiquer et traiter la tuberculose active. La tuberculose est particulièrement difficile à diagnostiquer chez les personnes vivant avec le VIH, que ce soit par la microscopie des crachats ou sur le plan clinique (Hopewell et al., 2006; Chaisson & Martinson, 2008). Des outils de diagnostic plus sensibles permettraient de réduire de 20% la mortalité liée à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (Dowdy et al., 2006), mais ces techniques sont rarement disponibles dans les milieux où les ressources manquent (Chaisson & Martinson, 2008).

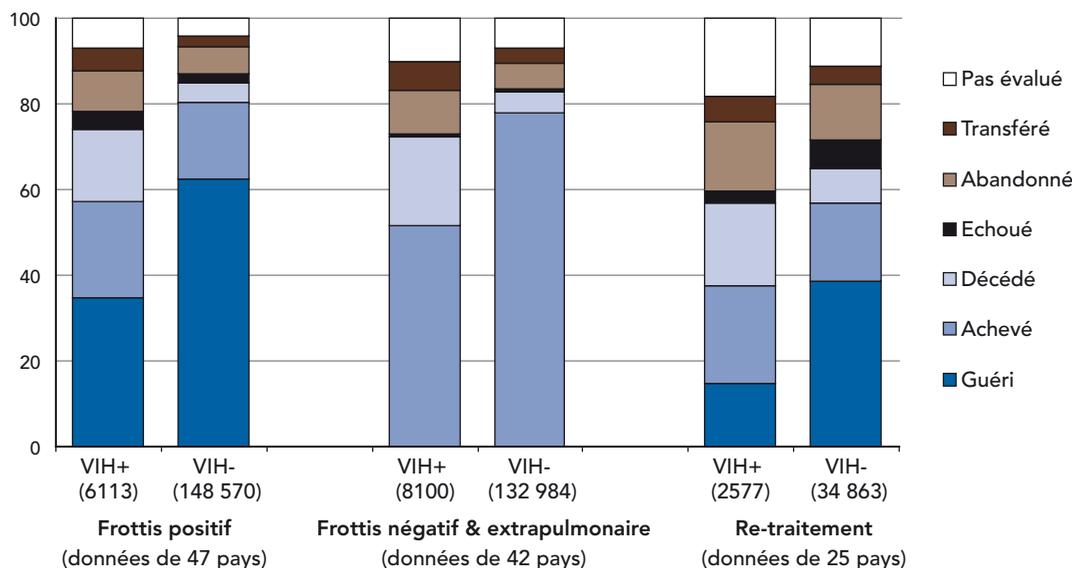
Le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH suit la même approche de base que pour les patients qui ne sont pas infectés par le VIH.

Pourtant, malgré l'existence de traitements abordables et bien maîtrisés de la tuberculose, 32% seulement des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH bénéficient à la fois des médicaments antirétroviraux et antituberculeux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Si l'on se réfère au nombre de malades qui devraient bénéficier de ce double traitement, c'est en Afrique subsaharienne que ce besoin est le moins satisfait (Figure 5.7). Si on les compare aux personnes atteintes de tuberculose sans infection à VIH, les personnes tuberculeuses vivant avec le VIH ont des taux de succès de traitement moins élevés, en raison principalement d'un risque de décès accru (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008; OMS, 2008a).

On recommande aux malades séropositifs au VIH de prendre systématiquement du cotrimoxazole, qui peut amener une baisse de 40% de la mortalité (OMS, 2007b). En 2006, 78% des personnes séropositives au VIH atteintes de tuberculose ont bénéficié d'une prophylaxie au cotrimoxazole (OMS, 2008a).

FIGURE 5.9

Résultats des traitements des personnes atteintes de tuberculose séropositives au VIH et séronégatives au VIH, cohorte 2005



Note: Les chiffres sous les colonnes représentent le nombre de malades figurant dans la cohorte.

Source: Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Les interactions potentielles entre médicaments, ainsi que les difficultés associées à l'observance de plusieurs schémas thérapeutiques, peuvent compliquer le traitement simultané de la tuberculose et du VIH (Hopewell et al., 2006). En 2007, l'OMS a publié un nouveau module pour la prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH dans le cadre de son initiative sur la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (OMS, 2007b). Une information précise et continue est essentielle si l'on veut aider les malades qui suivent un traitement contre le VIH et la tuberculose à prendre correctement un grand nombre de comprimés et à respecter les modifications de médication exigées par les schémas thérapeutiques standard du double traitement.

Quelle que soit la sérologie VIH, l'observance consciencieuse des traitements de la tuberculose est cruciale pour éviter l'apparition de la pharmacorésistance, qui entraîne des échecs de traitement et peut être transmise à d'autres. On a montré que les personnes vivant avec le VIH avaient un risque deux fois plus élevé d'être atteintes de tuberculose multirésistante (TB-MR) que les

personnes qui ne sont pas infectées par le VIH (OMS, 2008c). Dans une zone rurale de la province du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, une flambée de tuberculose ultra-résistante aux médicaments TB-UR), c'est-à-dire une tuberculose qui est résistante à la fois aux médicaments de première et de deuxième intentions, a été associée à une mortalité extrêmement élevée parmi des personnes vivant avec le VIH (Gandhi et al., 2006).

Prévenir la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH. Il est recommandé à toutes les personnes vivant avec le VIH de procéder régulièrement au dépistage de la tuberculose active. En l'absence de preuves de maladie active, il faudrait que ces personnes soient traitées pour une infection tuberculeuse latente au moyen d'une thérapie préventive de six à neuf mois (OMS, 2004). D'après les gouvernements nationaux, 42% seulement des pays connaissant des épidémies généralisées ont mis en œuvre le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH et 27% seulement fournissent une thérapie de prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans

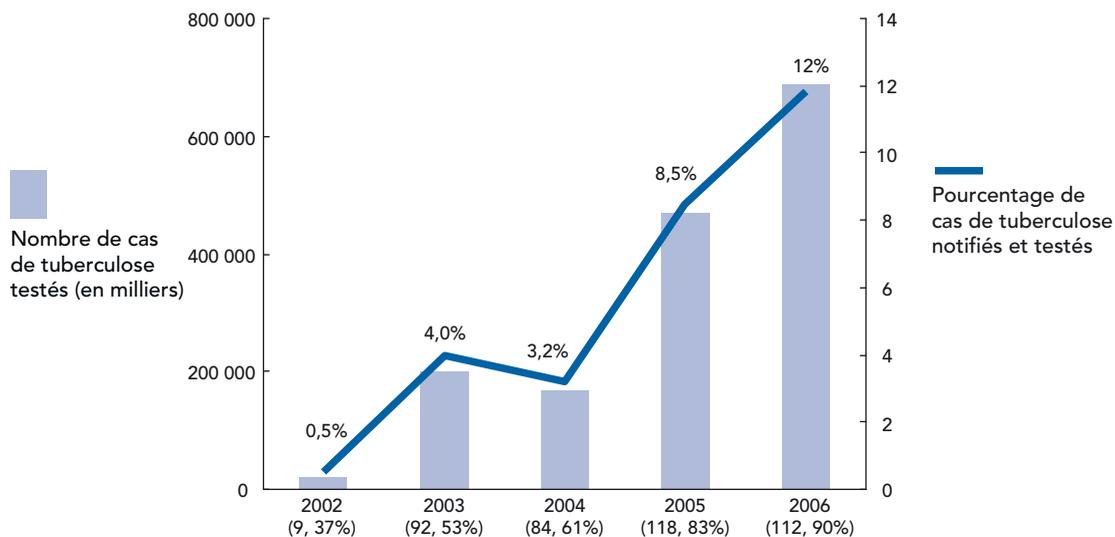
les districts qui en ont besoin; des informateurs non gouvernementaux indiquent que ces deux services ne sont largement disponibles que dans 24% des pays connaissant des épidémies généralisées (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Une enquête OMS dans 41 pays qui connaissent un fardeau de VIH et de tuberculose modéré à élevé a noté que, si 51% des pays disposent de politiques nationales pour la fourniture de thérapie antituberculeuse préventive aux personnes séropositives au VIH atteintes d'infection tuberculeuse latente, 15% seulement des pays avaient mis en œuvre la politique à l'échelle nationale. A l'échelle mondiale, 27 000 personnes séropositives au VIH seulement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avaient entamé une thérapie préventive à l'isoniazide en 2006 et presque toutes dans un seul pays, le Botswana (OMS, 2008a).

Prévenir la poursuite de la transmission. Les établissements de soins sont potentiellement des lieux importants de transmission de la tuberculose – et plus gravement, de la TB-UR – aux personnes vivant avec le VIH. Un modèle mathématique a montré que la mise en place des méthodes disponibles de lutte contre l'infection dans les établissements de soins

pourrait prévenir près de la moitié de tous les cas de TB-UR en Afrique du Sud (Basu et al., 2007). Selon des rapports nationaux, plus de 60% des pays connaissant des épidémies généralisées n'ont toujours pas mis en œuvre les bonnes pratiques de lutte contre l'infection pour prévenir la transmission de la tuberculose dans les milieux à forte prévalence, par exemple les dispensaires de prise en charge du VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Problèmes rencontrés par les systèmes de santé pour prendre en charge la coinfection VIH/tuberculose. Les insuffisances institutionnelles se combinent pour entraver les efforts déployés par les pays afin de répondre à la menace synergique que présente la coinfection VIH/tuberculose. Les actions entreprises notamment pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH sont contrecarrées par l'échec de l'intégration des services VIH et tuberculose aux niveaux national et sous-national, qui a pour effet des occasions manquées de fournir des services optimaux de prévention, de diagnostic et de traitement.

FIGURE 5.10 Dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose, tous pays, 2006



Note: Les chiffres sous les colonnes représentent le nombre de pays qui notifient des données, suivi du pourcentage du total estimé des cas de tuberculose séropositifs au VIH observés dans les pays qui notifient des cas.

Source: OMS, 2008a.

Le financement des efforts de lutte contre la tuberculose dans les pays connaissant un lourd fardeau de cette maladie a plus que doublé depuis 2002, mais un grand nombre des pays les plus touchés n'ont pas encore prévu de budget suffisant pour les activités visant à réduire le fardeau de la tuberculose liée au VIH. Les obstacles au sein des systèmes de santé, par exemple l'insuffisance des approvisionnements en médicaments et des capacités de laboratoire, limitent encore et toujours la prise en charge efficace des personnes vivant avec le VIH (OMS, 2007d).

Sur les 63 pays qui, collectivement, abritent 97% des cas de tuberculose séropositifs au VIH dans le monde, 63% ont mis en place des plans nationaux pour la fourniture intégrée de la prise en charge du VIH et de la tuberculose. Néanmoins, un grand nombre de ces plans n'ont pas été traduits en réels systèmes de prestations. Bien que le Plan mondial « Halte à la tuberculose » 2006–2015 ait fixé comme objectif mondial de dépister le VIH chez 1,6 million de malades de la tuberculose chaque année, quelque 700 000 seulement de ces malades avaient été testés pour le VIH en 2006 (OMS, 2008a) (Figure 5.10).

Défis techniques à relever pour améliorer l'issue de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. En plus de 40 ans, aucune nouvelle classe de médicaments antituberculeux n'a été approuvée et le principal test de diagnostic est vieux de plus de 100 ans. Il faudrait considérablement accroître les investissements dans la recherche de nouveaux outils pour prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Autres maladies liées au VIH

En plus de la tuberculose, les personnes vivant avec le VIH peuvent être vulnérables à toutes sortes d'infections opportunistes, par exemple la pneumonie à *Pneumocystis carinii*, la rétinite due au cytomégalovirus, diverses maladies et complications orales, des changements de la masse osseuse et un risque accru de maladies osseuses, ainsi que le cancer du col de l'utérus. La thérapie antirétrovirale est souvent cruciale pour une gestion efficace des infections opportunistes, car le rétablissement des fonctions immunologiques réduit généralement considérablement le risque de survenue d'une maladie opportuniste (Heiden et al., 2007). En outre, les interventions cliniques portent sur les infections

opportunistes elles-mêmes, ce qui exige un suivi constant du malade, des outils de diagnostic précis, une prophylaxie en temps opportun et un traitement ciblé.

L'accès aux médicaments et aux autres services de santé nécessaires à la prise en charge des maladies opportunistes liées au VIH est souvent sévèrement limité dans un grand nombre des pays manquant de ressources. Soixante-dix pour cent des pays participant à une enquête de l'OMS ont indiqué que des approvisionnements irréguliers et des ruptures de stock fréquentes constituaient des obstacles à l'élargissement de la prophylaxie au cotrimoxazole à l'échelle nationale, prophylaxie utilisée dans le traitement de la tuberculose et d'autres infections opportunistes liés au VIH.

L'hépatite B est endémique dans un grand nombre de pays à forte prévalence du VIH et elle se concentre particulièrement chez les enfants. Dans une étude en Côte d'Ivoire, 12% des enfants vivant avec le VIH étaient également infectés par l'hépatite B (Rouet et al., 2008). Les adultes atteints d'une double infection VIH et hépatite B passent au stade chronique de l'hépatite B cinq fois plus rapidement que les adultes qui ne sont pas infectés par le VIH. Les personnes atteintes à la fois de VIH et d'hépatite B ont parfois des difficultés à tolérer les antirétroviraux, ce qui exige un suivi étroit et continu des malades (Hoffman, 2007). Certaines études ont également relevé un risque potentiel accru de résistance aux antirétroviraux chez les enfants coinfectés par le VIH et l'hépatite B (Rouet et al., 2008). On ne peut pas guérir l'hépatite B, bien que la suppression de la maladie soit possible par une thérapie prolongée, de durée parfois indéterminée. Malheureusement, sur les sept médicaments actuellement utilisés pour traiter l'hépatite B chronique dans les pays à revenu élevé, un seul est largement disponible en Afrique et en Asie (Hoffman, 2007).

Besoins des consommateurs de drogues injectables en matière de traitement

Même s'il est parfaitement possible d'obtenir d'excellents résultats par la thérapie antirétrovirale chez des individus séropositifs qui dépendent de substances, la toxicomanie peut avoir un effet important sur les approches thérapeutiques. La consommation d'alcool, par exemple, peut exacerber les effets secondaires des médicaments (NIH, 2008) et

les malades dépendants de substances chimiques ont parfois de la peine à respecter les traitements prescrits.

Les traitements de substitution par la méthadone ou la buprénorphine sont efficaces pour traiter la dépendance aux opiacés. L'OMS a ajouté la méthadone à la liste des médicaments essentiels en 2005. Néanmoins, l'insuffisance ou l'absence totale de traitements de substitution dans de nombreuses parties du monde, en raison de l'interdiction de ces services par les politiques gouvernementales, constitue un obstacle majeur au traitement efficace des personnes séropositives dépendantes des opiacés (voir Chapitre 4). Le manque de traitements de substitution pour la dépendance aux substances chimiques est particulièrement important en Chine, en Fédération de Russie et en Inde (OMS, 2008b). Selon les rapports des informateurs non gouvernementaux, de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, d'Asie du Sud et du Sud-Est et d'Amérique du Nord sont dotés de loi, de réglementations et de politiques qui entravent la fréquentation des services liés au VIH par les consommateurs de drogues injectables (données de l'Indice composite des politiques nationales fournies par les pays, 2008) (Figure 5.11).

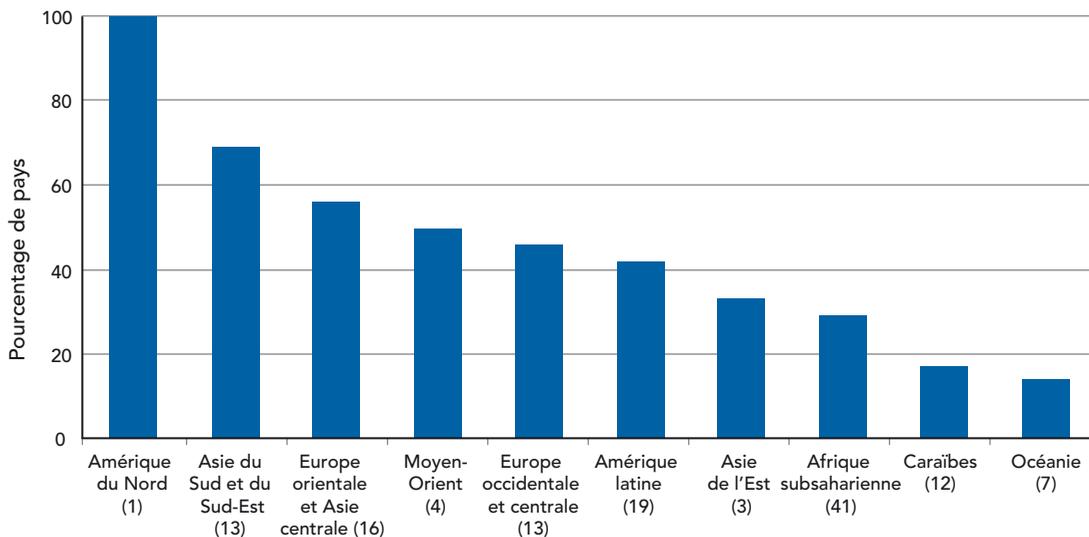
La coinfection avec une ou plusieurs formes d'hépatite est fréquente chez les personnes vivant avec le VIH dans de nombreuses régions du monde. Des études aux Etats-Unis suggèrent que 50% à 90% des consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH sont aussi infectés par l'hépatite C (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). L'infection à VIH accroît significativement le risque de décès par maladies hépatiques chez les individus infectés par l'hépatite C (Smit et al., 2008). Bien qu'il soit possible d'obtenir d'excellents résultats cliniques chez les individus coinfectés par le VIH et l'hépatite C, la prise en charge médicale simultanée des deux maladies peut être complexe étant donné les interactions et la toxicité potentielles des médicaments et les incertitudes quant au choix des meilleures approches thérapeutiques (Sulkowski & Benhamou, 2007).

Maladies du vieillissement

Dans les situations où les antirétroviraux sont largement utilisés depuis le milieu des années 1990, le traitement a radicalement changé le cours naturel de l'infection à VIH, élargissant le spectre des problèmes de santé présentés par les individus

FIGURE 5.11

Pourcentage de pays qui annoncent des lois, réglementations ou politiques constituant des obstacles à la fréquentation des services pour les populations les plus exposées au risque



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

vivant avec le VIH et modifiant les causes de décès les plus courantes chez les personnes séropositives au VIH (Smit et al., 2006). En particulier, les maladies chroniques et les maladies concomitantes provoquent un pourcentage toujours plus grand de décès parmi les personnes vivant avec le VIH dans les milieux où les antirétroviraux sont utilisés depuis plus d'une décennie. Entre 1995 et 2006, le pourcentage de décès non liés au VIH parmi les personnes vivant avec le VIH à New York a augmenté de 8% à 32%, les maladies cardio-vasculaires et les cancers non associés au sida représentant près de la moitié de tous les décès (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007). En Norvège, alors que le risque de décès lié au VIH a baissé de 80% depuis l'apparition des trithérapies, le taux de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH reste quatre fois plus élevé que celui de la population générale (2007).

Au fur et à mesure que les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire vivent plus longtemps grâce à un accès accru aux médicaments antirétroviraux, il est probable que le nombre et la prévalence des infections opportunistes liées au VIH vont également évoluer. Par exemple, en se basant sur l'expérience des pays à revenu élevé, où les médicaments sont largement disponibles depuis le milieu des années 1990, plusieurs cancers non liés au sida pourraient bien devenir des complications de plus en plus importantes de l'infection à VIH (Grulich et al., 2007; Dhir et al., 2008).

Santé mentale

L'infection à VIH, maladie potentiellement mortelle et objet de stigmatisation, a inévitablement des effets sur la santé mentale. On estime que près de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde souffriront à un moment ou un autre de dépression clinique (Miller, 2006). En plus de ses conséquences psychosociales, l'infection à VIH peut avoir d'importants effets biologiques sur le fonctionnement de la santé mentale, avec pour effet des déficiences cognitives et la démence (Freeman et al., 2005).

L'intégration des services de santé mentale dans les programmes de traitement antirétroviral est essentielle pour une prise en charge et un traitement efficaces. En moyenne, les malades qui connaissent des troubles de l'humeur, de l'anxiété ou un abus de substances

ont une réaction virologique moins marquée à la thérapie antirétrovirale que les personnes qui ne sont pas atteintes de ces maladies (Pence et al., 2005). La dépression a également été associée à une baisse des apports nutritionnels chez les personnes vivant avec le VIH (Isaac et al., 2008).

Il existe des stratégies avérées de conseil, de soutien social et de psychothérapie pour répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes vivant avec le VIH (Catalan et al., 2005). Les gouvernements nationaux des pays connaissant des épidémies généralisées indiquent que des services d'appui psychosocial existent dans tous les districts qui en ont besoin dans 52% des pays, bien que les informateurs non gouvernementaux estiment que ceci n'est le cas que dans 27% de ces pays (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Des services professionnels de santé mentale sont rarement disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Alors que les troubles mentaux représentent plus de 11% du fardeau total de morbidité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, nombreux sont les pays qui investissent moins de 1% de leurs budgets de santé dans les services de santé mentale (Patel, 2007). L'élargissement des capacités en santé mentale des établissements où l'on administre des antirétroviraux est une priorité importante sur la voie de l'accès au traitement universel.

Nutrition et traitement et prise en charge du VIH

L'état nutritionnel est un des meilleurs indicateurs de prédiction de la mortalité liée au VIH. Avec la progression de la maladie à VIH, l'état nutritionnel se détériore fréquemment. L'infection à VIH augmente les besoins en protéines, micronutriments et énergie chez les adultes comme les enfants (OMS, 2003; Friis, 2005). Dans le même temps, les symptômes liés au VIH, tels que le manque d'appétit, les ulcères buccaux et une mauvaise absorption des nutriments est susceptible de réduire la consommation d'aliments. Le manque d'accès à une nourriture adéquate constitue un problème particulier pour les personnes qui entament une thérapie antirétrovirale et il arrive qu'il entrave la fréquentation des services de traitement.

La VIH accentue les carences nutritionnelles déjà importantes qui sont le lot d'un grand nombre de pays fortement touchés par l'épidémie. Généralement, dans les pays les moins développés 35% de la population souffre d'une nutrition insuffisante (PNUD, 2005). Les carences en micronutriments sont l'une des formes les plus courantes de la mauvaise nutrition dans les pays à faible revenu et elles peuvent porter encore davantage atteinte au système immunitaire des personnes vivant avec le VIH, réduisant ainsi la capacité de l'organisme à combattre l'infection (Food and Nutrition Technical Assistance, 2004a; Jones et al., 2006).

Dans le cas des enfants séropositifs au VIH, une mauvaise nutrition accélère la progression de la maladie à VIH et accroît le risque de décès dans les premières années de vie (Walzer et al., 2006). En Afrique subsaharienne et dans d'autres pays touchés par le VIH, les carences nutritionnelles sont fréquentes chez les enfants (Bryce et al., 2008). Il est particulièrement important de suivre le régime alimentaire des enfants allaités au sein nés de mères séropositives au VIH au moment où ils sont sevrés, car cette transition a souvent pour effet une sous-alimentation et un risque accru de mortalité ou de retard de croissance (Becquet et al., 2006).

Un soutien nutritionnel offert en temps utile aux personnes vivant avec le VIH peut contribuer à prolonger la période asymptomatique de relative bonne santé pour ces personnes ou, si le système immunitaire est déjà gravement atteint, à réduire le risque de décès. (Pour un résumé des données disponibles sur l'impact de l'appui nutritionnel sur la santé des personnes vivant avec le VIH, voir Gillespie & Kadiyala, 2005). Parmi les stratégies avérées permettant d'améliorer l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH, on peut noter la distribution de rations dans les zones d'insécurité alimentaire, les suppléments en micronutriments et les aliments thérapeutiques pour combattre les effets de la malnutrition modérée ou grave (Gillespie & Kadiyala, 2005). D'après les rapports non gouvernementaux, seuls 11% des pays connaissant des épidémies généralisées assurent la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH dans tous les districts, alors que les rapports des gouvernements indiquent que ces services sont largement disponibles dans 23% des pays (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Le suivi nutritionnel, associé à une intervention appropriée en temps utile, est un élément crucial de la gestion des antirétroviraux. Au niveau le plus élémentaire, lorsque les malades ont faim ou sont sous-nutris, il leur est difficile et parfois même impossible de suivre des schémas thérapeutiques complexes (Marston & Decock, 2004). Selon le traitement prescrit, la prise de médicaments antirétroviraux exige certaines restrictions diététiques; certains médicaments doivent être pris à jeun, alors que le métabolisme d'autres médicaments est optimisé lorsqu'ils sont pris au moment des repas (Food and Nutrition Technical Assistance, 2004b). Comme c'est le cas pour tous les médicaments, les antirétroviraux seront vraisemblablement plus efficaces lorsqu'ils sont absorbés par des personnes bien nourries. En outre, certains effets secondaires courants des médicaments, comme la nausée ou le manque d'appétit, peuvent entraîner une baisse de la consommation alimentaire. Un récent projet de recherche opérationnelle conduit par le Programme alimentaire mondial et le Centre de recherche sur les maladies infectieuses en Zambie a trouvé que les malades sous thérapie antirétrovirale qui bénéficiaient d'un soutien nutritionnel ciblé avaient de meilleurs taux d'observance des traitements.

Améliorer l'accès aux services de traitement et de prise en charge

Même si d'importants progrès ont été faits, l'élargissement des traitements n'a pas suivi l'accroissement des besoins réels. Dans plusieurs régions, les actions destinées à fournir les thérapies indispensables à ceux qui en ont besoin ont rencontré toutes sortes d'obstacles. Pour atteindre l'accès universel, il faudra élaborer des stratégies efficaces pour surmonter ces obstacles.

Connaissance insuffisante de sa sérologie VIH

On dispose de techniques financièrement abordables pour diagnostiquer l'infection à VIH, y compris les tests rapides qui évitent aux individus un retour au laboratoire pour recevoir leurs résultats. Si le diagnostic du VIH est assez facile chez les adultes – sauf juste après l'exposition au virus, où des techniques plus pointues sont nécessaires pour poser un diagnostic définitif – il est plus compliqué chez les jeunes enfants, comme on l'a montré plus haut.

Les soins palliatifs dans les ripostes nationales au VIH

Une des questions qui revêt une importance croissante dans l'intensification de l'accès universel, c'est le rôle des soins palliatifs en tant que composante intégrale des ripostes nationales au VIH. Les soins palliatifs, ce sont l'appui psychosocial, l'accès aux médicaments susceptibles de contrôler les douleurs et les symptômes et les autres mesures traitant des difficultés physiques, mentales et spirituelles rencontrées lorsqu'on doit faire face au VIH et aux maladies qui lui sont associées.

Les programmes actuels de soins palliatifs sont soumis à d'énormes pressions pour répondre à une demande croissante. Par exemple, dans le district de Motheo de l'Etat libre, en Afrique du Sud, on estime à 44 000 le nombre d'orphelins de mère, dont 7736 vivent avec le VIH. On pense que plus de 25 000 enfants de moins de 10 ans souffrent de malnutrition. Le seul programme de soins palliatifs du district permet d'aider 1300 enfants, soit une fraction de ceux qui ont besoin d'un soutien (Dippenaar & Marston, 2008).

Les obstacles juridiques et réglementaires à l'accès aux médicaments analgésiques simples et peu coûteux constituent une entrave importante à l'efficacité des services de soins palliatifs. L'Organe international de contrôle des stupéfiants admet que la plupart des pays ont une faible consommation de médicaments à base d'opiacés et que sept pays à revenu élevé représentant 12% seulement de la population mondiale (Allemagne, Australie, Autriche, Canada, Etats-Unis, France et Royaume-Uni) consomment 84% de la morphine médicale. L'Organe a invité les gouvernements à examiner de manière critique et à réviser les méthodes qu'ils appliquent pour estimer les besoins de leurs pays en opiacés (Organe international de contrôle des stupéfiants, 1989).

Un diagnostic en temps utile de l'infection à VIH est crucial pour une prise en charge efficace de l'infection à VIH. Les personnes diagnostiquées tardivement répondent moins bien à la thérapie antirétrovirale et sont exposées à un risque accru de maladie et de décès (Girardi, Sabin & Monforte 2007). Une étude réalisée à New York a révélé que les personnes atteintes d'une infection opportuniste au moment de leur diagnostic de sida avaient un risque trois fois plus élevé de mourir dans les trois ans que les personnes ayant moins de 200 CD4 par mm³, mais aucun antécédent d'infection opportuniste (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2005).

Pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH, le diagnostic du virus n'est posé qu'après une importante détérioration de leur système immunitaire. Au Brésil par exemple – malgré plus d'une décennie d'expérience dans la fourniture d'antirétroviraux dans le cadre du système de santé publique – près de la moitié des personnes vivant avec le VIH apprennent leur diagnostic d'infection en même temps que leur diagnostic de sida (Agence

France Presse, 2008). Ce n'est que récemment que de vastes enquêtes démographiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont commencé à recueillir des informations sur les antécédents des personnes concernant le test VIH, c'est pourquoi il est encore impossible d'analyser les tendances du dépistage. Plus récemment encore, le test sérologique a été introduit dans ces enquêtes, ce qui permet une analyse à la fois de la sérologie VIH et des antécédents de test. Dans les 16 pays où cette analyse était possible, la plupart des personnes interrogées qui ont présenté un test positif pour le VIH n'avaient jamais fait de test VIH auparavant (MEASURE DHS, 2008). Dans presque 40% des pays connaissant des épidémies généralisées, les gouvernements indiquent que les services de conseil et de dépistage du VIH n'ont pas été mis en place dans tous les districts qui en auraient besoin. Les sources non gouvernementales rapportent que c'est dans 70% des pays que ces services ne sont pas largement répandus (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les services de conseil et de dépistage du VIH à l'intention des personnes atteintes de tuberculose ne sont pas encore disponibles

partout : dans les pays connaissant des épidémies généralisées, 46% des rapports gouvernementaux indiquent que ces services sont disponibles dans tous les districts qui en ont besoin, mais les rapports non gouvernementaux affirment que ce n'est le cas que dans 27% des pays seulement (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Ce ne sont pas que les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont de la peine à assurer une connaissance élargie et en temps utile de la sérologie VIH. On estime que 25% de toutes les personnes séropositives aux Etats-Unis n'ont pas été diagnostiquées (Centers for Disease Control and Prevention, 2002). A New York, capitale financière mondiale, une personne sur quatre qui a présenté un test VIH positif a reçu un diagnostic de sida dans le mois suivant son test de séropositivité (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007).

Comme le décrit le Chapitre 2, la forte stigmatisation qui entoure le VIH dans de nombreux pays décourage bien des gens de chercher à connaître leur sérologie VIH (Weiser et al., 2006). Pourtant de plus en plus de données montrent qu'une action nationale concertée pour promouvoir le dépistage et combattre la stigmatisation liée au VIH peut accroître considérablement le niveau du dépistage. Par exemple, de nombreux pays ont mis en place le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé (ONUSIDA & OMS, 2007) et utilisent les tests rapides, les laboratoires mobiles et d'autres méthodes extra-institutionnelles pour améliorer les connaissances relatives à la sérologie VIH. Au Botswana, le nombre de personnes utilisant les services de dépistage a plus que doublé dans l'année qui a suivi le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant (Steen et al., 2007). La recherche sociale et comportementale suggère que l'importance et la nature des services liés au test sont souvent des déterminants essentiels de la fréquentation des services (Obermeyer & Osborn, 2007).

Une campagne nationale de promotion de la connaissance de sa sérologie VIH au Malawi a culminé avec la deuxième « Semaine nationale de conseil et de dépistage du VIH » en juillet 2007. Un total de 186 631 personnes ont été testées cette semaine-là, dépassant largement la cible de 130 000 fixée par la campagne, et 80% de ces personnes

n'avaient jamais été testées auparavant. La campagne a permis de diagnostiquer une infection à VIH chez 15 667 personnes, soit 6,1% des hommes testés, 9,7% des femmes non enceintes, et 11,3% des femmes enceintes (Malawi National AIDS Commission, 2007). De même, l'Éthiopie a noté une multiplication par huit de la fréquentation des services de conseil et de test VIH, détectant plus de 108 000 nouvelles infections, soit 6% de toutes les personnes testées (Ethiopia Federal Ministry of Health, 2007).

La médecine traditionnelle africaine est souvent la première, et parfois la seule, option de soins de santé accessible dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne, c'est pourquoi la participation des guérisseurs traditionnels à la riposte au VIH est cruciale. Dans la province du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, des actions ont porté sur le développement des capacités des guérisseurs traditionnels à parler de VIH et de sexualité avec les personnes qui les consultent.

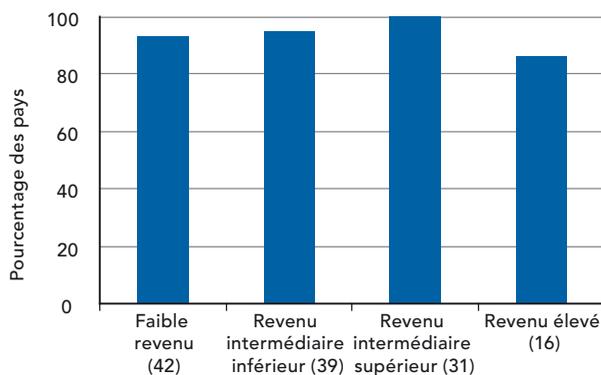
Obstacles économiques

Des problèmes économiques empêchent souvent les gens d'utiliser les médicaments antirétroviraux, car ils doivent par exemple payer une redevance, partager le paiement ou s'acquitter d'autres coûts-patient qui sont supportés par les ménages affectés. La plupart des pays (92% selon des rapports non gouvernementaux) ont des politiques de fourniture gratuite de médicaments antirétroviraux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Cependant, des études de la société civile dans 17 pays ont découvert que de nombreux patients recevant des médicaments gratuits devaient supporter eux-mêmes les coûts parfois considérables des tests de diagnostic ou du traitement des infections opportunistes (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007) (voir Figure 5.12). Reconnaissant les obstacles à l'accès que peuvent représenter les coûts-patient, le Gouvernement du Cameroun a introduit la gratuité du traitement du VIH en 2007, une approche qu'appliquent de nombreux autres pays.

Le traitement peut être parfois beaucoup plus accessible dans les régions urbaines que dans les zones rurales. Un accès limité aux moyens de transport peut considérablement restreindre l'accès au traitement pour les personnes séropositives au VIH dans les zones rurales. Même dans les cas où un dispensaire local est en mesure de fournir des médicaments antirétroviraux,

FIGURE 5.12

Pourcentage par revenu des pays qui annoncent la gratuité du traitement antirétroviral



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

les habitants séropositifs des zones rurales doivent parfois voyager des heures pour faire un test de CD4 ou de la charge virale (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). En 2008, les Chemins de fer indiens ont annoncé un rabais de 50% du prix des billets de train pour les personnes voyageant pour recevoir un traitement du VIH.

Garantir un accès équitable

En plus d'augmenter le nombre total de personnes recevant des antirétroviraux, il faut déployer des efforts ciblés pour garantir que toutes les personnes qui ont besoin de traitement aient un même accès aux médicaments. Des études de la société civile confirment que de nombreuses personnes vivant avec le VIH, en particulier celles venant de groupes marginalisés, sont souvent confrontées à des obstacles considérables pour accéder au traitement du VIH (Human Rights Watch, 2007a; Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Des informateurs non gouvernementaux rapportent que 74% des pays ont mis en place des politiques en vue de garantir un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH pour les populations les plus menacées. Cependant, ils indiquent aussi que 63% des pays ont des lois, réglementations ou politiques qui entravent l'accès de ces groupes aux services ((Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Par exemple, plusieurs pays stipulent que les jeunes gens vivant avec le VIH doivent obtenir le consentement de leurs parents avant de recevoir des médicaments antirétroviraux. Selon le rapport «fantôme» de la société civile sur les progrès nationaux en Fédération de Russie, la constitution d'un registre

national des consommateurs de drogues injectables entraîne souvent la discrimination dans l'accès aux services à l'encontre des personnes séropositives au VIH dont les noms figurent dans ce registre.

Soutenir le traitement et les soins VIH

Bien que des progrès importants aient été réalisés dans l'extension de l'accès à la thérapie antirétrovirale, un effort collectif sur des décennies sera nécessaire pour soutenir un accès au traitement du VIH qui doit durer toute la vie. Le nombre de personnes nécessitant un traitement continuera à augmenter, car le processus de la maladie à VIH va se poursuivre chez les 30 millions de personnes dans le monde qui sont séropositives au VIH mais n'ont jamais suivi de traitement. De plus, les coûts du traitement par personne vont probablement augmenter avec le temps, au fur et à mesure que les malades sous associations standard de médicaments en doses fixes vont passer à des médicaments plus coûteux de deuxième et troisième intentions.

Le défi de la pérennisation des traitements est clairement illustré par l'expérience du Brésil. Ce pays, leader des efforts mondiaux d'élargissement de l'accès au traitement, a commencé en 1996 à offrir un traitement antirétroviral dans le cadre de son système de santé, puis a rapidement étendu l'accès en divisant par cinq le coût des médicaments entre 1997 et 2004. Mais récemment, les dépenses budgétaires pour le traitement du VIH ont considérablement augmenté (Nunn et al., 2007). On estime que le coût de la fourniture de médicaments au Brésil en 2008 atteindra US\$ 525 millions – plus du double de la somme dépensée en 2004 (ONUSIDA, 2007b).

Détermination mondiale à renforcer les systèmes de santé dans les milieux pauvres en ressources

Pour étendre et soutenir l'accès aux traitements dans les milieux pauvres en ressources, il faudra mettre en place des compétences humaines solides et durables pour administrer les thérapies antirétrovirales. Cette priorité a attiré un large éventail d'efforts de renforcement des capacités. Une de ces initiatives, menée par l'OMS, est axée sur les moyens de «traiter, former et fidéliser» les professionnels de la santé (Samb et al., 2007).

Les donateurs attachent une importance grandissante au renforcement des systèmes de santé pour soutenir l'élargissement du traitement du VIH. En 2007, le PEPFAR a dépensé US\$ 638 millions pour développer les capacités des secteurs privés et publics de la santé (PEPFAR, 2008). En novembre 2007, le Fonds mondial a annoncé que 20% des fonds de sa série 2008 d'attribution de subventions porteraient sur les mesures de renforcement des systèmes, notamment l'amélioration de l'infrastructure, le renforcement des filières d'approvisionnement et des ressources humaines (Fonds mondial, 2007b).

L'effort actuel d'accroissement de l'accès aux thérapies contribue à soutenir les systèmes de santé fragiles, apportant des bénéfices qui vont au-delà du VIH. Par exemple, 13 pays cibles du PEPFAR ont montré une amélioration de 36% dans le respect des normes relatives à la sécurité du sang au cours des trois dernières années (PEPFAR, 2008). L'intégration du VIH dans les services de soins de santé primaires peut contribuer à améliorer la fréquentation globale des services de santé. Au Rwanda, par exemple, la fourniture de soins VIH de base a été associée à une augmentation des services sans rapport avec le VIH, tels que les consultations ambulatoires, les tests de laboratoire sans rapport avec le VIH, le dépistage de la syphilis et les consultations prénatales (Family Health International, 2007).

À la clôture de la toute première conférence de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé à Kampala, Ouganda, en mars 2008, plus de 1000 participants venus de 57 pays ont adopté la Déclaration de Kampala, qui a appelé à un financement accru pour s'attaquer aux pénuries de professionnels de la santé en Afrique. L'Alliance estime que 1,5 million de professionnels supplémentaires devront être formés pour s'attaquer à la crise des infrastructures de santé en Afrique, pour un coût annuel de US\$ 3,3 milliards. Entre autres, la déclaration invite les pays à revenu élevé à payer une contrepartie aux pays dont ils recrutent les professionnels de la santé.

Des efforts ciblés seront nécessaires afin de garantir que les améliorations récentes dans l'accès au traitement sont soutenues sur le long terme et de s'attaquer aux facteurs clés qui pourraient mettre en péril l'accès au traitement dans les années à venir.

Ressources humaines

De graves pénuries de professionnels de la santé entravent l'élargissement du traitement dans de nombreux pays lourdement affectés par l'épidémie. Abritant plus de deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde, l'Afrique subsaharienne ne compte que 3% des professionnels de la santé dans le monde et représente moins de 1% des dépenses mondiales de santé (OMS, 2006d).

En guise d'exemple, alors que 347 médecins sont disponibles pour 100 000 personnes en Norvège, il n'y en a que deux pour 100 000 au Malawi ou en République-Unie de Tanzanie (PNUD, 2007). De nombreux facteurs contribuent à la crise des ressources humaines dans les systèmes de santé, parmi lesquels : la faiblesse des programmes nationaux d'éducation et de formation médicales, la mise en œuvre limitée des politiques nationales de gestion des ressources humaines et la « fuite des cerveaux » bien documentée des professionnels de la santé, qui quittent des emplois peu rémunérés dans leurs pays d'origine pour un travail mieux rémunéré dans des pays à revenu élevé ou dans des pays voisins (Moore & Morrison, 2007 ; Arah, Ogbu & Okeke, 2008).

La thérapie antirétrovirale permet à des millions de personnes dans le monde de mener une vie productive et en bonne santé. Le traitement ne préserve pas seulement la vie des individus, mais bénéficie aux familles, aux communautés et à l'ensemble de la société.



L'épidémie elle-même sape la capacité des systèmes de santé à répondre au défi que représente l'intensification de l'action en vue de l'accès universel. Alors que le nombre actuel de professionnels de la santé infectés par le VIH peut sembler relativement modeste dans un pays donné, ces infections peuvent avoir un impact majeur sur la riposte nationale au VIH car fréquemment, le nombre de cliniciens chargés de la fourniture des antirétroviraux est limité, et ceci même dans des pays à forte prévalence. Le besoin crucial de préserver des compétences humaines essentielles dans les secteurs de la santé a poussé certains pays à introduire des services spéciaux de prévention et de traitement VIH pour les professionnels de la santé. Au Malawi, par exemple, plus de 1000 professionnels de la santé recevaient des médicaments antirétroviraux en juin 2006. Le Gouvernement du Malawi estime qu'un accès amélioré aux thérapies antirétrovirales a sauvé la vie de 250 professionnels de la santé, générant des économies de productivité équivalant approximativement aux ressources humaines nécessaires pour fournir des médicaments antirétroviraux à l'échelle nationale (Makombe et al., 2007). Le fait que le manque de ressources humaines ait été identifié comme un obstacle à la mise en œuvre d'une subvention du Fonds mondial au Malawi a poussé le Fonds mondial à approuver l'allocation de US\$ 40 millions pour soutenir la stratégie d'urgence du pays en matière de ressources humaines, qui a également attiré un financement important du Département du Royaume-Uni pour le développement international.

Le manque d'effectifs entrave également le fonctionnement de systèmes qui sont vitaux pour l'accès au traitement. Par exemple, les autorités nationales de réglementation sont souvent très

insuffisantes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Gray, 2004). En conséquence, bien des médicaments antirétroviraux plus récents et de deuxième intention ne sont toujours pas homologués dans certains pays à forte prévalence (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Plusieurs stratégies ont été proposées pour réduire les blocages dans l'homologation des médicaments dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris le développement ciblé des capacités au sein des autorités nationales de réglementation, une plus grande collaboration régionale dans l'homologation des médicaments et une assistance accrue aux pays à faible revenu de la part de spécialistes de la réglementation des pays à revenu élevé (Gray, 2004).

Des problèmes de gestion des approvisionnements peuvent également faire obstacle à la distribution des antirétroviraux. Des études de la société civile dans 17 pays ont montré que des ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux (soit aucune réserve disponible) avaient été observées dans divers établissements cliniques dans plusieurs régions en 2007 (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Tant que les ruptures de stocks seront un problème courant pour de nombreuses maladies dans les pays pauvres en ressources, il faudra des systèmes de remplacement fonctionnels pour prévenir l'interruption des traitements du VIH.

Améliorer la capacité de diagnostic

Si une approche de santé publique permet d'administrer des médicaments antirétroviraux même en l'absence des techniques de diagnostic perfectionnées qui sont la norme dans les pays riches,

Le transfert de tâches pour accroître la capacité des systèmes de santé

Le transfert de tâches est une des stratégies permettant de s'attaquer au manque de professionnels de la santé. Elle implique la redistribution de tâches cliniques au sein des équipes de santé, des agents de santé les plus spécialisés à ceux qui le sont moins, par exemple, des médecins spécialistes aux généralistes, des médecins au personnel infirmier et du personnel infirmier à des membres formés de la communauté. Le transfert de tâches augmente l'efficacité de la fourniture des soins de santé, accroît les effectifs en ressources humaines et facilite une extension plus rapide des programmes de traitement (OMS, 2007e).

Le transfert de tâches est apparu ces dernières années comme un important sujet de discussion dans les cercles VIH suite à l'élargissement des traitements, mais cette approche est courante dans de nombreux milieux pauvres en ressources. Les cliniciens non-médecins sont nombreux dans 25 des 47 pays africains étudiés, surpassant même le nombre de médecins dans neuf pays (OMS, ONUSIDA & PEPFAR, 2008). Plus de trois décennies d'expérience dans l'emploi des agents communautaires pour la thérapie DOTS contre la tuberculose montrent bien la capacité de ces agents à fournir de nombreux services de soins de santé primaires (Samb et al., 2007). Bien que l'accent mis sur le transfert de tâches pour l'élargissement de la thérapie antirétrovirale puisse soulever des inquiétudes quant à la possibilité de soins de deuxième classe dans des milieux aux ressources limitées, la réalité est que le transfert de tâches est devenu courant dans les établissements cliniques des pays à revenu élevé, avec l'emploi étendu et satisfaisant des assistants médicaux et des personnels infirmiers (Wilson et al., 2005).

Afin d'accélérer l'extension des traitements et d'accroître les ressources humaines, plusieurs pays à forte prévalence du VIH ont complété leur emploi informel de non-médecins, de longue date, avec des efforts plus systématiques pour promouvoir le transfert de tâches en tant qu'élément de leurs stratégies nationales de lutte contre le VIH. Ces efforts produisent des résultats prometteurs. Au Mozambique, après avoir formé des non-médecins à prescrire des médicaments antirétroviraux dans 85% des établissements cliniques du pays, le nombre de sites administrant des médicaments a été multiplié par trois et la couverture des traitements a passé de 9,4% à 16,4% (Gimbel et al., 2007). Les programmes adoptant une approche de la fourniture de services VIH axée sur les personnels infirmiers en Haïti et au Rwanda signalent peu de pertes dans le suivi médical, des taux élevés de réussite du traitement et des niveaux de mortalité qui sont comparables à ceux des programmes antirétroviraux plus traditionnels (OMS, ONUSIDA & PEPFAR, 2008).

Afin de guider les efforts de renforcement des ressources humaines pour le VIH, l'OMS, l'ONUSIDA et l'initiative PEPFAR ont élaboré conjointement des directives détaillées relatives au transfert de tâches. Ces directives traitent des mécanismes de garantie de qualité et autres questions connexes. Le transfert de tâches n'est pas une panacée contre les faiblesses infrastructurelles qui freinent l'élargissement des traitements, mais une des approches parmi d'autres qui doivent être poursuivies, par exemple l'augmentation de la rémunération des professionnels de la santé dans les milieux pauvres en ressources et l'amélioration de l'éducation et de la formation médicales.

une amélioration de la capacité de diagnostic dans les milieux aux ressources restreintes aidera les cliniciens à maximiser l'impact et la viabilité de la thérapie antirétrovirale. Le besoin de tests virologiques pour diagnostiquer le VIH chez les enfants exposés à la naissance a des implications particulières pour la capacité des laboratoires locaux. L'expérience a démontré la faisabilité de la mise en place des tests de détermination des CD4 et de la charge virale dans

des milieux aux ressources limitées et l'expansion de ces tests constitue une importante priorité de santé (OMS, 2007a).

Il existe plusieurs méthodes pour mesurer les CD4, y compris un test nouveau, simple et peu coûteux qui pourrait être particulièrement bien adapté aux petits établissements qui n'ont pas les capacités de laboratoire suffisantes (Srithanaviboonchai et al., 2008). La Fondation Clinton a négocié des

réductions de prix jusqu'à 80% auprès des principaux fabricants de techniques permettant de déterminer les CD4 et la charge virale.

Garantir des médicaments antirétroviraux abordables

Dans de nombreux pays lourdement affectés par le VIH – y compris le Kenya, le Malawi, le Nigéria et la Zambie – la dépense annuelle pour les soins de santé de tous ordres est inférieure à US\$ (PPA) 100 par personne (PNUD, 2007). Dans les milieux où les ressources pour la santé sont très limitées, de nombreux médicaments sont considérés comme trop coûteux pour être systématiquement utilisés (Steinbrook, 2007). Jusqu'ici ceci était particulièrement le cas pour les nouveaux médicaments brevetés mis au point par des entreprises pharmaceutiques dans les pays à revenu élevé.

Comme dans de nombreux autres domaines, la riposte au VIH a contribué à trouver de nouveaux moyens d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Grâce à la pression des activistes, à l'émergence de la concurrence des fabricants de génériques et à des négociations directes de l'ONUSIDA et d'autres partenaires avec les entreprises pharmaceutiques, les prix des principaux médicaments antirétroviraux ont nettement baissé au cours des 10 dernières années. Un système de fixation des prix, préconisé depuis longtemps par les experts de la santé mondiale mais rarement mis en pratique, a été mis en place sous l'appellation de « prix différenciés », c'est-à-dire que les entreprises fixent des prix différents selon les capacités de paiement d'un pays. Cette nouvelle approche dans la fixation des prix a libéré des ressources considérables pour les services de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Par exemple, on estime que le Brésil a économisé à peu près US\$ 1 milliard entre 2001 et 2005 grâce à la fabrication interne de huit antirétroviraux génériques et à la négociation d'une baisse des prix auprès des fabricants (Nunn et al., 2007). Les gouvernements nationaux de 94% des pays connaissant des épidémies généralisées et 61% des pays à épidémies concentrées indiquent disposer de politiques nationales d'utilisation des médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour promouvoir l'accès aux antirétroviraux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Les prix ont été réduits suite à l'adoption de règles du commerce international qui permettent une application flexible des dispositions légales relatives à la propriété intellectuelle en ce qui concerne les médicaments nécessaires pour résoudre des problèmes de santé publique graves. Selon les règles en vigueur, les pays peuvent délivrer des licences obligatoires pour des médicaments brevetés lorsque leur accès est indispensable à la protection de la santé publique.

De plus, l'existence d'une industrie pharmaceutique générique florissante dans des pays tels que l'Afrique du Sud, le Brésil, l'Inde et la Thaïlande a exercé une pression sur les prix et élargi la gamme des options abordables pour les programmes nationaux de traitement. L'Inde, le plus important fournisseur de médicaments aux pays à revenu faible ou intermédiaire, exporte deux tiers des médicaments qu'elle fabrique (Steinbrook, 2007).

Le cadre mondial actuel de la propriété intellectuelle n'a pas empêché l'émergence de controverses et d'incertitudes. En 2007, par exemple, une dispute publique a eu lieu entre la Thaïlande et Abbott Laboratories après que le pays eut annoncé son projet de délivrer des licences obligatoires pour l'utilisation du médicament antirétroviral de cette entreprise, le lopinavir-ritonavir. Cette décision de la Thaïlande faisait suite à l'échec des négociations de son gouvernement avec Abbott sur un prix abordable pour le médicament. Par ailleurs, depuis 2005, l'Inde délivre des brevets, comme l'exige l'Organisation mondiale du Commerce. Le fait que ce changement puisse finir par pousser les prix vers le haut en empêchant l'industrie générique indienne de produire des médicaments antirétroviraux essentiels est préoccupant.

En dépit des avancées de ces dernières années dans la fixation des prix, de nouvelles baisses du prix d'achat des antirétroviraux seront nécessaires pour accélérer l'élargissement des traitements. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les médicaments antirétroviraux de deuxième et troisième intentions, qui coûtent considérablement plus cher que les médicaments de première intention dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Même si 4% seulement des malades sous thérapie antirétrovirale dans 23 pays étudiés par l'OMS étaient sous traitement de deuxième intention en 2006 (OMS, 2007a), le besoin de thérapies de deuxième intention va s'accroître avec le temps. On estime à 3% chaque année le nombre de patients suivant un traitement antirétroviral de première

intention – environ 180 000 personnes en 2008 – qui devront passer à un traitement de deuxième intention (OMS, 2006b). A la suite de négociations avec les principaux fabricants de médicaments génériques, la Fondation Clinton et UNITAID ont annoncé en mai 2007 des réductions importantes du prix de 16 différentes formulations de huit médicaments antirétroviraux de deuxième intention. L'OMS a publié des conseils aux pays sur les critères à employer dans la sélection des traitements de deuxième intention, critères qui seront utilisés dans les directives nationales relatives aux traitements (OMS, 2007a).

Même si des progrès majeurs ont été réalisés, des défis impressionnants restent à relever si le monde veut parvenir à l'accès universel. Cependant, l'expérience acquise lors de cette dernière décennie montre que ces défis peuvent être surmontés. Comme l'explique le Chapitre 7, soutenir la riposte à long terme nécessitera un engagement politique fort, de plus grandes ressources encore, un accroissement des capacités nationales et l'implication active de toutes les parties prenantes, en particulier les personnes vivant avec le VIH.

Données pour l'action

Prend-on les bonnes mesures ?

- Tous les pays ont une politique nationale ou stratégie pour promouvoir le traitement, la prise en charge et le soutien complets en matière de VIH.
- Presque tous les pays (85%) connaissant des épidémies généralisées et 52% des pays connaissant des épidémies concentrées indiquent disposer d'évaluations fiables et avoir projeté les besoins à venir des personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale.
- Les gouvernements nationaux de 92% des pays à revenu faible ou intermédiaire rapportent que leurs politiques actuelles permettent la fourniture gratuite de médicaments antirétroviraux.

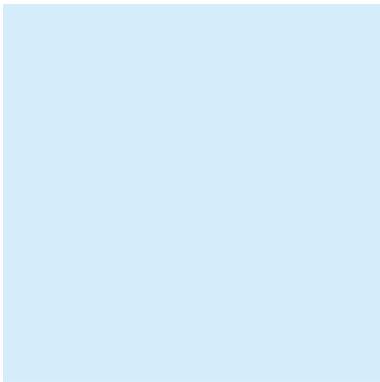
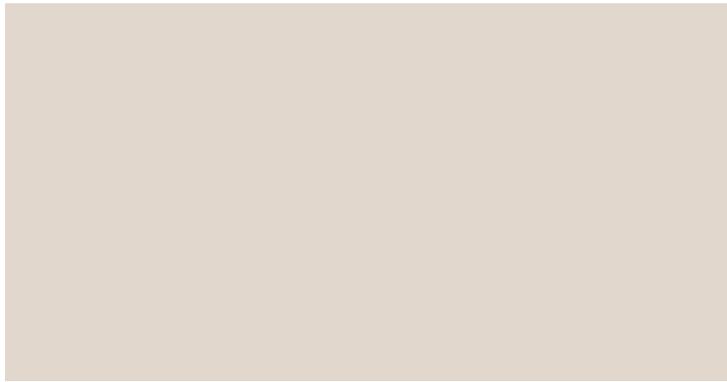
Les bonnes mesures sont-elles prises de la bonne manière ?

- De manière générale, les femmes bénéficient d'une couverture par la thérapie antirétrovirale plus étendue que les hommes, alors que les enfants n'ont eux qu'une couverture bien plus restreinte que les adultes et adolescents dans les pays connaissant des épidémies généralisées, là où le poids de la maladie est le plus lourd.
- Des informateurs non gouvernementaux rapportent que de nombreux pays (40%), y compris la plupart des pays d'Europe orientale, d'Asie centrale, du Sud et du Sud-Est, et d'Amérique du Nord ont des lois, réglementations et politiques qui entravent l'accès des consommateurs de drogues injectables aux services liés au VIH.
- Les services de traitement du VIH et de la tuberculose n'ont pas été réellement intégrés dans la plupart des pays où un grand nombre de personnes sont infectées à la fois par le VIH et la tuberculose. Les gouvernements nationaux indiquent que 42% seulement des pays à épidémies généralisées ont mis en œuvre un dépistage systématique de la tuberculose chez les patients séropositifs au VIH et 27% seulement d'entre eux fournissent une thérapie préventive de la tuberculose dans toutes les régions qui en ont besoin; les rapports non gouvernementaux indiquent que ces deux services ne sont largement disponibles que dans 24% des pays à épidémies généralisées.

Ces actions ont-elles été suffisamment étendues pour faire la différence ?

- A fin 2007, trois millions de personnes avaient eu accès à des médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit 31% du besoin mondial estimé et une amélioration de 45% par rapport à 2006.
- Le nombre de décès dus au sida a commencé à décliner, en partie grâce à l'amélioration de l'accès au traitement. Cette amélioration de l'accès augmente aussi la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.
- Seuls 32% des cas de tuberculose incidente chez des personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'un double traitement pour leur infection à VIH et leur tuberculose en 2007.

Atténuation de l'impact de l'épidémie sur les ménages, les communautés et les sociétés

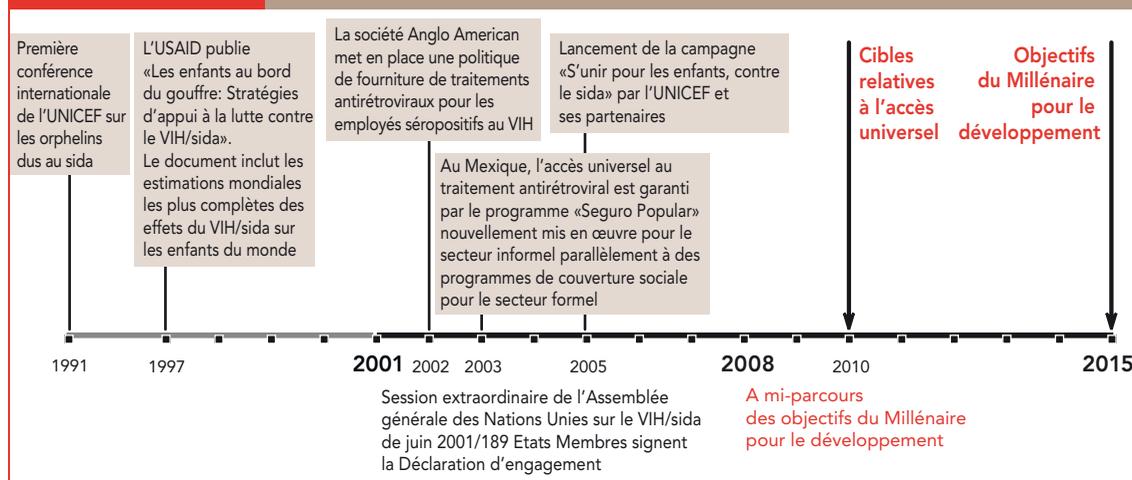


Chapitre 6



FIGURE 6.1

Atténuation de l'impact du sida: événements choisis



Messages clés

- L'épidémie de VIH continue de faire des ravages dans les ménages affectés, en particulier chez les femmes et les enfants.
- Les programmes de protection sociale qui fournissent une aide financière aux ménages affectés par le VIH ont un potentiel avéré pour atténuer l'impact de l'épidémie et doivent être élargis et intensifiés sans délai dans les pays les plus durement touchés.
- Une réforme des lois associée à des campagnes de sensibilisation des communautés, une aide juridique et un appui aux dispositifs d'application des lois peuvent renforcer la protection des veuves et des enfants rendus orphelins par le VIH.
- Bien que les pays à prévalence élevée disposent pour la plupart de stratégies pour appuyer les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH, peu de programmes nationaux touchent plus qu'une petite minorité de ces enfants.
- L'épidémie a des effets particulièrement durs sur les femmes et il faut mettre en œuvre des initiatives élargies et intensifiées visant à accroître leur potentiel propre de génération de revenus.
- Bien que les effets macroéconomiques de l'épidémie soient moins graves que ce que l'on avait craint initialement, le VIH a néanmoins des effets préjudiciables profonds sur certaines industries et certains secteurs agricoles de pays où la prévalence est élevée.
- Pour lutter contre la détérioration permanente des capacités gouvernementales dans les pays à prévalence élevée, des approches stratégiques élargies et intensifiées sont nécessaires pour préserver et renforcer les capacités du secteur public; ces approches doivent inclure des stratégies innovantes pour exploiter au maximum des capacités qui sont limitées.
- Les programmes de traitement antirétroviral sont essentiels pour atténuer l'impact de l'épidémie mais doivent être complétés par des initiatives qui ciblent spécifiquement les ménages, les communautés et les secteurs les plus durement affectés par le VIH.

L'épidémie de VIH a entraîné le renversement du développement humain le plus brutal à lui seul de toute l'histoire (PNUD, 2005). Dans les pays les plus durement affectés, le VIH a réduit l'espérance de vie, aggravé la pauvreté dans les ménages et les communautés vulnérables, réduit la taille des populations, fragilisé les systèmes nationaux et affaibli les structures institutionnelles.

Les effets de l'épidémie ont été plus limités, tout en demeurant considérables, dans les régions où la prévalence du VIH est plus faible qu'en Afrique subsaharienne. En Asie, par exemple, le VIH a raccourci l'espérance de vie de 3 ans au Cambodge et de 1,7 an au Myanmar (Commission on AIDS in Asia, 2008).

Comprendre l'impact de l'épidémie de sida et comment l'atténuer s'est jusqu'à présent révélé beaucoup plus compliqué et nuancé que ce que l'on pensait à l'origine, comme c'est le cas avec la plupart des autres aspects de l'épidémie. Des travaux de recherche modestes mais néanmoins essentiels ont été concentrés sur l'impact de l'épidémie ; cependant, il y a comparativement eu peu d'études et de documentations rigoureuses des stratégies les plus prometteuses pour atténuer les effets préjudiciables de l'épidémie. Ce chapitre résume les éléments concrets les plus récents concernant ce que l'on sait – et ce que l'on ignore encore – sur l'impact de cette pandémie aux multiples aspects, en ciblant particulièrement les milieux les plus durement touchés. L'étude complète des nombreux impacts différents du VIH va bien au-delà de la portée d'un seul chapitre ; ici, les commentaires seront donc limités aux effets de l'épidémie sur les ménages (en accordant une attention toute particulière aux besoins des femmes et des enfants), sur les économies nationales et leurs composantes secondaires, et sur les secteurs publics et les institutions nationales.

Ce chapitre se consacre dans le détail aux solutions potentielles qui permettraient de minimiser l'impact de l'épidémie et met souvent en évidence des domaines dans lesquels il est urgent de réaliser des recherches supplémentaires. Comme cela est expliqué dans le chapitre, l'introduction ces dernières années de médicaments antirétroviraux dans des milieux aux ressources limitées offre souvent les plus grands espoirs pour réduire les effets les plus préjudiciables de l'épidémie. Toutefois, tout comme les médicaments antirétroviraux ne guérissent pas le VIH, l'accès au

traitement ne résoudra pas, à lui seul, les ravages socioéconomiques causés par l'épidémie. Accroître l'échelle et la portée des programmes de prévention est absolument essentiel pour les efforts à long terme visant à minimiser l'impact de l'épidémie. En outre, il faut des initiatives en matière de politiques et de programmes qui s'attaquent spécifiquement à l'impact de l'épidémie sur les ménages, les femmes et les enfants, ainsi que sur les institutions et les secteurs nationaux.

Evaluation de l'impact de l'épidémie : défis et obstacles

Les efforts visant à caractériser l'impact du VIH cherchent souvent à comparer la situation actuelle à des projections de la situation dans laquelle seraient les ménages, les communautés et les sociétés si l'épidémie n'avait jamais existé. Toutefois, alors que l'infection à VIH se propageait et que son impact s'aggravait, les communautés et les pays les plus massivement affectés par l'épidémie ont aussi connu de profonds changements sans rapport avec le VIH, d'où il est difficile d'isoler les effets précis de l'épidémie (Bhorat & Kanbur, 2005). Dans de nombreux pays – en Afrique du Sud et au Zimbabwe, par exemple – il est difficile de démêler les effets de l'épidémie d'autres changements sociaux et économiques majeurs qui ont eu lieu au cours des deux à trois dernières décennies.

L'épidémie a révélé un degré élevé d'ingéniosité et de résistance dans les sociétés les plus durement touchées par le VIH, lesquelles ont ainsi évité ou modifié certaines de ses conséquences prévues. Pourtant, une telle résistance peut aussi masquer des traumatismes individuels et collectifs profonds dont les effets sont méconnus.

On considère parfois le VIH comme un événement qui aura de longues répercussions et dont beaucoup d'effets secondaires apparaîtront dans très longtemps, à intervalles incertains (Gillespie et al., 2007). Les outils conventionnels de la science économique et sociale sont mal équipés pour projeter l'avenir potentiel de l'épidémie. Ainsi, alors qu'il est possible de mesurer la scolarisation et d'autres attributs physiques du bien-être des enfants rendus orphelins par le VIH, il est plus difficile de quantifier le coût de la perte d'un ou de ses deux parents, ou de projeter l'impact futur sur la société d'une cohorte aussi importante de jeunes adultes ayant atteint leur majorité sans racines

parentales. Certains ont suggéré que l'épidémie, en étant à l'origine du décès prématuré de millions de mères et de pères, brise les mécanismes traditionnels de transmission des connaissances et des valeurs (Bell, Devarajan & Gersbach, 2004) ; pourtant les outils disponibles ne permettent pas d'évaluer de manière adéquate ce phénomène ou son impact probable.

Certaines hypothèses initiales concernant les impacts macroéconomiques de l'épidémie n'ont pas été confirmées. L'épidémie n'a pas ruiné les économies nationales ou menacé la viabilité des gouvernements nationaux. Cependant, le fonctionnement apparemment « normal » des sociétés peut cacher des tensions et des pressions sociales graves car la faiblesse des effets macroéconomiques masque à la fois des impacts sévères dans des sous-groupes de population et une forte augmentation des inégalités causée par l'épidémie.

Atténuation de l'impact sur les ménages, les femmes et les enfants

Alors que les personnes et les ménages pauvres ne sont pas nécessairement plus susceptibles d'être contaminés par le virus (Dinkelman, Lam & Leibbrandt, 2007 ; Mishra et al., 2007), l'impact de l'infection à VIH est souvent amplifié en cas de pauvreté. Par exemple, les charges financières liées au VIH pour les ménages les plus pauvres en Inde représentent 82% du revenu annuel, alors que, pour les familles les plus riches, ces charges représentent à peine plus de 20% du revenu annuel (Banque asiatique de développement et ONUSIDA, 2004a). Des études menées en République-Unie de Tanzanie ont révélé que les personnes séropositives au VIH vivent habituellement plus d'une douzaine d'épisodes de maladie avant de décéder, avec une période de détérioration de la santé d'en moyenne 12 mois dans l'année qui précède le décès (Bollinger, Stover & Riwa, 1999 ; Beegle, 2003). Une analyse des données du Botswana révèle que le VIH entraîne une diminution de 10% du revenu du ménage par tête, avec des pertes moyennes de revenu presque deux fois supérieures pour les ménages ayant le niveau de revenu le plus faible (Greener, 2005).

L'infection à VIH entraîne aussi des dépenses supplémentaires significatives – auxquelles les ménages

pauvres sont les moins capables de faire face. Même lorsque les services de traitement du virus sont prétendument gratuits, les patients doivent souvent payer de leur poche des sommes considérables sous la forme de participation aux frais, de frais d'utilisation, de frais de transport et d'autres frais non couverts (ex : médicaments pour soigner les infections opportunistes) (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). En Afrique du Sud, où les funérailles peuvent coûter jusqu'à sept mois de revenus, 61% des ménages n'ont pas d'assurance funérailles (Collins & Leibbrandt, 2007). Pour couvrir ces coûts, on demande souvent aux ménages affectés de réduire leurs dépenses consacrées à d'autres domaines, tels que la nourriture ou l'éducation.

Elargissement et intensification de l'accès aux médicaments antirétroviraux et effet sur la productivité

Outre le fait qu'il prolonge la vie et atténue les souffrances dues à la maladie, le traitement antirétroviral constitue un moyen essentiel pour atténuer les effets économiques de l'épidémie sur les ménages. Parmi les travailleurs des plantations de thé au Kenya, des améliorations rapides de la productivité ont été constatées dans la première année qui a suivi l'instauration des traitements antirétroviraux (Simon et al., 2007). Toutefois, l'amélioration de la santé et de la productivité n'est ni certaine ni immédiate, ce qui a conduit certains employeurs à autoriser les travailleurs à retarder leur retour au travail jusqu'à trois-six mois après le début d'un traitement antirétroviral.

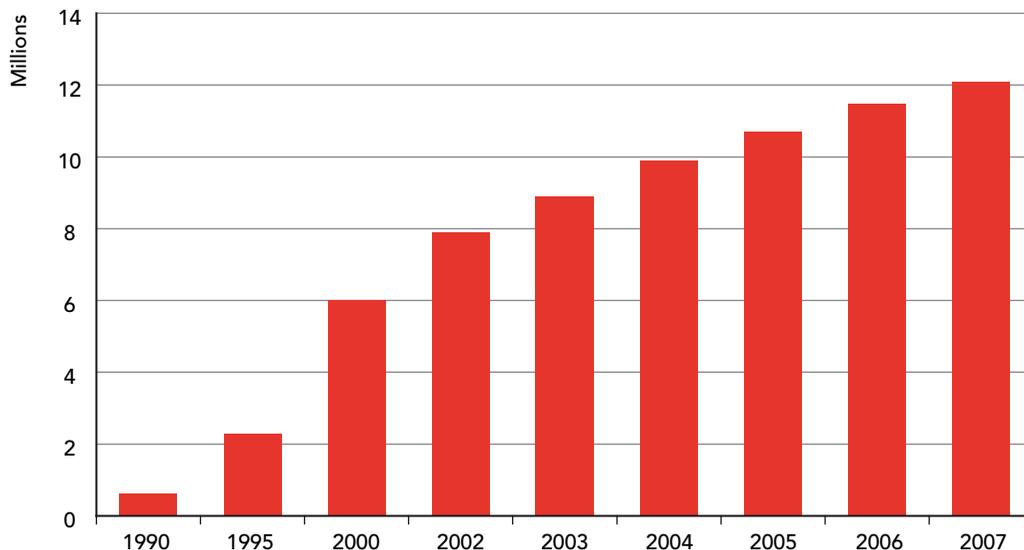
Protection sociale

Des études portant sur les programmes d'assistance financière du secteur public en Afrique australe ont révélé que 50% des ménages d'Afrique du Sud bénéficiaient de tels programmes et que 70% des ménages locaux atteints par des programmes pilotes au niveau du district au Malawi et en Zambie étaient affectés par le VIH. L'UNICEF estime que les programmes sociaux d'aide financière bien conçus¹ pourraient atteindre 80% des ménages affectés par le VIH ayant besoin d'aide dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avec une prévalence élevée du VIH (UNICEF, 2007a).

¹ Dans les pays industrialisés, les « programmes sociaux d'aide financière » peuvent être représentés par une couverture de sécurité sociale ou une aide des services sociaux, c'est-à-dire le versement d'argent aux ménages nécessiteux.

FIGURE 6.2

Nombre estimé d'enfants de moins de 18 ans rendus orphelins à cause du sida en Afrique subsaharienne (1990–2007)



Source: Estimations non publiées ONUSIDA/OMS, 2007.

A l'exception des ménages dans lesquels un ou plusieurs membres sont sous traitement antirétroviral, il n'est pas recommandé que le statut sérologique VIH serve de critère d'éligibilité aux programmes d'aide financière en raison du risque de stigmatisation des ménages bénéficiaires (UNICEF, 2007a). Les programmes axant l'éligibilité sur un niveau de revenu faible atteignent une grande partie des ménages affectés par le VIH – qui ont tendance à être plus pauvres que les ménages non affectés du fait des conséquences économiques de l'infection. De même, les critères d'éligibilité ciblant les ménages qui incluent un ou plusieurs orphelin(s), ou dont les membres ont peu ou n'ont pas de travail, atteignent aussi bon nombre des ménages affectés par le VIH (UNICEF, 2007a).

Minimiser les obstacles administratifs est essentiel si l'on veut maximiser les recours aux programmes sociaux d'aide financière. En Afrique du Sud, une utilisation comparativement lente des programmes d'aide financière semble être imputable à la complexité administrative des procédures de demande ainsi qu'à des retards associés à l'administration des services de sécurité sociale du pays qui sont surchargés de travail (UNICEF, 2007a). Il est également important d'améliorer la facilité d'accès aussi bien dans les milieux urbains que ruraux.

Alors que les programmes d'aide financière constituent une politique rationnelle de riposte aux difficultés que le VIH occasionne chez les ménages pauvres, certains se sont interrogés pour savoir si cette approche était financièrement abordable pour les pays à revenu faible les plus durement affectés par le VIH. Si l'on en croit une opération d'évaluation des coûts entreprise par l'Organisation internationale du Travail, le coût d'un programme national d'aide financière ciblant les personnes pauvres ne représente pas plus de 0,5% du produit intérieur brut (Pal et al., 2005) – conclusion confirmée par une analyse similaire réalisée par l'UNICEF au Mozambique (Webb, 2007).

Orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH

Les besoins des ménages affectés par le VIH incluent ceux des enfants qui vivent dans ces foyers. En Afrique subsaharienne, près de 12 millions d'enfants de moins de 18 ans ont perdu l'un de leurs parents ou les deux à cause du VIH (UNICEF, 2008). Au Botswana et en Zambie, on estime à 20% le nombre d'enfants de moins de 17 ans qui sont orphelins – dont la plupart le sont devenus à cause du VIH (Haacker, 2004a). Le Zimbabwe indique que 24% de ses enfants (0-17 ans) ont perdu l'un de leurs parents ou les deux à cause du VIH (Figure 6.2).



L'accès universel au traitement du VIH permettrait d'éviter que 5 millions d'enfants ne deviennent orphelins.

Outre le traumatisme lié à la perte de l'un de ses parents ou des deux, devenir orphelin à cause du VIH peut accroître la vulnérabilité de nombreuses manières. La perte d'un parent peut se traduire par une diminution significative du niveau de vie ; elle peut aussi accroître la probabilité d'exploitation. En particulier lorsque les deux parents sont décédés, un enfant peut se retrouver chef de famille et devoir assumer des responsabilités considérables à un âge précoce. L'impact de la condition d'orphelin est particulièrement sévère pour les filles qui sont généralement plus susceptibles que les garçons de ne pas être scolarisées (PNUD, 2007).

L'essentiel du poids de la prise en charge des enfants rendus orphelins par le VIH repose sur les épaules des plus âgés, en particulier des grands-mères qui interviennent lorsqu'un parent ou les deux sont décédés. Des enquêtes menées dans des zones rurales d'Afrique du Sud ont relevé une augmentation du nombre de ménages dirigés par des personnes de plus de 50 ans (Preston-Whyte et al., 2007). En Namibie, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe, 40%-60% des enfants rendus orphelins sont pris en charge par les grands-mères (UNICEF, 2007b).

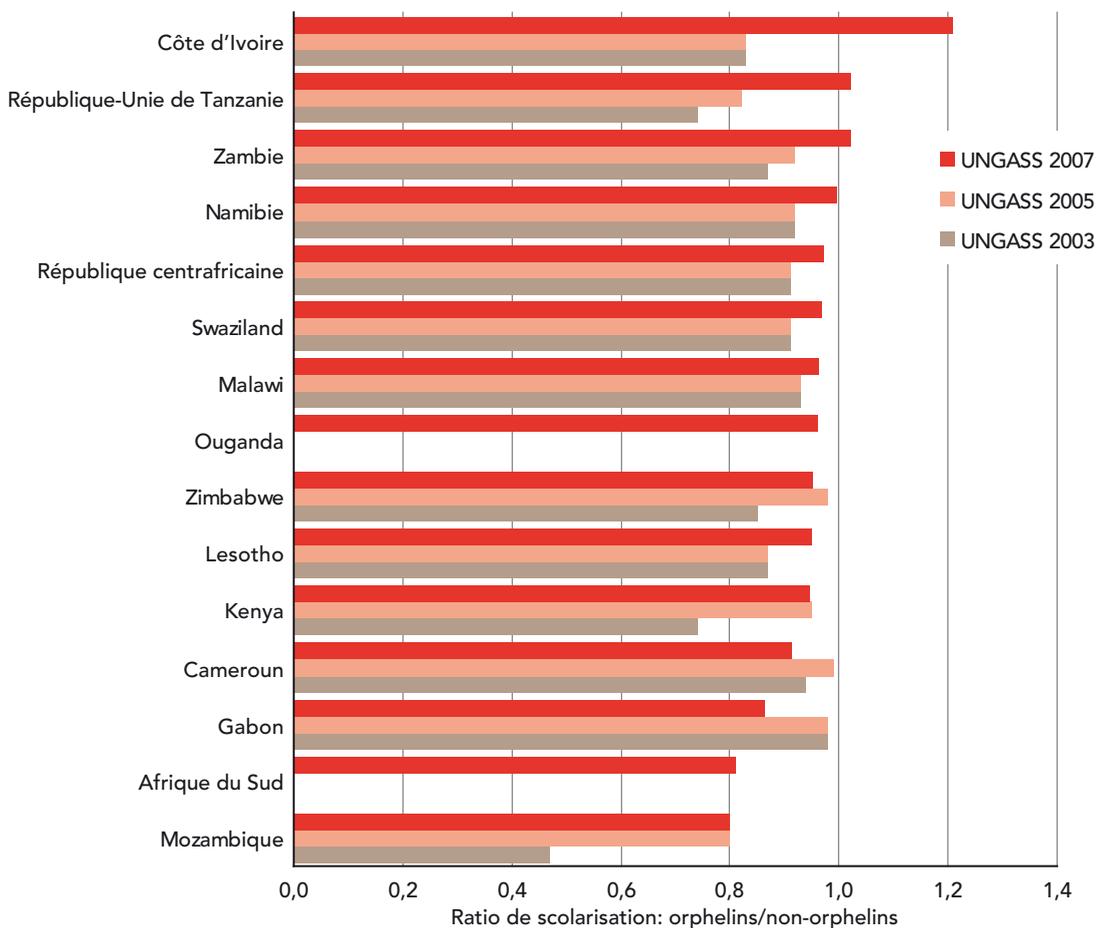
Atténuation de l'impact sur les orphelins et les enfants vulnérables

Les politiques mises en œuvre pour aider les enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH ont été substantiellement élargies depuis 1991, date à

laquelle l'UNICEF organisait la première réunion internationale sur la question (Webb, 2007). Depuis le premier thème axé sur les « orphelins du sida », les ripostes programmatiques ont de plus en plus tenu compte des différentes manières dont le VIH peut accroître la vulnérabilité des enfants, notamment la maladie des parents et la perte de revenu du ménage. La programmation fondée sur le respect des droits a renforcé la sensibilisation des décideurs et des personnes chargées de la mise en œuvre des programmes à la discrimination à l'encontre des enfants affectés par le VIH, et les a donc aidés à éviter une telle discrimination.

Sur 33 pays ayant des épidémies généralisées qui publient des données, 91% des gouvernements nationaux déclarent disposer d'une politique ou d'une stratégie spécifique pour répondre aux besoins en rapport avec le virus des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les 15 pays ayant la prévalence du VIH la plus élevée ont des définitions opérationnelles pour cette population, un plan d'action et des estimations du nombre d'enfants bénéficiant actuellement de programmes d'appui. Il n'est pas possible pour l'instant d'apprécier à quel point ces plans ont été évalués en termes de coût, budgétisés et mis en œuvre, bien que les gouvernements nationaux dans près de 73% des pays ayant des épidémies généralisées considèrent leurs efforts nationaux pour répondre aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables comme

FIGURE 6.3 Ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5%



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

supérieurs à la moyenne. Les comptes rendus des gouvernements sur ces questions de politiques ont été largement confirmés par des rapports émanant de sources non gouvernementales dans ces pays (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Au cours des dernières années, le soutien des donateurs aux initiatives d'appui et de prise en charge axées sur les enfants a augmenté. En septembre 2007, le PEPFAR avait fourni des soins et un appui à 2,7 millions d'enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH; le programme avait aussi fourni une formation ou un complément de formation à 143 000 dispensateurs de soins (PEPFAR, 2007). Au Swaziland, le Fonds mondial finance des services

de soins et d'appui pour 100 000 enfants rendus orphelins par le VIH (Fonds mondial, 2008).

Education

L'éducation est essentielle pour l'avenir des enfants et leur amour-propre, et pour transmettre entre les générations les connaissances et les valeurs des sociétés. Certaines études arrivent à des constatations contradictoires concernant l'impact de la condition d'orphelin liée au VIH sur les taux de scolarisation, et selon certaines indications, les effets pourraient être spécifiques au contexte et les observations sujettes à des différences méthodologiques. Dans 56 pays dans lesquels des données d'enquêtes récentes sur les ménages sont disponibles, les chances d'être

scolarisés des orphelins qui avaient perdu l'un de leurs parents ou les deux étaient inférieures de 12% en moyenne à celles des non-orphelins. Dans des pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5%, les chances des orphelins d'être scolarisés n'étaient inférieures que de 4% à celles des non-orphelins, ce qui donne à penser que les pays durement affectés réduisent certaines disparités au niveau de l'éducation constatées plus tôt dans le cours de l'épidémie.²

La scolarisation des orphelins était régulièrement plus élevée en 2007 qu'en 2005 dans les pays à prévalence élevée, sauf au Cameroun et au Zimbabwe (Figure 6.3). Plusieurs de ces pays ont bénéficié d'une assistance externe ciblant les orphelins de l'initiative PEPFAR ou d'autres sources. On notera en particulier les efforts de pays tels que la Côte d'Ivoire, le Gabon, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie où les taux de scolarisation sont en fait plus élevés pour les orphelins que pour les non-orphelins.

Certains experts ont suggéré que faire un suivi pour savoir si les enfants sont à l'école à un moment donné offre un indicateur moins utile de l'impact du VIH sur les enfants qu'étudier le niveau d'éducation atteint au final. En Ouganda et en Zambie, par exemple, alors que le niveau d'éducation atteint a progressivement augmenté pour les cohortes de cinq ans jusqu'à 1977, les niveaux d'éducation se sont mis à diminuer au moment où l'épidémie commençait à réduire l'espérance de vie (Birdsall & Hamoudi, 2004). Du fait de l'épidémie, les enfants considérés globalement reçoivent une éducation moindre dans les pays les plus durement affectés, ce qui risque de diminuer les capacités nationales à accumuler un capital humain pour assurer la croissance, la prospérité et le développement futurs (Birdsall & Hamoudi, 2004).

Protection sociale

En Afrique orientale et australe, les gouvernements nationaux, la société civile et d'autres parties prenantes se concentrent de plus en plus sur la fourniture d'un ensemble minimum de mesures de protection sociale aux enfants vulnérables, y compris ceux qui sont affectés par le VIH (Webb, 2007). Ces ensembles minimums varient considérablement d'un

pays à l'autre. Au Botswana, le Programme national de prise en charge des orphelins avait apporté un appui à plus de 53 000 enfants rendus orphelins par le VIH en décembre 2007, fournissant des paniers alimentaires, un conseil psychologique et une aide à l'éducation (ex : abandon des frais de scolarisation). La Politique nationale de prise en charge des orphelins du Zimbabwe suit une approche sectorielle, travaillant au renforcement des capacités de prise en charge de la communauté via des familles élargies. Le Ministre de l'Égalité des sexes et du Bien-être des enfants de la Namibie administre des subventions accordées aux familles d'accueil qui ont apporté un soutien à 65 000 enfants en 2007, alors que l'Afrique du Sud a atteint plus d'un million d'orphelins et d'enfants vulnérables avec des services d'appui, principalement sous la forme de subventions pour la prise en charge d'enfants.

Sur 10 pays dans lesquels 5% au moins des adultes sont infectés par le VIH et où des enquêtes récentes ont été réalisées auprès des ménages, une moyenne corrigée en fonction de la population de 15% d'orphelins vivent dans des foyers qui reçoivent une assistance sous une forme quelconque – prise en charge médicale, aide à la scolarisation, appui financier ou services psychosociaux. Dans certains pays durement touchés, les données sur l'utilisation des programmes indiquent une couverture légèrement plus élevée que ce que révèlent les enquêtes menées auprès des ménages. L'Afrique du Sud et la République-Unie de Tanzanie, par exemple, déclarent atteindre 67% et 50%, respectivement, des ménages comprenant un ou plusieurs enfant(s) rendu(s) orphelin(s) ou vulnérable(s) par le VIH (Tableau 6.1).³

Cibler l'appui financier des ménages affectés par le VIH permettrait d'accroître significativement l'aide aux enfants – qui représentent une composante importante des foyers. Dans un projet pilote mené dans le district de Kalomo en Zambie, 68% des enfants bénéficiant d'une aide sociale sous forme financière étaient des orphelins, dont 35% avaient perdu leurs deux parents (UNICEF, 2007a).

Les initiatives d'aide aux orphelins sont confrontées à une multitude de difficultés dans les pays à prévalence

² Cet indicateur concerne les orphelins en général plutôt que seulement les enfants rendus orphelins spécifiquement par le VIH.

³ Les données des programmes doivent être interprétées avec prudence en raison de la possibilité d'un double comptage du fait de la publication de rapports par de multiples organisations intervenant dans la même localité, ou de la réception de différents services par un même ménage.

TABLEAU 6.1

Appui aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) tel qu'indiqué par les pays dans lesquels la prévalence du VIH chez les adultes est $\geq 5\%$ (estimations 2005)

Pays	OEV soutenus	Total des OEV ¹	Couverture en 2007 (n=10)
Données des enquêtes démographiques			
Botswana	non déclaré	non déclaré	non déclaré
Cameroun	412	4 431	9%
République centrafricaine	non déclaré	non déclaré	7%
Gabon	259	2 637	10%
Kenya	non déclaré	non déclaré	17% ²
Lesotho	non déclaré	non déclaré	non déclaré
Malawi	non déclaré	non déclaré	19%
Namibie	882	5 343	17%
Swaziland	1 472	3 576	41%
Ouganda	569	5 321	11%
Zambie	578	3 671	16%
Zimbabwe	1 972	6 322	31%
Moyenne corrigée en fonction de la population	34 161	4 970	15%
Données des programmes			
Côte d'Ivoire	37 250	420 943	9%
Afrique du Sud	1 057 900	1 577 200	67%
République-Unie de Tanzanie	471 315	930 000	51%
Moyenne corrigée en fonction de la population	2 928 143	1 566 465	53%

¹ Nombre total d'orphelins et d'enfants vulnérables (OEV) tel que déclaré par les pays.

² Information fondée sur des enquêtes mises en œuvre par le PEPFAR au Kenya sur l'appui aux OEV en 2007, source : Rapport d'activité du Kenya, UNGASS 2008.

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

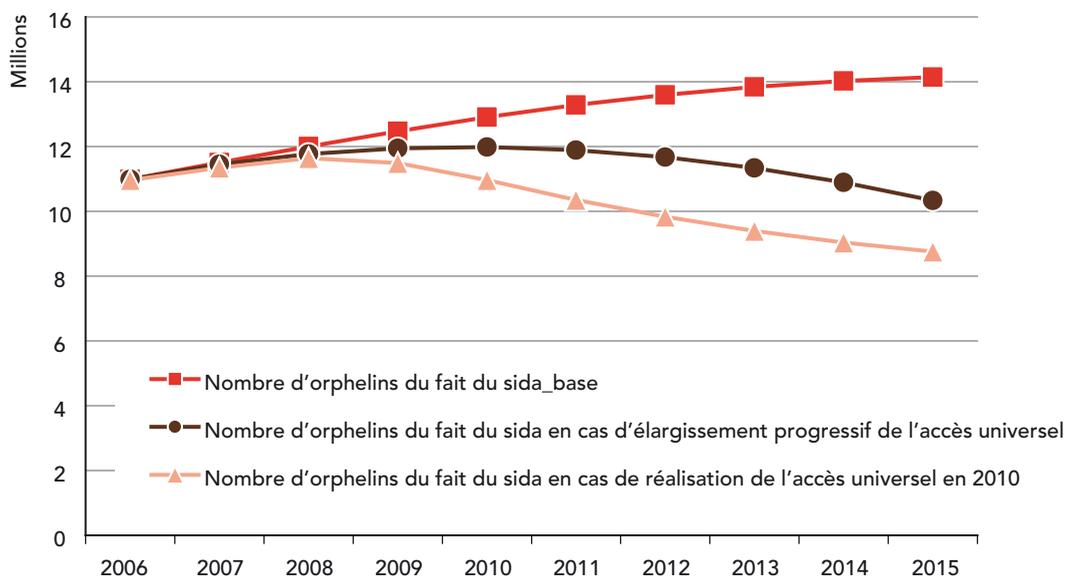
élevée. En 2007, le pourcentage d'enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH qui bénéficiaient de services d'appui aux orphelins a diminué au Zimbabwe en raison de l'impact de l'hyperinflation sur les budgets nationaux, selon le rapport sur les indicateurs de base remis par le pays à l'ONUSIDA. La couverture des services d'appui aux orphelins est parfois beaucoup plus élevée dans les zones urbaines que dans les communautés rurales. La stigmatisation peut dissuader les ménages d'enrôler les enfants affectés dans les programmes d'appui nationaux. Dans certains pays, l'appui aux enfants affectés par l'épidémie repose essentiellement sur les épaules de groupes de la société civile disposant de financements insuffisants, et ne reçoit qu'une aide limitée de la part du gouvernement.

Elargissement et intensification de l'accès aux médicaments antirétroviraux et impact sur les enfants dans les ménages

Les traitements antirétroviraux fournis aux adultes infectés par le VIH offrent aussi des avantages clairs pour les enfants vivant dans des foyers affectés. Des données longitudinales sur les ménages au Kenya indiquent que le nombre d'heures que les enfants passent à l'école chaque semaine augmente de 20% dans les six mois qui suivent la mise sous traitement antirétroviral d'un adulte membre du ménage. De même, la situation nutritionnelle des enfants qui vivent dans de tels foyers s'améliore fortement – comme cela est confirmé par des évaluations quantitatives – une fois qu'un adulte du ménage commence un traitement à base de médicaments

FIGURE 6.4

Enfants rendus orphelins par le sida en Afrique subsaharienne, 2006 et projections d'ici à 2015



Source: UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2008.

antirétroviraux (Thirumurthy, Zivin & Goldstein, 2007). Une étude menée récemment en Ouganda a révélé une réduction de 81% de la mortalité infantile chez les enfants non infectés d'adultes sous traitement antirétroviral, ainsi qu'une diminution de 93% du nombre d'enfants rendus orphelins (Mermin, 2008).

L'amélioration de l'accès aux antirétroviraux ouvre aussi la perspective d'une réduction significative du nombre d'enfants susceptibles de devenir des orphelins à cause du VIH à l'avenir. Comme la Figure 6.5 le montre, le nombre d'enfants de moins de 18 ans rendus orphelins par le VIH devrait augmenter à plus de 14 millions d'ici à 2015 si le rythme actuel d'élargissement et d'intensification de l'accès au traitement antirétroviral se maintient. Atteindre un accès universel au traitement d'ici à 2010 pourrait cependant réduire de plus de cinq millions le nombre d'orphelins en 2015. Un élargissement accéléré de l'accès universel d'ici à 2015 se traduirait par un nombre d'orphelins inférieur d'environ quatre millions aux projections actuelles.

Lutter contre l'impact disproportionné de l'épidémie sur les femmes

Outre le fait d'être plus vulnérables à l'infection d'un point de vue physiologique et social, les femmes souffrent aussi de manière disproportionnée des effets négatifs de l'épidémie. En tant que principales dispensatrices de soins en Afrique et dans d'autres régions, les femmes ont vu leurs charges liées à la gestion des foyers et des communautés s'alourdir à cause du VIH, ce qui a souvent compromis leur santé, leur capacité à générer des revenus et d'autres indicateurs du bien-être. Les femmes représentent deux tiers de l'ensemble des personnes prenant en charge les personnes vivant avec le VIH en Afrique (Groupe de travail du Secrétaire général, 2004).

Les femmes qui sont veuves à cause du VIH sont fortement exposées au risque de tomber dans la misère en raison des régimes juridiques qui ne reconnaissent pas ou ne protègent pas le droit des femmes à hériter d'un patrimoine. En Zambie, une étude a révélé que la surface des terres contrôlées par un foyer ayant à sa tête une veuve avait diminué

de 35% dans les trois ans suivant le décès du mari (Chapoto, Jayne & Mason, 2007).

Mesures destinées à élargir les opportunités économiques des femmes

Parmi les femmes à revenu faible d'Afrique, celles qui ont un certain type de travail formel ou informel sont moins susceptibles de décéder que celles qui n'ont pas de travail (Chapoto & Jayne, 2005). En conséquence, augmenter les possibilités pour les femmes de générer des ressources financières contribue à atténuer certains des effets les plus préjudiciables de l'épidémie. Les initiatives de microfinancement sont fréquemment citées comme un moyen possible pour émanciper les femmes en augmentant leur indépendance économique. Un examen aléatoire d'une initiative de microfinancement aux Philippines a récemment révélé que l'accès à un compte de microépargne améliorerait les prises de décisions des femmes dans le ménage, affinaient la perception qu'elles avaient d'un comportement d'épargne et affectait de manière positive la consommation réelle de biens durables (Karlán, Ashraf & Yin, 2007). Dans une autre étude, 90% des femmes participant à des initiatives de microfinancement ont déclaré une amélioration significative de leur vie, y compris un sens accru de la solidarité communautaire dans les périodes de crise et une réduction de la violence de leur partenaire (Pronyk, 2006).

Dans l'une des études les plus complètes sur les initiatives de microfinancement ciblant les femmes, les chercheurs ont examiné l'impact d'une intervention qui combinait microfinancement et formation participative sur l'infection à VIH, normes sexospécifiques, violence domestique et sexualité. Bien que l'on n'ait pas observé d'impact sur l'incidence du VIH, cette initiative combinée a été associée à une réduction de plus de la moitié de la violence physique et sexuelle du partenaire intime. L'étude a aussi révélé des améliorations significatives dans un large éventail d'indicateurs qualitatifs de l'émancipation (Kim et al., 2007).

Pour que les microfinancements soient faisables, les initiatives doivent lutter contre les obstacles liés aux transports et à l'analphabétisme auxquels les femmes sont confrontées pour avoir accès à une assistance financière. En outre, les programmes

de microfinancement doivent inclure un travail communautaire avec les hommes afin de lutter contre les normes sexospécifiques traditionnelles et la résistance de certains hommes face à l'attribution d'une aide financière aux femmes.

Appui aux soignants

Au Kenya, au Mozambique, au Viet Nam et dans d'autres pays, des réseaux communautaires soulagent le fardeau des soignants et fournissent un appui émotionnel et pratique aux personnes qui prennent en charge ceux qui vivent avec le VIH (Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2006). Le Swaziland verse une petite allocation aux soignants s'occupant de personnes séropositives (IRIN News, 2006) alors qu'un projet soutenu par le Fonds mondial en Afrique du Sud forme des soignants et fournit un appui financier et autre aux ménages dans lesquels vivent des enfants orphelins du VIH (Global Fund Partnership Forum, 2006). Au Kenya, Grassroots Organizations Operating Together in Sisterhood (GROOTS) est un réseau de groupes d'entraide qui soutient les femmes responsables d'une prise en charge à domicile et renforce les capacités communautaires à répondre aux besoins de soins liés au VIH (CIRF, 2007).

Réforme des lois

Comme cela est expliqué au Chapitre 3, la promulgation de lois protégeant le droit au patrimoine et le droit à l'héritage des femmes pourrait accroître l'indépendance économique de celles-ci. Outre le fait qu'elles réduisent le risque et la vulnérabilité des femmes au VIH, de telles lois aideraient aussi à atténuer l'impact de l'épidémie sur les femmes en élargissant leurs opportunités économiques. Bien que les progrès aient été lents dans la mise en œuvre et l'application de telles lois dans de nombreux pays, des groupes de la société civile se mobilisent pour promouvoir de telles réformes des lois. En Zambie, par exemple, le projet «Justice for Widows and Orphans» sert de centre d'orientation pour les veuves qui ont besoin d'aide pour faire respecter leur droit à l'héritage et leur droit patrimonial (CIRF, 2007). Le Positive Women's Network – basé à Chennai, Inde – et d'autres organisations d'Asie du Sud fournissent une aide juridique pour aider les femmes à protéger leurs droits patrimoniaux (Swaminathan, Bhatla & Chakraborty, 2007).

Atténuation de l'impact macroéconomique de l'épidémie

L'épidémie continue de faire payer un lourd tribut aux économies nationales et sous-nationales, ainsi qu'aux secteurs économiques considérés individuellement. Comme les commentaires suivants l'indiquent, les effets secondaires à long terme de l'épidémie dans différentes régions demeurent quelque peu incertains et sujets à débat entre économistes.

L'impact économique de l'épidémie

Estimer les effets macroéconomiques de l'épidémie est un exercice compliqué par le fait que les pays durement touchés ont connu des changements importants en même temps qu'ils subissaient l'épidémie de VIH. Ces changements incluent la mondialisation, les fluctuations des prix des matières premières, les bouleversements politiques, les conflits civils et internationaux, et d'autres crises humanitaires. Comme les épidémies nationales et les nombreux facteurs auxiliaires susceptibles d'affecter la croissance économique diffèrent souvent considérablement d'un milieu à l'autre, il est difficile d'établir des conclusions généralisées au sujet de l'impact du VIH sur la croissance économique.

Supportant l'un des plus lourds fardeaux au monde, le Botswana a cependant enregistré une croissance économique moyenne de 4,8% entre 1990 et 2005 (PNUD, 2007). De même, la croissance économique de l'Ouganda – autre pays durement touché – dans la période 1990-2005 a en fait augmenté à des taux supérieurs à ceux publiés pour la période 1975-1990, alors même que le VIH était responsable de plus de 100 000 décès par an (OMS, UNICEF & ONUSIDA, 2006). L'Afrique du Sud, qui abrite la plus importante population de personnes vivant avec le VIH, enregistre une croissance économique dynamique depuis 1999 (Gillespie et al., 2007). Certains pays massivement affectés – dont le Kenya, la Zambie et le Zimbabwe –

ont été en récession (croissance économique négative) pendant la période 1990-2005, mais il est difficile d'associer cette mauvaise performance au VIH.

Sur la base de modèles économiques standard, les meilleures données à notre disposition suggèrent que le VIH pourrait grever la croissance économique des pays à prévalence élevée de 0,5% à 1,5% sur 10-20 ans (Piot, Greener & Russell, 2007) – impact significatif mais pas catastrophique.⁴ Cependant, alors que l'impact macroéconomique pourrait être gérable, il est évident que l'épidémie aggrave la pauvreté, et ce, même dans les pays les moins affectés en dehors d'Afrique. Même dans les économies qui enregistrent une croissance régulière, le VIH peut créer un « piège de la pauvreté » dans lequel les plus vulnérables risquent de tomber (Bell, 2004). Les fardeaux les plus lourds étant supportés par les ménages pauvres, le VIH renforce aussi les inégalités dans les sociétés, ce qui peut accroître la vulnérabilité au virus à l'avenir, comme nous l'avons évoqué dans le Chapitre 2. Paradoxalement, la maladie et le décès de travailleurs qualifiés peut aussi accentuer les inégalités en réduisant la demande globale de main-d'œuvre et en conduisant à une diminution des salaires des travailleurs non qualifiés (Dorward & Mwale, 2004).

Au Botswana, les systèmes de modélisation indiquent que le VIH a augmenté de 6% la part des ménages tombés au-dessous du seuil de pauvreté et fait progresser de 4% le pourcentage de personnes vivant dans des ménages pauvres. Du fait du VIH, chaque personne ayant un revenu entrant dans la catégorie des revenus les plus faibles peut s'attendre à avoir huit personnes à charge supplémentaires (Greener, 2004). En dehors d'Afrique, des analyses économiques de la Banque asiatique de développement et de l'ONUSIDA indiquent que le VIH ralentira le taux annuel de réduction de la pauvreté de 60% au Cambodge,

⁴ Ces estimations sont nettement inférieures aux projections établies plus tôt dans le cours de l'épidémie. En 2001, par exemple, les économistes estimaient que le VIH était susceptible de faire chuter la croissance économique du Botswana d'à peu près 5,5% par an à entre 1,5% et 2,5% (MacFarlan, 2001). Au cours des années qui se sont écoulées depuis, la croissance économique du Botswana est toutefois restée soutenue, et ce, malgré des niveaux d'infection à VIH extrêmement élevés.

Tout le monde ne partage pas l'idée qui est apparue récemment selon laquelle l'impact à long terme de l'épidémie sur les économies nationales ne sera pas aussi grave que ce que l'on prévoyait auparavant. Une analyse économique de 2006 suggère que les révisions à la baisse des projections de l'impact macroéconomique sont fondées sur des hypothèses selon lesquelles les pays durement touchés disposent d'une main-d'œuvre non qualifiée surabondante. S'interrogeant sur la validité de telles hypothèses au vu du poids de la mortalité à long terme, cette analyse fait valoir qu'une « vision plus large et à plus long terme » incite à penser que « le sida pourrait causer l'effondrement pur et simple de nombreuses économies, en particulier en Afrique subsaharienne » (TD Bank Financial Group, 2006).

TABLEAU 6.2 Charges salariales liées au VIH

Secteur	Pays	Nombre de travailleurs dans le secteur	Prévalence estimée du VIH (% de la population adulte)	Coût par décès ou par retraite lié au sida (multiple de la rémunération annuelle)	Coûts annuels cumulés (% des charges salariales)
Distribution	Afrique du Sud	500	10,50	0,7	0,50
Agriculture	Afrique du Sud	700	23,70	1,1	0,70
	Ouganda	500	5,60	1,9	1,20
	Kenya	22 000	10,00	1,1	1,00
	Zambie	1 200	28,50	0,9	1,30
	Afrique du Sud	1 300	14,00	1,2	1,10
Industrie manufacturière	Ouganda	300	14,40	1,2	1,90
	Ethiopie	1 500	5,30	0,9	0,60
	Ethiopie	1 300	6,20	0,8	0,60
	Afrique du Sud	3 600	10,20	1,3	1,30
Médias	Afrique du Sud	>25 000	11,70	4,7	2,20
Services publics	Afrique du Sud	600	23,60	1,4	2,40
	Botswana	500	29,00	4,4	8,40
Tourisme	Zambie	350	36,80	3,6	10,80

Source: Piot P et al. (2007). La quadrature du cercle : sida, pauvreté et développement humain.

de 38% en Thaïlande et de 23% en Inde entre 2003 et 2015 (Banque asiatique de développement & ONUSIDA, 2004). On estime que le VIH alourdit de US\$ 2 milliards chaque année les charges des ménages affectés en Asie (Commission on AIDS in Asia, 2008).

L'impact macroéconomique relativement modeste de l'épidémie cache aussi des effets beaucoup plus graves sur les entreprises considérées individuellement. Les coûts pour les sociétés liés au VIH incluent une perte de productivité (due à l'absentéisme ou au décès des travailleurs), des coûts médicaux et des prestations en cas de décès (Haacker, 2004b). En Afrique, les charges des sociétés liées au VIH varient de 0,5% à 10% des charges salariales totales (Simon, données non publiées, dans Piot, Greener & Russell, 2007) (Figure 6.6). Lorsque l'on atteint le haut de cette fourchette, l'impact sur les bénéfices est susceptible d'être considérable. Par exemple, dans les sociétés minières d'Afrique australe, les charges futures associées au VIH devraient représenter 8% (mines d'or) et 3,6% (mines de platine) des charges salariales totales, ce qui reflète une perte significative de bénéfice pour les sociétés (Fourie, 2005).

Il existe un certain nombre de stratégies potentielles pour atténuer l'impact de l'épidémie sur la

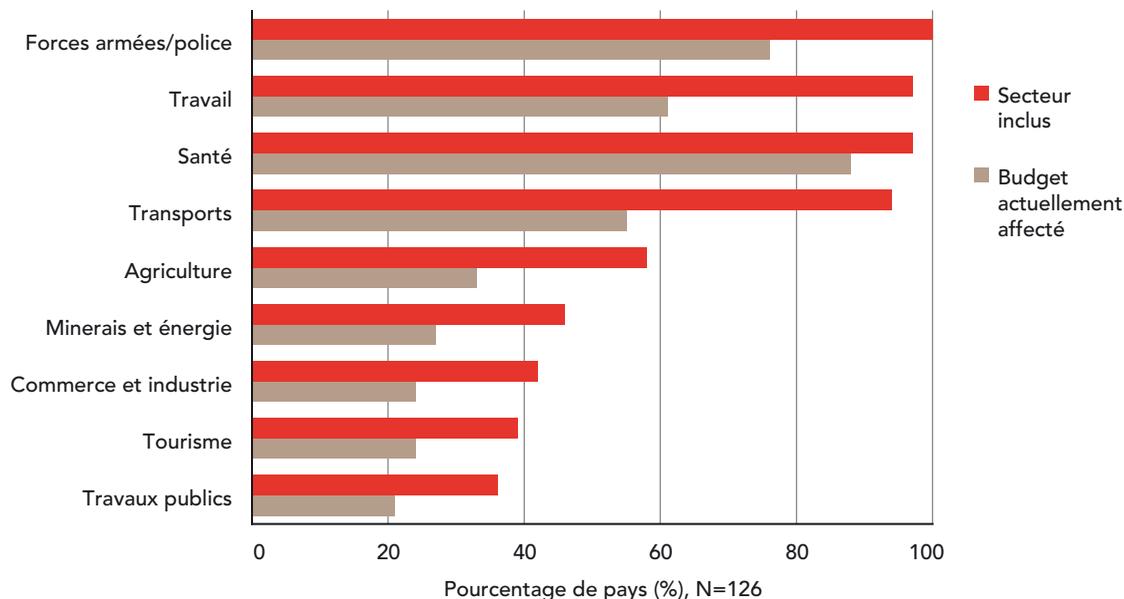
croissance économique, la pauvreté et les inégalités. Comme indiqué, un accès accru aux traitements antirétroviraux peut aider à préserver la productivité de la main-d'œuvre et la viabilité des ménages infectés par le VIH; il est cependant nécessaire de minimiser ou de supprimer les frais à la charge des patients associés au traitement afin d'éviter un accroissement potentiel des inégalités économiques.

Programmes sur le lieu de travail

Les programmes de prévention du VIH sur le lieu de travail se sont révélés efficaces et un nombre croissant (bien que toujours insuffisant) de sociétés proposent maintenant à leurs salariés une couverture pour les médicaments antirétroviraux (voir Chapitre 5). Lorsque l'on a interrogé les informateurs gouvernementaux pour savoir si des services étaient disponibles sur le lieu de travail dans la plupart des districts les nécessitant (sinon dans tous), moins d'un sur quatre (24%) a déclaré que des services de prévention étaient largement disponibles (s'agissant des informateurs non gouvernementaux, ce pourcentage n'était que de 12%). Pourtant, seulement 9% des pays ayant des épidémies généralisées indiquent une large disponibilité de traitements ou de services d'orientation vers

FIGURE 6.5

Pourcentage de pays ayant des secteurs inclus dans la stratégie nationale de lutte contre le sida et des budgets affectés



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

des traitements sur le lieu de travail (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). En outre, parce que de nombreuses personnes vivant en Afrique subsaharienne travaillent dans l'agriculture ou dans le secteur informel, les programmes traditionnels sur le lieu de travail ne parviennent pas à atteindre une part substantielle de la population active.

Les 33 pays ayant des épidémies généralisées publiant ces données incluent généralement le secteur du travail (97%), les forces armées et la police (100%) et le secteur des transports (94%) dans leurs stratégies nationales de lutte contre le VIH. D'autres secteurs sont moins fréquemment inclus dans les stratégies nationales; on cible l'agriculture dans 58% des plans stratégiques des pays ayant des épidémies généralisées, le commerce et l'industrie dans 42%, les minerais et l'énergie dans 46%, le tourisme dans 39% et les travaux publics dans 36%. Même lorsqu'ils sont intégrés dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH, bon nombre de secteurs non liés à la santé ne reçoivent pas d'appui budgétaire pour lutter contre l'impact sectoriel de

l'épidémie, selon les rapports des gouvernements (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008) (Figure 6.7).

Politiques macroéconomiques tenant compte de la pauvreté

Les stratégies visant à promouvoir la croissance qui tiennent compte de la pauvreté peuvent aider à garantir une croissance économique suffisamment élevée pour compenser le frein que l'épidémie exerce sur l'activité. Cependant, certains types de croissance économique – tels que ceux qui encouragent la mobilité de la population ou conduisent les personnes à partir loin de chez elles pour trouver un emploi – sont susceptibles d'aggraver les épidémies nationales. L'accès à un centre d'échanges commerciaux et une proportion plus élevée de résidents de courte durée ont été parmi les facteurs identifiés comme hautement associés au risque d'infection à VIH dans une étude menée à Limpopo, Afrique du Sud (Pronyk, 2007).

Les travailleurs contre le VIH

Alan Leather est Secrétaire général adjoint de l'Internationale des Services Publics, fédération syndicale internationale du secteur public, et préside le Comité directeur du Programme Global Unions sur le VIH/sida



«La majorité des personnes qui sont séropositives au VIH travaillent, de sorte que le lieu de travail est l'endroit idéal pour riposter au VIH et au sida» déclare Alan Leather, syndicaliste de longue date. «Tout le long de leur histoire, les syndicats se sont battus pour les droits des travailleurs à vivre et travailler dans des conditions décentes. Les syndicats ont conscience que leurs membres souhaitent qu'ils soient très actifs concernant cette question.»

M. Leather préside le Programme du Programme Global Unions sur le VIH/sida (GUAP) qui a pour objectif de faire de la lutte contre le VIH une priorité pour tous les syndicats et les travailleurs. Le GUAP représente les 12 plus grandes organisations syndicales qui représentent elles-mêmes 200 millions de travailleurs.

De nombreux syndicats à travers le monde ont réussi à négocier la mise en place de politiques de lutte contre le VIH sur le lieu de travail avec les employeurs. Il a été particulièrement important de s'attaquer à la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des travailleurs séropositifs, et ce combat a conduit les syndicalistes à se remettre en question. «Nous devons obtenir des leaders qu'ils s'attaquent ouvertement à la question du VIH et du sida, qu'ils en parlent comme d'un problème normal auquel les syndicats doivent s'attaquer» déclare M. Leather. «Si nous voulons vraiment lutter contre la stigmatisation et la discrimination sur le lieu de travail, nous devons parler de la normalité de cette maladie.»

M. Leather indique que bien que les employeurs soient maintenant beaucoup plus réactifs aux problèmes liés au VIH qu'auparavant, les politiques sur le lieu de travail ne sont pas toujours mises en œuvre. «Quelques employeurs réagissent, mais d'autres ne font rien» déclare M. Leather. «Ils pensent que cela n'est pas de leur responsabilité, mais que c'est de celle du système de santé ou de quelqu'un d'autre.»

Le GUAP a deux principaux domaines d'activité : le plaidoyer au niveau international et le travail sur des projets, principalement dans des pays à prévalence élevée d'Afrique subsaharienne. Certains de ses projets ont été innovants et couronnés de succès. Par exemple, la Fédération internationale des ouvriers du transport a été active en Afrique et dans d'autres régions du monde, mettant en œuvre des programmes pour protéger les chauffeurs longue distance travaillant dans les couloirs de transport. Elle s'est concentrée sur la mise en place de centres d'éducation et de traitement sur les grands axes routiers pour s'assurer que les travailleurs du secteur des transports ont conscience de leur vulnérabilité. Un autre exemple concerne le travail de l'Internationale de l'Education, fédération syndicale internationale représentant 30 millions d'enseignants dans le monde, qui gère des programmes de sensibilisation au VIH dans les écoles et les collèges à travers la planète. Lors de la dernière Journée mondiale sida, elle a fait campagne pour que tous les enseignants donnent une heure pour éduquer les élèves sur le VIH et le sida.

Bien que des progrès aient été accomplis dans le renforcement de la riposte au VIH sur les lieux de travail, M. Leather estime qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir. «En ce qui me concerne, je voudrais voir plus d'implication de la part des travailleurs, ce qui me permettrait d'avoir plutôt un rôle de conseiller pour les jeunes syndicalistes, ceux qui assumeront les responsabilités à l'avenir.»



Bien des ménages affectés par le VIH dépendent de l'agriculture pour leur survie. Dans les pays les plus touchés surtout, le VIH et le sida entraînent une baisse de la productivité agricole et menacent la sécurité alimentaire.

L'impact de l'épidémie sur les secteurs agricoles

L'agriculture étant le premier moyen de subsistance pour bon nombre de personnes vivant avec ou affectées par le VIH, l'épidémie a eu des effets majeurs sur la sécurité alimentaire dans les pays à prévalence élevée. La tendance de données concrètes – encore limitées mais de plus en plus nombreuses – indique que les ménages affectés par le VIH enregistrent une diminution de la production agricole, bien que certains des effets radicaux liés au virus redoutés plus tôt dans le cours de l'épidémie, tels qu'une réorientation large vers la culture de récoltes de subsistance, n'ont pas été documentés dans les rares études rigoureuses qui ont été entreprises dans des milieux ruraux d'Afrique (Jayne et al., 2004). La production moyenne de haricots dans les ménages affectés par un décès au Rwanda est par exemple inférieure de 18% à la production moyenne nationale (Donovan, 2004). La tendance des membres d'un ménage sous-employés et vivant dans des zones urbaines à retourner dans les communautés rurales lorsque le ménage commence à être affecté par le VIH compense parfois les pertes de productivité. Cependant, on ne sait pas exactement combien de temps cet excédent de travailleurs dans le secteur informel durera si le poids de l'épidémie continue de s'alourdir (Jayne et al., 2004).

Atténuation de l'impact sur l'agriculture

Peu d'interventions élargies et intensifiées ont été mises en œuvre – et encore moins ont été évaluées – pour atténuer l'impact de l'épidémie sur les secteurs agricoles et la sécurité alimentaire (Barnett, 2004). Une approche sur quatre fronts est recommandée pour atténuer les effets de l'épidémie sur l'agriculture et la sécurité alimentaire. Cette approche consiste en : des initiatives visant à protéger et à améliorer les moyens de subsistance des ménages ruraux (via à la fois des solutions agricoles et non agricoles), des politiques de protection sociale pour fournir une aide financière et nutritionnelle le cas échéant, des programmes de nutrition ciblés pour les principales populations les plus exposées au risque (ex : les filles et les femmes) et des améliorations dans l'élaboration, la mise en œuvre et la responsabilisation des processus d'établissement des politiques dans le secteur agricole (Gillespie & Kadiyala, 2005).

Sur les 33 pays ayant des épidémies généralisées et qui publient des données, 58% déclarent inclure le secteur agricole dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH ; mais un gouvernement sur trois (33%) indique qu'il n'y a pas de budget affecté pour lutter contre le VIH dans le secteur agricole (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Atténuation de l'impact de l'épidémie sur les systèmes et les institutions nationaux

Les gouvernements ont la responsabilité d'agir pour le compte de leur nation, ce qui inclut la formulation et la mise en œuvre d'une riposte stratégique efficace au VIH. L'épidémie elle-même fragilise cependant les secteurs publics dans de nombreux pays, entravant les capacités du gouvernement à conduire les efforts de lutte contre le VIH. Non seulement l'épidémie érode souvent les finances publiques – réduisant les recettes fiscales tout en générant de nouveaux besoins de recettes – mais elle vole au secteur public des ressources humaines essentielles (Haacker, 2004b).

Impact sur la capacité à gouverner

Les premières conclusions d'une étude concernant l'impact de l'épidémie sur la gouvernance dans sept pays d'Afrique indiquent que l'épidémie fragilise les capacités des parlements, ce qui se traduit par des dépenses gouvernementales supplémentaires conséquentes. Au Zimbabwe, le nombre d'élections partielles au parlement national a plus que doublé entre 2000 et 2007, plus de deux tiers des élections partielles étant causées par les décès de parlementaires dus à une maladie non divulguée. Outre l'impact potentiel sur la qualité de la représentation des électeurs des membres décédés, de telles vacances de postes pèsent lourd sur les finances publiques; par exemple, chaque élection partielle au Malawi coûte en moyenne près de US\$ 79 000 (Chirambo, 2007).

Le VIH a d'autres effets moins directs sur la gouvernance. La même étude sur sept pays d'Afrique a révélé que la stigmatisation associée au VIH dissuade les candidats à des postes publics ou les membres du parlement élus de conduire une riposte nationale forte au sida. La séropositivité supposée des candidats est fréquemment utilisée comme une arme politique pour faire planer des doutes sur le caractère approprié de la candidature d'un membre d'un autre parti. Dans les sept pays d'Afrique étudiés, y compris ceux dans lesquels la prévalence du VIH dépasse 20%, les chercheurs n'ont recensé aucun membre du Parlement ou d'un cabinet ministériel déclarant ouvertement sa séropositivité au VIH (Chirambo, 2007).

Impact sur le secteur de la santé et d'autres secteurs sociaux

Il y a quelques années, des études réalisées en Afrique ont documenté des pertes substantielles en ressources humaines dans les secteurs publics en raison de l'absentéisme et des décès liés au VIH (Zambia Central Board of Health et Center for International Health and Development, 2004). Plus récemment, une enquête de sérosurveillance dans deux hôpitaux publics d'Afrique du Sud a révélé que 11,5% des travailleurs de santé étaient séropositifs au VIH, dont près de 14% étaient des infirmiers(ères). Près d'un travailleur de santé infecté sur cinq avait une numération des CD4 inférieure à 200 et près de la moitié une numération de moins de 350 (Connelly et al., 2007), ce qui suggère une probabilité élevée de décès supplémentaires parmi ces travailleurs dans un avenir proche.

L'impact de l'épidémie sur le secteur public s'étend bien au-delà des systèmes de santé. Par exemple, les ravages infligés par l'épidémie aux systèmes nationaux d'éducation – principalement via l'absentéisme et la mortalité prématurée des enseignants vivant avec le VIH – ont été bien documentés (Birdsall & Hamoudi, 2004). En 2005, la mortalité liée au VIH a réduit de 6,2% les capacités de fourniture de services de la Zambian Wildlife Authority et accru de près de 10% les charges salariales, limitant les capacités du gouvernement à protéger la faune et la flore du pays ainsi que ses parcs (Rosen et al., 2006).

Amélioration des capacités des gouvernements à élargir et intensifier l'accès aux médicaments antirétroviraux

Différentes stratégies ont été essayées ou suggérées pour atténuer l'impact de l'épidémie sur la gouvernance. Comme indiqué en ce qui concerne d'autres contextes de travail, un développement de l'accès aux médicaments antirétroviraux peut améliorer la productivité, réduire l'absentéisme, prolonger la vie et améliorer la qualité de vie de manière significative. En raison du besoin essentiel de travailleurs de santé et d'autres serviteurs publics, il a parfois été suggéré que les travailleurs clés devraient bénéficier en priorité de services de prévention et de traitement du VIH, bien que des inquiétudes aient été soulevées concernant les inégalités potentielles

Impact du VIH sur les forces armées nationales et la sécurité mondiale

Lors d'une réunion décisive en 2000, le sida est devenu le premier problème de santé jamais discuté de manière formelle au Conseil de sécurité des Nations Unies, ce qui s'est traduit ultérieurement par l'adoption d'une série de résolutions reconnaissant la menace que l'épidémie représentait pour la sécurité mondiale. Il existe diverses manières dont l'épidémie peut affecter la sécurité mondiale; par exemple, en entraînant une incapacité de l'Etat ou en affaiblissant les forces armées nationales, favorisant ainsi des actions d'agression de la part d'un pays voisin ou un affaiblissement de la capacité immédiate du pays à détacher des troupes pour des missions internationales de maintien de la paix.

Il existe peu d'éléments concrets indiquant que le VIH pourrait conduire à une incapacité de l'Etat. Toutefois, de nombreuses forces militaires nationales, en particulier dans les pays les plus durement touchés, se débattent pour gérer les problèmes administratifs, pratiques et opérationnels associés à des niveaux élevés d'infection à VIH parmi le personnel militaire. Bien qu'il soit souvent difficile d'obtenir des informations fiables sur l'état de santé des forces militaires nationales, les données internationales indiquent que la prévalence du VIH dans ces forces est habituellement égale ou supérieure aux niveaux d'infection de la population générale (Garrett, 2005).

Au total, 85% des pays ont déclaré que leurs cadres stratégiques nationaux de lutte contre le VIH en 2007 répondaient aux besoins des forces armées nationales. Parmi les pays ayant de telles politiques, 66% affectaient des budgets à l'appui d'activités en rapport avec le VIH dans l'armée, selon les gouvernements nationaux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les donateurs internationaux sont intervenus pour apporter un appui financier et technique à ces efforts, y compris le Programme de prévention du VIH/sida du Ministère de la Défense des Etats-Unis.

De nombreux pays ont démontré qu'il était possible de mettre en œuvre des services de prévention du VIH dans les structures militaires, y compris une éducation par les pairs, la promotion du préservatif, le traitement des infections sexuellement transmissibles et les traitements antirétroviraux. Au Kenya, par exemple, les forces armées nationales ont fourni des médicaments antirétroviraux en 2007 à environ 90% des personnels militaires qui en avaient besoin et des services de conseil et de test volontaires à des milliers de civils vivant près des 17 centres militaires désignés pour les tests. Sur les 109 pays qui déclarent l'existence d'une stratégie nationale pour lutter contre le VIH dans les services en uniforme, la plupart ont déclaré atteindre une proportion significative de cette population avec la fourniture de préservatifs (86%), des services de traitement des infections sexuellement transmissibles (89%), des services de conseil et de test volontaires du VIH (89%) et des traitements du VIH (77%) (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Le Département des Opérations de maintien de la paix des Nations Unies qui supervise plus de 100 000 agents en service dans 18 missions de maintien de la paix de l'ONU fournit des orientations et des services de prévention de base du VIH à l'ensemble des personnels engagés dans les opérations de maintien de la paix.

inhérentes à une telle approche. En janvier 2008, le Gouvernement du Malawi a annoncé un plan prévoyant d'offrir un supplément de revenu de US\$ 35 par mois (en plus et au-dessus du salaire mensuel moyen de US\$ 200) aux fonctionnaires séropositifs au VIH, avec pour objectif d'améliorer leur ration nutritionnelle et qualité de vie (Reuters, 2008).

Amélioration de la prévention du VIH dans le secteur public

En particulier dans les milieux à prévalence élevée, les lieux de travail doivent être considérés comme des endroits hautement prioritaires pour mettre en place des activités de prévention du VIH. Dans le cas des travailleurs de santé, tous les employés doivent

être formés et suivis en matière de contrôle efficace de l'infection et de mise en œuvre des précautions universelles, et les centres de soins doivent garantir un accès immédiat aux techniques essentielles de prévention, y compris les gants, les blouses et autres matériels de protection, ainsi qu'à des kits destinés à faciliter la mise en place en temps voulu d'un traitement antirétroviral en cas d'exposition significative à du sang.

Mesures innovantes pour renforcer les capacités en ressources humaines

Comme indiqué dans le Chapitre 5, les pays innovent pour développer les capacités limitées en ressources humaines afin de lutter contre l'épidémie. Citons, à titre d'exemple, la stratégie dite «*Treat, Train, Retain*» (soigner, former, fidéliser) qui a pour objectif de consolider les capacités humaines dans les secteurs de la santé et de déléguer les tâches («*task shift*») des personnels de santé les plus spécialisés à des personnels moins spécialisés – afin d'exploiter autant que possible les capacités disponibles. Bien que ces innovations soient pour la plupart axées sur les systèmes de santé, ces approches sont potentiellement applicables à d'autres secteurs publics affectés par le VIH.

Concernant l'avenir : agir pour atténuer l'impact

Les gouvernements nationaux, les donateurs et les autres parties prenantes doivent accorder la priorité à l'atténuation de l'impact en tant que composante clé de la riposte au VIH et renforcer les efforts engagés pour atténuer l'impact de l'épidémie sur les ménages et les communautés. Comprendre les effets de l'épidémie sur les pays pris individuellement et sur les unités sous-nationales est une étape nécessaire en direction d'une action stratégique plus importante pour atténuer l'impact. En décembre 2007, 60% des pays ayant des épidémies généralisées déclaraient avoir évalué l'impact socioéconomique de l'épidémie ; pourtant six pays seulement sur les 33 affichant une prévalence du VIH supérieure à 1% indiquaient que ces estimations avaient effectivement servi à éclairer les décisions relatives aux allocations des ressources.

Intégrer la question du VIH dans les instruments et les processus de développement – les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, la planification ayant trait aux objectifs du Millénaire pour le développement et les cadres de dépenses à

moyen terme – fournit des moyens potentiellement importants pour attirer davantage l'attention sur les nombreuses manières dont l'épidémie peut aggraver la pauvreté, accroître les inégalités et saper la croissance économique et le développement social. Tous les pays à revenu faible et tous les pays ayant des épidémies généralisées déclarent avoir intégré la question du VIH dans leurs plans de développement généraux à la fin 2007. Lutter contre l'impact de l'épidémie devrait aussi recevoir la priorité dans les processus de planification sectoriels.

Les donateurs internationaux doivent consacrer des ressources financières et techniques accrues aux efforts visant à atténuer l'impact de l'épidémie. Outre les activités spécifiques à certains projets, telles que la distribution de nourriture ou l'appui psychosocial aux familles affectées par le VIH, les donateurs doivent apporter le soutien budgétaire nécessaire pour mettre en œuvre des programmes solides d'aide financière. Les gouvernements, les donateurs et les organisations non gouvernementales doivent accorder une attention renforcée aux stratégies axées sur l'appui aux réseaux communautaires et d'affinités qui ont des difficultés à prendre en charge le nombre important et croissant d'enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH.

Une capacité nationale puissante en matière de collecte et d'analyse des données et une élaboration multidisciplinaire des politiques sont nécessaires pour garantir la validité des approches nationales relatives à l'atténuation de l'impact. Comme indiqué, bon nombre des réformes des politiques proposées pour atténuer les effets de l'épidémie peuvent exacerber d'autres problèmes par inadvertance, tels que le risque et la vulnérabilité en matière de VIH, les inégalités économiques et la stigmatisation entourant le VIH. L'approche traditionnelle dite «*en silo*» des prises de décisions – dans le cadre de laquelle le domaine de prise de décisions de chaque ministère est très délimité et le «*secteur réservé*» ministériel est soigneusement protégé – ne favorise pas l'efficacité à long terme ni la pérennité des stratégies d'atténuation de l'impact. Les ministres de l'agriculture peuvent, par exemple, avoir des compétences impressionnantes en matière de répartition des récoltes, de productivité agricole et d'autres questions dans ce domaine, mais ils peuvent manquer de connaissances concernant les effets secondaires de politiques spécifiques sur

les salaires ruraux, les migrations de population ou les sous-groupes de ménages affectés par le VIH. De même, les ministres des finances peuvent, alors qu'ils s'efforcent à juste titre d'équilibrer les budgets sur

le court terme, être insuffisamment équipés pour évaluer la justification financière à long terme des investissements immédiats en faveur de l'atténuation de l'impact.

Données pour l'action

Prend-on les bonnes mesures ?

- Parmi les 33 pays ayant des épidémies généralisées, les informateurs gouvernementaux de 91% de ceux-ci déclarent qu'ils disposent de politiques ou de stratégies qui répondent aux besoins des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH.
- Tous les gouvernements nationaux des pays ayant des épidémies généralisées déclarent disposer de stratégies nationales visant à lutter contre le VIH parmi les travailleurs et les personnels en uniforme, et déclarent pour la plupart disposer de politiques destinées à lutter contre le VIH dans le secteur des transports (94%) et le secteur de l'agriculture (58%).
- Les gouvernements dans 60% des pays ayant des épidémies généralisées déclarent avoir évalué l'impact socioéconomique de l'épidémie.

Les bonnes mesures sont-elles prises de la bonne manière ?

- Dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5%, les chances des orphelins d'être scolarisés étaient inférieures de 4% seulement à celles des non-orphelins.
- Lorsque des secteurs non liés à la santé sont ciblés par les stratégies nationales de lutte contre le VIH, il est fréquent qu'ils ne reçoivent pas d'appui budgétaire pour lutter contre l'impact sectoriel de l'épidémie.
- Les gouvernements nationaux de seulement six pays sur les 33 pays ayant des épidémies généralisées déclarent que les allocations budgétaires ont été influencées par une évaluation de l'impact socioéconomique de l'épidémie.

Ces actions ont-elles été suffisamment étendues pour faire la différence ?

- Dans 11 pays ayant une prévalence du VIH de 5% ou supérieure, seulement 15% des ménages comprenant des orphelins ont reçu une forme d'assistance quelconque en 2007.
- Des traitements du VIH ou des services d'orientation vers des traitements du VIH sont disponibles sur les lieux de travail dans tous les districts les nécessitant dans 9% seulement des pays ayant des épidémies généralisées.

Mobiliser suffisamment de ressources financières pour la riposte au VIH

Les ressources financières consacrées à la riposte au VIH se sont considérablement accrues ces dernières années. Les 10 milliards de dollars mis à la disposition des programmes sur le VIH en 2007, toutes sources de financement confondues, y compris les fonds publics intérieurs et les dépenses des individus, représentaient une augmentation de 12% par rapport aux dépenses de 2006 et une multiplication par sept au cours de la décennie (Figure A). Cependant, d'importantes ressources supplémentaires seront nécessaires pour maintenir une riposte au VIH solide et durable durant les années à venir.

Mobiliser les ressources intérieures

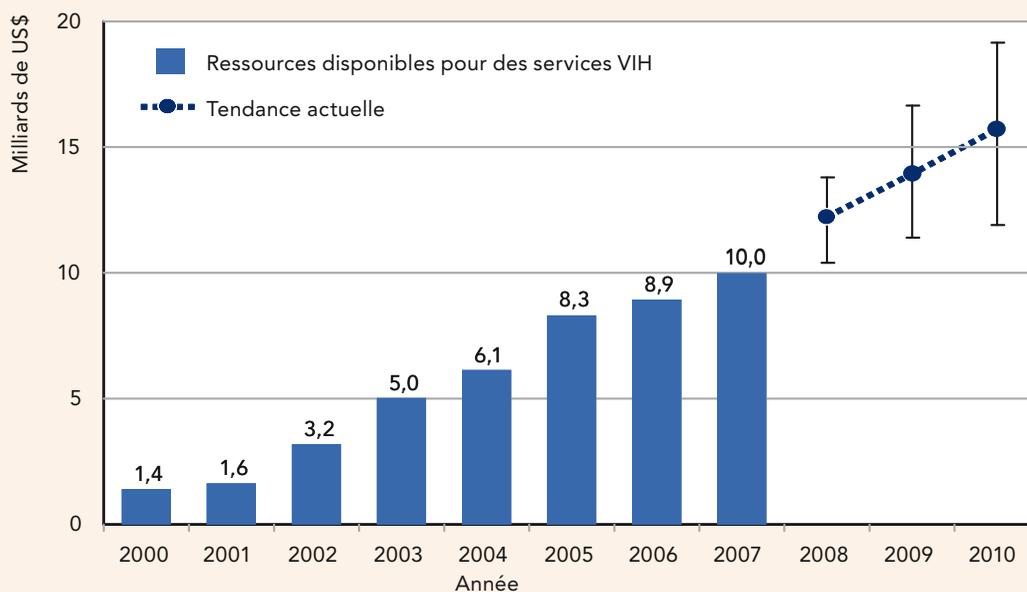
Une augmentation des dépenses intérieures sur le VIH n'est pas seulement importante pour la contribution qu'elle apporte au financement des activités essentielles de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, mais elle est aussi l'expression concrète de l'engagement national

en faveur de la riposte au VIH. Pour satisfaire les besoins futurs en matière de ressources pour la riposte mondiale au VIH, l'ONUSIDA prévoit que les pays à revenu faible ou intermédiaire devront couvrir approximativement un tiers des coûts associés au VIH dans les années à venir. Néanmoins, le fardeau financier intérieur que représente la lutte contre le VIH variera considérablement selon les pays, en fonction surtout de la capacité financière nationale. S'il est prévu que les pays à revenu intermédiaire supérieur assument eux-mêmes les coûts intérieurs liés au VIH, un appui extérieur sera nécessaire pour assurer la grande part des coûts liés au VIH à l'avenir dans les pays les moins avancés.

Trop souvent, les dépenses nationales sur le VIH ne correspondent pas aux besoins nationaux. C'est tout particulièrement le cas d'un grand nombre de pays connaissant des épidémies faibles ou concentrées. Dans la catégorie des dépenses de prévention du VIH dans les épidémies concentrées, les pays optent trop souvent pour des programmes élargis de prévention

FIGURE A

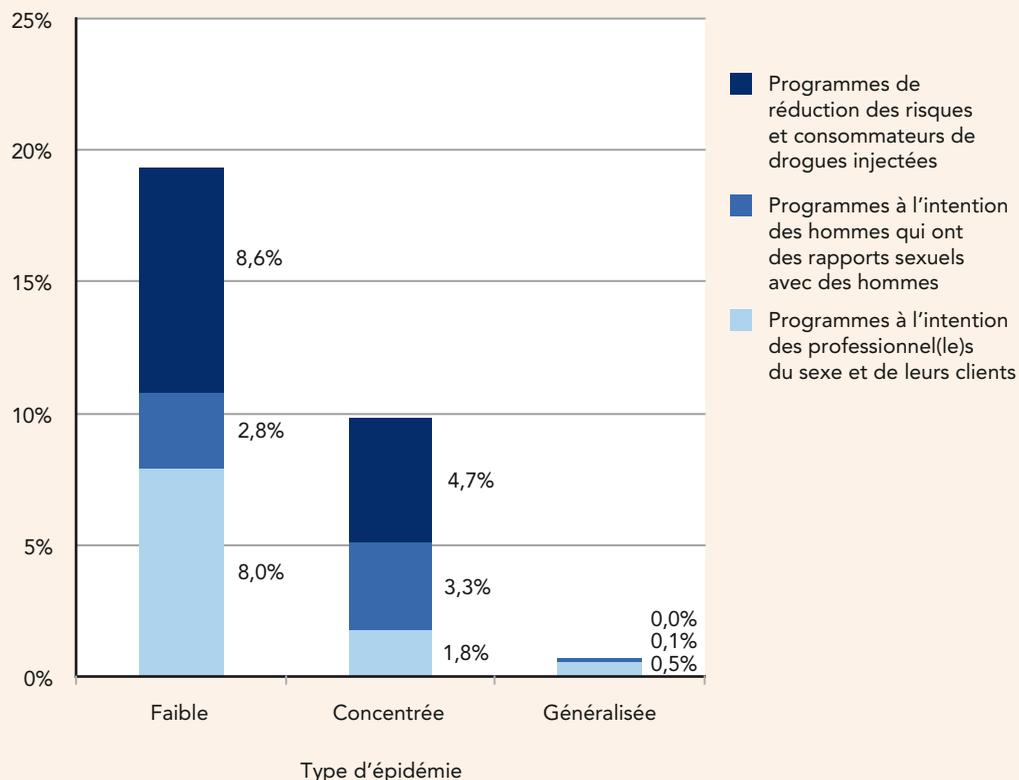
Estimation du total des ressources disponibles chaque année pour le VIH, 2000–2007, et projection des ressources requises d'ici à 2010 si l'élargissement actuel se maintient (milliards de US\$)*



* Ceci représente la projection de la tendance des besoins en ressources si le niveau actuel d'élargissement des services reste constant.

FIGURE B

Dépenses pour des programmes destinés particulièrement aux populations les plus exposées au risque de VIH en pourcentage de l'ensemble des dépenses de prévention en fonction du type d'épidémie – fonds publics et internationaux, 2006



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

FIGURE C

Dépenses VIH par habitant provenant de sources intérieures publiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2004-2007

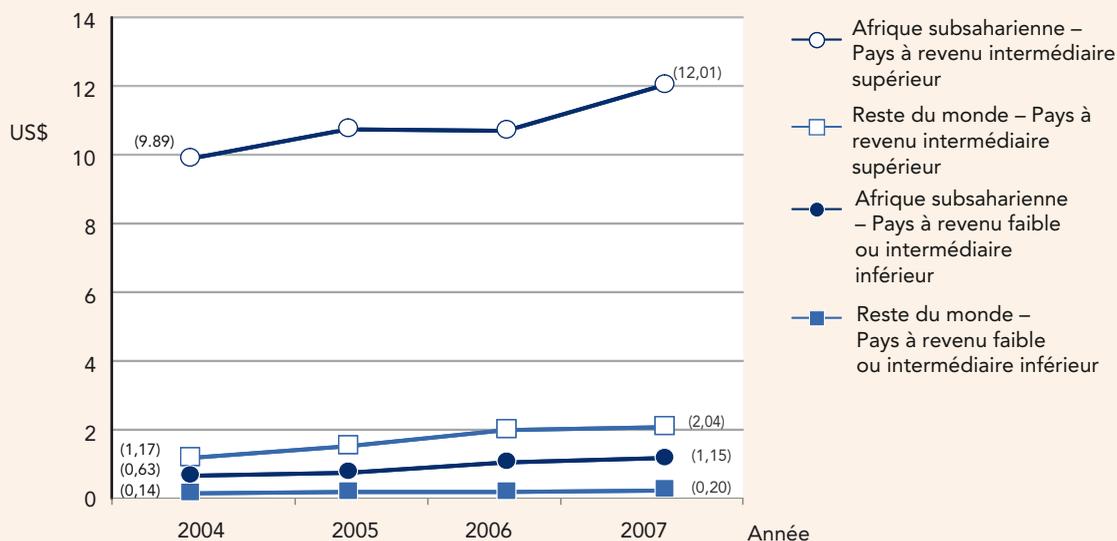
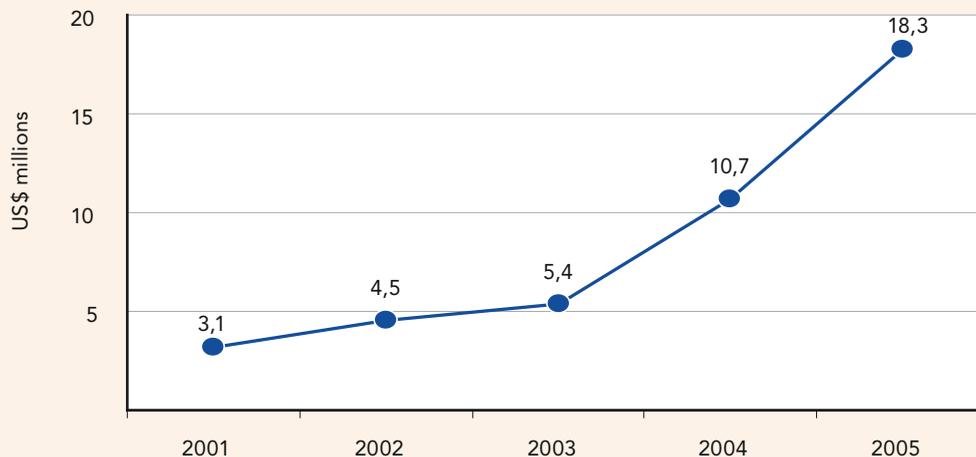


FIGURE D

Dépenses intérieures publiques, Malawi (millions de US\$)



à l'intention de la population générale, plutôt que pour des interventions ciblées sur les populations les plus exposées au risque, d'un meilleur rapport coût-efficacité. Globalement pour les épidémies concentrées, les programmes de réduction des risques axés sur les populations les plus exposées ne représentent que 10% de l'ensemble des dépenses liées à la prévention du VIH (Figure B).

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur, les dépenses intérieures par habitant sur le VIH ont plus que doublé entre 2005 et 2007 (Figure C). Les dépenses publiques par habitant dans cinq pays d'Afrique subsaharienne à revenu intermédiaire supérieur sont les plus élevées de tous les pays à revenu faible ou intermédiaire et elles ont augmenté de plus de 10% en 2007 pour atteindre un montant estimé à US\$ 12 par habitant en 2007.

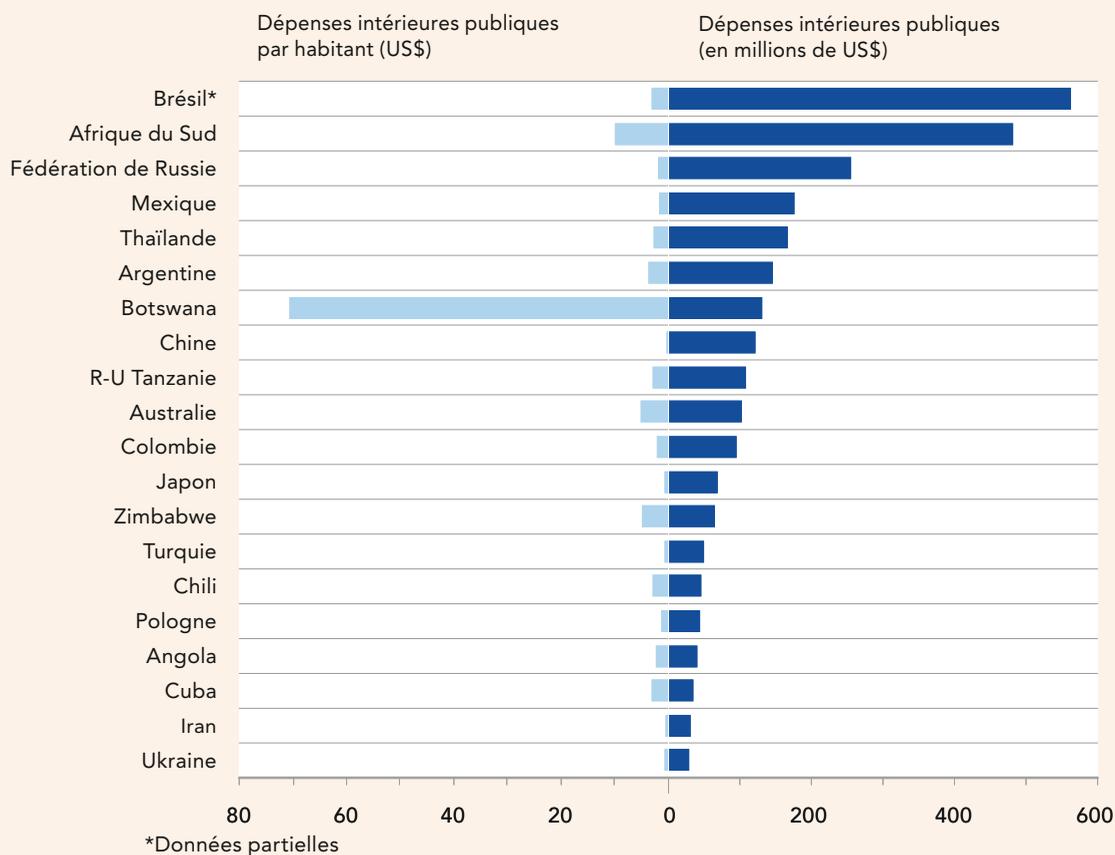
Plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire ont manifesté un solide leadership en lien avec le sida durant cette décennie, accroissant considérablement les dépenses intérieures sur le VIH tout en redoublant d'efforts pour mobiliser une augmentation de l'appui extérieur. Ils obtiennent ces augmentations grâce à

diverses stratégies visant à donner à la riposte au sida une assise financière solide et durable. En décidant vers la fin des années 1990 de fournir les antirétroviraux dans le cadre du programme de sécurité sociale du pays, le Mexique a contribué à assurer la pérennisation de sa riposte nationale; plus récemment il a élargi son système de protection financière qui préserve la population jusqu'alors non assurée de l'impact financier catastrophique de certaines maladies, dont le VIH. Le Malawi a passé une loi exigeant que tous les ministères dépendent au moins 2% de leurs budgets pour des activités liées au VIH et a multiplié pratiquement par six ses dépenses intérieures sur le VIH entre 2001 et 2005 (Figure D).

L'importance des dépenses intérieures sur le VIH – tout comme l'équilibre entre sources extérieures et intérieures de financement – varie considérablement selon les pays. Comme le montre la Figure E, sur les 20 pays à revenu faible ou intermédiaire comptant les montants les plus élevés de dépenses intérieures consacrées au VIH, c'est le Brésil qui dépense le plus en chiffres absolus, alors que c'est le Botswana qui, de loin, dépense le plus pour le VIH par habitant.

FIGURE E

Dépenses intérieures annuelles : 20 premiers pays (US\$ 2,73 milliards).
Rapports UNGASS (millions de US\$)



Dépenses nationales sur le sida par niveau de revenu

Dans la Figure F ci-après, les dépenses sur le VIH par habitant comprennent à la fois les sources intérieures et les sources internationales. La Figure montre que, dans les pays appartenant aux tranches de revenus plus élevées, une proportion croissante de la totalité des fonds provient de sources intérieures.

Mobiliser des ressources internationales

Pour financer les actions en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien en matière de VIH, la communauté internationale devra apporter un appui encore plus important. Le Fonds mondial, à lui seul,

prévoit qu'il lui faudra US\$ 6,7 milliards en 2008, ses besoins annuels passant à US\$ 7,7 milliards d'ici à 2010 (Fonds mondial, 2007). L'ONUSIDA estime que les bailleurs de fonds internationaux devront mobiliser approximativement deux tiers du montant total requis dans les années à venir pour financer une riposte solide au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les pays qui ont contribué à l'augmentation du financement des programmes sur le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont nombreux. Si les Etats-Unis ont apporté la part la plus importante de ces fonds, d'autres pays fournissent une plus grande proportion de leur produit intérieur brut (Figures G et H).

FIGURE F

Dépenses VIH en fonction des sources de financement et du niveau de revenu, 2007, ou données les plus récentes disponibles

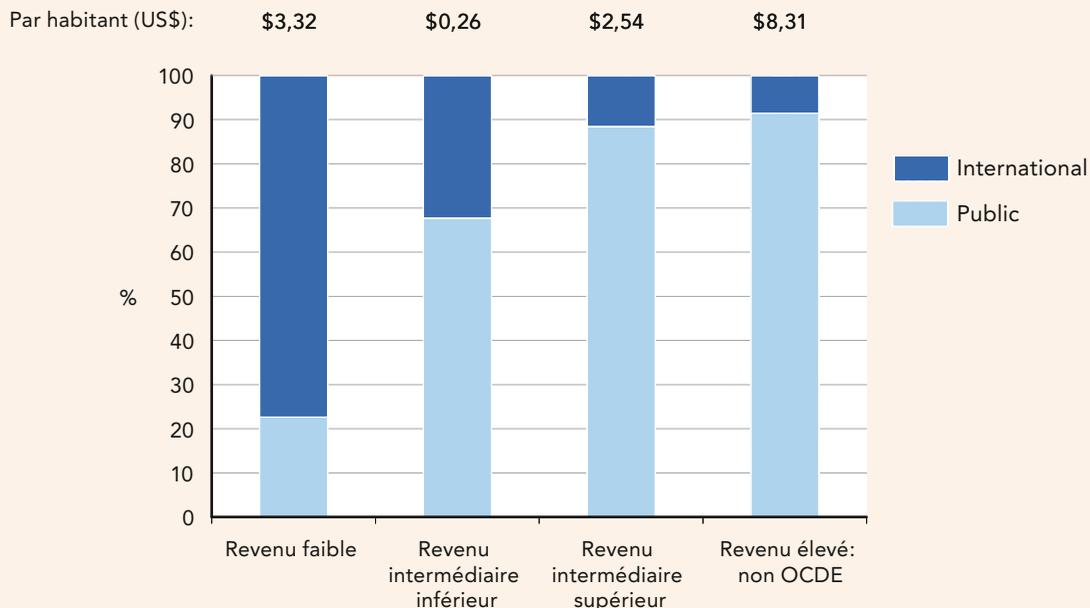
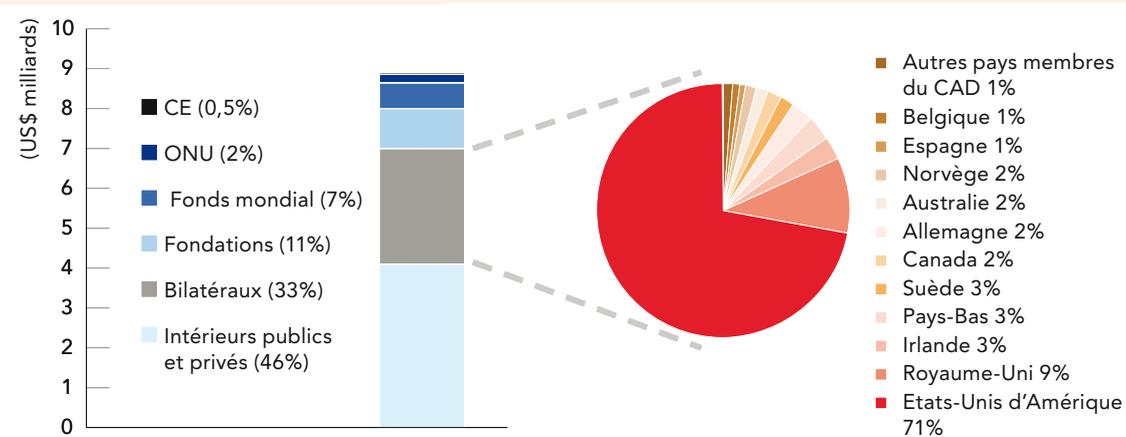


FIGURE G

Décassements bilatéraux et multilatéraux pour des programmes liés au VIH en 2006

Décassements bilatéraux et multilatéraux pour des programmes liés au VIH en 2006 (milliards de US\$)

Décassements bilatéraux pour des programmes liés au VIH en 2006



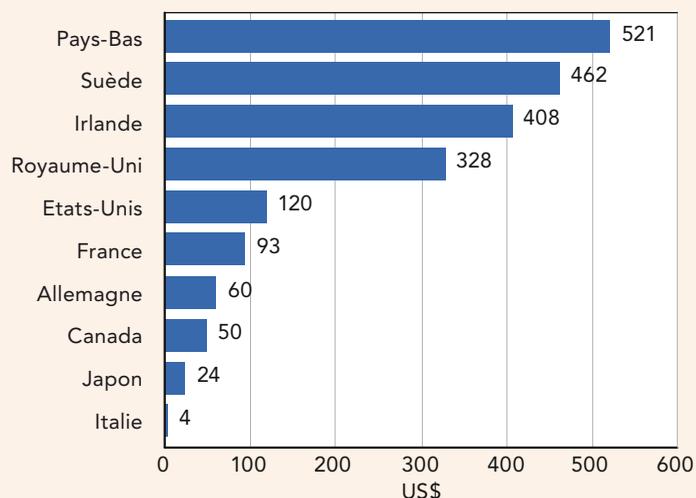
Total des ressources disponibles: US\$ 8,9 milliards

Pourcentage du total des décaissements bilatéraux
Total des décaissements bilatéraux en 2006 : US\$ 2,9 milliards

Source: Base de données en ligne de l'OCDE/CAD (consultée pour la dernière fois le 6 mai, 2008), Disponibilité des ressources, ONUSIDA 2005, Funders Concerned About AIDS (FCAA), European HIV/AIDS Funders Group (EFG) pour le secteur philanthropique.

FIGURE H

Décaissements pour le VIH par million de dollars de PIB, 2006



Sources: Analyse ONUSIDA et Fondation Famille Kaiser, juin 2007; recherche de données en ligne, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, mai 2007; Fonds monétaire international, World Economic Outlook Database, avril 2007.

Les donateurs internationaux adoptent des approches différentes pour ce qui est de leur assistance aux programmes VIH. En ce qui concerne les montants réellement décaissés en 2006, plus de 80% de l'aide aux programmes VIH du Canada, des Etats-Unis, de l'Irlande, de l'Italie, des Pays-Bas et du Royaume-Uni ont été acheminés par le biais de programmes bilatéraux, alors que la France a acheminé plus de 80% de son assistance aux programmes VIH par l'intermédiaire du Fonds mondial.

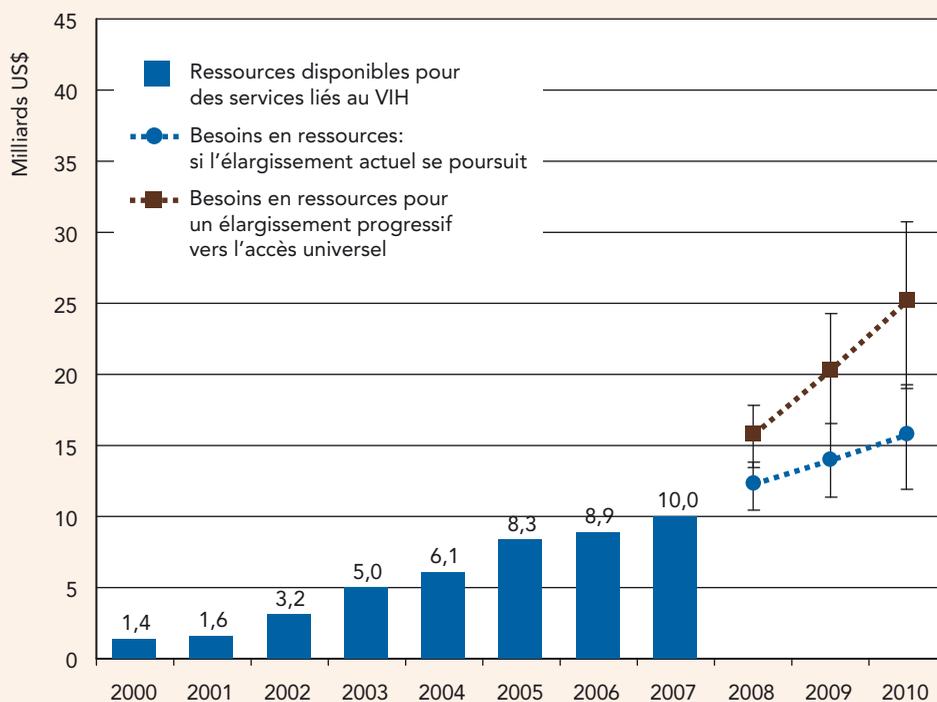
Créé pour répondre à la *Déclaration d'engagement* 2001, le Fonds mondial avait attribué, d'ici à mars 2008, US\$ 10,1 milliards pour le financement sur plusieurs années de programmes de santé dans 136 pays, la majorité des fonds étant consacrée à des initiatives sur le VIH. Les décaissements du Fonds mondial à l'échelon pays ont passé de US\$ 430 000 en 2002 à US\$ 641 millions en 2006, reflétant l'intensification rapide de l'appui financier aux efforts

nationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Ce sont les Etats-Unis, la France et le Royaume-Uni qui, d'ici à mars 2008, avaient engagé les montants les plus élevés auprès du Fonds mondial.

Le soutien apporté aux activités VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par les organismes philanthropiques des Etats-Unis ont pratiquement doublé entre 2004 et 2006, pour atteindre US\$ 979 millions. Selon l'organisation Funders Concerned about AIDS, la recherche dépassait de loin les autres domaines de dépenses relatives au VIH de la fondation en 2006. En 2004, dernière année pour laquelle on dispose de données, les fondations européennes avaient dépensé US\$ 101 millions pour des programmes VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit trois fois plus que les montants engagés en 2002-2003 (European HIV/AIDS Funders, 2006).

FIGURE I

Ressources disponibles par année, 2000–2007, et écart entre les ressources financières prévues si l'élargissement se poursuit et un scénario d'élargissement progressif pour atteindre l'accès universel entre 2010 et 2015 (milliards de US\$)



Un manque de ressources croissant

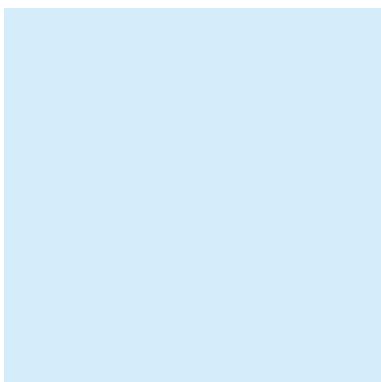
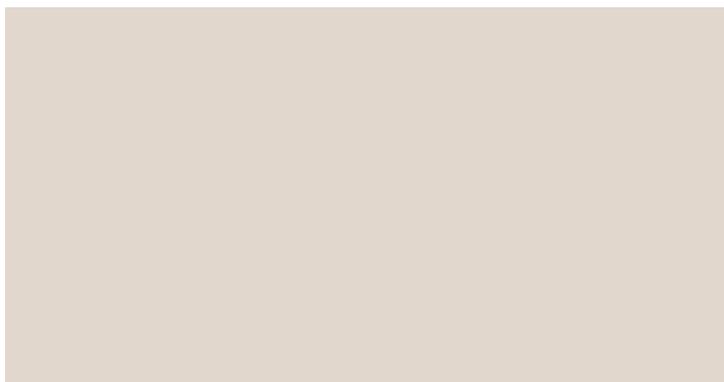
Uniquement pour conserver le rythme actuel d'élargissement des services, il faudra augmenter les niveaux de financement de plus de 50% d'ici à la fin de la présente décennie (Figure I). Pourtant, s'il suit cette voie, le monde ne parviendra pas à l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien en matière de VIH – même d'ici à 2015, soit cinq ans après la date-butoir fixée à l'échelle mondiale pour réaliser cet objectif (ONUSIDA, 2007c).

Pour atteindre et maintenir l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien en matière de VIH, des ressources considérablement plus importantes seront requises. Comme le montre la Figure I, l'écart entre les ressources disponibles et les montants nécessaires pour avancer vers l'accès universel va en s'élargissant d'année en année.

Les insuffisances du financement consacré au VIH ne sont qu'un des éléments d'un schéma plus répandu dans le domaine du développement. En réitérant un engagement déjà formulé dans d'autres accords internationaux, les pays donateurs ont promis, dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, de consacrer 0,7% de leur produit intérieur brut à l'aide au développement. En 2005, rares étaient les pays à l'avoir fait – le Danemark (0,81%), le Luxembourg (0,82%), les Pays-Bas (0,82%), la Norvège (0,94%). Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, une moyenne de 0,33% du revenu national brut était consacrée à l'aide publique au développement en 2005, un pourcentage qui n'a pas augmenté depuis 1990, malgré les nombreux accords internationaux portant sur l'augmentation de cette aide.

(Pour un examen des problèmes auxquels les pays sont confrontés pour concrétiser les ressources en programmes à fort impact, ainsi que des stratégies nécessaires pour pérenniser un financement solide du VIH au cours des années et décennies à venir, voir le Chapitre 7.)

Et à partir de là, que faut-il faire ?
Soutenir une riposte efficace, solide, sur le long terme

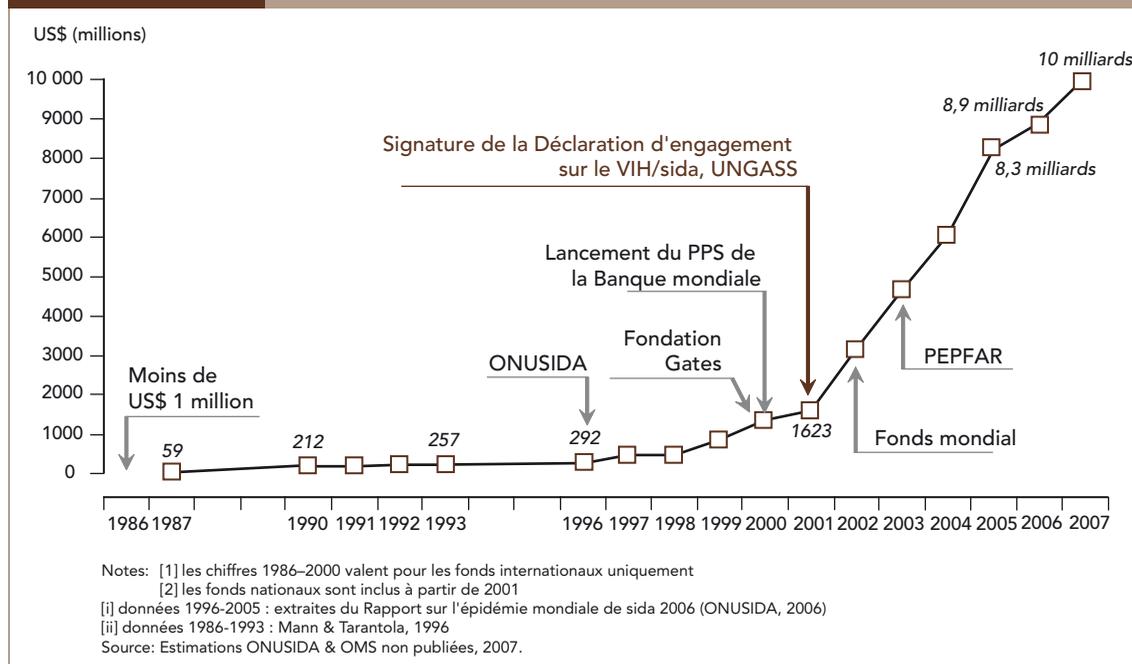


Chapitre 7



FIGURE 7.1

Ressources annuelles totales disponibles pour la riposte au sida, 1986–2007



Comme étudié dans les chapitres précédents, le monde possède aujourd'hui les moyens de prévenir les nouveaux cas d'infection à VIH, de réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH, et d'atténuer les effets néfastes de l'épidémie sur les ménages, les communautés et les sociétés.

S'acheminer sur la voie de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH constitue une étape majeure pour une riposte efficace, durable au VIH. Des progrès substantiels, cependant variables, ont été faits sur le front de l'élargissement dans l'optique de concrétiser l'accès universel. Comme le montrent les Tableaux 7.1 et 7.2, plusieurs pays ont déjà atteint leurs cibles nationales pour l'accès universel à la prévention de la transmission mère-enfant et au traitement antirétroviral.

Les pays parvenus à étendre nettement la portée de ces services sont ceux chez qui il y a eu un solide leadership à un niveau national et décentralisé et

une coordination de la riposte au VIH, notamment l'alignement du financement et des partenaires sur les stratégies nationales de lutte contre le sida. Dans les pays où les services se sont rapidement étendus, il y a une volonté politique manifeste qui s'exprime aux plus hauts niveaux gouvernementaux en faveur de processus inclusifs qui reconnaissent l'importance de tous les aspects de la riposte et qui impliquent l'ensemble des parties prenantes concernées. Le dynamisme et la transparence affichés par certains gouvernements pour riposter à l'épidémie incitent d'autres partenaires du développement à soutenir les stratégies de lutte contre le VIH que les pays eux-mêmes définissent et prennent à leur compte.

Cependant, le mouvement en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH ne présente pas la même configuration partout dans le monde. Comme le montre la Figure 7.2, certaines régions tardent

à mettre à niveau les services de prévention et de traitement essentiels.

Les progrès faits entre 2005 et 2007 pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux et à la prévention de la transmission mère-enfant ont été les plus nets en Afrique subsaharienne. Cependant, pour arriver à concrétiser l'accès universel, les avancées dans cette région ne doivent pas s'arrêter là ; les taux de couverture en Afrique avant 2005 étaient extrêmement faibles.

Les pays qui ont fait des progrès notables sur la voie de l'accès universel se sont employés à développer le potentiel humain de prestation de services, à améliorer l'accès aux produits et aux équipements, et plus globalement à renforcer leurs systèmes de santé. Un engagement important de la part de la société civile a également été déterminant pour parvenir à développer et à mettre les services à niveau. Une société civile active, qui se fait entendre et qui s'engage, est celle qui contribue à l'exercice des droits humains, qui étoffe le potentiel de mise en œuvre des pays, et qui améliore l'accès aux services pour les groupes marginalisés et pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Ce chapitre porte sur les mesures à prendre dès maintenant pour étendre les succès récents, soulignés

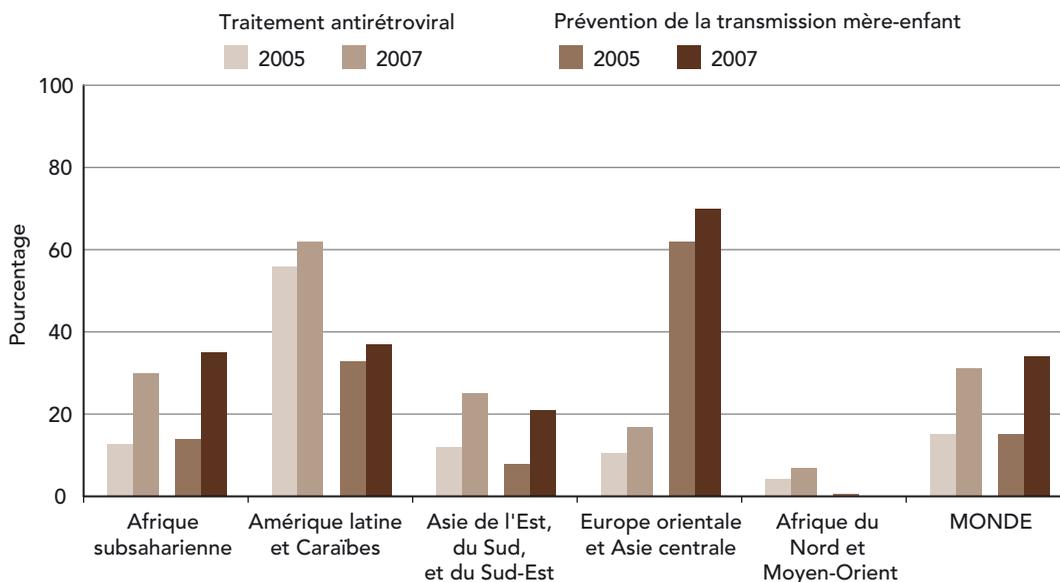
dans le présent rapport, à l'ensemble des pays et des régions ainsi qu'à la riposte au VIH dans sa totalité. Cette étude va au-delà de l'échéance de 2015 pour les objectifs du Millénaire pour le développement, décrivant les mesures et l'architecture qui seront nécessaires aux niveaux national et mondial pour soutenir sur le long terme une riposte énergique.

En particulier, ce chapitre étudie les enjeux pressants auxquels les pays et la communauté mondiale vont se retrouver confrontés dans les années à venir pour tenter d'opposer au VIH une riposte efficace, durable. Ces enjeux peuvent être résumés comme suit :

- Garantir un leadership déterminé et multisectoriel pour les années et décennies à venir, même si d'autres priorités apparaissent et que l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral donne l'impression que l'épidémie perd de sa gravité ;
- Mettre en œuvre des mécanismes innovants, durables, pour financer comme il se doit la riposte au VIH ;
- Ne pas céder à la tentation de retirer la prévention du VIH du nombre des priorités à mesure que l'épidémie évolue, et veiller à l'existence d'interventions efficaces de prévention ciblant les populations et les

FIGURE 7.2

Comparaison des pourcentages 2005 et 2007 de couverture du traitement antirétroviral pour les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH, et des pourcentages de couverture des médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes séropositives au VIH, par région



Source: ONUSIDA/UNICEF/OMS.

TABLEAU 7.1
Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant, Répartition par quartile (N = 113)

Couverture inférieure à 25% (61 pays)	Couverture de 25% à 49% (27 pays)	Couverture de 50% à 75% (14 pays)	Couverture supérieure à 75% (11 pays)
Afghanistan	Arménie	Afrique du Sud	Argentine
Algérie	Belize	Brésil	Bahamas
Angola	Bénin	Equateur	Barbade
Azerbaïdjan	Cambodge	Fidji	Bélarus
Bolivie	Chili	Jamaïque	Botswana
Bosnie-Herzégovine	Gambie	Kazakhstan	Cuba
Burkina Faso	Guyana	Kenya	Fédération de Russie
Burundi	Honduras	Lettonie	Géorgie
Cameroun	Lesotho	Lituanie	Moldova
Chine	Malawi	Namibie	République tchèque
Colombie	Mozambique	Rwanda	Thaïlande
Comores	Myanmar	Swaziland	
Congo	Nicaragua	Trinité-et-Tobago	
Costa Rica	Ouganda	Ukraine	
Côte d'Ivoire	Ouzbékistan		
Djibouti	Paraguay		
Egypte	Pérou		
El Salvador	Pologne		
Erythrée	République centrafricaine		
Ethiopie	République dominicaine		
Gabon	République-Unie de Tanzanie		
Ghana	Roumanie		
Guatemala	Singapour		
Guinée	Suriname		
Guinée équatoriale	Uruguay		
Guinée-Bissau	Zambie		
Haïti	Zimbabwe		
Hongrie			
Inde			
Indonésie			
Iran (République islamique d')			
Kirghizistan			
Libéria			
Madagascar			
Malaisie			
Mali			
Maroc			
Maurice			
Mauritanie			
Mexique			
Mongolie			
Népal			
Niger			
Nigéria			
Pakistan			
Panama			
Papouasie-Nouvelle-Guinée			
Philippines			
République démocratique du Congo			
République démocratique populaire lao			
Sénégal			
Serbie			
Sierra Leone			
Somalie			
Sri Lanka			
Tadjikistan			
Tchad			
Togo			
Tunisie			
Venezuela (République bolivarienne du)			
Viet Nam			

Chiffres fondés sur les estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS, sauf pour les pays marqués * pour lesquels les chiffres sont fondés sur les estimations des besoins transmises par les pays (estimations modélisées non disponibles).

TABLEAU 7.2
Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour les adultes et les enfants à un stade avancé de l'infection à VIH
 Répartition par quartile (N = 136)

Couverture inférieure à 25% (55 pays)	Couverture de 25% à 49% (45 pays)	Couverture de 50% à 75% (20 pays)	Couverture supérieure à 75% (16 pays)
Afrique du Sud	Bahamas	Argentine	Allemagne
Algérie	Belize	Barbade	Bhoutan
Angola	Bénin	Belgique	Botswana
Arménie	Burkina Faso	Brésil	Chili
Azerbaïdjan	Cameroun	Cambodge	Chypre*
Bangladesh	Cape-Vert*	Dominique*	Costa Rica
Bélarus	Colombie	El Salvador	Cuba
Bolivie	Equateur	Grèce	Danemark
Burundi	Estonie	Luxembourg	Géorgie
Chine	Etats-Unis d'Amérique	Moldova	Israël
Comores	Ethiopie	Panama	Namibie
Congo	Fidji	Pays-Bas	Palaos*
Côte d'Ivoire	Finlande	République tchèque	Portugal
Djibouti	Gabon	Roumanie	République démocratique populaire lao
Egypte	Guatemala	Rwanda	Royaume-Uni de Grande- Bretagne et d'Irlande du Nord
Erythrée	Guinée	Sénégal	Tuvalu*
Fédération de Russie	Guinée équatoriale	Suède	
Gambie	Guyana	Thaïlande	
Ghana	Haïti	Trinité-et-Tobago	
Guinée-Bissau	Honduras	Uruguay	
Hongrie	Islande		
Inde	Jamaïque		
Indonésie	Kenya		
Iran (République islamique d')	Lesotho		
Kazakhstan	Liban		
Kirghizistan	Malaisie		
Libéria	Malawi		
Lituanie	Maldives		
Madagascar	Mali		
Malte	Maroc		
Maurice	Nicaragua		
Mauritanie	Norvège		
Mongolie	Ouganda		
Mozambique	Papouasie-Nouvelle-Guinée		
Myanmar	Pérou		
Népal	Philippines		
Niger	Pologne		
Nigéria	République dominicaine		
Ouzbékistan	République-Unie de Tanzanie		
Pakistan	Sao Tome-et-Principe*		
Paraguay	Suriname		
République centrafricaine	Swaziland		
République démocratique du Congo	Tunisie		
Sainte-Lucie*	Venezuela (République bolivarienne du)		
Serbie	Zambie		
Sierra Leone			
Somalie			
Soudan			
Sri Lanka			
Tadjikistan			
Tchad			
Togo			
Ukraine			
Viet Nam			
Zimbabwe			

Chiffres fondés sur les estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS, sauf pour les pays marqués * pour lesquels les chiffres sont fondés sur les estimations des besoins transmises par les pays (estimations modélisées non disponibles).

comportements risqués qui sont à un niveau local les moteurs de l'épidémie ;

- Mettre en place l'architecture nécessaire pour soutenir des programmes de soins et de traitement solides et adaptables ;
- Atténuer l'impact à long et à court terme de l'épidémie sur les ménages, les communautés, et les sociétés ;
- Mettre en œuvre des ripostes nationales, avec des éléments de gouvernance propres à améliorer l'efficacité et la pérennité ; et
- Avoir conscience du fait que les solutions technocratiques ne permettront pas à elles seules de maîtriser l'épidémie, et qu'une riposte efficace sur le long terme se doit de reposer sur les droits humains.

La nécessité d'une riposte plus énergique, plus exhaustive, est manifeste. Continuer au rythme actuel d'élargissement – au lieu d'accélérer le déploiement des services afin de concrétiser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui – provoquerait plus d'un million de décès supplémentaires dus au sida chaque année d'ici à 2015 (Figure 7.3). Si la prévention du VIH ne se développe pas, plus de deux fois plus de nouveaux

cas d'infection à VIH surviendront dans les années à venir, par rapport à ce qui se produirait si une riposte exhaustive était mise en œuvre (Stover et al., 2006).

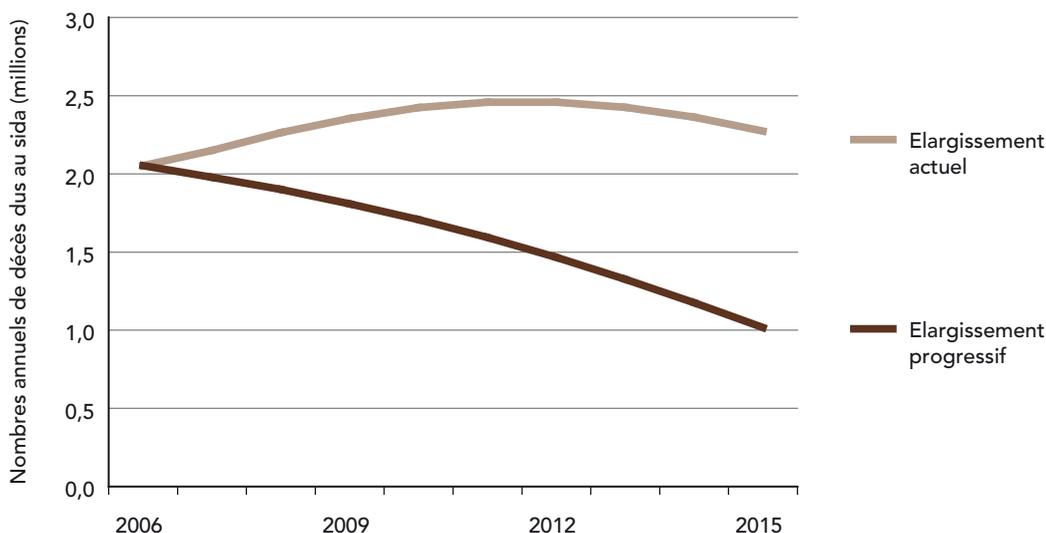
Le leadership dans le cadre de la riposte

Le VIH pose des défis particuliers en ce qui concerne le leadership. Comme l'observe la lauréate du prix Nobel, Amartya Sen, l'action collective est en général plus facile à mobiliser pour des crises visibles, telles que les famines, les catastrophes naturelles, ou les flambées de maladies hautement infectieuses. Pourtant même un problème « masqué » finit par devenir apparent lorsqu'il a l'ampleur du VIH, avec des ramifications aussi profondes. Cependant, presque sans exception, l'action pour contrer le VIH est arrivée trop tard. L'histoire de l'épidémie fait ressortir cette évidence : temporiser ne fera pas disparaître le VIH ; par contre, le temps aidant, les problèmes posés par l'épidémie gagnent en gravité.

Le problème « masqué » posé par le VIH pourrait encore s'intensifier dans les années à venir, au fur et à mesure de l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans les endroits où les ressources sont limitées. Ainsi que les pays à revenu élevé l'ont

FIGURE 7.3

Décès annuels dus au sida en comparant le taux actuel d'élargissement et la stratégie d'élargissement progressif pour réaliser l'accès universel entre 2010 et 2015



Source: ONUSIDA, 2008.

appris au cours de la décennie écoulée, la baisse de la morbidité et de la mortalité due aux progrès thérapeutiques peut masquer une prévalence et une incidence du VIH continuellement élevées, et amener les décideurs et les communautés affectées

à lâcher prise alors que la menace persiste. Les vrais leaders éviteront l'autosatisfaction, et maintiendront les politiques et programmes reposant sur des preuves pour réduire l'impact de l'épidémie sur le long terme.

Prise en main nationale de la riposte au VIH

Ces dernières années ont fourni des exemples de leadership admirable dans un nombre croissant de pays.

- Neuf ministères différents du Gouvernement de la Barbade ont leurs propres groupes de travail sur le VIH, avec des enveloppes budgétaires pour les activités en rapport avec le VIH.
- Le Botswana fait partie des pays ayant réalisé le meilleur taux de couverture en matière de traitement anti-VIH, avec une offre d'antirétroviraux en 2007 supérieure à 90% des personnes qui en ont besoin.
- En 2008, préoccupé par le taux continuellement élevé de nouveaux cas d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le Brésil a entrepris d'intensifier substantiellement les efforts de prévention dédiés à cette population.
- En Chine, après des années de laxisme face à une épidémie de VIH croissante, le gouvernement national a pris des mesures importantes pour réagir, avec notamment la création de près de 400 services spécialisés qui offraient le traitement d'entretien à la méthadone à près de 90 000 consommateurs de drogues en octobre 2007.
- En Europe, plusieurs pays (dont l'Irlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède) assument une part du financement international pour la riposte au VIH qui dépasse la proportion de l'économie mondiale qu'ils représentent chacun (se reporter à la section « Mobiliser suffisamment de ressources financières pour la riposte au VIH », pages 179-185).
- Dans le but de constituer un potentiel suffisant de riposte efficace et durable, l'Inde a formé, dès mars 2007, plus de 794 000 personnes à la prestation de services essentiels de lutte contre le VIH.
- En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la mise en œuvre de services de test et de conseil VIH proposés par le prestataire de soins dans les établissements de santé a multiplié par neuf le taux d'utilisation du dépistage dans les sites du secteur de la santé entre 2006 et 2007.
- Classé 161^{ème} sur 177 pays selon l'Indicateur du développement humain (PNUD, 2007a), et confronté au défi de se relever du génocide de 1994, le Rwanda a réalisé en 2007 le meilleur taux de couverture en ce qui concerne le traitement antirétroviral (71%) et la prévention de la transmission mère-enfant (55%) parmi les pays à faible revenu.
- A partir de 2003, le Gouvernement des Etats-Unis a nettement accru son aide technique et financière aux pays à revenu faible ou intermédiaire, offrant une contribution sans précédent de US\$ 18,8 milliards pour financer les initiatives de prévention, de traitement, de soins, et d'appui en matière de VIH (Office of US Global AIDS Coordinator et al., 2008).

Un leadership solide pour la riposte au HIV appelle une focalisation sur des objectifs à long terme, avec refus de laisser les problématiques survenant entre-temps saper la riposte nationale au VIH. Après s'être engagé en 1996 à offrir l'accès aux médicaments antirétroviraux par le biais du secteur public, le Brésil a connu de graves difficultés financières, y compris l'effondrement du *real*, la monnaie nationale. Malgré d'énormes pressions de la part du Fond monétaire international demandant une réduction abrupte des dépenses publiques, le Président du Brésil, Fernando Henrique Cardoso, est resté ferme sur l'engagement du pays en faveur de l'offre des traitements anti-VIH. Et c'est à cette détermination que des dizaines de milliers de personnes doivent d'être vivantes aujourd'hui, de n'avoir pas succombé à des maladies liées au VIH.

Qui dit assumer un leadership dit ne pas se laisser aller à « rêver la disparition de l'épidémie » une fois que la riposte commence à donner de bons résultats. Un leader en matière de VIH reconnaît que l'épidémie représente un défi appelé à s'étendre sur des générations, qui nécessite de la persistance, de la clairvoyance, et de la flexibilité ; en bref, leadership implique planification sur le long terme. Si la planification sur trois et cinq ans va continuer de jouer un rôle majeur dans les ripostes nationales, elle doit de plus en plus être située dans les efforts de planification à plus long terme. La Namibie offre une illustration de ce type d'approche ; son plan actuel quinquennal relatif au VIH, qui va jusqu'en 2009, est spécifiquement relié aux objectifs et aux stratégies d'un processus de planification à long terme pour le développement, qui s'étale jusqu'à 2030.

Un leader se fie à des preuves. Ainsi, alors que certains peuvent être tentés de gérer l'épidémie en imposant des restrictions de voyage aux personnes vivant avec le VIH ou en limitant l'action de prévention pour les jeunes à des cours d'abstinence sexuelle, le leader d'une riposte au VIH va être convaincu par des données probantes de santé publique que ces stratégies sont inefficaces et qu'elles aboutissent à l'effet inverse.

Le leadership des chefs de gouvernement et des ministères nationaux est capital, mais l'efficacité des ripostes nationales dépend de l'engagement et de l'action de différents groupes. Tous les milieux doivent prendre part à la riposte au VIH (surtout dans

les pays où le VIH est hyper-endémique), notamment les associations communautaires, les organisations confessionnelles, les entreprises privées, et les jeunes comme les personnes âgées. Surtout, il faut donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de contribuer à la conduite des ripostes nationales.

En offrant des services essentiels, en portant vers l'avant les valeurs de tolérance et de compassion, et en plaidant pour une action plus énergique, les associations confessionnelles de toutes les régions représentent des partenaires déterminants pour la riposte. Les associations confessionnelles qui contribuent à la conduite de la riposte au VIH sont notamment Caritas Internationalis, Ecumenical Advocacy Alliance, Tear Fund, Islamic Relief, le Projet Sangha Metta, et la fondation Art de Vivre. Également, les parlementaires ont un rôle crucial à jouer dans la conduite et dans le renforcement des ripostes nationales. Cette réalité s'est traduite à l'occasion de la Première Réunion parlementaire mondiale sur le VIH/sida organisée en novembre 2007 par le Sénat des Philippines, lors de laquelle près de 200 parlementaires de pays de toutes régions ont convenu de prendre des mesures audacieuses pour élargir l'accès au traitement, faire obstacle à la stigmatisation et à la discrimination, renforcer l'action de prévention fondée sur des preuves, et améliorer l'efficacité des ripostes nationales.

Susciter l'engagement d'acteurs non gouvernementaux dans la riposte au VIH peut parfois nécessiter des approches novatrices. Par exemple, afin d'encourager la participation accrue du monde des affaires à la riposte nationale, le Gouvernement chinois a lancé une nouvelle politique en 2007 autorisant des déductions fiscales aux entreprises qui ont fait des dons pour les activités de prévention et de soins dans le domaine du VIH. Au niveau mondial, la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida ainsi que le Forum économique mondial continuent de susciter une action et un engagement accrus contre le VIH de la part de l'industrie privée.

Le centre « Discover and Recover »

Révérrende Patricia Sawo est coordonnatrice régionale d'ANERELA+, Afrique de l'Est



Un matin de septembre, en 1999, Patricia Sawo s'est réveillée tout endolorie, et a constaté que son corps était couvert de grosses vésicules, manifestation du zona, une maladie opportuniste fréquente chez les personnes vivant avec le VIH. A l'époque, elle était chef religieux au Kenya et suivait une formation pour devenir conseillère chrétienne. Elle s'est complètement affolée à l'idée qu'il s'agisse de l'infection à VIH.

« Je faisais partie de ces prêcheurs qui croyaient que le VIH était une malédiction et un châtiment envoyés par Dieu », explique-t-elle. Plus tard, elle s'est confiée à deux collègues qui lui ont conseillé de faire sept jours de jeûne et de prières pour que Dieu la guérisse. Evidemment, elle restait séropositive au VIH.

Lorsque les chefs religieux ont commencé à examiner des stratégies pour identifier et isoler toutes les personnes séropositives au VIH, Sawo a décidé de rendre publique sa séropositivité. Mais sa bravoure a eu des conséquences désastreuses : en deux semaines, Sawo a perdu son poste de responsable au sein de l'église, et a été contrainte d'arrêter ses études. Son mari a perdu son emploi, et la famille a perdu sa maison, à cause de la stigmatisation liée au VIH. Tous les amis de Sawo, sauf deux, l'ont laissée tomber. Sans aucune forme de soutien, les enfants ont été forcés de quitter l'école.

« Pendant deux ans, j'ai vécu dans la solitude et l'isolement », raconte Sawo. « Mais je me disais que je n'allais pas mourir. Je me suis adressée à une ONG et j'ai demandé aux gens là-bas de me former à la fonction de chef religieux ». Grâce à eux, elle a fait la connaissance d'autres ecclésiastiques séropositifs au VIH, et en 2002, elle a assisté à une réunion de chefs religieux séropositifs organisée en Ouganda. Là-bas, elle a rencontré Canon Gideon Byagumisaha qui vivait avec le VIH depuis 10 ans. « J'ai entendu trois mots très forts, et ma vie a changé. Il a dit que l'infection à VIH pouvait se prévenir et se gérer, et que la mort est évitable. »

A cette réunion, ANERELA+, le réseau africain des chefs religieux, a été créé. Le réseau a trois objectifs principaux :

- Créer un réseau de chefs religieux vivant avec ou affectés par le VIH ;
- Habilitier les chefs religieux à devenir des agents du changement ; et
- Donner aux chefs religieux des moyens de susciter le dialogue et l'action sur le VIH et le sida au sein de leur congrégation.

« ANERELA+ m'a donné une famille », constate Sawo. Elle a commencé à travailler pour le compte d'ANERELA+, afin de créer un réseau religieux au Kenya. Sa collaboration avec ANERELA+ a aidé la famille sur le plan financier, et les enfants ont pu retourner à l'école. Sa fille, qui serait devenue domestique, est aujourd'hui à l'université.

Lorsque Sawo a commencé à parler du VIH, les gens sont venus en masse lui demander de l'aide, à tel point que sa maison s'est transformée en dispensaire. Ce qui l'a amenée ainsi que d'autres membres de l'église à créer un centre où les gens pourraient bénéficier de soins et d'un appui. Leur premier visiteur a été un homme souffrant d'une méningite aiguë, qui avait été déposé au bord de la route par l'hôpital. Après un traitement, il a été transporté au centre où sa prise en charge a continué. Cet homme s'est complètement rétabli, et il est de retour au travail après deux ans de maladie invalidante. Appelé « Discover and Recover » (découvrir et se rétablir), le centre contribue à éviter bien des décès dus au sida. Au départ, c'était une crèche, qui s'est développée pour devenir une garderie accueillant 28 enfants affectés par le VIH.

Les personnes vivant avec le VIH: des partenaires essentiels de la riposte nationale

Au Sommet de Paris sur le SIDA en 1994, 42 pays ont reconnu dans une déclaration que la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) était déterminante pour les ripostes nationales au VIH. L'implication des personnes vivant avec le VIH dans l'élaboration, la mise en œuvre, et le suivi des efforts nationaux n'est pas seulement une question d'honnêteté. L'efficacité des initiatives nationales de lutte contre le VIH dépend de l'écho qu'elle trouve chez les personnes les plus affectées par l'épidémie. De ce fait, le point de vue et les idées des personnes vivant avec le VIH constituent des atouts précieux, qui peuvent contribuer à ce que les efforts nationaux aient un maximum d'impact.

Actuellement, il existe peu d'outils pour mesurer la participation des personnes vivant avec le VIH aux ripostes nationales. En 2005, une réunion de «brassage d'idées» des personnes vivant avec le VIH a abouti à un accord pour élaborer une «fiche de rapport GIPA», permettant d'évaluer à l'échelon pays le degré de concrétisation du principe GIPA. Cette initiative a été ultérieurement prise en main par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+). Début 2008, la fiche de rapport a été expérimentée en Inde, au Kenya, au Lesotho, et à la Trinité-et-Tobago, et devrait être plus largement mise en vigueur dans les années à venir.

Pérenniser le financement de la riposte au VIH

Certes l'argent ne suffira pas pour garantir la réussite sur le long terme; toutefois, une riposte énergique au VIH ne saurait tenir le cap sans un financement suffisant. Même dans les pays à revenu faible, les budgets internes du secteur public ont un rôle crucial à jouer dans le financement de la riposte sur le long terme. Cependant, la communauté mondiale, qui s'est engagée à faire reculer l'épidémie, doit tenir compte de l'aptitude limitée des pays à revenu faible à financer les services anti-VIH essentiels. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les donateurs internationaux vont devoir assumer la majeure partie du financement de la riposte au VIH dans les années à venir.

Il est irréaliste de s'attendre à ce que les fonds dédiés au VIH couvrent en totalité le large éventail de mesures économiques et sociales propres à renforcer la riposte au VIH. Ces mesures englobent l'accès universel à l'enseignement primaire et secondaire, l'ouverture de créneaux économiques pour les femmes, des systèmes de protection sociale globaux et qui fonctionnent bien, et l'appui au secteur agricole et aux communautés rurales. Les donateurs internationaux doivent générer le financement nécessaire pour concrétiser l'accès universel à la

prévention, au traitement, aux soins, et à l'appui en matière de VIH, mais ils doivent aussi augmenter de façon substantielle le financement de l'aide publique au développement de toute nature. Des progrès massifs relatifs aux indicateurs non spécifiquement liés au VIH concernant les aspects de la santé, économiques, et sociaux sont nécessaires d'urgence pour porter à son maximum l'impact des ripostes nationales au VIH. Il est désolant de constater que la plupart des pays à revenu élevé n'ont pas tenu leur promesse de consacrer au moins 0,7% de leur produit national brut à l'aide publique au développement. En 2005, seulement cinq pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suède) investissaient au moins 0,7% de leur produit national brut dans l'aide au développement (PNUD, 2007a).

La quête de pérennité en matière de financement de la riposte au VIH a donné lieu à un certain nombre d'initiatives imaginatives. Par exemple, Product RED, inventé par Bono et Bobby Shriver, président de DATA (Debt AIDS Trade Africa), retient un pourcentage sur la vente de chaque produit, et reverse la somme au Fonds mondial. Les sociétés participantes sont notamment les détaillants de l'habillement (comme Gap et Emporio Armani), American Express, les grands fabricants de matériel

Tout le monde est concerné

Gary M. Cohen est Vice-Président exécutif de Becton Dickinson



« Ce sont mes déplacements à travers le monde en développement qui m'ont amené à m'engager dans la riposte au VIH et au sida », explique le chef d'entreprise Gary Cohen. « Je me suis impliqué non seulement au niveau professionnel, mais également à un niveau très personnel, après avoir été le témoin direct des effets du VIH/sida en Afrique subsaharienne. »

Lors de ses nombreux voyages dans la région aux côtés de l'UNICEF, de la Croix-Rouge, et d'autres institutions, M. Cohen a constaté que chaque famille avait perdu au moins un être cher et avait été frappée par l'épidémie à bien des égards. Ce qui l'a amené à comprendre que le VIH représentait la plus grande menace de notre temps pour la santé ; une menace pour la santé avec un impact direct sur le monde des affaires. « Personnellement, je pense qu'il serait extrêmement imprévoyant de la part des organisations mondiales quelles qu'elles soient – même de la part des petites et moyennes entreprises – de considérer que ce problème ne les regarde pas », prévient M. Cohen.

M. Cohen est Vice-Président exécutif de Becton Dickinson (BD), une grande société de technologie médicale dont les revenus annuels avoisinent US\$ 6,5 milliards et qui emploie environ 28 000 personnes à travers le monde. L'engagement personnel de M. Cohen dans la riposte l'a conduit à rechercher activement les moyens que sa société pourrait utiliser pour contrer l'épidémie de VIH. Outre les solides programmes sur le lieu de travail qu'elle a mis en place, cette société soutient la riposte au sida en collaborant avec des organisations et institutions existantes. Par exemple, BD a travaillé aux côtés du PEPFAR pour renforcer les systèmes de laboratoire à travers l'Afrique subsaharienne. L'entreprise a engagé la moitié du budget de US\$ 18 millions, et apporté une aide technique.

BD collabore également avec la Fondation Clinton pour garantir l'accès durable à la numération des CD4, et avec la fondation FIND pour améliorer le diagnostic de la tuberculose. Les autres collaborations ont trait à la formation et à l'appui des agents de santé et des systèmes de santé dans les pays à prévalence élevée. Par exemple, BD a formé plus de 2500 techniciens de laboratoire, et financé la création de centres de remise en forme pour le personnel infirmier affecté par le VIH.

M. Cohen pense que toutes les sociétés ont une contribution à apporter, en fonction de leurs compétences internes. « Avec le VIH/sida, on peut facilement se laisser embarquer dans les chiffres et devenir presque insensible à l'horreur du problème », note-t-il. « Ce que j'invite les gens à faire, c'est à ramener le chiffre à un : aller trouver un individu qui vit avec cette maladie, ou qui a été affectée par la maladie en question. »

En 2004, M. Cohen a rencontré une orpheline kényenne de 14 ans qui avait été diagnostiquée séropositive au VIH. Il l'a prise sous son aile, et c'est aujourd'hui une élève brillante, parmi les meilleures de sa classe, qui rêve de devenir un jour avocate.

informatique (comme Apple, Dell, et Microsoft), les hôteliers, les journaux, et la société de cartes de vœux Hallmark. Ses deux premières années, Product RED a collecté plus de US\$ 100 millions pour financer des programmes de santé essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Autre moyen créatif de générer des fonds pour le VIH: UNITAID, initiative lancée en 2006 sous l'impulsion des Gouvernements de la France, du Brésil, du Chili, de la Norvège et du Royaume-Uni. UNITAID est un dispositif international d'achat de médicaments financé au moyen d'une taxe sur les billets d'avion pour les vols internationaux, et qui assure un flux continu de revenus. En mars 2008, plus de 24 pays soit avaient mis en place la taxe sur les billets d'avion, soit envisageaient de le faire. Comme expliqué au Chapitre 5, en peu de temps UNITAID s'est affirmé dans un rôle important pour l'élargissement de l'accès au traitement pédiatrique anti-VIH.

En février 2008, le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon a nommé l'ancien ministre français des Affaires étrangères, Philippe Douste-Blazy, au poste de conseiller spécial sur les moyens novateurs de financement des objectifs du Millénaire pour le développement. M. Douste-Blazy a préconisé la création d'un mouvement citoyen pour générer en continu des fonds destinés à l'aide internationale au développement.

Faire travailler l'argent disponible

Des efforts supplémentaires sont également nécessaires pour que ce volume de financement accru soit rapidement converti en programmes valables, à fort impact, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En plus de maximaliser la coordination des différents financeurs et prestataires, il va falloir offrir un appui technique pour édifier un potentiel national solide afin de monter et de pérenniser des ripostes au VIH énergiques, s'adressant aux personnes les plus à risque et les plus vulnérables. Les politiques des donateurs doivent également soutenir, surtout ne pas entraver, l'engagement de la société civile et des communautés affectées dans les ripostes nationales au VIH.

Harmonisation et alignement

Des progrès plus importants s'imposent pour aligner les efforts de tous les acteurs à l'échelon national sur les stratégies que les pays ont eux-mêmes définies

et prises à leur compte. Près de la moitié (45%) des gouvernements rapportent que les partenaires extérieurs n'ont pas tous aligné leurs efforts sur les stratégies nationales de lutte contre le VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Là où les parties prenantes nationales suivent leur propre agenda, l'impact stratégique des efforts contre le VIH s'en trouve souvent étouffé.

Supprimer le caractère incertain du financement

Le caractère incertain du financement extérieur entrave l'aptitude des pays à prévoir pour l'avenir, ce qui empêche les efforts nationaux de garantir la pérennisation de la riposte au VIH. Si la tendance mondiale des décaissements dans les pays par les donateurs bilatéraux internationaux s'accroît régulièrement, la disponibilité et le volume des fonds de certains donateurs continuent de changer d'année en année. L'une des solutions possibles à ce problème, c'est le «panier de financement», qui correspond à un système de fonds commun selon lequel plusieurs donateurs regroupent leur financement en subventions pluriannuelles à l'appui des ripostes nationales.

Engager la société civile et financer son action

La riposte au VIH a placé les gens au centre des pratiques de développement. Par exemple, le Programme plurinational de la Banque mondiale pour la lutte contre le VIH/sida a mobilisé la participation de plus de 66 000 organisations de la société civile en faveur de la riposte au VIH en Afrique (Banque mondiale, 2007). De même, le Fonds mondial a suivi une approche novatrice, en faisant appel à des instances de pays à représentation plurielle pour évaluer les besoins, formuler des programmes, et soumettre des demandes de financement pluriannuel. Toutes ces innovations continueront d'être indispensables dans les années à venir, pour garantir une participation et un engagement à large assise en faveur des ripostes nationales au VIH.

Surmonter les obstacles à la mise en œuvre

Il est capital de coordonner les efforts des financeurs et des organismes d'appui technique pour repérer tôt les obstacles à la mise en œuvre, apporter l'assistance technique en temps voulu afin d'accélérer la mise en œuvre et l'élargissement, et pour bâtir des potentiels afin de garantir la pérennisation des ripostes

Améliorer la pertinence et l'impact de l'appui technique des Nations Unies aux pays

Afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité des efforts des Nations Unies dans le domaine du VIH, les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont défini ensemble une répartition des tâches pour l'apport d'appui technique. Cette répartition des tâches précise quels sont les organismes chefs de file et collaborateurs les mieux placés pour agir dans tel ou tel domaine thématique – l'idée étant de tirer parti des points forts de chaque organisme sur des problématiques spécifiques. L'application de ces recommandations a fait l'objet d'une évaluation indépendante, qui a montré que les organismes des Nations Unies ont adopté cette répartition du travail, en l'adaptant au contexte national. Plusieurs organismes ont ajusté leur dotation en personnel en réaction directe à la révision de leurs responsabilités (Attawell & Dickinson, 2007).

Les Nations Unies ont pris d'autres mesures pour améliorer la qualité, les délais, et l'impact de leur appui aux pays. Des dispositifs d'appui technique auront été mis en place dans sept régions d'ici à la fin de 2008, et l'OMS a créé des « centrales de connaissances » pour aider les pays à convertir l'information stratégique en programmes et politiques.

Les dispositifs d'appui technique offrent dans les délais appropriés un appui technique aux partenaires nationaux dans les domaines prioritaires (planification stratégique et opérationnelle, établissement des coûts et budgétisation, suivi et évaluation, gestion programmatique et financière) et dans les secteurs thématiques définis au niveau régional. Ces dispositifs ont créé des viviers de consultants locaux et régionaux, et offrent des services de perfectionnement professionnel afin d'accroître la capacité de prestation d'appui technique par le niveau local. Ils travaillent en partenariat avec les Coparrainants de l'ONUSIDA pour que les politiques, les méthodologies et les outils utilisés par leurs consultants soient « à la pointe du progrès », et contribuent à une communauté de valeurs et à une même compréhension des accords mondiaux et des Nations Unies. Une attention particulière est accordée à l'élargissement de l'accès aux subventions du Fonds mondial, par l'apport d'un appui technique aux bénéficiaires des subventions du Fonds mondial afin qu'ils élaborent des propositions et mettent en œuvre les subventions.

nationales. Aider les pays à mettre en œuvre avec succès les programmes subventionnés par le Fonds mondial représente l'une des priorités majeures de l'ONUSIDA.

En 2008, l'ONUSIDA et le Fonds mondial se sont entendus sur un cadre exhaustif pour améliorer la coordination et l'efficacité de leurs efforts respectifs visant à aider les pays à s'acheminer vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. En vertu de la répartition des responsabilités arrêtée d'un commun accord, l'ONUSIDA aide les pays à élaborer des propositions de financement fondées sur des preuves, soutient le processus d'examen technique du Fonds mondial, et procure aux pays une aide technique ciblée pour accélérer la mise en œuvre des programmes approuvés par le Fonds mondial.

L'Equipe mondiale d'appui à la mise en œuvre (GIST) – modèle novateur de collaboration entre le Fonds mondial, l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale, le PNUD, la GTZ, le Gouvernement des Etats-Unis, l'Alliance contre le Sida, l'ICASO, la CISD, et l'ICTC du Brésil – travaille d'une façon concertée et coordonnée pour désengorger les goulets d'étranglement ralentissant la réalisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins, et d'appui en matière de VIH. Une évaluation indépendante a montré que le dispositif GIST a amélioré la coordination entre les financeurs multilatéraux et les organismes techniques, et a contribué à la conduite de réformes au niveau mondial pour accroître l'efficacité et l'impact du soutien multilatéral aux pays (Attawell & Dickinson, 2007).

Maintenir fermement l'attention sur la prévention du VIH

Comme souligné au Chapitre 4, le succès sur le long terme de la riposte au VIH exige un abaissement substantiel et durable des taux de nouveaux cas d'infection à VIH. Pourtant le degré de priorité accordé à la prévention du VIH est systématiquement bien inférieur à ce qu'il devrait être dans bon nombre de ripostes nationales. Près de trois décennies après le début de l'épidémie, une majorité de jeunes dans les pays durement touchés n'ont toujours pas de connaissances de base au sujet du VIH; environ deux femmes enceintes séropositives sur trois n'ont pas accès aux médicaments antirétroviraux ni à d'autres services de prévention de la transmission mère-enfant; et dans les pays ayant des épidémies concentrées, la plupart des populations à risque accru d'exposition au VIH ne bénéficient pas des services essentiels de prévention du VIH.

Malheureusement, prévenir les nouveaux cas d'infection à VIH risque de ne pas devenir facile au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie. Alors que s'accroît l'accès au traitement, les cas d'incapacité et les décès associés au VIH pourraient devenir moins visibles – ce qui pourrait entraîner les communautés vers un certain laxisme, et les dirigeants vers la tentation de réduire les investissements dans les programmes de prévention. Parvenir à réduire le tribut humain prélevé par l'épidémie pourrait dans certains pays conduire à un triomphalisme prématuré. Et au moment incontournable de prendre des décisions budgétaires difficiles, certains décideurs pourraient trouver plus simple de réduire les fonds pour les services de prévention qui, par définition, n'ont pas de retombées favorables claires, démontrables, puisque précisément ils sont là pour contrer l'apparition des conséquences négatives.

A bien des égards, intégrer la prévention du VIH aux nombres des priorités est l'illustration suprême du vrai leadership dans le cadre de la riposte au VIH. Soutenir les efforts de prévention conçus sur la base de preuves exige des pays qu'ils gèrent des problématiques compliquées, qu'ils investissent sagement dans l'avenir, et qu'ils s'attaquent aux facteurs sociétaux qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH. Tant qu'il n'y aura pas suffisamment de volonté politique pour mettre en place les stratégies de prévention qui ont fait leurs preuves, l'épidémie continuera de s'étendre, compromettant la pérennisation de la riposte au VIH.

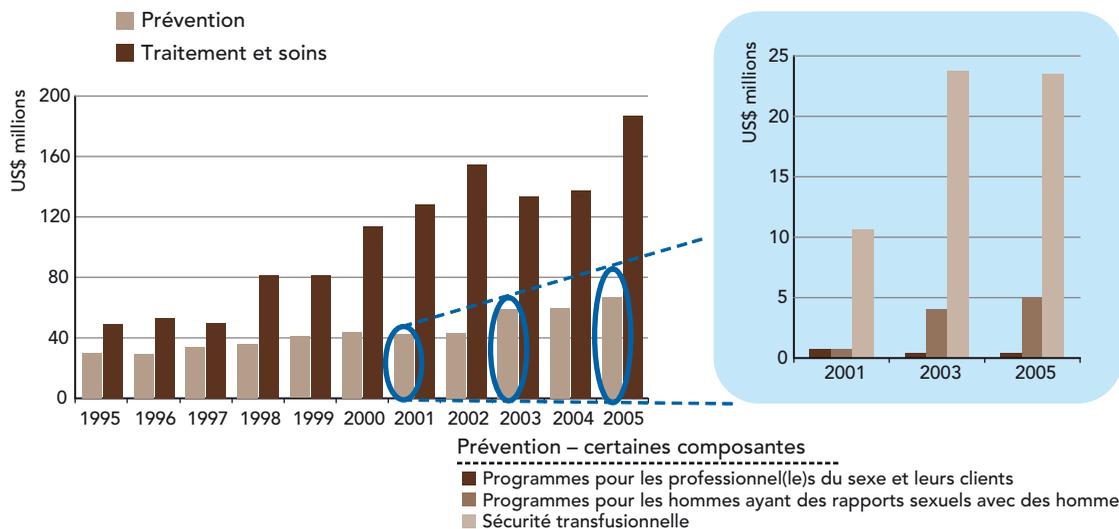
La mise à disposition de services de prévention ne garantit pas automatiquement que ces services seront largement utilisés. Là où la prévention du VIH a marché, un mouvement populaire s'est efforcé de faire de la réduction des risques une norme sociétale, ce qui a engendré une forte demande en services de prévention. Il faut également pour cela un leadership qui tienne la route. Beaucoup d'enseignements ont été tirés concernant la façon de susciter une forte mobilisation communautaire et de la soutenir, mais pour encourager un mouvement populaire de cette nature, il faut avoir le courage d'investir dans des stratégies qui portent davantage vers l'avant le principe de responsabilité morale des gouvernements nationaux et autres parties prenantes eu égard au VIH. Certains rechigneront à se responsabiliser, mais le vrai leader dans le contexte de la riposte au VIH se réjouira de l'émergence d'un authentique mouvement social, en lequel il reconnaîtra un ingrédient crucial de la réussite.

Adapter les ripostes nationales aux besoins recensés

Les pays ont besoin d'une information valable, en temps utile, sur leur épidémie et sur la situation de la riposte, de façon à pouvoir sélectionner rationnellement les programmes prioritaires, procéder aux affectations de fonds limités en recherchant l'efficacité maximale, et mettre en œuvre les politiques calculées pour gérer au mieux les dynamiques sous-jacentes qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH. Ceci vaut pour tous les aspects de l'épidémie, mais c'est particulièrement crucial pour le succès des efforts de prévention du VIH. Par exemple, comprendre la dynamique de la transmission des 1000 derniers nouveaux cas d'infection à VIH aiderait les pays à mettre en œuvre des mesures de prévention axées sur les groupes à plus haut risque d'exposition au VIH, et ciblées sur les facteurs auxquels la propagation de l'épidémie est imputable. Des essais épidémiologiques sont apparus ces dernières années, qui permettent d'améliorer l'aptitude à évaluer le taux et les caractéristiques des nouveaux cas d'infection à VIH dans certaines épidémies de faible niveau et concentrées (McDougal et al., 2006), encore que leur utilisation pour les épidémies généralisées ne soit pas validée. Cependant, des techniques de modélisation sont disponibles pour permettre aux pays d'établir des estimations à court terme relatives aux nouveaux cas d'infection à VIH, y compris l'identification des modes de transmission (Gouws et al., 2006).

FIGURE 7.4

Dépenses pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, Mexique, 1995–2005 (millions de US\$)



Source: Communication personnelle avec le Centre national de prévention et de lutte contre le sida (CENSIDA), Ministère de la Santé, Mexique (2008).

L'information sur les nouveaux cas d'infection doit être complétée par des données fiables sur les comportements concernés. Tant l'UNICEF que l'USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement international) ont apporté des contributions déterminantes pour l'épidémiologie comportementale, en parrainant des enquêtes auprès des ménages qui permettent de recueillir des données sur l'âge de début de l'activité sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, le statut VIH, et autres aspects pertinents. Dans certains contextes, cependant, ces enquêtes peuvent devoir être adaptées de façon à obtenir l'ensemble varié de données nécessaires pour étayer l'élaboration rationnelle des stratégies de prévention. Par exemple, les questions sur le nombre de partenaires sexuels n'éclaireront que très peu sur la fréquence et la durée des relations sexuelles simultanées, facteur potentiellement important pour le rythme de propagation du VIH.

Les pays doivent faire un effort particulier pour que les systèmes nationaux génèrent des données ayant un intérêt par rapport aux populations les plus exposées au risque d'infection.

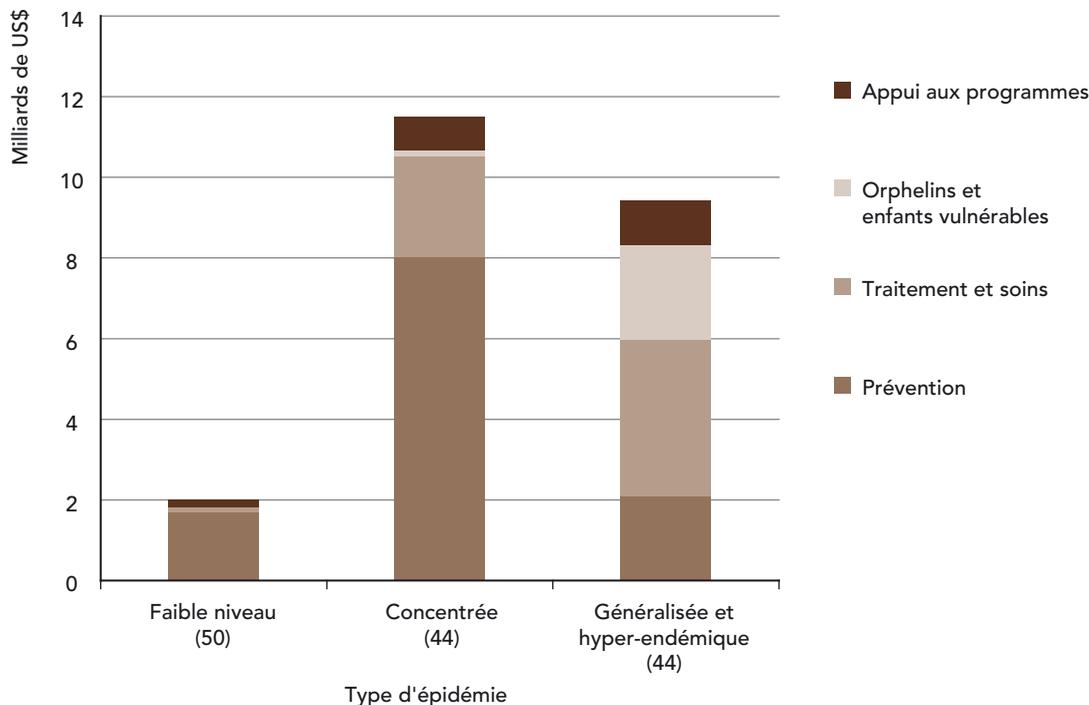
Les pays doivent utiliser des données plus pointues sur le VIH de façon à accroître l'impact stratégique de leurs initiatives de prévention. Ces dernières années, de nombreux pays ont élaboré ou imaginé

des stratégies nationales à partir de données nouvelles. Tant à Madagascar qu'au Maroc, des données caractérisant les pratiques de consommation de drogues injectables ont persuadé les autorités nationales de consacrer des ressources aux initiatives visant à réduire le risque de transmission du VIH associée à la consommation de drogues. Comme le montre la Figure 7.4, au tout début de cette décennie, le Mexique a tenu compte des données révélant le taux élevé de cas d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et il a augmenté ses dépenses pour la prévention du VIH, après avoir passé des années sans rien changer au volume de financement des activités dans ce domaine.

Trop souvent, cependant, les dépenses nationales pour la riposte au VIH ne sont pas à la hauteur des besoins. C'est tout particulièrement le cas dans de nombreux pays ayant une épidémie de faible niveau ou concentrée, où la raison voudrait que le financement soit consacré avant tout aux services de prévention du VIH pour les populations les plus à risque d'exposition au virus. Dans les pays où l'épidémie est généralisée, il faut plus de ressources pour le traitement, les soins, et l'atténuation de l'impact social (Figure 7.5). La plupart des pays d'Amérique latine ont une épidémie de faible niveau (la prévalence du VIH est bien en dessous de 1%), mais en 2007 la prévention du VIH a représenté seulement 15%

FIGURE 7.5

Ressources nécessaires en 2010 en utilisant une stratégie d'élargissement progressif sur la voie de l'accès universel*



*Estimations dans 138 pays à revenu faible ou intermédiaire pour la mise en œuvre des services programmatiques les plus efficaces selon les données issues des efforts nationaux pour «connaître son épidémie et la contrer».

des dépenses pour la riposte au VIH. Les pays ayant une épidémie concentrée optent souvent pour des programmes de prévention destinés à la population générale plutôt que pour des interventions d'un meilleur rapport coût/efficacité axées sur les populations les plus à risque. Les données émanant de pays ayant une épidémie concentrée laissent penser que les programmes de réduction des risques s'adressant aux populations les plus exposées représentent seulement 10% du total des dépenses pour la prévention du VIH.

Traitement et soins – un investissement sur le long terme

Le Chapitre 5 a passé en revue les progrès récents faits en matière d'élargissement de l'accès au traitement, et les obstacles potentiels à la pérennité des programmes de traitement. Le traitement antirétroviral se prend à vie, ce qui souligne bien qu'il est impératif de garantir la continuité de programmes de traitement anti-VIH.

Une meilleure prévention des nouveaux cas d'infection à VIH est essentielle pour l'inscription dans la durée des programmes de traitement anti-VIH. Les enjeux futurs du traitement sont d'ores et déjà décourageants, avec 30 millions de personnes vivant avec le VIH mais qui ne bénéficient pas encore d'un traitement. A moins que l'expansion de l'épidémie ne soit interrompue, les perspectives quant à l'assurance de l'accès universel aux médicaments antirétroviraux seront au mieux incertaines.

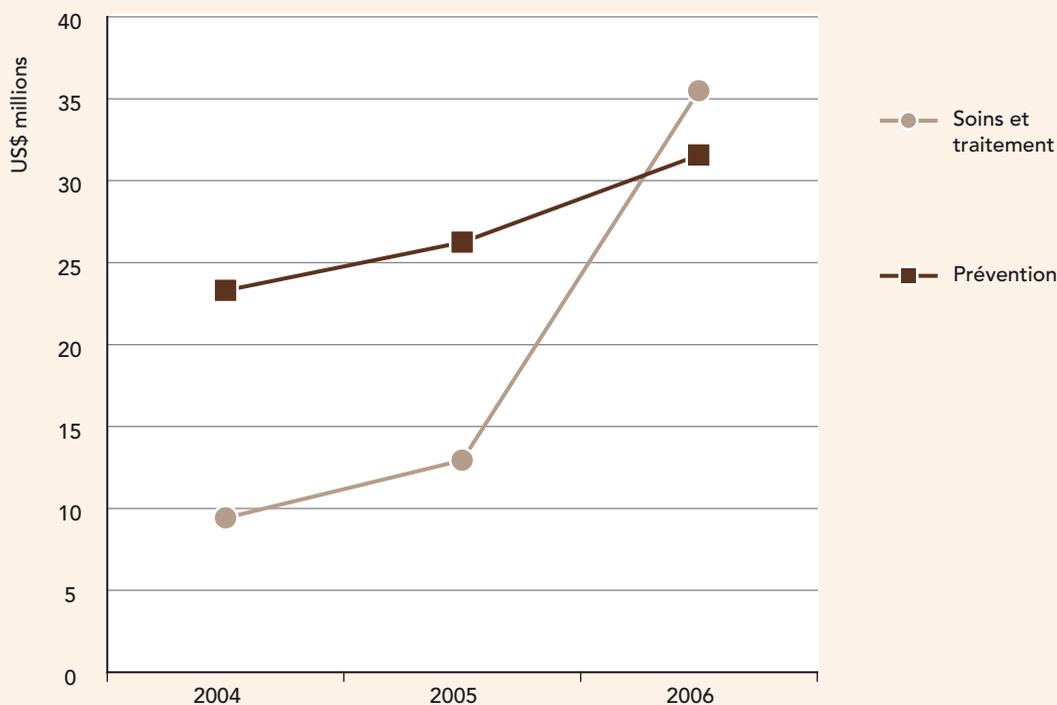
Garantir les ressources nécessaires suffisantes pour assurer la mise en œuvre et le contrôle continu des programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH exige à la fois de l'ingéniosité et un engagement sur le long terme. Il va falloir des investissements pérennes dans les initiatives de formation et d'éducation, dans des stratégies consistant à se relayer pour l'exécution des tâches et autres stratégies innovantes, de façon à intensifier autant que possible la capacité existante, ainsi qu'un engagement national continu en faveur

Laisser les données probantes guider la riposte nationale au Mozambique

Les taux d'infection montent au Mozambique, mais se stabilisent dans les pays voisins. La prévention du VIH a représenté une part décroissante des dépenses du Mozambique pour la riposte au VIH entre 2004 et 2006 (Figure 7.6) et la principale composante des dépenses croissantes pour les soins et le traitement va aux médicaments antirétroviraux.

FIGURE 7.6

Dépenses pour la prévention, les soins, le traitement, et la thérapie antirétrovirale (sources de financement publiques et internationales), Mozambique, 2004–2006, en millions de US\$



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Face aux données attestant l'augmentation des cas d'infection, le Mozambique a reconnu la nécessité de renforcer la prévention du VIH. Le pays a créé un Groupe de référence multipartite sur la prévention en octobre 2007, visant à édifier la base de données probantes nécessaire pour intensifier la prévention du VIH. Avec la participation de plusieurs ministères nationaux, du Conseil national sur le sida, d'organismes techniques internationaux et de la société civile, le groupe de référence assemble des données factuelles pour déterminer et caractériser les principaux moteurs de l'épidémie. De rapides enquêtes comportementales et épidémiologiques auprès des populations clés sont actuellement menées, et les activités pertinentes anti-VIH sont en cours d'inventaire cartographique. Cette somme collective de données va permettre au Mozambique de créer des politiques fondées sur des données factuelles, de définir les priorités programmatiques, et de ventiler convenablement les ressources disponibles pour la prévention du VIH.



Réduire le fardeau de l'épidémie est essentiel si l'on veut atteindre la totalité des objectifs du Millénaire pour le développement.

des programmes de traitement antirétroviral pour développer le potentiel requis afin de maintenir les ripostes nationales à un niveau élevé sur le long terme (Samb et al., 2007).

Lors du processus de définition des cibles nationales, de nombreux pays en sont venus à reconnaître les obstacles spécifiques entravant l'élargissement rapide des services. D'ici à 2010, environ US\$ 970 millions d'investissement dans des initiatives relatives aux ressources humaines seront nécessaires annuellement, pour mettre en œuvre une stratégie d'élargissement progressif en vue de concrétiser l'accès universel, qui part du principe que les cadences d'élargissement seront différentes pour chaque pays, compte tenu de la couverture et de la capacité actuelles des services (ONUSIDA, 2007c). Selon ce scénario, chaque pays atteindra l'accès universel, pour telle ou telle intervention, à des moments différents – le principe de base étant que tous les pays aient concrétisé l'accès universel d'ici à 2015. Certes une capacité limitée empêche dans certains cas l'élargissement de l'accès au traitement ; cependant, l'engagement mondial en faveur de ce mouvement entraîne des améliorations majeures au niveau des systèmes de santé, et une riposte solide au VIH porte en elle la possibilité de surmonter les obstacles à la prestation de services.

En 2001, les dirigeants africains se sont engagés à inscrire au nombre de leurs priorités budgétaires nationales l'amélioration du secteur de la santé

(Déclaration d'Abuja, de l'Organisation de l'Unité africaine, 2001). Les dépenses de santé gouvernementales dans les pays à revenu faible augmentent modestement depuis la fin des années 1990, mais un certain nombre de pays africains consacrent aux dépenses de santé une part nettement plus petite des ressources nationales que les pays voisins et que la plupart des pays dans d'autres régions (PNUD, 2007a). L'Inde, avec 2,5 millions de personnes vivant avec le VIH selon les estimations, dépense seulement 0,9% de son PIB pour la santé (PNUD, 2007a). Les économistes spécialistes du développement laissent penser que les dépenses actuelles pour la santé dans les pays à revenu faible représentent seulement de un quart à un tiers du montant nécessaire pour garantir la prestation de services de santé essentiels (Center for Global Development, 2007). Pour soutenir la riposte au VIH sur le long terme, des dépenses de santé nettement plus conséquentes – financées par des sources intérieures ou extérieures – vont s'imposer.

Un abaissement des prix des médicaments de deuxième et de troisième intentions s'impose de toute urgence pour inscrire dans la durée les programmes de traitement. Cet impératif mobilise déjà les efforts des parties prenantes aux niveaux mondial et national, et il va falloir les intensifier et les généraliser pour se donner les meilleures chances de réussite thérapeutique dans les années à venir. Une attention

La riposte au VIH dans les pays à revenu élevé

En 2008, 23 pays à revenu élevé ont publié un rapport d'activité sur leurs progrès en direction de la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Ce nombre est supérieur à celui des pays (15) qui avaient publié un tel rapport en 2006. Cela correspond pour 2008 à un taux de compte rendu de 49% pour l'ensemble des pays à revenu élevé; ce chiffre reste toutefois très inférieur au taux de compte rendu de 84% des pays à revenu faible ou intermédiaire. En moyenne, les pays à revenu élevé ont fait des comptes rendus sur 10 indicateurs, contre une moyenne de 16 (sur un total de 25 indicateurs) pour les 124 pays à revenu faible ou intermédiaire.

La couverture des polythérapies antirétrovirales était en moyenne plus importante dans les pays à revenu élevé que la couverture déclarée par les pays à revenu faible ou intermédiaire. Bien que les pays à revenu élevé aient pour la plupart des épidémies de VIH concentrées ou de niveau faible, seulement 17 d'entre eux (sur 23) ont publié des informations sur les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH. Les taux de compte rendu ont été plus élevés pour les indicateurs relatifs au test VIH que pour les indicateurs relatifs à la prévention du VIH et aux connaissances sur le virus. L'accès à des services en rapport avec le VIH pour les migrants avec et sans papiers n'est pas uniforme parmi les pays à revenu élevé, y compris ceux qui font partie de l'Union européenne. Alors que les membres de ces groupes de population ont un accès libre aux services en rapport avec le VIH au centre de fourniture dans certains pays européens, l'accès aux services en rapport avec le VIH est assujéti, dans d'autres pays, à un système de paiement à l'acte pour ces populations.

Dans certains pays, des évolutions des comportements sexuels des jeunes ont été observées entre 1995 et 2002. Par exemple, une étude de surveillance comportementale nationale menée dans les écoles aux Etats-Unis a démontré que le pourcentage de jeunes hommes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans était tombé de 21% en 1995 à 15% en 2002. Un recul similaire a été constaté chez les jeunes femmes, de 19% à 13%.¹ Ces chiffres sont à comparer à une diminution de 15% à 12% chez les jeunes hommes et de 12% à 11% chez les jeunes femmes dans 23 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fait l'objet d'enquêtes sur la même période.²

Il est difficile de comprendre pourquoi les taux de compte rendu sont faibles dans les pays à revenu élevé. Cela peut en partie être imputable au fait que les données appropriées ne sont pas conservées dans une base centralisée et sont administrées par différentes institutions. Bien qu'il y ait des exceptions tout à fait notables, cette sous-déclaration soulève des questions concernant les progrès enregistrés par les pays à revenu élevé dans la mise en œuvre d'un cadre unique et intégré de suivi et d'évaluation de la lutte contre le VIH – dans le respect du concept des «Trois Principes».

¹ Abma JC et al., Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002, *Vital and Health Statistics*, 2004, Series 23, No. 24.

² DHS www.measuredhs.com

similaire est nécessaire pour améliorer l'accessibilité de l'éventail complet de techniques de diagnostic du VIH.

La souplesse aux niveaux mondial et national représente également une nécessité importante pour s'adapter à l'évolution sur le plan des outils thérapeutiques et diagnostiques. En particulier, il conviendrait d'envisager un soutien technique et financier plus conséquent, de même qu'une meilleure coopération régionale, afin de renforcer le potentiel des instances nationales de réglementation en vue d'introduire les produits médicaux sûrs et efficaces nécessaires pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH.

Atténuer les effets à long terme de l'épidémie

L'élargissement de l'accès au traitement va contribuer à neutraliser certaines des plus graves ramifications de l'épidémie, mais ne fera disparaître ni le VIH ni ses conséquences néfastes. Par rapport aux autres aspects de la riposte, nettement moins d'attention a été accordée à la recherche interventionnelle ainsi qu'au développement des programmes en rapport avec l'atténuation des effets. Par exemple, l'accès au traitement de l'infection à VIH, à la prévention de la transmission mère-enfant, et aux autres services anti-VIH essentiels, s'est considérablement élargi ces dernières années, mais peu de progrès ont été faits en ce qui concerne la prestation de services essentiels de soins et d'appui aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par l'épidémie.

S'employer à réduire les effets de l'épidémie n'est pas seulement un impératif humanitaire ; c'est aussi une partie intégrante de la riposte à l'épidémie sur le long terme. Les millions d'enfants affectés par le VIH représentent l'avenir ; il est crucial, pour la santé et le bien-être futurs de sociétés et de communautés tout entières, d'offrir à ces enfants, et au ménage au sein duquel ils vivent, des soins et un appui convenables. De même, les ménages qui sombrent chaque jour davantage dans la pauvreté à cause du VIH auront au fil des ans de plus en plus de mal à se relever et à apporter leur contribution à la société.

Comme le souligne le Chapitre 6, le recours à une approche cloisonnée (« en silo ») pour atténuer les effets de l'épidémie ne donnera pas tout le résultat voulu. Par contre, les pays ont besoin de mécanismes

de planification et de supervision transversaux qui permettent de barrer les chemins multiples, complexes, empruntés par le VIH pour frapper les sociétés, les communautés, et les ménages. Il est par conséquent essentiel d'intégrer les efforts d'atténuation de l'impact du VIH aux stratégies de développement global.

Gouvernance de la riposte

Les pays sont confrontés à tout un ensemble de problèmes de gouvernance dans le cadre de leurs efforts visant à riposter efficacement au VIH. Les pays s'emploient ardemment à bâtir une riposte qui soit authentiquement multisectorielle, que les parties prenantes nationales s'approprient et conduisent activement. La coordination des divers acteurs à l'échelon pays reste également un défi continu. Des progrès significatifs ont été faits en ce qui concerne l'application des « Trois Principes » – un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un système unifié de suivi et d'évaluation (voir encadré « Garantir la coordination et la cohésion des efforts nationaux »). Dans trop de pays, cependant, les progrès se voient davantage sur le papier que sur le terrain.

S'il est vrai que les cadres stratégiques nationaux sur le VIH définissent presque uniformément un mode d'action multisectorielle, la riposte dans de nombreux pays reste fortement concentrée au niveau des ministères de la santé. Certes les autres ministères participent souvent aux instances de coordination nationale, ce qui est une réalisation majeure, mais beaucoup ne disposent pas de l'appui budgétaire nécessaire pour entreprendre des activités en rapport avec le VIH. Par exemple, si 98% des pays ont une stratégie nationale de lutte contre le VIH incluant le secteur de l'éducation, seulement 65% fournissent un soutien budgétaire pour les programmes sur le VIH en milieu enseignant (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). L'exemple du Malawi qui a demandé à plusieurs de ses ministères d'allouer une enveloppe budgétaire aux activités anti-VIH (voir la section « Mobiliser suffisamment de ressources financières pour la riposte au VIH », pages 179-185) montre comment les pays peuvent faciliter l'engagement actif de plusieurs secteurs dans la riposte nationale au VIH.

Garantir la coordination et la cohésion des efforts nationaux

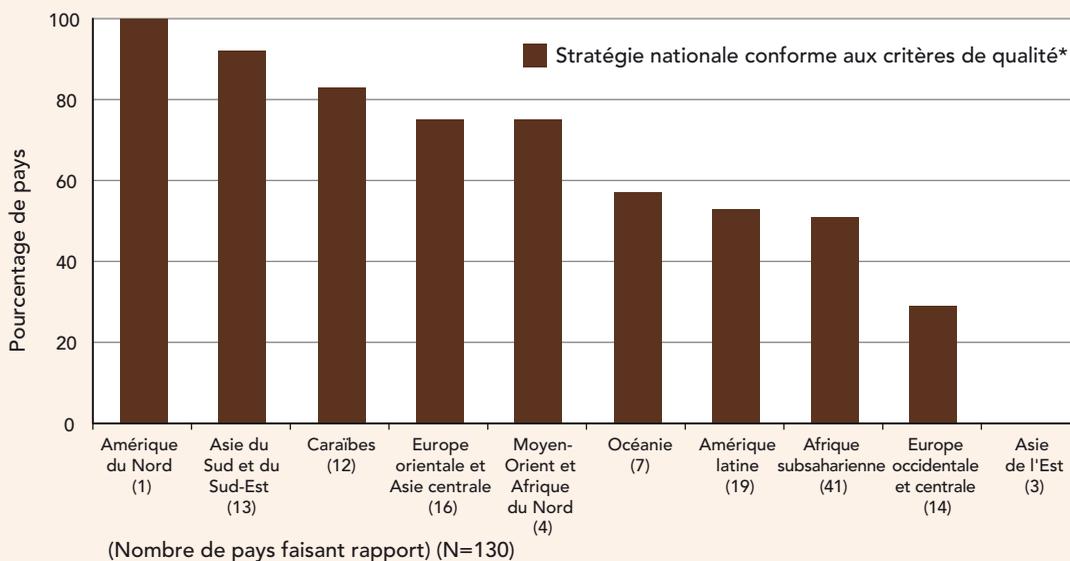
Conformément aux efforts internationaux en vue de mieux harmoniser et de mieux aligner l'aide internationale au développement sur les stratégies et les plans que les pays eux-mêmes auront définis et pris à leur compte, l'action à l'échelon pays vise à promouvoir les « Trois Principes » – un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation.

Des stratégies multisectorielles, chiffrées, définissant les priorités de la riposte nationale, sont en place dans la plupart des pays. Au total, 97% de pays ont une stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH, 92% ont une instance nationale de coordination de la riposte au VIH, 92% ont un plan national de suivi et d'évaluation en place ou en cours d'élaboration, et tous les pays à revenu faible ou intermédiaire ont intégré le VIH au plan national de développement.

Cependant, lorsque les efforts à l'échelon pays sont évalués par rapport aux critères de qualité élaborés par l'ONUSIDA, les faiblesses de nombreuses approches nationales apparaissent. Seulement 69% de pays – bien moins que les 97% qui déclarent avoir une stratégie nationale – ont une stratégie nationale traduite en plans opérationnels chiffrés assortis d'objectifs programmatiques, et d'un énoncé détaillé des coûts programmatiques et des sources de financement. En Afrique subsaharienne, environ la moitié des stratégies nationales de lutte contre le VIH répondent aux critères de qualité définis par l'ONUSIDA (Figure 7.7).

FIGURE 7.7

Pays déclarant mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre le sida conforme aux critères de qualité définis

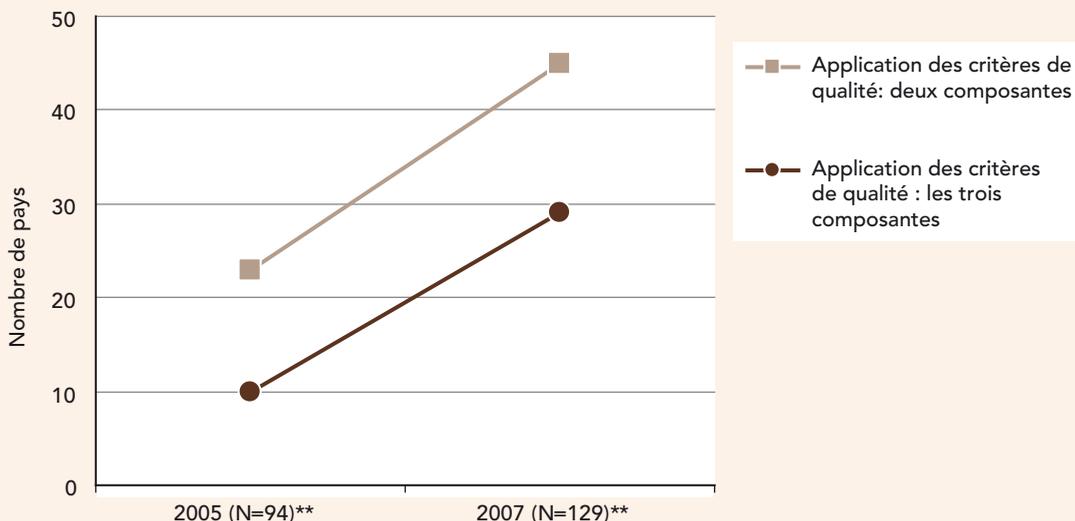


* C'est-à-dire une stratégie multisectorielle nationale et un plan opérationnel national avec définition des objectifs, des cibles, des coûts, et indication des sources de financement par secteur programmatique, et un cadre de suivi et d'évaluation.
Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

En dépit de faiblesses qui perdurent, les efforts à l'échelon pays pour l'application des «Trois Principes» affichent des progrès importants (Figure 7.8). A dire vrai, de nombreux pays ont utilisé les «Trois Principes» pour améliorer l'état de préparation nationale. En 2007, par exemple, le Tadjikistan a élaboré son premier plan national de suivi et d'évaluation des activités anti-VIH, assorti d'un budget détaillé et centré sur des indicateurs nationaux arrêtés d'un commun accord par l'ensemble des parties prenantes nationales. En Indonésie, un décret présidentiel en 2006 a officialisé la Commission nationale sur le SIDA en tant que seule et unique instance chargée de la conduite et de la coordination de la riposte du pays au VIH.

FIGURE 7.8

Progrès des pays en ce qui concerne l'application des critères de qualité associés aux «Trois Principes»: un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation*



* Application des critères de qualité renvoie à:

- 1 Une stratégie multisectorielle nationale et un plan opérationnel définissant les objectifs, les cibles, les coûts, et les sources de financement par secteur programmatique, et un cadre de suivi et d'évaluation;
- 2 Une instance de coordination nationale avec un mandat, une composition bien définie, un plan d'action, un secrétariat qui est opérationnel, et des réunions revenant régulièrement;
- 3 Un plan national de suivi et d'évaluation dont les coûts sont établis et dont le financement est garanti, une unité opérationnelle ou une équipe technique nationale pour le suivi et l'évaluation, et une base de données nationales centralisée contenant des données sur le sida.

** Seuls les pays ayant les trois composantes en place ou deux sur les trois sont reflétés dans cette Figure; les autres pays ont seulement une ou aucune des composantes en place, ou n'ont rien déclaré.

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Les gouvernements nationaux forgent de plus en plus de partenariats avec la société civile pour l'élaboration, la mise en œuvre, et le suivi des stratégies nationales sur le VIH. D'après les rapports des gouvernements, 83% des instances nationales de coordination de la riposte au VIH incluent dans leur composition des représentants de la société civile (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Dans la plupart des cas, les gouvernements rapportent que la stratégie nationale ou le cadre national ont été élaborés avec la participation active de la société civile (fourchette s'étendant de 62% pour l'Asie du Sud et du Sud-Est à 100% pour l'Amérique du Nord). Les membres de la société civile ont participé à l'examen de la stratégie nationale dans 78% des pays, et pour 58% des pays ils ont estimé leur contribution à «bonne» ou «très bonne» concernant la planification et la budgétisation des activités anti-VIH nationales.



Atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH est une étape cruciale sur la voie d'une riposte viable et à long terme au VIH.

Décentraliser la riposte

Une gouvernance efficace de la riposte garantit la conversion des stratégies et mandats nationaux en action significative dans les districts et communautés. La décentralisation de la riposte contribue à donner aux unités sous-nationales les moyens de mettre en œuvre des programmes qui répondent aux besoins locaux.

En Ethiopie, l'expansion des services dans le cadre de la Campagne du Millénaire contre le sida lancée dans le pays s'est accélérée grâce à la décentralisation de la prestation de services. Avec le soutien du leadership local et l'implication de la communauté, 24 000 agents de vulgarisation sanitaire ont pu être formés pour aider les ménages et pour promouvoir les initiatives de santé communautaire, y compris l'offre du traitement antirétroviral. L'accent mis sur la décentralisation de la prestation de services a été associé à une nette augmentation du nombre de personnes bénéficiant du traitement antirétroviral – de 8276 en 2005 à 122 243 en 2007.

S'il est vrai que de nombreux gouvernements locaux ont pris des mesures importantes au fil des ans pour s'attaquer au VIH, le fait que les donateurs apportent leur soutien avant tout aux gouvernements nationaux

a parfois entravé l'aptitude à mettre en œuvre des ripostes au VIH décentralisées, solides.³ La planification au niveau des districts en matière de développement du potentiel des entités locales et de la mobilisation de ressources pour ces entités pourrait aider à surmonter certains des obstacles entravant depuis longtemps la décentralisation de la riposte au VIH (PNUD, 2005). Dans la région de Mbeya en République-Unie de Tanzanie, par exemple, une action suivie et l'appui des donateurs ont permis à la région d'offrir à 80% de la population des services essentiels de prévention, et de réduire la prévalence du VIH au cours de la décennie écoulée (ONUSIDA, 2007b). En plus de l'apport d'un volume accru de fonds pour aider les gouvernements locaux à mettre en œuvre des stratégies anti-VIH qui répondent aux besoins locaux, il faut également que les donateurs augmentent leur soutien aux communautés locales qui s'organisent pour accroître la portée, l'impact et la transparence des initiatives locales de lutte contre le VIH.

Fonder la riposte sur les droits humains

Les vrais leaders ont aussi à faire face à des problématiques dont ils préféreraient ne pas entendre parler. S'opposer au VIH oblige à aborder des sujets

³ Par le biais de son Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique, la Banque mondiale a consacré 38% de son aide dans le domaine du VIH aux ripostes locales dans les pays (Banque mondiale, 2007).

Bâtir et inscrire dans la durée une riposte efficace : Un programme d'action à long terme

- Gérer les besoins nationaux recensés, et fonder l'action nationale sur les preuves irréfutables de ce qui marche, en veillant à l'exécution intégrale de politiques et de programmes établis à partir de données factuelles.
- Prévoir pour l'avenir, en mettant en œuvre des systèmes de planification stratégique et d'évaluation s'étendant sur plus de trois et de cinq ans.
- Investir dans une riposte au VIH réellement efficace, en accordant une attention particulière aux stratégies de prévention reposant sur des données factuelles et propres à contenir les épidémies nationales.
- Conjuguer élargissement des programmes avec leadership multisectoriel pour neutraliser les facteurs sociétaux qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH, à savoir les inégalités sexospécifiques, la stigmatisation et la discrimination, et la marginalisation sociale.
- Donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de contribuer à la conduite de la riposte nationale, et faire participer la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre, et à l'évaluation des stratégies nationales de lutte contre le VIH.
- Harmoniser et aligner les efforts de toutes les parties prenantes par rapport aux stratégies et priorités définies par les pays eux-mêmes, et renforcer la qualité et la souplesse du soutien technique offert pour bâtir un potentiel national durable – pas seulement au sein des systèmes de santé, mais dans d'autres secteurs clés, et dans les secteurs public et privé – à l'appui d'une riposte au VIH qui soit solide et efficace pour les années à venir.
- Mobiliser les ressources financières suffisantes afin d'atteindre les cibles mondiales associées à l'accès universel, en mettant en place des dispositifs innovants à l'appui d'un financement sur le long terme.

qui mettent les gens mal à l'aise, tels que la sexualité, et la consommation de drogues. Il faut également de la compassion et une action efficace par rapport à des groupes que la société choisit souvent d'ignorer.

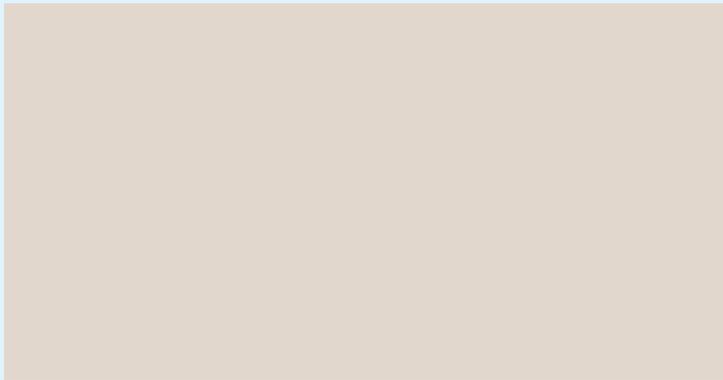
L'action visant à répondre aux besoins des populations marginalisées les plus à risque reste certes limitée, mais ces dernières années ont offert plusieurs exemples de leadership pour la gestion de ces aspects, avec notamment le lancement d'une campagne nationale contre l'homophobie au Mexique et l'annulation des lois anti-sodomie aux Bahamas. L'appui, suscité par des données factuelles, aux projets d'échange de seringues dans des pays tels que la République islamique d'Iran, la Malaisie et le Viet Nam, constitue un exemple manifeste de leadership courageux, visionnaire, pour la riposte au VIH.

A mesure qu'évolue l'épidémie et que s'accroissent le nombre et la gamme des technologies en rapport avec le VIH, il pourrait être tentant de penser la riposte uniquement en termes technocratiques. Ce serait une erreur. Compte tenu des réalités du VIH – sa concentration au sein des populations marginalisées, son lien incontournable avec la sexualité et avec la nature des relations que les gens entretiennent entre eux – ce n'est probablement pas une solution purement technologique qui un beau jour fera capituler l'épidémie.

Dans chaque pays ayant réalisé une baisse du taux des nouveaux cas d'infection à VIH, la riposte nationale a été fondée sur la défense des droits humains. Compassion et inclusion restent les maîtres-mots pour une riposte efficace à l'épidémie.

Annexe

Estimations et données VIH et sida, 2007 et 2001



Estimations et données VIH et sida, 2007 et 2008

Sauf mention contraire, les données et estimations données dans l'Annexe 1 sont relatives à 2007 et 2001. Ces estimations ont été produites et compilées par l'ONUSIDA/OMS. Elles ont été revues et commentées par les responsables des programmes nationaux sur le sida mais ne constituent pas nécessairement les estimations officielles utilisées par les gouvernements nationaux. Pour les pays pour lesquels il n'existait pas de données récentes, les estimations spécifiques au pays n'ont pas été indiquées dans le tableau. Pour calculer les totaux régionaux, on a eu recours à des données plus anciennes ou à des modèles régionaux pour produire les estimations pour ces pays.

Les estimations sont données en nombres arrondis à l'unité. On a néanmoins eu recours à des nombres décimaux pour le calcul des taux et des totaux régionaux, ce qui a pu entraîner quelques faibles écarts entre les totaux régionaux et mondiaux et la somme des chiffres des pays.

Les méthodes et les outils utilisés en général pour produire les estimations spécifiques par pays dans le tableau ont été décrites dans une série d'articles dans *Sexually Transmitted Infections*, 2008: « Improved methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections », pp 84 (Suppl. 1) et 2006, 82 (Suppl. 1). Les estimations produites par l'ONUSIDA/OMS se fondent sur les méthodes et les paramètres du Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections disponibles sur le site <http://www.epidem.org/>

Ce groupe se compose de chercheurs de haut niveau en matière de VIH et de sida, d'épidémiologie et de démographie et autres domaines connexes. Le Groupe de référence étudie les travaux de recherche les plus récents de différents pays, publiés ou non. Il se tient également au courant des avancées dans la compréhension des épidémies de VIH et propose des méthodes pour améliorer la qualité et la précision des estimations.

A partir des propositions du Groupe de référence, un logiciel a été mis au point pour modéliser le cours des épidémies de VIH et leur impact. Les analystes des pays ont été formés à l'usage de ces outils au cours d'une série d'ateliers en 2007. Ces changements dans les procédures et les hypothèses

et une meilleure coordination avec les pays ont conduit à de meilleures estimations concernant le VIH et le sida pour 2007. Pour permettre aux lecteurs d'évaluer les tendances de l'épidémie, nous avons également présenté les estimations pour 2001, élaborées selon la même méthode et le même type de données que pour les estimations 2007.

Les nouvelles estimations sont présentées dans ce rapport avec des fourchettes appelées « limites de plausibilité » qui reflètent le degré de certitude associé à chacune de ces estimations. Plus la fourchette est large, plus l'incertitude concernant une estimation est grande. L'ampleur de cette incertitude dépend principalement du type d'épidémie, de la qualité, de la couverture et de la régularité du service de surveillance d'un pays et, dans les épidémies généralisées, de l'existence ou non d'une enquête sur la population avec dépistage du VIH. On trouvera une description détaillée des méthodes de détermination pour les limites de plausibilité dans *Sexually Transmitted Infections* 2008, 84 (Suppl. 1).

On entend par adulte dans ce rapport les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus. Cela diffère des précédents rapports où les estimations se limitaient aux personnes âgées de 15 à 49 ans. Depuis que l'épidémie s'étend au-delà de l'âge de 49 ans et pour mieux estimer les besoins, le Groupe de référence sur les estimations, modèles et projections a demandé de prendre en compte tous les âges. Le pourcentage de prévalence du VIH continue cependant de prendre en compte les adultes de 15 à 49 ans de façon à permettre des comparaisons entre pays.

Notes sur les indicateurs spécifiques figurant en Annexe 1

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH, 2007 et 2001

Sont incluses dans cette estimation toutes les personnes vivant avec le VIH, qu'elles aient ou non développé des symptômes du sida, en 2007 et 2001. Pour quelques pays où il n'y a pas suffisamment de données pour les six dernières années, aucune estimation n'a été faite.

Adultes et enfants

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

Sont adultes les personnes de 15 ans et plus. Est comptée parmi les enfants toute personne de 0 à 14 ans.

Adultes (15 ans et plus)

Estimation du nombre d'adultes vivant avec le VIH, 2007 et 2001.

Adultes (15-49 ans) pourcentage de la prévalence (%)

Pour calculer le pourcentage de la prévalence du VIH chez les adultes, le nombre estimé d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH en 2007 a été divisé par la population adulte en 2007 (15-49 ans) et de même pour 2001.

Femmes (15 ans et plus)

Estimation du nombre de femmes (âgées de 15 et plus) vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

Enfants (0-14 ans)

Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

Jeunes femmes (15-24 ans), prévalence (%)

Pourcentage estimé de jeunes femmes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

Jeunes hommes (15-24 ans), prévalence (%)

Pourcentage estimé de jeunes hommes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

2. Décès d'adultes et d'enfants dus au sida

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants morts du sida au cours de 2007 et au cours de 2001.

3. Orphelins dus au sida

Orphelins (de 0 à 17 ans) en vie

Estimation du nombre d'enfants âgés de 0 à 17 ans en 2007 et 2001 qui ont perdu un ou deux parents à cause du sida.

Limites de plausibilité pour les indicateurs ci-dessus

Selon la fiabilité des données disponibles, chaque estimation comporte une marge plus ou moins grande d'incertitude. Un degré d'incertitude s'applique à toutes les estimations; le présent rapport

indique les limites de plausibilité pour les estimations suivantes :

- Estimation du nombre d'adultes (15 ans et plus) et d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH en 2007 et 2001
- Estimation du nombre d'adultes (15 ans et plus) vivant avec le VIH, en 2007 et en 2001
- Estimation du nombre de femmes (15 ans et plus) vivant avec le VIH en 2007 et en 2001
- Estimation du nombre d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH en 2007 et en 2001
- Estimation de la prévalence du VIH chez les jeunes hommes et jeunes femmes (15-24 ans) en 2007
- Estimation du nombre de décès d'adultes (15 et plus) et d'enfants (0-14 ans) dus au sida en 2007 et en 2001
- Orphelins (0-17 ans) du sida en 2007 et en 2001.

4. Tendances de la prévalence du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale

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

Les populations spécifiques courant les plus grands risques d'exposition au VIH comprennent :

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

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants 2007		Adultes et enfants 2001		Adultes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Monde	33 000 000	[30 300 000 – 36 100 000]	29 500 000	[27 000 000 – 33 700 000]	30 800 000	[28 200 000 – 34 000 000]
Afrique subsaharienne	22 000 000	[20 500 000 – 23 600 000]	20 400 000	[19 200 000 – 23 200 000]	20 300 000	[18 700 000 – 21 700 000]
Angola	190 000	[150 000 – 240 000]	120 000	[84 000 – 360 000]	180 000	[140 000 – 210 000]
Bénin	64 000	[58 000 – 73 000]	53 000	[46 000 – 61 000]	59 000	[53 000 – 67 000]
Botswana	300 000	[280 000 – 310 000]	280 000	[270 000 – 290 000]	280 000	[270 000 – 300 000]
Burkina Faso	130 000	[110 000 – 160 000]	140 000	[120 000 – 160 000]	120 000	[100 000 – 140 000]
Burundi	110 000	[78 000 – 130 000]	150 000	[120 000 – 170 000]	90 000	[66 000 – 120 000]
Cameroun	540 000	[430 000 – 640 000]	530 000	[460 000 – 590 000]	500 000	[390 000 – 590 000]
République centrafricaine	160 000	[150 000 – 170 000]	130 000	[120 000 – 140 000]	140 000	[130 000 – 150 000]
Tchad	200 000	[130 000 – 240 000]	150 000	[100 000 – 260 000]	180 000	[110 000 – 220 000]
Comores	<200	[<1000]	<100	[<500]	<200	[<1000]
Congo	79 000	[65 000 – 94 000]	84 000	[73 000 – 100 000]	73 000	[59 000 – 86 000]
Côte d'Ivoire	480 000	[400 000 – 550 000]	590 000	[540 000 – 670 000]	420 000	[350 000 – 490 000]
République démocratique du Congo	...	[400 000 – 500 000]	...	[320 000 – 410 000]	...	[360 000 – 450 000]
Djibouti	16 000	[12 000 – 19 000]	13 000	[9300 – 17 000]	15 000	[11 000 – 18 000]
Guinée équatoriale	11 000	[8200 – 14 000]	9500	[7600 – 12 000]	9800	[7400 – 13 000]
Erythrée	38 000	[25 000 – 58 000]	27 000	[19 000 – 42 000]	35 000	[22 000 – 54 000]
Ethiopie	980 000	[880 000 – 1 100 000]	920 000	[830 000 – 1 000 000]	890 000	[800 000 – 970 000]
Gabon	49 000	[37 000 – 68 000]	38 000	[26 000 – 51 000]	46 000	[35 000 – 65 000]
Gambie	8200	[3700 – 13 000]	6400	[3100 – 11 000]	7500	[3400 – 12 000]
Ghana	260 000	[230 000 – 290 000]	260 000	[230 000 – 290 000]	250 000	[220 000 – 280 000]
Guinée équatoriale	87 000	[73 000 – 110 000]	55 000	[40 000 – 72 000]	81 000	[67 000 – 110 000]
Guinée-Bissau	16 000	[11 000 – 23 000]	13 000	[9000 – 18 000]	15 000	[10 000 – 21 000]
Kenya ²	...	[1 500 000 – 2 000 000]	...	[1 300 000 – 1 700 000]	...	[1 400 000 – 1 800 000]
Lesotho	270 000	[260 000 – 290 000]	250 000	[240 000 – 290 000]	260 000	[250 000 – 270 000]
Libéria	35 000	[29 000 – 41 000]	24 000	[17 000 – 58 000]	32 000	[26 000 – 37 000]
Madagascar	14 000	[9100 – 23 000]	8100	[5800 – 13 000]	13 000	[8800 – 22 000]
Malawi	930 000	[860 000 – 1 000 000]	850 000	[790 000 – 910 000]	840 000	[780 000 – 900 000]
Mali	100 000	[88 000 – 120 000]	82 000	[70 000 – 96 000]	93 000	[79 000 – 110 000]
Mauritanie	14 000	[8300 – 26 000]	9400	[5400 – 16 000]	14 000	[8100 – 25 000]
Maurice	13 000	[7500 – 28 000]	1800	[<1000 – 3900]	13 000	[7400 – 28 000]
Mozambique	1 500 000	[1 300 000 – 1 700 000]	1 000 000	[880 000 – 1 200 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Namibie	200 000	[160 000 – 230 000]	150 000	[130 000 – 180 000]	180 000	[150 000 – 220 000]
Niger	60 000	[44 000 – 85 000]	43 000	[33 000 – 57 000]	56 000	[42 000 – 81 000]
Nigéria	2 600 000	[2 000 000 – 3 200 000]	2 200 000	[1 700 000 – 4 200 000]	2 400 000	[1 600 000 – 2 900 000]
Rwanda	150 000	[130 000 – 170 000]	190 000	[170 000 – 210 000]	130 000	[120 000 – 150 000]
Sénégal	67 000	[47 000 – 96 000]	24 000	[17 000 – 31 000]	64 000	[45 000 – 92 000]
Sierra Leone	55 000	[42 000 – 76 000]	34 000	[18 000 – 56 000]	51 000	[38 000 – 72 000]
Somalie	24 000	[13 000 – 45 000]	17 000	[11 000 – 30 000]	24 000	[13 000 – 43 000]
Afrique du Sud	5 700 000	[4 900 000 – 6 600 000]	4 700 000	[4 000 000 – 5 500 000]	5 400 000	[4 700 000 – 6 200 000]
Swaziland	190 000	[180 000 – 200 000]	160 000	[150 000 – 170 000]	170 000	[160 000 – 180 000]
Togo	130 000	[110 000 – 150 000]	110 000	[92 000 – 130 000]	120 000	[97 000 – 140 000]
Ouganda	940 000	[870 000 – 1 000 000]	1 100 000	[990 000 – 1 300 000]	810 000	[740 000 – 910 000]
République-Unie de Tanzanie	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]
Zambie	1 100 000	[1 000 000 – 1 200 000]	940 000	[870 000 – 1 000 000]	980 000	[920 000 – 1 100 000]
Zimbabwe	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]	1 900 000	[1 800 000 – 2 000 000]	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH								
Pays	Adultes (15+) 2001		Adultes (15-49) prévalence (%) 2007		Adultes (15-49) prévalence (%) 2001		Femmes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Monde	27 900 000	[25 500 000 – 31 700 000]	0.8	[0.7 – 0.9]	0.8	[0.7 – 0.9]	15 500 000	[14 200 000 – 16 900 000]
Afrique subsaharienne	19 100 000	[17 900 000 – 21 400 000]	5.0	[4.6 – 5.4]	5.7	[5.3 – 6.4]	12 000 000	[11 100 000 – 12 900 000]
Angola	110 000	[80 000 – 310 000]	2.1	[1.7 – 2.5]	1.6	[1.1 – 4.3]	110 000	[82 000 – 130 000]
Bénin	49 000	[43 000 – 57 000]	1.2	[1.1 – 1.4]	1.3	[1.2 – 1.5]	37 000	[33 000 – 42 000]
Botswana	270 000	[250 000 – 280 000]	23.9	[22.5 – 24.9]	26.5	[25.6 – 27.8]	170 000	[160 000 – 180 000]
Burkina Faso	130 000	[110 000 – 150 000]	1.6	[1.4 – 1.9]	2.1	[1.8 – 2.4]	61 000	[52 000 – 73 000]
Burundi	130 000	[100 000 – 160 000]	2.0	[1.3 – 2.5]	3.5	[2.7 – 4.2]	53 000	[39 000 – 69 000]
Cameroun	490 000	[430 000 – 550 000]	5.1	[3.9 – 6.2]	6.0	[5.3 – 6.8]	300 000	[240 000 – 360 000]
République centrafricaine	120 000	[110 000 – 130 000]	6.3	[5.9 – 6.7]	6.4	[5.9 – 6.9]	91 000	[85 000 – 97 000]
Tchad	140 000	[97 000 – 220 000]	3.5	[2.4 – 4.3]	3.4	[2.4 – 6.0]	110 000	[66 000 – 130 000]
Comores	<100	[<500]	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	<100	[<200]
Congo	77 000	[67 000 – 92 000]	3.5	[2.8 – 4.2]	4.4	[3.8 – 5.3]	43 000	[36 000 – 51 000]
Côte d'Ivoire	550 000	[500 000 – 630 000]	3.9	[3.2 – 4.5]	6.0	[5.5 – 6.8]	250 000	[210 000 – 290 000]
République démocratique du Congo	...	[290 000 – 370 000]	...	[1.2 – 1.5]	...	[1.2 – 1.5]	...	[210 000 – 270 000]
Djibouti	12 000	[9000 – 15 000]	3.1	[2.3 – 3.8]	3.1	[2.2 – 3.9]	8700	[6500 – 11 000]
Guinée équatoriale	8900	[7100 – 12 000]	3.4	[2.6 – 4.6]	3.7	[2.9 – 4.7]	5900	[4400 – 7900]
Erythrée	25 000	[17 000 – 39 000]	1.3	[0.8 – 2.0]	1.2	[0.8 – 1.8]	21 000	[13 000 – 33 000]
Ethiopie	840 000	[760 000 – 930 000]	2.1	[1.8 – 2.2]	2.4	[2.1 – 2.6]	530 000	[470 000 – 580 000]
Gabon	36 000	[25 000 – 49 000]	5.9	[4.4 – 8.3]	5.6	[3.9 – 7.6]	27 000	[20 000 – 38 000]
Gambie	6100	[3000 – 10 000]	0.9	[0.4 – 1.3]	0.9	[0.4 – 1.4]	4500	[2000 – 7200]
Ghana	240 000	[220 000 – 270 000]	1.9	[1.7 – 2.2]	2.3	[2.1 – 2.6]	150 000	[130 000 – 160 000]
Guinée équatoriale	52 000	[38 000 – 68 000]	1.6	[1.3 – 2.2]	1.2	[0.9 – 1.6]	48 000	[40 000 – 64 000]
Guinée-Bissau	12 000	[8400 – 16 000]	1.8	[1.3 – 2.6]	1.8	[1.3 – 2.5]	8700	[6100 – 12 000]
Kenya ²	...	[1 200 000 – 1 600 000]	...	[7.1 – 8.5]	...	[7.4 – 9.8]	...	[800 000 – 1 100 000]
Lesotho	240 000	[230 000 – 260 000]	23.2	[21.9 – 24.5]	23.9	[22.8 – 25.2]	150 000	[140 000 – 160 000]
Libéria	22 000	[16 000 – 48 000]	1.7	[1.4 – 2]	1.4	[1.0 – 3.1]	19 000	[16 000 – 22 000]
Madagascar	8000	[5700 – 13 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	3400	[2200 – 5800]
Malawi	780 000	[730 000 – 840 000]	11.9	[11.0 – 12.9]	13.3	[12.4 – 14.3]	490 000	[450 000 – 530 000]
Mali	76 000	[66 000 – 90 000]	1.5	[1.2 – 1.8]	1.5	[1.3 – 1.8]	56 000	[47 000 – 67 000]
Mauritanie	9300	[5300 – 16 000]	0.8	[0.5 – 1.5]	0.7	[0.4 – 1.2]	3900	[2300 – 7400]
Maurice	1800	[<1000 – 3900]	1.7	[1.0 – 3.6]	0.3	[0.1 – 0.5]	3800	[2100 – 8100]
Mozambique	960 000	[840 000 – 1 100 000]	12.5	[10.9 – 14.7]	10.3	[8.8 – 11.9]	810 000	[690 000 – 960 000]
Namibie	140 000	[120 000 – 170 000]	15.3	[12.4 – 18.1]	14.6	[12.2 – 17.1]	110 000	[88 000 – 130 000]
Niger	41 000	[31 000 – 55 000]	0.8	[0.6 – 1.1]	0.7	[0.6 – 1.0]	17 000	[12 000 – 26 000]
Nigéria	2 000 000	[1 600 000 – 3 500 000]	3.1	[2.3 – 3.8]	3.2	[2.5 – 5.7]	1 400 000	[980 000 – 1 700 000]
Rwanda	160 000	[140 000 – 180 000]	2.8	[2.4 – 3.2]	4.3	[3.9 – 4.7]	78 000	[69 000 – 88 000]
Sénégal	23 000	[16 000 – 30 000]	1.0	[0.7 – 1.4]	0.4	[0.3 – 0.5]	38 000	[27 000 – 54 000]
Sierra Leone	32 000	[17 000 – 53 000]	1.7	[1.3 – 2.4]	1.3	[0.7 – 2.1]	30 000	[23 000 – 43 000]
Somalie	17 000	[10 000 – 30 000]	0.5	[0.3 – 1.0]	0.5	[0.3 – 0.8]	6700	[3600 – 13 000]
Afrique du Sud	4 600 000	[3 900 000 – 5 300 000]	18.1	[15.4 – 20.9]	16.9	[14.3 – 19.9]	3 200 000	[2 800 000 – 3 700 000]
Swaziland	150 000	[140 000 – 160 000]	26.1	[25.1 – 27.1]	26.3	[25.0 – 27.4]	100 000	[99 000 – 110 000]
Togo	100 000	[86 000 – 120 000]	3.3	[2.7 – 4.1]	3.6	[3.0 – 4.3]	69 000	[57 000 – 84 000]
Ouganda	950 000	[840 000 – 1 100 000]	5.4	[5.0 – 6.1]	7.9	[7.5 – 9.2]	480 000	[440 000 – 540 000]
République-Unie de Tanzanie	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	6.2	[5.8 – 6.6]	7.0	[6.5 – 7.4]	760 000	[710 000 – 810 000]
Zambie	860 000	[790 000 – 940 000]	15.2	[14.3 – 16.4]	15.4	[14.4 – 16.7]	560 000	[520 000 – 610 000]
Zimbabwe	1 700 000	[1 600 000 – 1 900 000]	15.3	[14.6 – 16.1]	26.0	[25.2 – 27.6]	680 000	[650 000 – 720 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Femmes (15+) 2001		Enfants (0-14) 2007		Enfants (0-14) 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Monde	14 100 000	[13 000 000 – 15 900 000]	2 000 000	[1 900 000 – 2 300 000]	1 600 000	[1 400 000 – 2 100 000]
Afrique subsaharienne	11 200 000	[10 500 000 – 12 600 000]	1 800 000	[1 700 000 – 2 000 000]	1 400 000	[1 300 000 – 1 900 000]
Angola	67 000	[48 000 – 190 000]	17 000	[12 000 – 35 000]	7700	[3700 – 41 000]
Bénin	31 000	[27 000 – 36 000]	5400	[4700 – 6300]	3500	[2800 – 4600]
Botswana	160 000	[150 000 – 160 000]	15 000	[13 000 – 16 000]	13 000	[12 000 – 14 000]
Burkina Faso	59 000	[52 000 – 69 000]	10 000	[8400 – 12 000]	10 000	[6600 – 13 000]
Burundi	77 000	[61 000 – 92 000]	15 000	[12 000 – 19 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Cameroun	300 000	[260 000 – 340 000]	45 000	[38 000 – 51 000]	36 000	[28 000 – 44 000]
République centrafricaine	80 000	[74 000 – 86 000]	14 000	[12 000 – 16 000]	9800	[8200 – 11 000]
Tchad	85 000	[60 000 – 130 000]	19 000	[14 000 – 27 000]	11 000	[5300 – 36 000]
Comores	...	<100	...	<100	...	<100
Congo	45 000	[39 000 – 54 000]	6600	[5600 – 7700]	7600	[6500 – 9200]
Côte d'Ivoire	320 000	[290 000 – 360 000]	52 000	[44 000 – 58 000]	47 000	[36 000 – 58 000]
République démocratique du Congo	...	[170 000 – 220 000]	...	[37 000 – 52 000]	...	[31 000 – 43 000]
Djibouti	7200	[5300 – 9100]	1100	<1000 – 1400	<1000	<500 – 1200
Guinée équatoriale	5300	[4200 – 6900]	<1000	<1100	<1000	<500
Erythrée	15 000	[10 000 – 23 000]	3100	[2300 – 4400]	1900	[1200 – 3300]
Ethiopie	500 000	[450 000 – 550 000]	92 000	[80 000 – 100 000]	75 000	[66 000 – 85 000]
Gabon	21 000	[15 000 – 29 000]	2300	[1600 – 3200]	1500	[1000 – 2200]
Gambie	3600	[1800 – 6000]	<1000	<1000	<500	<1000
Ghana	140 000	[130 000 – 150 000]	17 000	[15 000 – 19 000]	12 000	[10 000 – 14 000]
Guinée équatoriale	31 000	[23 000 – 41 000]	6300	[5000 – 7900]	3100	[1900 – 5000]
Guinée-Bissau	7100	[5000 – 9800]	1500	[1100 – 2200]	<1000	[1200]
Kenya ²	...	[800 000 – 1 000 000]	...	[130 000 – 180 000]	...	[110 000 – 160 000]
Lesotho	140 000	[130 000 – 150 000]	12 000	[11 000 – 13 000]	8000	[7300 – 8800]
Libéria	13 000	[9300 – 28 000]	3100	[2300 – 6300]	2000	[1300 – 10 000]
Madagascar	1900	[1200 – 3200]	<500	<1000	<200	<500
Malawi	440 000	[410 000 – 480 000]	91 000	[80 000 – 100 000]	65 000	[57 000 – 74 000]
Mali	46 000	[39 000 – 54 000]	9400	[7800 – 11 000]	5600	[3600 – 6800]
Mauritanie	2400	[1400 – 4200]	<500	<1000	<200	<500
Maurice	<500	<200 – 1100	<100	<200	<100	<100
Mozambique	570 000	[500 000 – 660 000]	100 000	[87 000 – 120 000]	53 000	[41 000 – 81 000]
Namibie	85 000	[70 000 – 99 000]	14 000	[12 000 – 16 000]	7500	[6100 – 9100]
Niger	12 000	[8900 – 17 000]	3200	[2500 – 4200]	1600	[1200 – 2400]
Nigéria	1 200 000	[970 000 – 2 100 000]	220 000	[170 000 – 370 000]	150 000	[83 000 – 580 000]
Rwanda	97 000	[87 000 – 110 000]	19 000	[17 000 – 21 000]	26 000	[23 000 – 30 000]
Sénégal	14 000	[9800 – 18 000]	3100	[2500 – 3700]	1200	<1000 – 1700
Sierra Leone	19 000	[10 000 – 31 000]	4000	[3000 – 5300]	2100	<1000 – 3600
Somalie	4500	[2500 – 7900]	<1000	<1600	<500	<1000
Afrique du Sud	2 700 000	[2 300 000 – 3 200 000]	280 000	[230 000 – 320 000]	150 000	[120 000 – 190 000]
Swaziland	91 000	[86 000 – 96 000]	15 000	[14 000 – 17 000]	10 000	[9000 – 11 000]
Togo	61 000	[51 000 – 73 000]	10 000	[8400 – 12 000]	7600	[6100 – 10 000]
Ouganda	560 000	[500 000 – 660 000]	130 000	[120 000 – 150 000]	150 000	[140 000 – 170 000]
République-Unie de Tanzanie	740 000	[680 000 – 790 000]	140 000	[130 000 – 150 000]	120 000	[100 000 – 130 000]
Zambie	470 000	[430 000 – 520 000]	95 000	[86 000 – 110 000]	80 000	[71 000 – 91 000]
Zimbabwe	1 000 000	[970 000 – 1 100 000]	120 000	[110 000 – 140 000]	130 000	[120 000 – 140 000]

Pays	1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH				2. Décès dus au sida			
	Jeunes femmes (15-24) prévalence (%) 2007		Jeunes hommes (15-24) prévalence (%) 2007		Décès adultes et enfants 2007		Décès adultes et enfants 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Monde	0.6	[0.5 – 0.8]	0.4	[0.3 – 0.5]	2 000 000	[1 800 000 – 2 300 000]	1 700 000	[1 500 000 – 2 300 000]
Afrique subsaharienne	3.2	[2.6 – 3.8]	1.1	[0.8 – 1.4]	1 500 000	[1 300 000 – 1 700 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 900 000]
Angola	0.3	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.4]	11 000	[7100 – 28 000]	5900	[2400 – 36 000]
Bénin	0.9	[0.6 – 1.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	3300	[2700 – 4400]	2900	[2100 – 3900]
Botswana	15.3	[10.0 – 20.8]	5.1	[2.1 – 7.9]	11 000	[6600 – 17 000]	16 000	[13 000 – 19 000]
Burkina Faso	0.9	[0.5 – 1.3]	0.5	[0.2 – 0.8]	9200	[7400 – 11 000]	10 000	[6100 – 13 000]
Burundi	1.3	[0.6 – 2.0]	0.4	[0.2 – 0.7]	11 000	[8600 – 14 000]	14 000	[12 000 – 17 000]
Cameroun	4.3	[1.0 – 5.9]	1.2	[0.5 – 2.2]	39 000	[33 000 – 45 000]	29 000	[22 000 – 39 000]
République centrafricaine	5.5	[4.1 – 7.0]	1.1	[0.5 – 1.5]	11 000	[9500 – 12 000]	8800	[6900 – 11 000]
Tchad	2.8	[1.3 – 4.1]	2.0	[0.9 – 2.9]	14 000	[11 000 – 20 000]	8600	[3900 – 30 000]
Comores	<0.1	[0.1]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Congo	2.3	[1.3 – 3.3]	0.8	[0.3 – 1.1]	6400	[3000 – 10 000]	8300	[6900 – 10 000]
Côte d'Ivoire	2.4	[1.0 – 3.4]	0.8	[0.3 – 1.3]	38 000	[33 000 – 43 000]	43 000	[30 000 – 57 000]
République démocratique du Congo	...	[0.7 – 1.2]	...	[0.1 – 0.4]	...	[24 000 – 34 000]	...	[26 000 – 35 000]
Djibouti	2.1	[1.4 – 3.0]	0.7	[0.3 – 1.1]	1100	[<1000 – 1300]	<1000	[<200 – 1100]
Guinée équatoriale	2.5	[1.7 – 3.7]	0.8	[0.4 – 1.4]	...	[<1000]	<1000	[<500]
Erythrée	0.9	[0.4 – 1.6]	0.3	[0.1 – 0.6]	2600	[1800 – 3900]	1700	[1100 – 3300]
Ethiopie	1.5	[1.1 – 1.9]	0.5	[0.2 – 0.7]	67 000	[57 000 – 77 000]	70 000	[57 000 – 84 000]
Gabon	3.9	[2.0 – 6.3]	1.3	[0.6 – 2.4]	2300	[1400 – 3700]	1800	[1100 – 2700]
Gambie	0.6	[0.3 – 1.0]	0.2	[0.1 – 0.4]	<1000	[<500]	<500	[<1000]
Ghana	1.3	[0.9 – 1.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	21 000	[18 000 – 24 000]	15 000	[12 000 – 20 000]
Guinée équatoriale	1.2	[0.9 – 1.8]	0.4	[0.2 – 0.6]	4500	[3300 – 5900]	2600	[1500 – 4300]
Guinée-Bissau	1.2	[0.3 – 2.5]	0.4	[0.2 – 0.8]	1100	[<1000 – 1500]	<1000	[<500]
Kenya ²	...	[4.6 – 8.4]	...	[0.8 – 2.5]	...	[85 000 – 130 000]	...	[100 000 – 160 000]
Lesotho	14.9	[10.6 – 18.4]	5.9	[2.5 – 9.6]	18 000	[16 000 – 20 000]	13 000	[9900 – 16 000]
Libéria	1.3	[0.8 – 1.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	2300	[1700 – 4700]	1700	[1100 – 10 000]
Madagascar	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<1000	[1300]	<200	[<500]
Malawi	8.4	[6.7 – 10.4]	2.4	[0.9 – 3.8]	68 000	[59 000 – 77 000]	60 000	[49 000 – 71 000]
Mali	1.1	[0.7 – 1.5]	0.4	[0.2 – 0.5]	5800	[4600 – 7300]	4300	[2500 – 5400]
Mauritanie	0.5	[0.2 – 1.0]	0.9	[0.4 – 1.9]	<1000	[<500 – 1300]	<200	[<500]
Maurice	1.0	[0.5 – 2.2]	1.8	[0.8 – 4.5]	<500	[<200]	...	[<100]
Mozambique	8.5	[5.9 – 11.1]	2.9	[1.2 – 4.2]	81 000	[67 000 – 98 000]	47 000	[33 000 – 77 000]
Namibie	10.3	[6.2 – 14.5]	3.4	[1.4 – 5.3]	5100	[3100 – 7100]	6700	[5000 – 9000]
Niger	0.5	[0.3 – 0.8]	0.9	[0.4 – 1.5]	4000	[3000 – 5600]	1800	[1300 – 2900]
Nigéria	2.3	[1.2 – 3.3]	0.8	[0.3 – 1.2]	170 000	[130 000 – 270 000]	130 000	[67 000 – 540 000]
Rwanda	1.4	[0.9 – 1.9]	0.5	[0.3 – 0.7]	7800	[5700 – 10 000]	22 000	[20 000 – 25 000]
Sénégal	0.8	[0.5 – 1.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	1800	[1200 – 2600]	<1000	[1400]
Sierra Leone	1.3	[0.7 – 1.9]	0.4	[0.2 – 0.7]	3300	[2300 – 4700]	2100	[<1000 – 3400]
Somalie	0.3	[0.1 – 0.6]	0.6	[0.3 – 1.4]	1600	[<1000 – 3000]	<1000	[<500 – 1300]
Afrique du Sud	12.7	[9.1 – 17.0]	4.0	[1.7 – 6.0]	350 000	[270 000 – 420 000]	180 000	[130 000 – 250 000]
Swaziland	22.6	[17.7 – 27.2]	5.8	[2.2 – 9.3]	10 000	[8600 – 12 000]	7700	[6300 – 9700]
Togo	2.4	[1.4 – 3.3]	0.8	[0.4 – 1.2]	9100	[6900 – 12 000]	7200	[5400 – 9500]
Ouganda	3.9	[2.7 – 5.2]	1.3	[0.6 – 1.9]	77 000	[68 000 – 89 000]	120 000	[110 000 – 150 000]
République-Unie de Tanzanie	0.9	[0.5 – 1.3]	0.5	[0.4 – 0.7]	96 000	[86 000 – 110 000]	110 000	[99 000 – 130 000]
Zambie	11.3	[8.5 – 14.2]	3.6	[1.6 – 5.2]	56 000	[47 000 – 66 000]	78 000	[68 000 – 89 000]
Zimbabwe	7.7	[3.8 – 11.7]	2.9	[1.2 – 4.4]	140 000	[130 000 – 150 000]	150 000	[130 000 – 170 000]

3. Orphelins à cause du sida					4. Prévalence (%) du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale					
Pays	Orphelins (0-17) en vie en 2007		Orphelins (0-17) en vie en 2001		Année	F. profess. sexe		HSH		
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]		VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Monde	15 000 000	[13 000 000 – 19 000 000]	8 000 000	[6 900 000 – 12 000 000]	...	...	...	...	...	...
Afrique subsaharienne	11 600 000	[10 600 000 – 15 300 000]	6 500 000	[5 600 000 – 10 000 000]	...	...	...	...	...	...
Angola	50 000	[20 000 – 260 000]	23 000	[5900 – 200 000]	...	...	2007	23.1	...	...
Bénin	29 000	[22 000 – 40 000]	11 000	[6800 – 25 000]	...	...	2006	25.5	...	...
Botswana	95 000	[81 000 – 110 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	100 000	[62 000 – 130 000]	77 000	[23 000 – 120 000]	...	...	2005	8.9	...	...
Burundi	120 000	[100 000 – 150 000]	72 000	[53 000 – 93 000]	...	...	2002	16.8	...	...
Cameroun	300 000	[230 000 – 390 000]	110 000	[74 000 – 170 000]	...	...	2004	26.4	...	...
République centrafricaine	72 000	[58 000 – 86 000]	32 000	[22 000 – 46 000]	...	...	...	...	...	...
Tchad	85 000	[42 000 – 270 000]	31 000	[7000 – 170 000]	...	...	...	...	...	...
Comores	<100	[<200]	...	[<100]	...	...	2007	0.0	...	...
Congo	69 000	[57 000 – 84 000]	55 000	[42 000 – 70 000]	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	420 000	[320 000 – 530 000]	220 000	[100 000 – 370 000]	...	...	...	...	...	...
République démocratique du Congo	...	[270 000 – 380 000]	...	[210 000 – 310 000]	...	...	2007 ¹	14.7	...	...
Djibouti	5200	[1900 – 9600]	1500	[<200 – 4600]	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	4800	[3800 – 6100]	1900	[<1000 – 2700]	...	...	...	...	...	...
Erythrée	18 000	[12 000 – 32 000]	5700	[2800 – 16 000]	...	...	2006	9.7	...	...
Ethiopie	650 000	[540 000 – 780 000]	310 000	[220 000 – 430 000]	...	...	...	...	...	...
Gabon	18 000	[11 000 – 28 000]	8000	[4700 – 13 000]	...	...	2007	20.0	...	...
Gambie	2700	[1300 – 4700]	<1000	[<500 – 1000]	...	...	...	...	...	...
Ghana	160 000	[130 000 – 200 000]	45 000	[29 000 – 74 000]	...	...	2006	38.0	2006	25.0
Guinée équatoriale	25 000	[15 000 – 39 000]	10 000	[5000 – 26 000]	...	...	2007	34.5	...	...
Guinée-Bissau	6200	[4400 – 8700]	1900	[1400 – 2700]	...	...	...	...	...	...
Kenya ²	...	[990 000 – 1 400 000]	...	[510 000 – 870 000]	2007	50.0	...	...	2007	43.0
Lesotho	110 000	[93 000 – 120 000]	37 000	[26 000 – 49 000]	...	...	...	...	...	...
Libéria	15 000	[10 000 – 87 000]	6200	[2600 – 55 000]	...	...	...	...	...	...
Madagascar	3400	[2100 – 6000]	<500	[<1000]	...	...	2007	0.5	...	...
Malawi	560 000	[480 000 – 650 000]	240 000	[150 000 – 340 000]	...	...	2006	69.1	...	...
Mali	44 000	[27 000 – 56 000]	16 000	[3600 – 22 000]	...	...	2006	35.3	...	...
Mauritanie	3000	[1500 – 5900]	<500	[<200 – 1300]	...	...	...	...	2007	19.1
Maurice	<500	[<1000]	<100	[<500]	...	...	...	...	...	...
Mozambique	400 000	[280 000 – 590 000]	120 000	[53 000 – 350 000]	...	...	...	...	...	...
Namibie	66 000	[50 000 – 85 000]	23 000	[16 000 – 34 000]	...	...	...	...	...	...
Niger	25 000	[18 000 – 39 000]	7300	[4800 – 11 000]	...	...	2006	38.4	...	...
Nigéria	1 200 000	[640 000 – 4 100 000]	460 000	[110 000 – 3 400 000]	2007	5.6	2007	32.7	2007	13.5
Rwanda	220 000	[190 000 – 250 000]	230 000	[180 000 – 270 000]	...	...	...	...	...	...
Sénégal	8400	[4600 – 14 000]	3800	[1900 – 7100]	...	...	2006	19.8	2004	21.5
Sierra Leone	16 000	[6400 – 26 000]	6000	[1300 – 10 000]	...	...	2005	8.5	...	...
Somalie	8800	[4900 – 16 000]	2000	[<1000 – 5700]	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud	1 400 000	[1 100 000 – 1 800 000]	400 000	[260 000 – 590 000]	...	...	...	...	...	...
Swaziland	56 000	[48 000 – 65 000]	19 000	[13 000 – 26 000]	...	...	...	...	...	...
Togo	68 000	[50 000 – 91 000]	31 000	[18 000 – 53 000]	...	...	2005	29.3	...	...
Ouganda	1 200 000	[1 100 000 – 1 400 000]	1 100 000	[910 000 – 1 300 000]	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	970 000	[850 000 – 1 100 000]	610 000	[500 000 – 740 000]	...	...	...	...	...	...
Zambie	600 000	[530 000 – 660 000]	390 000	[290 000 – 490 000]	...	...	2004	65.4	...	...
Zimbabwe	1 000 000	[920 000 – 1 100 000]	720 000	[610 000 – 830 000]	...	...	...	...	...	...

¹ Ces données ont été notifiées dans le rapport UNGASS 2007.

² Au moment de la préparation du présent rapport, des analyses incorporant de nouvelles données émanant d'une enquête démographique à des données en provenance d'autres sources étaient en cours. C'est la raison pour laquelle seules des fourchettes sont publiées, sur la base d'une analyse préliminaire. Dès que les estimations finales actualisées seront disponibles, elles seront publiées sur le site web de l'ONUSIDA.

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH						
Pays	Adultes et enfants 2007		Adultes et enfants 2001		Adultes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Asie de l'Est	740 000	[480 000 – 1 100 000]	490 000	[330 000 – 750 000]	730 000	[480 000 – 1 100 000]
Chine	700 000	[450 000 – 1 000 000]	470 000	[320 000 – 730 000]	690 000	[450 000 – 1 000 000]
République populaire démocratique de Corée	...	<100	...	<100	...	<100
Japon	9600	[7900 – 10 000]	8100	[7600 – 8500]	9600	[7900 – 10 000]
Mongolie	<1000	[1500]	...	<100	<1000	<500 – 1500
République de Corée	13 000	[7500 – 42 000]	6800	[3400 – 13 000]	13 000	[7500 – 42 000]
Océanie	74 000	[66 000 – 93 000]	25 000	[19 000 – 41 000]	73 000	[65 000 – 91 000]
Australie	18 000	[11 000 – 36 000]	14 000	[8100 – 29 000]	18 000	[11 000 – 36 000]
Fidji	...	<500	...	<500	...	<500
Nouvelle-Zélande	1400	<1000 – 2600	1200	<1000 – 2000	1400	<1000 – 2600
Papouasie-Nouvelle-Guinée	54 000	[53 000 – 55 000]	10 000	[9800 – 10 000]	53 000	[52 000 – 54 000]
Asie du Sud et du Sud-Est	4 200 000	[3 500 000 – 5 300 000]	4 200 000	[3 100 000 – 5 500 000]	4 100 000	[3 400 000 – 5 200 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	12 000	[7700 – 19 000]	7500	[4800 – 12 000]	12 000	[7600 – 19 000]
Bhoutan	<500	<1000	...	<100	<500	<1000
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...
Cambodge	75 000	[67 000 – 84 000]	120 000	[110 000 – 140 000]	70 000	[63 000 – 80 000]
Inde	2 400 000	[1 800 000 – 3 200 000]	2 700 000	[1 700 000 – 3 800 000]	2 300 000	[1 700 000 – 3 100 000]
Indonésie	270 000	[190 000 – 400 000]	93 000	[37 000 – 140 000]	270 000	[190 000 – 400 000]
Iran (République islamique d')	86 000	[68 000 – 110 000]	46 000	[36 000 – 58 000]	85 000	[67 000 – 110 000]
République démocratique populaire lao	5500	[3300 – 13 000]	1200	<100 – 2500	5400	[3300 – 13 000]
Malaisie	80 000	[52 000 – 120 000]	44 000	[33 000 – 65 000]	79 000	[51 000 – 120 000]
Maldives	...	<100	...	<100	...	<100
Myanmar	240 000	[160 000 – 370 000]	300 000	[230 000 – 380 000]	240 000	[150 000 – 360 000]
Népal	70 000	[50 000 – 99 000]	56 000	[41 000 – 80 000]	68 000	[49 000 – 97 000]
Pakistan	96 000	[69 000 – 150 000]	51 000	[37 000 – 79 000]	94 000	[68 000 – 150 000]
Philippines	8300	[6000 – 11 000]	<1000	[1200]	8200	[5900 – 11 000]
Singapour	4200	[2600 – 7300]	2900	[1800 – 5300]	4100	[2500 – 7200]
Sri Lanka	3800	[2800 – 5100]	3000	[2200 – 4000]	3700	[2800 – 5000]
Thaïlande	610 000	[410 000 – 880 000]	660 000	[490 000 – 850 000]	600 000	[400 000 – 860 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	290 000	[180 000 – 470 000]	160 000	[97 000 – 250 000]	280 000	[170 000 – 470 000]
Europe orientale et Asie centrale	1 500 000	[1 100 000 – 1 900 000]	650 000	[510 000 – 1 100 000]	1 500 000	[1 100 000 – 1 900 000]
Arménie	2400	[1800 – 3500]	1800	[1300 – 2600]	2400	[1700 – 3500]
Azerbaïdjan	7800	[4700 – 16 000]	<500	<1000	7800	[4700 – 16 000]
Bélarus	13 000	[10 000 – 19 000]	13 000	[9600 – 18 000]	13 000	[10 000 – 18 000]
Bosnie-Herzégovine	<500	<1000	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	<500	<1000	...	...	...	...
Estonie	9900	[5400 – 19 000]	3500	[1400 – 10 000]	9900	[5300 – 18 000]
Géorgie	2700	[1500 – 6100]	<500	<1000	2700	[1500 – 6100]
Kazakhstan	12 000	[7000 – 29 000]	3500	<500 – 6500	12 000	[6900 – 29 000]
Kirghizistan	4200	[2300 – 7700]	1000	<1000 – 1800	4200	[2200 – 7600]
Lettonie	10 000	[7400 – 15 000]	4200	[2900 – 9700]	10 000	[7300 – 15 000]
Lituanie	2200	[1200 – 4600]	1400	<1000 – 3200	2200	[1200 – 4600]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH								
Pays	Adultes (15+) 2001		Adultes (15-49) prévalence (%) 2007		Adultes (15-49) prévalence (%) 2001		Femmes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Asie de l'Est	490 000	[330 000 – 740 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	200 000	[130 000 – 320 000]
Chine	470 000	[320 000 – 730 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	200 000	[120 000 – 310 000]
République populaire démocratique de Corée	...	[<100]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	...	[<100]
Japon	8100	[7600 – 8500]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	2300	[2000 – 2500]
Mongolie	...	[<100]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<0.1]	<200	[<500]
République de Corée	6800	[3400 – 13 000]	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	3600	[2000 – 12 000]
Océanie	25 000	[19 000 – 40 000]	0.4	[0.3 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.3]	22 000	[21 000 – 24 000]
Australie	14 000	[8100 – 29 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.3]	1200	[<1000 – 2400]
Fidji	...	[<500]	0.1	[<0.1 – <0.2]	0.1	[<0.1 – <0.2]	...	[<200]
Nouvelle-Zélande	1200	[<1000 – 1900]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<500	[<200]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	9800	[9600 – 9900]	1.5	[1.4 – 1.6]	0.3	[0.2 – 0.4]	21 000	[20 000 – 22 000]
Asie du Sud et du Sud-Est	4 100 000	[3 000 000 – 5 400 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.4	[0.3 – 0.5]	1 500 000	[1 200 000 – 1 900 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	7500	[4800 – 12 000]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	2000	[1200 – 3400]
Bhoutan	...	[<100]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<0.1]	<100	[<200]
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	120 000	[110 000 – 130 000]	0.8	[0.7 – 0.9]	1.5	[1.5 – 2.0]	20 000	[17 000 – 23 000]
Inde	2 600 000	[1 600 000 – 3 700 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.5	[0.3 – 0.7]	880 000	[670 000 – 1 200 000]
Indonésie	93 000	[37 000 – 140 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	54 000	[36 000 – 87 000]
Iran (République islamique d')	45 000	[36 000 – 58 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	24 000	[18 000 – 32 000]
République démocratique populaire lao	1100	[<100 – 2500]	0.2	[0.1 – 0.4]	<0.1	[0.1]	1300	[<1000 – 3100]
Malaisie	43 000	[33 000 – 64 000]	0.5	[0.3 – 0.8]	0.3	[0.2 – 0.5]	21 000	[13 000 – 34 000]
Maldives	...	[<100]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	...	[<100]
Myanmar	290 000	[220 000 – 370 000]	0.7	[0.4 – 1.1]	0.9	[0.7 – 1.2]	100 000	[63 000 – 150 000]
Népal	55 000	[41 000 – 78 000]	0.5	[0.4 – 0.7]	0.5	[0.3 – 0.7]	17 000	[12 000 – 25 000]
Pakistan	50 000	[36 000 – 77 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[0.1]	27 000	[19 000 – 42 000]
Philippines	<1000	[1200]	...	[<0.1]	...	...	2200	[1600 – 3100]
Singapour	2900	[1700 – 5200]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	1200	[<1000 – 2100]
Sri Lanka	3000	[2200 – 4000]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	1400	[<1000 – 1800]
Thaïlande	650 000	[480 000 – 830 000]	1.4	[0.9 – 2.1]	1.7	[1.2 – 2.1]	250 000	[170 000 – 360 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	150 000	[96 000 – 240 000]	0.5	[0.3 – 0.9]	0.3	[0.2 – 0.5]	76 000	[46 000 – 120 000]
Europe orientale et Asie centrale	650 000	[500 000 – 1 100 000]	0.8	[0.6 – 1.1]	0.4	[0.3 – 0.7]	460 000	[350 000 – 590 000]
Arménie	1800	[1300 – 2600]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[<500]
Azerbaïdjan	<500	[<1000]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	...	1300	[<1000 – 2900]
Bélarus	12 000	[9600 – 17 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	3900	[2800 – 5500]
Bosnie-Herzégovine	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Estonie	3500	[1400 – 10 000]	1.3	[0.7 – 2.5]	0.5	[0.2 – 1.4]	2400	[1300 – 4800]
Géorgie	<500	[<1000]	0.1	[<0.1 – 0.3]	...	[<0.1]	<1000	[<500 – 1500]
Kazakhstan	3400	[<500 – 6400]	0.1	[<0.1 – 0.3]	<0.1	[0.1]	3300	[1800 – 7700]
Kirghizistan	1000	[<1000 – 1800]	0.1	[<0.1 – 0.3]	<0.1	[0.1]	1100	[<1000 – 2000]
Lettonie	4200	[2800 – 9700]	0.8	[0.6 – 1.2]	0.3	[0.2 – 0.8]	2700	[1800 – 4000]
Lituanie	1400	[<1000 – 3200]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[0.2]	<1000	[<500 – 1200]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH						
Pays	Femmes (15+) 2001		Enfants (0-14) 2007		Enfants (0-14) 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Asie de l'Est	130 000	[83 000 – 200 000]	7800	[5300 – 11 000]	3500	[2500 – 5100]
Chine	120 000	[80 000 – 200 000]	...	...	...	...
République populaire démocratique de Corée	...	<100	...	...	...	...
Japon	1800	[1700 – 2000]	...	...	...	...
Mongolie	...	<100	...	...	...	...
République de Corée	1800	<1000 – 3300	...	...	...	...
Océanie	4600	[4000 – 5900]	1100	[1200]	<500	...
Australie	<1000	<500 – 2100	...	...	...	...
Fidji	...	<100	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	<200	<500	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3400	[3300 – 3600]	1100	<1000 – 1200	<200	<500
Asie du Sud et du Sud-Est	1 500 000	[1 100 000 – 2 000 000]	140 000	[110 000 – 180 000]	98 000	[50 000 – 150 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	<100	<500	...	...	...	...
Bhoutan	...	<100	...	...	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...
Cambodge	31 000	[26 000 – 37 000]	4400	[4000 – 5000]	3600	[2900 – 4600]
Inde	1 000 000	[630 000 – 1 500 000]	...	...	...	...
Indonésie	10 000	[2600 – 20 000]	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	12 000	[8700 – 16 000]	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	<500	<100 – <1000	...	...	...	...
Malaisie	10 000	[6900 – 16 000]	...	...	...	...
Maldives	...	<100	...	...	...	...
Myanmar	97 000	[72 000 – 130 000]	...	...	...	...
Népal	12 000	[8200 – 18 000]	...	...	...	...
Pakistan	13 000	[9100 – 21 000]	...	...	...	...
Philippines	<500	<1000	...	...	...	...
Singapour	<1000	<500 – 1500	...	...	...	...
Sri Lanka	<1000	<1000 – 1100	...	...	...	...
Thaïlande	240 000	[170 000 – 310 000]	14 000	[12 000 – 17 000]	10 000	[7500 – 14 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	37 000	[22 000 – 61 000]	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	180 000	[130 000 – 300 000]	12 000	[9100 – 15 000]	2800	[2200 – 4800]
Arménie	<500	<1000	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	<100	...	...	...	...
Bélarus	3300	[2400 – 4700]	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Estonie	<1000	<500 – 2100	...	...	...	...
Géorgie	<100	<200	...	...	...	...
Kazakhstan	<1000	<200 – 1600	...	...	...	...
Kirghizistan	<500	<200	...	...	...	...
Lettonie	<1000	<1000 – 2200	...	...	...	...
Lituanie	<500	<200 – <1000	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH					2. Décès dus au sida			
Pays	Jeunes femmes (15–24) prévalence (%) 2007		Jeunes hommes (15–24) prévalence (%) 2007		Décès adultes et enfants 2007		Décès adultes et enfants 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Asie de l'Est	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	40 000	[24 000 – 63 000]	15 000	[8200 – 24 000]
Chine	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	39 000	[23 000 – 62 000]	15 000	[8100 – 24 000]
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	<100]	...	<100]
Japon	...	<0.1]	...	<0.1]	<100	<500]	...	<100]
Mongolie	...	<0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
République de Corée	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.2]	<500	<1000]	<200	<500]
Océanie	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.1 – 0.4]	1000	<1000 – 1400]	...	<500]
Australie	<0.1	[0.1]	0.2	[0.1 – 0.4]	<100	<500]	<100	<200]
Fidji	...	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Nouvelle-Zélande	...	<0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0.7	[0.5 – 0.9]	0.6	[0.2 – 0.8]	<1000	[1100]	...	<500]
Asie du Sud et du Sud-Est	0.5	[0.3 – 0.7]	0.3	[0.1 – 0.5]	340 000	[230 000 – 450 000]	250 000	[140 000 – 370 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	<100]	...	...
Bangladesh	...	<0.1]	...	<0.1]	<500	<1000]	...	<100]
Bhoutan	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.3]	...	<100]	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	0.3	[0.1 – 0.6]	0.8	[0.3 – 1.2]	6900	[4300 – 8100]	14 000	[11 000 – 16 000]
Inde	0.3	<0.1 – 0.5]	0.3	<0.1 – 0.5]	...	...	...	...
Indonésie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	8700	[4900 – 13 000]	<100	<200]
Iran (République islamique d')	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	4300	[3100 – 6000]	1000	<1000 – 1500]
République démocratique populaire lao	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.5]	<100	<200]	<100	<200]
Malaisie	0.3	[0.2 – 0.5]	0.6	[0.3 – 1.0]	3100	[2100 – 4500]	<1000	<500 – 1400]
Maldives	...	<0.1]	...	<0.1]	...	<100]	...	...
Myanmar	0.6	[0.3 – 1.0]	0.7	[0.3 – 1.2]	24 000	[18 000 – 32 000]	24 000	[17 000 – 34 000]
Népal	0.3	[0.2 – 0.4]	0.5	[0.3 – 0.9]	4900	[3400 – 7300]	2600	[1800 – 4100]
Pakistan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	5000	[3400 – 8100]	1900	[1200 – 3100]
Philippines	...	<0.1]	...	<0.1]	<200	<100 – <500]	...	<100]
Singapour	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	<100 – <500]	<100	<200]
Sri Lanka	...	<0.1]	<0.1	[0.1]	...	<500]	<200	<500]
Thaïlande	1.2	[0.4 – 2.0]	1.2	[0.5 – 2.1]	31 000	[17 000 – 48 000]	66 000	[46 000 – 92 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	0.3	[0.1 – 0.5]	0.6	[0.3 – 1.1]	20 000	[12 000 – 33 000]	5500	[1700 – 17 000]
Europe orientale et Asie centrale	0.1	<0.1 – 0.2]	0.9	[0.5 – 1.3]	58 000	[41 000 – 88 000]	6700	[4700 – 12 000]
Arménie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	<100 – <500]	...	<100]
Azerbaïdjan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.6]	<100	<200]	...	...
Bélarus	0.1	<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.4]	<1000	[1300]	<500	<1000]
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	<100]	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	0.7	[0.3 – 1.6]	1.6	[0.7 – 3.7]	<500	<200 – <1000]	...	<100]
Géorgie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.4]	...	<100]	...	<100]
Kazakhstan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	<500	<200 – <1000]	<100	<200]
Kirghizistan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	<100]	...	<100]
Lettonie	0.5	[0.2 – 0.7]	0.9	[0.4 – 1.6]	<500	<1000]	...	<100]
Lituanie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.3]	<200	<100 – <500]	...	<100]

3. Orphelins à cause du sida						4. Prévalence (%) du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale					
Orphelins (0-17) en vie en 2007			Orphelins (0-17) en vie en 2001			CDI	F. profess. sexe		HSH		
Pays	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	
Asie de l'Est											
Chine	2007	8.1	2007	0.3	2007	2.1	
République populaire démocratique de Corée	
Japon	2005	5.3	
Mongolie	2005	0.0	
République de Corée	
Océanie											
Australie	2007	1.5	2006	0.0	...	...
Fidji	
Nouvelle-Zélande	2007 ¹	0.0	2007 ¹	0.0	2007 ¹	0.9	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	
Asie du Sud et du Sud-Est											
Afghanistan	2006	3.0	2007	0.0	...	...
Bangladesh	2006	6.4	2006	0.2	2006	0.2	
Bhoutan	
Brunei Darussalam	
Cambodge	2007	12.7	2005	4.5	
Inde	2006	6.9	...	...	2006	6.4	
Indonésie	2007	52.4	2007	9.5	2007	5.2	
Iran (République islamique d')	2007	18.8	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	2007	5.6	
Malaisie	2007	4.5	...	...	2007	7.1	
Maldives	
Myanmar	
Népal	2007	34.7	2007	1.7	2007	3.3	
Pakistan	2007	0.9	...	...
Philippines	2007	0.1	2007	0.1	2007	0.3	
Singapour	
Sri Lanka	2006	0.2	...	...
Thaïlande	2007	28.8	2007	5.0	2007	24.6	
Timor-Leste	
Viet Nam	2006	23.1	2006	4.2	2006	9.0	
Europe orientale et Asie centrale											
Arménie	2007	6.8	2007	0.4	2007	2.0	
Azerbaïdjan	2003	13.0	...	...	...	...
Bélarus	2006	16.6	2006	1.0	2006	0.2	
Bosnie-Herzégovine	2006	0.1	...	...	...	...
Bulgarie	2006	3.4	2006	0.2	2006	0.0	
Croatie	2006	0.6	2006	1.4	2006	3.0	
Estonie	2005	62.1	2006	7.7	2007	1.7	
Géorgie	2006	0.0	2006	0.6	2007	3.6	
Kazakhstan	2006	7.4	2006	1.4	2006	1.0	
Kirghizistan	
Lettonie	2007	22.5	...	...	...	...
Lituanie	2007	9.7	2007	0.0	2007	1.2	

¹ Ces données ont été notifiées dans le rapport UNGASS 2007.

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants 2007		Adultes et enfants 2001		Adultes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Moldova	8900	[6000 – 15 000]	<1000	[<200 – 1400]	8800	[6000 – 15 000]
Roumanie	15 000	[12 000 – 16 000]	15 000	[14 000 – 16 000]	14 000	[11 000 – 16 000]
Fédération de Russie	940 000	[630 000 – 1 300 000]	390 000	[260 000 – 860 000]	940 000	[630 000 – 1 300 000]
Tadjikistan	10 000	[5000 – 23 000]	2500	[<100 – 5300]	10 000	[4900 – 23 000]
Turkménistan	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Ukraine	440 000	[340 000 – 540 000]	210 000	[180 000 – 260 000]	430 000	[330 000 – 530 000]
Ouzbékistan	16 000	[8100 – 45 000]	1400	[<1000 – 3800]	16 000	[8000 – 44 000]
Europe occidentale et centrale	730 000	[580 000 – 1 000 000]	610 000	[490 000 – 810 000]	730 000	[580 000 – 990 000]
Albanie	...	[<1000]	...	...	...	...
Autriche	9800	[7600 – 13 000]	5500	[4700 – 6400]	9800	[7600 – 13 000]
Belgique	15 000	[8900 – 29 000]	13 000	[7500 – 23 000]	15 000	[8900 – 29 000]
République tchèque	1500	[<1000 – 2800]	1300	[<1000 – 2400]	1500	[<1000 – 2800]
Danemark	4800	[3700 – 6900]	3300	[2700 – 4000]	4800	[3700 – 6900]
Finlande	2400	[1400 – 4400]	2000	[1200 – 3700]	2400	[1400 – 4400]
France	140 000	[78 000 – 240 000]	120 000	[66 000 – 200 000]	140 000	[78 000 – 240 000]
Allemagne	53 000	[31 000 – 97 000]	44 000	[27 000 – 80 000]	52 000	[31 000 – 97 000]
Grèce	11 000	[6100 – 19 000]	8400	[4900 – 15 000]	11 000	[6100 – 19 000]
Hongrie	3300	[2000 – 5900]	2800	[1700 – 4900]	3300	[2000 – 5900]
Islande	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Irlande	5500	[4100 – 7700]	4600	[3100 – 6400]	5500	[4100 – 7700]
Israël	5100	[2500 – 12 000]	3600	[1800 – 9400]	4900	[2500 – 12 000]
Italie	150 000	[110 000 – 210 000]	140 000	[100 000 – 190 000]	150 000	[110 000 – 210 000]
Luxembourg	...	[<1000]	<500	[<1000]	...	[<1000]
Malte	<500	[<1000]	<200	[<500]	200	[<500]
Monténégro	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	18 000	[10 000 – 32 000]	16 000	[9300 – 27 000]	18 000	[10 000 – 32 000]
Norvège	3000	[1700 – 5000]	2400	[1500 – 4000]	3000	[1700 – 5000]
Pologne	20 000	[11 000 – 34 000]	15 000	[8600 – 25 000]	19 000	[11 000 – 34 000]
Portugal	34 000	[20 000 – 63 000]	29 000	[18 000 – 51 000]	34 000	[20 000 – 63 000]
Serbie	6400	[3900 – 12 000]	5100	[3100 – 11 000]	6400	[3900 – 12 000]
Slovaquie	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Slovénie	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Espagne	140 000	[80 000 – 230 000]	120 000	[70 000 – 200 000]	140 000	[80 000 – 230 000]
Suède	6200	[3500 – 11 000]	5300	[3100 – 9100]	6200	[3500 – 11 000]
Suisse	25 000	[14 000 – 43 000]	22 000	[13 000 – 38 000]	25 000	[14 000 – 43 000]
Ex-République yougoslave de Macédoine	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	77 000	[37 000 – 160 000]	47 000	[27 000 – 82 000]	77 000	[37 000 – 160 000]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	380 000	[280 000 – 510 000]	300 000	[210 000 – 400 000]	350 000	[250 000 – 490 000]
Algérie	21 000	[11 000 – 43 000]	12 000	[7000 – 28 000]	21 000	[11 000 – 43 000]
Bahreïn	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...
Egypte	9200	[7200 – 13 000]	5700	[4500 – 7800]	9000	[7100 – 12 000]
Iraq	...	...	...	...	...	...
Jordanie	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Koweït	<1000	[<2000]	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH								
Pays	Adultes (15+) 2001		Adultes (15-49) prévalence (%) 2007		Adultes (15-49) prévalence (%) 2001		Femmes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Moldova	<1000	[<200 – 1400]	0.4	[0.3 – 0.7]	<0.1	[0.1]	2600	[1700 – 4400]
Roumanie	14 000	[13 000 – 15 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	7000	[5500 – 7700]
Fédération de Russie	390 000	[260 000 – 850 000]	1.1	[0.8 – 1.6]	0.5	[0.3 – 1.0]	240 000	[150 000 – 350 000]
Tadjikistan	2400	[<100 – 5200]	0.3	[0.1 – 0.6]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2100	[<1000 – 5000]
Turkménistan	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Ukraine	210 000	[180 000 – 250 000]	1.6	[1.2 – 2.0]	0.8	[0.7 – 1.0]	190 000	[140 000 – 230 000]
Ouzbékistan	1400	[<1000 – 3700]	0.1	[<0.1 – 0.3]	...	[<0.1]	4600	[2100 – 12 000]
Europe occidentale et centrale	610 000	[490 000 – 810 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	200 000	[160 000 – 270 000]
Albanie	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Autriche	5500	[4700 – 6400]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2900	[2100 – 3900]
Belgique	13 000	[7500 – 23 000]	0.2	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.4]	4100	[2400 – 8400]
République tchèque	1300	[<1000 – 2400]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	<500	[<1000]
Danemark	3300	[2700 – 4000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	1100	[<1000 – 1600]
Finlande	2000	[1200 – 3700]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[<500 – 1300]
France	120 000	[66 000 – 200 000]	0.4	[0.2 – 0.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	38 000	[21 000 – 68 000]
Allemagne	44 000	[27 000 – 79 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	15 000	[8500 – 27 000]
Grèce	8300	[4900 – 15 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	3000	[1700 – 5400]
Hongrie	2800	[1700 – 4900]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[1600]
Islande	<500	[<1000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	[<500]
Irlande	4600	[3100 – 6300]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	1500	[1100 – 2100]
Israël	3500	[1800 – 9100]	0.1	[<0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.3]	2900	[1500 – 6700]
Italie	140 000	[100 000 – 190 000]	0.4	[0.3 – 0.6]	0.4	[0.3 – 0.6]	41 000	[30 000 – 58 000]
Luxembourg	<500	[<1000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	[<500]
Malte	<200	[<500]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]
Monténégro	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	16 000	[9200 – 27 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	4900	[2800 – 8600]
Norvège	2400	[1500 – 4000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[<500 – 1400]
Pologne	15 000	[8600 – 25 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	5500	[3000 – 9700]
Portugal	29 000	[17 000 – 50 000]	0.5	[0.3 – 0.9]	0.5	[0.3 – 0.8]	9400	[5500 – 18 000]
Serbie	5100	[3100 – 11 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	1800	[1100 – 3500]
Slovaquie	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Slovénie	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Espagne	120 000	[70 000 – 200 000]	0.5	[0.3 – 0.8]	0.5	[0.3 – 0.8]	28 000	[16 000 – 47 000]
Suède	5300	[3000 – 9100]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2900	[1600 – 4800]
Suisse	22 000	[13 000 – 38 000]	0.6	[0.3 – 1.0]	0.6	[0.3 – 1.0]	9200	[5100 – 16 000]
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	47 000	[27 000 – 82 000]	0.2	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.3]	22 000	[11 000 – 48 000]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	280 000	[200 000 – 360 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.3	[0.2 – 0.4]	190 000	[130 000 – 260 000]
Algérie	12 000	[6900 – 27 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	6000	[3100 – 12 000]
Bahreïn	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Egypte	5600	[4500 – 7700]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	2600	[1900 – 3600]
Iraq	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Femmes (15+) 2001		Enfants (0-14) 2007		Enfants (0-14) 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Moldova	<500	[<100]	...	[<100]	...	[<100]
Roumanie	7100	[6600 – 7400]	...	[<500]	...	[<1000]
Fédération de Russie	86 000	[50 000 – 200 000]	5200	[3500 – 7500]	<1000	[2800]
Tadjikistan	<500	[<100 – <1000]	<100	[<200]	...	[<100]
Turkménistan	...	...	...	...	...	...
Ukraine	75 000	[62 000 – 95 000]	5100	[3900 – 6400]	1100	[<1000 – 1500]
Ouzbékistan	<500	[<200 – <1000]	<200	[<100 – <500]	...	[<100]
Europe occidentale et centrale	160 000	[120 000 – 210 000]	1300	[<1000 – 1800]	2100	[1600 – 3000]
Albanie	...	...	...	...	...	...
Autriche	1500	[1200 – 1800]	...	...	...	...
Belgique	3400	[2000 – 6100]	...	...	...	...
République tchèque	<500	[<1000]	...	...	...	...
Danemark	...	[<100]	...	...	...	...
Finlande	<1000	[<500]	...	...	...	...
France	30 000	[17 000 – 52 000]	...	...	...	...
Allemagne	12 000	[6800 – 21 000]	...	...	...	...
Grèce	2200	[1300 – 4000]	...	...	...	...
Hongrie	<1000	[<500 – 1300]	...	...	...	...
Islande	<100	[<200]	...	...	...	...
Irlande	1200	[<1000 – 1700]	...	...	...	...
Israël	2100	[1000 – 5300]	...	...	...	...
Italie	36 000	[26 000 – 51 000]	...	...	...	...
Luxembourg	<200	[<100 – <500]	...	...	...	...
Malte	...	[<100]	...	...	...	...
Monténégro	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	4100	[2300 – 7100]	...	...	...	...
Norvège	<1000	[<500 – 1100]	...	...	...	...
Pologne	3900	[2300 – 6700]	...	...	...	...
Portugal	7700	[4600 – 14 000]	...	...	...	...
Serbie	1300	[<1000 – 2900]	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Espagne	25 000	[14 000 – 42 000]	...	...	...	...
Suède	2300	[1300 – 3900]	...	...	...	...
Suisse	7300	[4200 – 13 000]	...	...	...	...
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	12 000	[6900 – 22 000]	...	...	...	...
Afrique du Nord et Moyen-Orient	150 000	[110 000 – 200 000]	26 000	[18 000 – 34 000]	20 000	[8800 – 34 000]
Algérie	3000	[1700 – 7400]	...	...	...	...
Bahreïn	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...
Égypte	1500	[1100 – 2100]	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH					2. Décès dus au sida			
Pays	Jeunes femmes (15-24) prévalence (%) 2007		Jeunes hommes (15-24) prévalence (%) 2007		Décès adultes et enfants 2007		Décès adultes et enfants 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Moldova	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.9]	<100	<200]	...	<100]
Roumanie	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	<1000]	...	<500]
Fédération de Russie	0.6	[0.3 – 1.0]	1.3	[0.6 – 2.3]	35 000	[21 000 – 63 000]	1900	[1100 – 6400]
Tadjikistan	0.1	<0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 1.2]	<100	<200]	<100	<200]
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	1.5	[1.0 – 2.0]	1.5	[0.6 – 2.2]	19 000	[14 000 – 25 000]	4000	[2400 – 6100]
Ouzbékistan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.3]	<500	<100 – <1000]	...	<100]
Europe occidentale et centrale	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	8000	[4800 – 17 000]	9600	[6800 – 16 000]
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	...	<100]	...	<100]
Belgique	0.1	<0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.5]	<100	<500]	<100	<200]
République tchèque	...	<0.1]	<0.1	[0.1]	...	<100]	...	<100]
Danemark	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	<100]	...	<100]
Finlande	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
France	0.2	[0.1 – 0.5]	0.4	[0.2 – 0.8]	1800	<1000 – 4700]	1900	<1000 – 4900]
Allemagne	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<500	<100 – 1300]	<200	<100 – <1000]
Grèce	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<100	<500]	<100	<200]
Hongrie	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Islande	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	...	<100]	...	<100]
Irlande	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<100	<200]	...	<100]
Israël	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	<200	<500]	<100	<200]
Italie	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	1900	<1000 – 5000]	3100	[1900 – 5200]
Luxembourg	0.1	<0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.5]	...	<100]	...	<100]
Malte	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Monténégro	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	<200	<100 – <500]	<100	<500]
Norvège	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Pologne	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<200	<100 – <500]	...	<100]
Portugal	0.3	[0.1 – 0.7]	0.5	[0.2 – 1.1]	<500	<200 – 1100]	<1000	<500 – 1200]
Serbie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<100	<200]	...	<100]
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	<100	<200]	...	...
Espagne	0.2	<0.1 – 0.4]	0.6	[0.2 – 1.1]	2300	<1000 – 6600]	3000	[1500 – 5700]
Suède	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<100	<200]	...	<100]
Suisse	0.5	[0.2 – 1.0]	0.4	[0.1 – 0.9]	<500	<100 – <1000]	<500	<200 – <1000]
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0.1	<0.1 – 0.3]	0.3	[0.1 – 0.6]	<500	<100 – 1200]	<200	<100 – <500]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	0.3	[0.1 – 0.5]	0.1	<0.1 – 0.2]	27 000	[20 000 – 35 000]	22 000	[10 000 – 37 000]
Algérie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.3]	<1000	<500 – 2100]	<200	<100 – <500]
Bahreïn	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	...	<0.1]	...	<0.1]	<1000	<500]	<500	<200]
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...

3. Orphelins à cause du sida					4. Prévalence (%) du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale						
Pays	Orphelins (0-17) en vie en 2007		Orphelins (0-17) en vie en 2001		Année	CDI		F. profess. sexe		HSH	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]		VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	
Moldova	2007	17.5	2007	2.9	2007	4.8	
Roumanie	
Fédération de Russie	2006	10.3	...	...	2006	0.9	
Tadjikistan	2006	23.5	2006	3.7	...	...
Turkménistan	
Ukraine	2006	61.2	2006	4.0	2007	4.4	
Ouzbékistan	2005	17.9	2005	4.7	2005	10.8	
Europe occidentale et centrale	
Albanie	2005	0.8	
Autriche	
Belgique	
République tchèque	
Danemark	
Finlande	2007 ¹	1.4	...	...	2007 ¹	4.5	
France	
Allemagne	2007	10.7	
Grèce	2006	0.7	...	...	...	...
Hongrie	2006	0.0	...	...	...	...
Islande	
Irlande	
Israël	
Italie	
Luxembourg	
Malte	
Monténégro	
Pays-Bas	
Norvège	
Pologne	
Portugal	
Serbie	
Slovaquie	
Slovénie	2006	0.0	...	...	2006	2.1	
Espagne	2005	17.8	2005	2.2	2005	9.2	
Suède	2007	5.1	...	...	...	...
Suisse	2006	10.9	...	...	2007	8.1	
Ex-République yougoslave de Macédoine	2006	0.8	2006	0.0	2006	2.8	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	
Afrique du Nord et Moyen-Orient	
Algérie	2007	4.0	...	...
Bahreïn	
Chypre	
Egypte	
Iraq	
Jordanie	
Koweït	

¹ Ces données ont été notifiées dans le rapport UNGASS 2007.

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH						
Pays	Adultes et enfants 2007		Adultes et enfants 2001		Adultes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Liban	3000	[1700 – 7200]	2200	[1100 – 5600]	3000	[1600 – 7100]
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...
Maroc	21 000	[15 000 – 31 000]	13 000	[8800 – 19 000]	21 000	[15 000 – 31 000]
Oman	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Soudan	320 000	[220 000 – 440 000]	270 000	[180 000 – 350 000]	290 000	[190 000 – 420 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Tunisie	3700	[2700 – 5400]	2200	[1600 – 3300]	3600	[2600 – 5400]
Turquie	<2000	[<5000]	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	1 200 000	[760 000 – 2 000 000]	1 100 000	[670 000 – 1 700 000]	1 200 000	[750 000 – 2 000 000]
Canada	73 000	[43 000 – 110 000]	49 000	[29 000 – 75 000]	73 000	[43 000 – 110 000]
Etats-Unis d'Amérique	1 200 000	[690 000 – 1 900 000]	1 000 000	[620 000 – 1 600 000]	1 100 000	[690 000 – 1 900 000]
Caraïbes	230 000	[210 000 – 270 000]	210 000	[180 000 – 240 000]	220 000	[200 000 – 250 000]
Bahamas	6200	[4000 – 8700]	5700	[4400 – 7500]	6100	[3900 – 8600]
Barbade	2200	[1500 – 3200]	2100	[1600 – 2800]	2200	[1500 – 3200]
Cuba	6200	[3600 – 12 000]	2400	[<100 – 3900]	6200	[3600 – 12 000]
République dominicaine	62 000	[52 000 – 71 000]	65 000	[53 000 – 76 000]	59 000	[50 000 – 69 000]
Haiti	120 000	[100 000 – 140 000]	98 000	[83 000 – 110 000]	110 000	[95 000 – 130 000]
Jamaïque	27 000	[19 000 – 36 000]	23 000	[16 000 – 29 000]	26 000	[19 000 – 35 000]
Trinité-et-Tobago	14 000	[9500 – 19 000]	12 000	[8200 – 17 000]	13 000	[9200 – 19 000]
Amérique latine	1 700 000	[1 500 000 – 2 100 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 900 000]	1 700 000	[1 400 000 – 2 000 000]
Argentine	120 000	[90 000 – 150 000]	100 000	[77 000 – 130 000]	120 000	[88 000 – 150 000]
Belize	3600	[2200 – 5300]	2900	[1700 – 4400]	3400	[2100 – 5000]
Bolivie	8100	[6500 – 11 000]	6200	[4900 – 8300]	7900	[6300 – 10 000]
Brésil	730 000	[600 000 – 890 000]	660 000	[520 000 – 810 000]	710 000	[580 000 – 870 000]
Chili	31 000	[23 000 – 39 000]	25 000	[20 000 – 32 000]	31 000	[23 000 – 39 000]
Colombie	170 000	[110 000 – 230 000]	140 000	[96 000 – 190 000]	160 000	[110 000 – 230 000]
Costa Rica	9700	[6100 – 15 000]	5200	[3200 – 8200]	9600	[6000 – 15 000]
Equateur	26 000	[15 000 – 40 000]	19 000	[12 000 – 32 000]	25 000	[14 000 – 39 000]
El Salvador	35 000	[24 000 – 72 000]	28 000	[17 000 – 220 000]	34 000	[23 000 – 67 000]
Guatemala	59 000	[41 000 – 84 000]	52 000	[38 000 – 68 000]	53 000	[35 000 – 77 000]
Guyana	13 000	[7600 – 18 000]	12 000	[9500 – 17 000]	12 000	[7200 – 17 000]
Honduras	28 000	[18 000 – 44 000]	31 000	[18 000 – 61 000]	26 000	[17 000 – 42 000]
Mexique	200 000	[150 000 – 310 000]	180 000	[130 000 – 260 000]	200 000	[140 000 – 300 000]
Nicaragua	7700	[5300 – 15 000]	4400	[3200 – 15 000]	7500	[5200 – 15 000]
Panama	20 000	[16 000 – 26 000]	17 000	[13 000 – 21 000]	19 000	[15 000 – 26 000]
Paraguay	21 000	[12 000 – 38 000]	11 000	[7000 – 22 000]	20 000	[12 000 – 37 000]
Pérou	76 000	[57 000 – 97 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	74 000	[55 000 – 96 000]
Suriname	6800	[4200 – 12 000]	3500	[1700 – 5600]	6700	[4200 – 12 000]
Uruguay	10 000	[5900 – 19 000]	6300	[3400 – 25 000]	10 000	[5800 – 19 000]
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes (15+) 2001		Adultes (15-49) prévalence (%) 2007		Adultes (15-49) prévalence (%) 2001		Femmes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Liban	2200	[1100 – 5500]	0.1	<0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.3]	<1000	<500 – 2000]
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Maroc	12 000	[8700 – 19 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	5900	[4100 – 9100]
Oman	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Soudan	250 000	[170 000 – 320 000]	1.4	[1.0 – 2.0]	1.4	[1.0 – 1.8]	170 000	[120 000 – 250 000]
République arabe syrienne	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Tunisie	2200	[1600 – 3300]	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	1000	<1000 – 1600]
Turquie	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Amérique du Nord	1 100 000	[660 000 – 1 700 000]	0.6	[0.4 – 1.0]	0.6	[0.4 – 0.9]	250 000	[150 000 – 420 000]
Canada	49 000	[28 000 – 74 000]	0.4	[0.2 – 0.6]	0.3	[0.2 – 0.4]	20 000	[11 000 – 32 000]
Etats-Unis d'Amérique	1 000 000	[620 000 – 1 600 000]	0.6	[0.4 – 1.0]	0.6	[0.4 – 1.0]	230 000	[140 000 – 400 000]
Caraïbes	200 000	[170 000 – 230 000]	1.1	[1.0 – 1.2]	1.1	[0.9 – 1.2]	110 000	[95 000 – 120 000]
Bahamas	5600	[4300 – 7300]	3.0	[1.9 – 4.2]	3.1	[2.3 – 4.1]	1600	[1000 – 2400]
Barbade	2100	[1600 – 2800]	1.2	[0.8 – 1.7]	1.2	[0.9 – 1.6]	<1000	<500]
Cuba	2300	<100 – 3900]	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	1800	[1000 – 3600]
République dominicaine	63 000	[50 000 – 73 000]	1.1	[0.9 – 1.2]	1.3	[1.0 – 1.5]	30 000	[25 000 – 35 000]
Haïti	94 000	[79 000 – 110 000]	2.2	[1.9 – 2.5]	2.2	[1.9 – 2.6]	58 000	[50 000 – 68 000]
Jamaïque	22 000	[16 000 – 29 000]	1.6	[1.1 – 2.1]	1.4	[1.0 – 1.9]	7600	[5200 – 10 000]
Trinité-et-Tobago	12 000	[8000 – 17 000]	1.5	[1.0 – 2.1]	1.4	[1.0 – 2.0]	7700	[5400 – 11 000]
Amérique latine	1 400 000	[1 200 000 – 1 800 000]	0.5	[0.4 – 0.6]	0.5	[0.4 – 0.7]	550 000	[470 000 – 680 000]
Argentine	100 000	[76 000 – 130 000]	0.5	[0.4 – 0.7]	0.5	[0.4 – 0.6]	32 000	[23 000 – 43 000]
Belize	2800	[1600 – 4100]	2.1	[1.2 – 3.1]	2.1	[1.2 – 3.1]	2000	[1200 – 3000]
Bolivie	6100	[4800 – 8100]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	2200	[1700 – 2900]
Brésil	640 000	[510 000 – 790 000]	0.6	[0.5 – 0.8]	0.6	[0.5 – 0.8]	240 000	[200 000 – 310 000]
Chili	25 000	[20 000 – 31 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.3	[0.2 – 0.4]	8700	[6400 – 11 000]
Colombie	130 000	[95 000 – 190 000]	0.6	[0.4 – 0.8]	0.5	[0.4 – 0.8]	47 000	[32 000 – 66 000]
Costa Rica	5100	[3200 – 8100]	0.4	[0.2 – 0.6]	0.2	[0.1 – 0.4]	2700	[1600 – 4500]
Equateur	19 000	[12 000 – 31 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.3	[0.2 – 0.4]	7100	[3900 – 12 000]
El Salvador	28 000	[17 000 – 220 000]	0.8	[0.6 – 1.5]	0.8	[0.5 – 5.9]	9700	[6500 – 20 000]
Guatemala	48 000	[35 000 – 62 000]	0.8	[0.5 – 1.1]	0.8	[0.6 – 1.1]	52 000	[35 000 – 76 000]
Guyana	12 000	[9100 – 17 000]	2.5	[1.4 – 3.7]	2.5	[1.9 – 3.4]	7100	[4300 – 10 000]
Honduras	30 000	[18 000 – 56 000]	0.7	[0.4 – 1.1]	0.9	[0.5 – 1.6]	7400	[4600 – 12 000]
Mexique	170 000	[120 000 – 250 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.3	[0.2 – 0.4]	57 000	[39 000 – 87 000]
Nicaragua	4300	[3100 – 15 000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.5]	2100	[1400 – 3900]
Panama	16 000	[13 000 – 21 000]	1.0	[0.8 – 1.3]	1.0	[0.8 – 1.2]	5500	[4100 – 7600]
Paraguay	11 000	[6800 – 21 000]	0.6	[0.4 – 1.1]	0.4	[0.2 – 0.7]	5800	[3400 – 10 000]
Pérou	56 000	[44 000 – 73 000]	0.5	[0.3 – 0.6]	0.4	[0.3 – 0.5]	21 000	[15 000 – 29 000]
Suriname	3400	[1700 – 5500]	2.4	[1.5 – 4.3]	1.3	[0.7 – 2.2]	1900	[1200 – 3500]
Uruguay	6300	[3400 – 25 000]	0.6	[0.3 – 1.1]	0.4	[0.2 – 1.4]	2800	[1600 – 5500]
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH						
Pays	Femmes (15+) 2001		Enfants (0-14) 2007		Enfants (0-14) 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Liban	<1000	[<500 – 1500]	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...
Maroc	3300	[2200 – 5100]	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Soudan	140 000	[100 000 – 180 000]	25 000	[18 000 – 33 000]	20 000	[8400 – 33 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Tunisie	<1000	[<500]	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	190 000	[120 000 – 320 000]	4400	[2600 – 7300]	5400	[3400 – 8900]
Canada	13 000	[7200 – 20 000]	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	180 000	[110 000 – 300 000]	...	...	...	...
Caraïbes	92 000	[79 000 – 100 000]	11 000	[9400 – 12 000]	8200	[6800 – 10 000]
Bahamas	1300	[<1000 – 1800]	<200	[<100]	<200	[<100]
Barbade	<1000	[<500 – <1000]	...	[<100]	...	[<100]
Cuba	<1000	[<100 – 1200]	...	...	...	...
République dominicaine	34 000	[27 000 – 39 000]	2700	[2200 – 3300]	2700	[2200 – 3500]
Haiti	43 000	[36 000 – 51 000]	6800	[5800 – 8100]	4700	[3600 – 6200]
Jamaïque	5800	[4000 – 7900]	...	[<1000]	<500	[<1000]
Trinité-et-Tobago	6900	[4800 – 9700]	...	[<500]	<500	[<500]
Amérique latine	450 000	[380 000 – 590 000]	44 000	[37 000 – 58 000]	36 000	[29 000 – 56 000]
Argentine	25 000	[18 000 – 34 000]	...	...	...	...
Belize	1600	[<1000 – 2400]	<200	[<500]	<200	[<100 – <500]
Bolivie	1500	[1100 – 2000]	...	...	...	...
Bésil	220 000	[170 000 – 270 000]	...	...	...	...
Chili	6500	[5000 – 8600]	...	...	...	...
Colombie	35 000	[24 000 – 51 000]	...	...	...	...
Costa Rica	1400	[<1000 – 2300]	...	...	...	...
Equateur	4900	[2900 – 8500]	...	...	...	...
El Salvador	7200	[3900 – 52 000]	...	...	...	...
Guatemala	47 000	[35 000 – 62 000]	...	...	...	...
Guyana	7000	[5300 – 9600]	<1000	[<500]	<1000	[<500]
Honduras	7700	[4500 – 15 000]	1600	[1000 – 3000]	1500	[<1000 – 4000]
Mexique	46 000	[31 000 – 68 000]	...	...	...	...
Nicaragua	1100	[<1000 – 3900]	...	...	...	...
Panama	4300	[3200 – 5600]	...	...	...	...
Paraguay	2900	[1700 – 5700]	...	...	...	...
Pérou	15 000	[11 000 – 20 000]	...	...	...	...
Suriname	<1000	[<500 – 1600]	<200	[<500]	<100	[<200]
Uruguay	1600	[<1000 – 6800]	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...

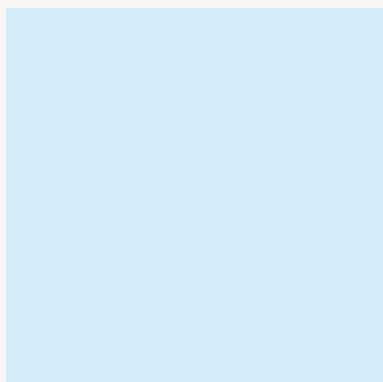
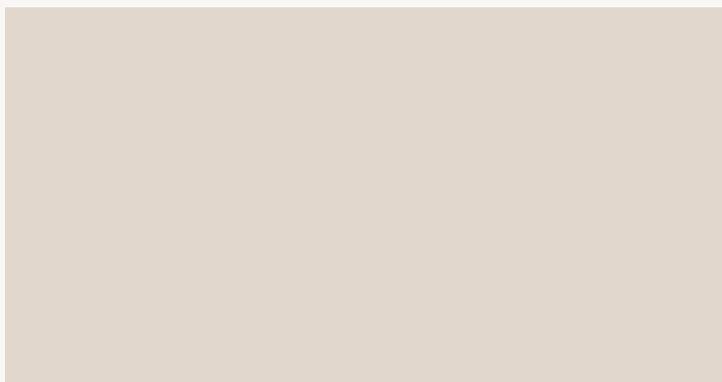
Pays	1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH				2. Décès dus au sida			
	Jeunes femmes (15–24) prévalence (%) 2007		Jeunes hommes (15–24) prévalence (%) 2007		Décès adultes et enfants 2007		Décès adultes et enfants 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Liban	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.4]	<200	<100 – <500]	<200	<100 – <500]
Jamahiriyah arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<1000	[1500]	<500	<1000]
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	1.0	[0.6 – 1.5]	0.3	[0.2 – 0.5]	25 000	[17 000 – 32 000]	21 000	[9200 – 35 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	<200	<100 – <500]	<200	<100]
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	0.7	[0.6 – 0.9]	0.6	[0.3 – 1.0]	23 000	[9100 – 55 000]	18 000	[8900 – 37 000]
Canada	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	<500	<100 – <1000]	<200	<100 – <500]
Etats-Unis d'Amérique	0.3	[0.1 – 0.6]	0.7	[0.3 – 1.3]	22 000	[9000 – 54 000]	17 000	[8800 – 36 000]
Caraïbes	0.4	[0.3 – 0.6]	0.5	[0.3 – 0.7]	14 000	[11 000 – 16 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Bahamas	1.5	[0.3 – 2.8]	3.2	[0.8 – 5.5]	<200	<100 – <500]	<1000	<500]
Barbade	0.6	[0.3 – 1.1]	1.3	[0.5 – 2.3]	<100	<200]	<200	<100]
Cuba	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<100	<500]	<100	<200]
République dominicaine	0.6	[0.3 – 0.9]	0.3	[0.1 – 0.4]	3900	[2800 – 4900]	4800	[3700 – 6400]
Haïti	1.4	[1.0 – 1.8]	0.6	[0.2 – 0.9]	7500	[6000 – 9300]	7500	[5700 – 9900]
Jamaïque	0.9	[0.5 – 1.4]	1.7	[0.8 – 2.8]	1400	<1000 – 2000]	1200	<1000 – 1700]
Trinité-et-Tobago	1.0	[0.6 – 1.6]	0.3	[0.1 – 0.5]	<1000	<500]	<1000	<500]
Amérique latine	0.2	[0.1 – 0.3]	0.7	[0.4 – 0.9]	63 000	[49 000 – 98 000]	47 000	[36 000 – 100 000]
Argentine	0.3	[0.2 – 0.4]	0.6	[0.3 – 0.9]	5400	[3000 – 8400]	3700	[2500 – 5500]
Belize	1.5	[0.8 – 2.4]	0.5	[0.2 – 0.9]	<200	<100 – <500]	<200	<500]
Bolivie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<500	<1000]	...	<500]
Brésil	0.6	[0.3 – 0.9]	1.0	[0.6 – 1.5]	15 000	[9700 – 22 000]	9400	[3500 – 16 000]
Chili	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.2 – 0.5]	<1000	<500 – 1600]	<1000	<500]
Colombie	0.3	[0.2 – 0.5]	0.7	[0.3 – 1.0]	9800	[6000 – 15 000]	5800	[4000 – 8600]
Costa Rica	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	<200	<100 – <500]	...	<100]
Equateur	0.2	[0.1 – 0.3]	0.4	[0.1 – 0.7]	1200	<1000 – 2100]	<1000	[1400]
El Salvador	0.5	<0.1 – 0.9]	0.9	<0.1 – 1.8]	1700	<1000 – 18 000]	1200	<100 – 26 000]
Guatemala	1.5	[0.6 – 2.4]	...	<0.1]	3900	[2500 – 5500]	2900	[1800 – 4300]
Guyana	1.7	[0.2 – 2.8]	0.5	[0.2 – 0.9]	<1000	<500 – 1100]	1300	<1000 – 2000]
Honduras	0.4	[0.1 – 0.9]	0.7	[0.1 – 1.6]	1800	<1000 – 3500]	3200	[1000 – 9900]
Mexique	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.2 – 0.6]	11 000	[5700 – 18 000]	9900	[6800 – 15 000]
Nicaragua	0.1	<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	<500	<1000]	<200	<100 – <500]
Panama	0.6	[0.3 – 0.9]	1.1	[0.5 – 1.7]	<1000	[1400]	<1000	[1300]
Paraguay	0.3	[0.2 – 0.7]	0.7	[0.3 – 1.3]	<1000	<500 – 1900]	<500	<200 – <1000]
Pérou	0.3	[0.1 – 0.4]	0.5	[0.2 – 0.8]	3300	[2000 – 5000]	2900	[2000 – 4200]
Suriname	1.4	[0.7 – 2.8]	2.7	[1.2 – 5.2]	...	<500]	<200	<100 – <1000]
Uruguay	0.3	<0.1 – 0.7]	0.6	[0.1 – 1.4]	<500	<100 – 1500]	<500	<100 – 4000]
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...	...	...

3. Orphelins à cause du sida					4. Prévalence (%) du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale						
Pays	Orphelins (0-17) en vie en 2007		Orphelins (0-17) en vie en 2001		Année	CDI		F. profess. sexe		HSH	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]		VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	
Liban
Jamahiriya arabe libyenne
Maroc	2007	2.6	...	...	...
Oman
Qatar
Arabie saoudite
Soudan
République arabe syrienne
Tunisie	2007 ¹	0.0	...	...	...
Turquie	2007	1.5	2007	1.6	2007	1.8	...
Emirats arabes unis
Yémen
Amérique du Nord
Canada	2007 ¹	13.2	...	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique
Caraïbes
Bahamas	2007	8.2	...
Barbade
Cuba	2006	0.1	2006	0.9	...
République dominicaine	2006	2.7	2004	11.0	...
Haïti	2007	5.0	...	...	...
Jamaïque	2004	9.1	...	...	...
Trinité-et-Tobago	2004	20.4	...
Amérique latine
Argentine	2007	6.7	...	...	2007	10.9	...
Belize
Bolivie	2007	0.4	2007	21.5	...
Brésil
Chili	2006	0.9	...	...	...
Colombie	2007	10.8	...
Costa Rica	2006	0.2	...	...	...
Equateur	2007	19.3	...
El Salvador	2007	3.9	2007	17.8	...
Guatemala
Guyana	2005	26.6	2005	21.3	...
Honduras	2006	3.0	2006	6.3	...
Mexique	2005	2.8	2005	5.5	2006	9.9	...
Nicaragua
Panama
Paraguay	2006	9.1	2006	4.3	...	...	...
Pérou	2006	0.5	2006	10.8	...
Suriname	2006	24.1	2006	6.7	...
Uruguay
Venezuela (République bolivarienne du)

¹ Ces données ont été notifiées dans le rapport UNGASS 2007.

Annexe

Indicateurs de progrès par pays



Annexe 2



Indicateurs de progrès par pays

Rapports par pays et validation des données

A la date de mars 2008, 147 pays avaient remis à l'ONUSIDA leur rapport d'activité sur la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Les indicateurs repris dans ce document provenaient de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* originale de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (2001). Les données des tableaux ci-joints reprennent les données des rapports d'activité des pays ainsi que des informations provenant d'autres sources.

Les spécialistes en évaluation travaillant à l'ONUSIDA ont procédé à un examen attentif des données pour vérifier que les rapports de pays étaient complets, exacts et en harmonie avec les indicateurs retenus. L'ONUSIDA a envoyé des questions de suivi à 118 pays; 80% des questions relatives aux données ont pu être résolues au cours de ce suivi. Les questions non résolues à temps pour être publiées n'ont pas été incluses dans les analyses du présent rapport. On a procédé en outre à l'harmonisation des données parvenues à l'ONUSIDA; au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; à l'UNICEF; au Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (Etats-Unis); à l'OMS; et au programme de mesure et d'évaluation [Measure Evaluation] qui concerne les données recueillies au cours du programme d'Enquêtes démographiques et de santé. Des messages envoyés aux bureaux de l'ONUSIDA dans 122 pays ont permis de clarifier certaines discordances: 88% de ces 122 pays ont fourni des éclaircissements sur la couverture par médicaments antirétroviraux et la prévention de la transmission mère-enfant; 50% ont répondu en ce qui concerne les autres indicateurs. Seules les données ainsi harmonisées ont été utilisées pour les analyses du présent rapport.

L'Indice composite des politiques nationales (NCPI), un questionnaire qui évalue les progrès en matière de politiques et stratégies nationales sur le

VIH, a été validé séparément. Deux spécialistes en évaluation ont vérifié les rapports NCPI en termes d'exhaustivité et en termes de cohérence interne; on a procédé ensuite à la correction des valeurs incohérentes ou illogiques et on a pris contact avec les pays en cas d'insuffisances significatives de données, ou encore de rapports NCPI multiples et non consolidés. Dans l'ensemble, l'ONUSIDA a pris contact avec 34 pays pour résoudre des problèmes de données concernant le NCPI et 31 pays ont répondu. Comme il y a plus de 200 entrées par pays, les données NCPI ne sont pas reprises en Annexe 2 – elles sont disponibles avec les rapports de pays individuels sur le site web de l'ONUSIDA. Les analyses contenues dans le présent rapport intègrent des données validées en provenance de 130 Etats Membres des Nations Unies.

Tabulation des données

Les tableaux qui suivent présentent les données fournies à l'ONUSIDA par les rapports d'activité des pays dans le cadre du suivi de la *Déclaration d'engagement*. L'ensemble des données disponibles pour les années précédentes a été repris chaque fois que ces données étaient cohérentes au cours des années, afin de permettre l'examen des changements au cours du temps. Dans la mesure du possible, on a distingué l'année de collecte et l'année de notification. Les chiffres et pourcentages ont été arrondis à l'unité la plus proche. Certains de ces rapports étaient encore en discussion avec le pays d'origine lors de la publication de cette Annexe – dans ce cas, le fait est explicitement mentionné dans une note au bas du tableau des données relatives aux indicateurs.

Là où les données manquent pour un pays et un indicateur donnés, ce pays a été exclu du tableau correspondant. Un pays peut ne pas avoir soumis de données pour un indicateur soit parce que les données ne permettaient pas de construire cet indicateur selon la définition de l'UNGASS, soit parce que le pays, considérant que l'indicateur n'était pas pertinent pour son type d'épidémie, n'a pas donné d'information sur cet indicateur.

Les valeurs affichées sur les tableaux sont celles que le pays reconnaît. Il peut arriver que ces valeurs diffèrent des valeurs soumises à l'origine, par suite du processus d'harmonisation, et donc des valeurs publiées dans les rapports d'activité des pays.

Là où les données en provenance d'un pays manquent pour un indicateur donné mais où il existe des données provenant d'autres sources, par exemple les enquêtes démographiques et de santé, ces dernières données ont été incluses dans le tableau bien qu'elles ne constituent pas nécessairement les données officielles du gouvernement national. Dans ce dernier cas, la source et l'année des données sont clairement indiquées dans le tableau des indicateurs ; l'indicateur en question est spécifiquement défini et référencé dans la section 'Notes' qui suit cette Annexe. Le personnel du Siège de l'ONUSIDA à Genève qui a dressé ces tableaux à partir de diverses sources ne peut être tenu responsable de l'exactitude des sources originales.

Indicateurs

Depuis la publication en 2003 du premier rapport de suivi de l'UNGASS : *Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS : Actualisation*, des indicateurs fondamentaux ont été mis au point et consolidés à chaque étape, en collaboration avec les partenaires mondiaux et le Groupe de référence de l'ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation (MERG), lequel fixe les normes internationales pour le suivi et l'évaluation. Le tableau ci-dessous résume les modifications apportées aux indicateurs UNGASS depuis le dernier cycle (Tableau 1). On trouvera des instructions sur la mise en place des indicateurs sur le site web de l'ONUSIDA dans le document : *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base UNGASS* (avril 2007).

Lors du cycle précédent des rapports UNGASS, les indicateurs avaient été groupés en deux catégories selon la nature de l'épidémie. Pour le présent cycle, on n'a pas établi de distinction entre un ensemble d'indicateurs pour épidémie généralisée et un ensemble pour épidémie concentrée/de prévalence faible. Cela tient au fait que les épidémies ne se conforment pas nécessairement à des dichotomies aussi simples. En 2006, par exemple, certains pays à

épidémie généralisée et à prévalence relativement élevée ont reconnu que les sous-épidémies au sein des populations les plus exposées au risque – professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – jouaient un rôle important dans leur épidémie et que les programmes de prévention destinés à ces populations constituaient un élément essentiel de la riposte nationale. Avec raison, ces pays ont choisi de documenter les indicateurs visant ces populations en plus des informations sur l'ensemble des indicateurs généralisés.

Pour le cycle actuel tous les pays, quel que soit leur statut économique ou épidémiologique, ont été priés de répondre sur tous les indicateurs appropriés à leur cas. Chaque pays devait envisager chaque indicateur en fonction de la dynamique individuelle de son épidémie. Si un pays choisissait de ne pas répondre à un indicateur particulier, il lui était demandé d'expliquer la raison de cette décision, afin de permettre une analyse qui fasse la différence entre l'absence de données et la non-pertinence d'un ou plusieurs indicateurs particuliers à une situation propre au pays donné.

Tableau 1

Révision des indicateurs UNGASS depuis le cycle précédent de rapports

2005	2007	Commentaires
Engagement et action sur le plan national		
Montant des fonds nationaux déboursés par les gouvernements dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	Dépenses consacrées au sida, par catégorie et source de financement	Définition modifiée
Indice composite des politiques nationales (NCPI)	Indice composite des politiques nationales (NCPI)	Questions ajoutées
Pourcentage d'unités de sang transfusées et soumises au dépistage du VIH	Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité	'Sang transfusé' remplacé par 'don de sang'. Une seconde partie ajoutée à l'indicateur sur la proportion de sang soumis à un dépistage selon les procédures d'opération standard et l'assurance de la qualité
Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé sous association d'antirétroviraux	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé sous association d'antirétroviraux	Enfants inclus
Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH recevant un traitement complet de prophylaxie antirétrovirale en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Définition modifiée
	Pourcentage des cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	Indicateur ajouté à la liste de base
	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Indicateur ajouté à la liste de base
Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Sans changement
Pourcentage de groupes de population les plus à risque bénéficiant de programmes de prévention	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre	Définition modifiée
Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Sans changement
Pourcentage d'écoles dont les enseignants ont été formés à dispenser un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes utiles à la vie et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	Définition modifiée
Pourcentage de grandes entreprises/sociétés ayant mis en place des politiques et programmes de riposte au VIH sur le lieu de travail		Retiré de la liste des indicateurs de base, incorporé à l'Indice composite des politiques nationales
Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'infections sexuellement transmissibles se rendant dans un centre de santé et y recevant un diagnostic, un traitement et des conseils appropriés		Retiré de la liste des indicateurs de base, actuellement révisé en vue du cycle de rapports de 2010

Indicateurs de connaissances et de comportements		
Ratio de la fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et celle constatée chez les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	Le calcul de ce ratio n'est plus requis
Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Il est suggéré de remplacer les deux questions concernant les idées fausses par des versions locales, lorsque la situation s'y prête
Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Il est suggéré de remplacer les deux questions concernant les idées fausses par des versions locales, lorsque la situation s'y prête
Pourcentage de jeunes femmes et hommes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Extension de la fourchette d'âge
Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un(e) partenaire ne vivant pas sous le même toit au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes et hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois	Extension de la fourchette d'âge, définition modifiée
Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel hors mariage ou avec un(e) partenaire ne vivant pas sous le même toit au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes et hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Extension de la fourchette d'âge, définition modifiée
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Sans changement
Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Sans changement
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables ayant adopté des comportements propres à réduire la transmission du VIH, c'est-à-dire qui ont évité de partager leur matériel d'injection et qui ont utilisé des préservatifs au cours des 12 derniers mois (pour les pays où la consommation de drogues injectables est un mode de transmission du VIH établi de longue date)	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Indicateur composite divisé en éléments constitutifs (partie 1)
	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue	Indicateur composite divisé en éléments constitutifs (partie 2)
Indicateurs de l'impact du VIH		
Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Sans changement
Pourcentage de personnes séropositives au VIH parmi les populations les plus à risque	Pourcentage de personnes séropositives au VIH parmi les populations les plus à risque	Sans changement
Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection par le VIH qui sont encore en vie 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Définition modifiée
Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Toujours un indicateur de base mais calculé par l'ONUSIDA/Genève

Défis posés par le suivi des populations les plus à risque

Des défis éthiques et techniques importants entourent la mise en place d'échantillons représentatifs au niveau des pays et d'un système d'information sur la riposte mondiale en ce qui concerne la couverture par les programmes et les comportements à risque pour les populations à risque accru. Les méthodes destinées à obtenir un échantillonnage représentatif chez ces populations difficiles à atteindre (échantillonnage dépendant des personnes interrogées) sont en cours de mise au point – en attendant, il faut accepter que les pays ne pourront pas nécessairement attester que les échantillons utilisés pour les populations les plus à risque sont représentatifs. Les données fournies par de telles enquêtes de surveillance comportementale proviennent souvent d'échantillons de commodité urbains au sein de la zone de couverture des programmes et tendent à introduire un biais dans la mesure des comportements à risque et de la couverture par les services. Il est donc recommandé aux pays d'inclure des données pour ces indicateurs en ayant recours à la plus récente parmi les enquêtes auprès des populations les plus à risque, examinée et approuvée par les experts techniques du pays, comme par exemple les groupes de travail techniques sur le suivi et l'évaluation ou les conseils nationaux pour la recherche.

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

Au niveau des pays, ces indicateurs doivent être interprétés à la lumière de l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) fourni par le pays ; cet indice apporte une vue d'ensemble de l'environnement politique et des programmes de riposte à l'égard des populations les plus exposées au risque dans un pays donné, tant pour le gouvernement que pour les groupes non gouvernementaux et la société civile.

L'Indice composite des politiques nationales (NCPI)

Pour remplir le questionnaire NCPI, on utilise une analyse des documents pertinents et des entretiens avec des spécialistes des sujets étudiés. Les responsables gouvernementaux remplissent une partie¹ du NCPI, une autre étant confiée² à des représentants de la société civile et d'organisations bilatérales ou multilatérales. Le processus recommandé vise à encourager un environnement menant à l'inclusion de perspectives tant gouvernementales que non gouvernementales dans la réponse intégrée sur le NCPI, qui sera incluse par le gouvernement dans son rapport UNGASS. Tel n'est pas toujours le cas, cependant. Le rapport régional de l'UNGASS pour la Région des Caraïbes en 2006 note qu'il n'est pas toujours clairement indiqué quelle est la réponse qui domine quand les opinions diffèrent (*Keeping score : AIDS responses in the Caribbean : a consolidated analysis based on Caribbean reports submitted to the UNGASS 2006*, page 25). Afin d'assurer la pleine indépendance des réponses du gouvernement et des réponses non gouvernementales, le Gouvernement du Rwanda, par exemple, n'a délibérément pas pris part à la réunion de consensus qui a réuni et consolidé les réponses de la société civile sur le NCPI (Rapport UNGASS du Rwanda, 2008). Dans l'ensemble, les réponses des gouvernements sur le NCPI sont souvent plus optimistes que celles des responsables non gouvernementaux. Là où elles sont disponibles, les deux valeurs ont été enregistrées pour le NCPI tout au long du rapport.

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

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

Notes pour les indicateurs spécifiques

1. Fonds alloués à la lutte contre le sida

Au fur et à mesure que la riposte nationale et internationale au sida continue de croître, il devient de plus en plus important de suivre en détails : i) la façon dont les fonds sont dépensés au niveau des pays et ii) l'origine des fonds. Ces données servent à mesurer l'engagement et l'action au niveau national – parties importantes de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de l'UNGASS. Elles aident en outre les décideurs au niveau national à suivre l'ampleur et l'efficacité de leurs programmes. Une fois réunies pour de nombreux pays, les données aident aussi la communauté internationale à évaluer la riposte mondiale. Cette information stratégique soutient le rôle coordonnateur de l'Autorité nationale pour le sida dans chaque pays et apporte une justification pour l'allocation des ressources et pour les améliorations aux processus de planification stratégique.

Les pays peuvent choisir parmi des méthodes et des outils différents pour suivre les flux de financement pour le sida – par exemple l'estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), les sections sida des comptes nationaux de la santé (NHA) et les enquêtes ad hoc pour le flux des ressources ; la matrice nationale de financement comporte un tableur qui permet d'entrer, d'analyser et de signaler aisément les données de chacune de ces trois sources. On a établi un 'pont' entre NASA et NHA pour les dépenses sanitaires liées au sida et il n'y a donc plus de différence entre ces outils, destinés à suivre ces dépenses ; NASA fournit simplement plus de détails sur les dépenses engagées hors du système de santé, comme par exemple l'atténuation sociale, l'éducation, la justice et autres domaines. On a mis en place un processus d'alignement semblable pour le Projet interdisciplinaire sur les flux de ressources de l'Institut démographique néerlandais/UNFPA/ONUSIDA.

Le but de cet indicateur est d'assembler des données exactes et cohérentes sur la façon dont les fonds sont dépensés au niveau national et sur l'origine de ces fonds.

Définition : Dépenses intérieures et internationales relatives au sida, par catégorie et source de financement

On mesure cet indicateur grâce à une estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), qui documente les dépenses effectives selon huit catégories de dépenses liées au sida et par source de financement – notamment les dépenses publiques de source propre (sources gouvernementales telles que les impôts) et les sources internationales :

1. Prévention ;
2. Prise en charge et traitement ;
3. Orphelins et enfants vulnérables³ ;
4. Gestion du programme et renforcement de l'administration ;
5. Encouragement pour les ressources humaines ;
6. Protection sociale et services sociaux (sauf orphelins et enfants vulnérables) ;
7. Environnement habilitant et développement communautaire ;
8. Recherche (sauf recherche opérationnelle incluse dans la gestion des programmes).

Trois groupes principaux de financement :

1. Fonds publics nationaux ;
2. Fonds internationaux ;
3. Fonds privés nationaux (signalement facultatif pour l'UNGASS).

³ Dans le contexte des estimations de ressources et de l'estimation nationale des dépenses relatives au sida, les enfants vulnérables sont définis comme les enfants dont au moins un parent est vivant mais gravement malade (le plus souvent à cause du VIH) et incapable d'en prendre soin.

2. Politiques gouvernementales concernant la lutte contre le VIH et le sida

Indice composite des politiques nationales

Le but de l'Indice composite des politiques nationales est d'évaluer l'avancement vers l'élaboration et la mise en œuvre des orientations politiques et stratégiques nationales relatives au VIH et au sida.

Cet indice composite couvre les orientations suivantes en matière de mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes :

Partie A : à compléter par les responsables du gouvernement

1. Plan stratégique
2. Soutien politique
3. Prévention
4. Traitement, prise en charge et soutien
5. Evaluation et suivi

Partie B : à compléter par les responsables de la société civile

1. Droits de l'homme
2. Implication de la société civile
3. Prévention
4. Prise en charge et soutien.

3. Sécurité transfusionnelle

Cet indicateur sert à estimer les progrès vers un approvisionnement en sang sûr. Il s'applique à tous les pays et on le mesure chaque année selon le protocole de la base de données OMS sur la sécurité transfusionnelle.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité.

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

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

4. Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale

Cet indicateur sert à mesurer le progrès des pays à fournir un traitement par une association d'antirétroviraux aux adultes et aux enfants présentant une infection à VIH avancée. L'indicateur s'applique à tous les pays ; les données sont récoltées en continu (chaque mois ou chaque trimestre) avec une estimation du dénominateur.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé sous association d'antirétroviraux.

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

Dénominateur : Nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé.

Notes sur la méthode : Toutes les analyses de cet indicateur mises à jour pour le rapport mondial, y compris les chiffres cités par les pays, reflètent des numérateurs qui ont fait l'objet d'une harmonisation par trois organismes (ONUSIDA/OMS/UNICEF) et des dénominateurs estimés directement par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections (Spectrum).

Le processus d'harmonisation a fait en sorte que tous les organismes notifient le même chiffre – accepté par le pays – qui était le plus récent et rencontrait la définition de 'personne atteinte d'une infection à VIH avancée en cours de traitement'. En cas de désaccord parmi les trois organismes, un effort particulier a été entrepris pour obtenir l'approbation du pays quant à une valeur finale pour l'indicateur. Là où cette approbation n'a pu être obtenue, la

valeur retenue par le pays a été indiquée en note de bas de tableau dans l'Annexe 2.

Pour les données de 2007, certains pays n'avaient pas encore répondu en décembre 2007. On a eu recours à des projections pour décembre afin d'obtenir un laps de temps cohérent.⁴

Les dénominateurs estimés par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections ont servi pour toutes les analyses et pour les chiffres cités dans le texte afin d'assurer un minimum de cohérence. Les dénominateurs fournis par les pays sont repris en Annexe 2.

5. Prévention de la transmission mère-enfant

En l'absence de toute intervention préventive, les nourrissons nés de mères infectées par le VIH ou allaités par celles-ci courent un risque d'environ un sur trois d'être eux-mêmes infectés. L'infection peut survenir au cours de la grossesse, pendant le travail, au moment de l'accouchement ou encore au cours de l'allaitement. Il est possible de réduire significativement le risque d'infection en utilisant les approches complémentaires d'une prophylaxie antirétrovirale pour la mère pendant la grossesse – avec ou sans prophylaxie pour le nourrisson – du recours à des pratiques d'accouchement sans risque et d'alternatives sûres à l'allaitement au sein. On peut aussi limiter le risque de transmission verticale en pratiquant une prophylaxie antirétrovirale suivie d'un allaitement au sein exclusif limité à six mois.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la suppression de la transmission verticale du VIH.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant.

Numérateur : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH à qui l'on a administré des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire la transmission mère-enfant.

Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois.

Toutes les analyses de cet indicateur mises à jour pour le rapport mondial, y compris les chiffres cités par les pays, reflètent des numérateurs qui ont fait l'objet d'une harmonisation par trois organismes (ONUSIDA/OMS/UNICEF) et des dénominateurs estimés directement par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections (Spectrum).

Le processus d'harmonisation a fait en sorte que tous les organismes notifient le même chiffre – accepté par le pays – qui était le plus récent et rencontrait la définition de 'femme enceinte infectée par le VIH à qui l'on a administré des antirétroviraux au cours des 12 mois écoulés', couvrant ainsi une année pleine. En cas de désaccord parmi les trois organismes, un effort particulier a été entrepris pour obtenir l'approbation du pays quant à une valeur finale pour l'indicateur. Là où cette approbation n'a pu être obtenue, la valeur retenue par le pays a été indiquée en note de bas de tableau dans l'Annexe 2.

Pour les données de 2007, certains pays n'avaient pas encore répondu en décembre 2007. On a eu recours à des projections pour décembre afin d'obtenir un laps de temps cohérent.⁵

Les dénominateurs estimés par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections ont servi pour toutes les analyses et pour les chiffres cités dans le texte afin d'assurer un minimum de cohérence. Les dénominateurs fournis par les pays sont repris en Annexe 2.

6. Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH

La tuberculose est une des causes les plus courantes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même chez celles qui sont sous traitement antirétroviral. La recherche intensifiée des cas de tuberculose et l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité conformes aux directives internationales et nationales sont indispensables pour améliorer la durée et la qualité de vie chez les personnes vivant avec le VIH, d'où l'importance de pouvoir mesurer le pourcentage de cas de tuberculose séropositifs ayant accès à un traitement adéquat pour leur tuberculose et leur infection à VIH.

⁴ Méthode de projection – toutes les valeurs signalées correspondant à une période antérieure à décembre 2007 sont projetées à partir des deux dernières données en calculant la croissance mensuelle pour calculer la projection à décembre 2007.

⁵ Méthode de projection – toutes les valeurs signalées qui correspondent à une période de moins de 12 mois sont projetées en prenant le nombre de femmes enceintes séropositives sous antirétroviraux chaque mois, en divisant ce chiffre par le nombre de mois correspondant aux données puis en multipliant le résultat par 12.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la détection et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Définition et composantes de l'indicateur :

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

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

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

7. Dépistage du VIH au sein de la population générale

Afin de nous protéger nous-mêmes et ne pas infecter les autres, il est important que tous et toutes connaissent leur statut VIH. C'est aussi un facteur critique quand il s'agit de décider si l'on doit commencer un traitement.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la mise en œuvre du test VIH et du conseil.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Numérateur : Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH et qui en connaissent le résultat.

Dénominateur : Nombre total des répondants de 15 à 49 ans.

Plusieurs pays ont choisi de répondre sur cet indicateur en ayant recours à des données obtenues grâce à des programmes de test VIH. Ces données, qui ne peuvent être comparées aux données obtenues au moyen d'enquêtes démographiques, sont reprises dans des notes en bas de tableau.

8. Dépistage du VIH au sein des populations les plus à risque

Afin d'être protégées et d'éviter qu'elles en infectent d'autres, il est important que les populations les plus à risque connaissent leur statut VIH. C'est aussi un facteur critique quand il s'agit de décider si l'on doit commencer un traitement. Cet indicateur devra être calculé séparément pour chacune des populations considérées comme les plus à risque dans un pays donné : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la mise en œuvre du test VIH et du conseil au sein des populations les plus à risque.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Numérateur : Nombre de personnes faisant partie des groupes les plus à risque ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Dénominateur : Nombre de personnes faisant partie des groupes les plus à risque incluses dans l'échantillon.

9. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque

Les populations les plus à risque sont souvent difficiles à atteindre par des programmes de prévention du VIH, alors qu'il est important qu'elles bénéficient de ces services afin de prévenir la propagation du VIH en leur sein et dans la population générale. Cet indicateur devra être calculé séparément pour chacune des populations considérées comme les plus à risque dans un pays donné : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH pour les populations les plus à risque.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre.

Numérateur: Nombre de membres interrogés parmi les populations les plus à risque ayant répondu « oui » aux questions 1 et 2 ci-après (les trois pour les consommateurs de drogues injectables):

1. Savez-vous où aller pour un test VIH?
2. Vous a-t-on fourni des préservatifs au cours des 12 mois écoulés?
2. (Consommateurs de drogues injectables) Au cours des 12 mois écoulés, vous a-t-on fourni des aiguilles et seringues stériles?

Dénominateur: Nombre total de personnes interrogées incluses dans l'enquête.

10. Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le sida

Le nombre d'orphelins ou d'enfants vulnérables continue d'augmenter et il convient d'assurer un soutien adéquat aux familles et aux communautés concernées. En pratique, ces communautés assurent une prise en charge et un soutien aux enfants rendus orphelins ; pour soutenir cet effort, il conviendra de fournir un appui extérieur supplémentaire aux foyers concernés.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la fourniture d'un appui externe aux foyers qui prennent en charge des orphelins ou des enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans.

Définition et composantes de l'indicateur:

Définition: Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables (0 à 17 ans) vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.

Numérateur: Nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des foyers ayant bénéficié d'au moins un des quatre types de soutien pour chaque enfant (médical, scolarisation, psychique, social).

Dénominateur: Nombre total d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans.

Aux fins de cet indicateur et en accord avec les définitions de l'UNICEF (voir ci-dessous), on considérera comme orphelin tout enfant de moins de 18 ans qui a perdu un parent ou ses deux parents.

Un enfant vulnérable en raison du VIH a moins de 18 ans et:

- i) a perdu un de ses parents ou les deux; ou
- ii) un de ses parents est atteint de maladie chronique (indépendamment du fait que celui-ci vive ou non sous le même toit que l'enfant); ou
- iii) vit dans un foyer où, au cours des 12 derniers mois, un adulte au moins est décédé après avoir été malade pendant trois des quatre mois qui ont précédé son décès; ou
- iv) vit dans un foyer où un des adultes au moins a été gravement malade pendant au moins trois des 12 mois écoulés.

Plusieurs pays ont choisi de répondre sur cet indicateur en ayant recours à des données obtenues grâce à des programmes de test VIH. Ces données, qui ne peuvent être comparées aux données obtenues par des enquêtes démographiques, sont reprises dans des notes en bas de tableau.

11. Enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes scolaires de préparation à la vie active

L'éducation basée sur les compétences vitales est une méthode efficace qui a recours à des exercices de participation afin d'apprendre aux jeunes des comportements qui les aident à faire face aux défis et aux exigences de la vie quotidienne. Il peut s'agir de compétences en résolution de problèmes et en prise de décisions, en réflexion créatrice et critique, en conscience de soi, en communication et en relations interpersonnelles. Cette méthode peut aussi apprendre aux jeunes comment faire face à leurs émotions et aux causes de stress. Adaptée spécifiquement à l'éducation VIH en milieu scolaire, cette approche aide les jeunes à comprendre et à évaluer les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui modifient le risque de transmission du VIH. Appliquée de façon correcte, elle peut avoir un effet positif sur les comportements, tels que le recul de l'âge des premiers rapports sexuels et la réduction du nombre de partenaires sexuels.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la mise en place d'une éducation fondée sur les compétences vitales dans toutes les écoles.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.

Numérateur : Nombre d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre de l'apprentissage des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.

Dénominateur : Nombre d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête.

12. Scolarisation des orphelins

Le sida tue un nombre toujours croissant d'adultes à l'âge où ils fondent une famille et élèvent leurs enfants. Par voie de conséquence, la proportion d'orphelins croît régulièrement dans de nombreux pays, alors même que la diminution du nombre de jeunes adultes dans la famille rend de plus en plus incertain l'avenir des orphelins. Le statut d'orphelin s'accompagne souvent de pauvreté accrue et de préjugés, qui en eux-mêmes peuvent mettre en danger la scolarisation de ces enfants et peuvent aussi les amener à adopter des stratégies de survie qui les rendent plus vulnérables au VIH. Il est donc important de suivre à quel point les programmes de soutien arrivent à assurer des chances de scolarisation aux enfants rendus orphelins.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention du désavantage relatif des orphelins vis-à-vis des non-orphelins en ce qui concerne la scolarisation.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans.

A : Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans.

Numérateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents et qui fréquentent l'école.

Dénominateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents.

B : Taux actuel de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux

Numérateur : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec au moins l'un d'entre eux et qui fréquentent l'école.

Dénominateur : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux

13. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

C'est surtout par voie sexuelle que les épidémies de VIH se perpétuent au sein de générations successives de jeunes. Une bonne information sur le VIH et le sida constitue une condition préalable essentielle pour adopter des comportements qui diminuent le risque de transmission du VIH – même si souvent elle ne suffit pas.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers une connaissance universelle des faits essentiels concernant la transmission du VIH.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Numérateur : Nombre de jeunes de 15 à 24 ans interrogés qui répondent correctement à la totalité des cinq questions ci-après :

1. *Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire non infecté(e) et qui n'a pas d'autres partenaires ?*
2. *Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?*
3. *Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?*
4. *Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?*
5. *Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?*

Dénominateur : Nombre de répondants (âgés de 15 à 24 ans).

14. Connaissances des populations les plus à risque en matière de prévention du VIH

C'est principalement la transmission sexuelle ou l'utilisation de matériel d'injection contaminé qui perpétuent les épidémies concentrées. Une bonne information sur le VIH et le sida constitue une condition préalable essentielle pour adopter des comportements qui diminuent leur risque d'infection. Cet indicateur devra être calculé séparément pour chacune des populations considérées comme les plus à risque dans un pays donné : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers une connaissance des faits essentiels parmi les populations les plus à risque en ce qui concerne la transmission du VIH.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées parmi les populations les plus à risque qui ont répondu correctement aux cinq questions ci-après :

1. *Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire non infecté(e) et qui n'a pas d'autres partenaires ?*
2. *Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?*
3. *Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?*
4. *Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?*
5. *Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?*

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées parmi les populations les plus à risque qui ont répondu aux cinq questions (y compris « je ne sais pas »).

15. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Dans de nombreux pays, on s'efforce de retarder l'âge des premiers rapports sexuels parmi les jeunes et de décourager les rapports sexuels avant le mariage, dans le but de réduire le risque d'exposition au VIH. Il semble aussi que le fait de retarder l'âge des premiers rapports diminue aussi le risque d'infection lors de chaque rapport, au moins chez les femmes.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers l'accroissement de l'âge des premiers rapports chez les jeunes femmes et les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans.

16. Rapports sexuels à plus haut risque

Les rapports sexuels non protégés parmi les personnes à partenaires nombreux affectent considérablement la propagation du VIH. Les personnes qui ont des partenaires multiples (consécutivement ou simultanément) encourent un risque plus élevé de transmission du VIH que celles qui ne sont pas liées à un réseau sexuel élargi.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la réduction du nombre de personnes ayant des pratiques sexuelles à risque accru.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 mois écoulés

Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 mois écoulés

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans.

17. Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à plus haut risque

Le recours au préservatif est une protection importante contre l'infection à VIH, particulièrement chez les personnes qui ont des partenaires multiples.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de l'exposition au VIH lors de rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Numérateur : Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Dénominateur : Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois.

18. Utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe

Plusieurs facteurs accroissent le risque d'exposition au VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, notamment la multiplicité des partenaires occasionnels et la fréquence accrue des rapports sexuels. Les professionnel(le)s du sexe peuvent néanmoins considérablement réduire le risque de transmission du VIH, tant à partir de leur clientèle que vers celle-ci, en utilisant systématiquement et correctement le préservatif.

Note : Les pays à épidémie généralisée peuvent aussi avoir une sous-épidémie concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, ils auront avantage à calculer cet indicateur pour cette population et à fournir le résultat.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de l'exposition au VIH parmi les professionnel(le)s du sexe lors de rapports non protégés avec leur clientèle.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Numérateur : Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels rémunérés au cours des 12 derniers mois.

19. Utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Le préservatif peut diminuer significativement le risque de transmission du VIH par voie sexuelle. En conséquence, il est important que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aient recours systématiquement et correctement au préservatif à cause du risque élevé de transmission du VIH, notamment au cours des rapports anaux non protégés. En outre, les hommes qui pratiquent ce genre de rapports peuvent également avoir des partenaires féminines, qui seront à leur tour infectées. Le recours par ces hommes au préservatif lors de leur plus récent rapport avec un partenaire masculin est considéré comme un indicateur fiable du comportement à plus long terme.

Note : Les pays à épidémie généralisée peuvent aussi avoir une sous-épidémie concentrée parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Dans ce cas, ils auront avantage à calculer cet indicateur pour cette population et à fournir le résultat.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de l'exposition au VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin.

Définition et composantes de l'indicateur :

Définition : Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin

Numérateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois.

20. Utilisation du préservatif par les consommateurs de drogues injectables

Même dans les pays où prédominent d'autres modes de transmission du VIH, les pratiques sexuelles et d'injection à moindre risque sont essentielles au sein des consommateurs de drogues injectables. En effet: (i) le risque de transmission du VIH à partir de matériel d'injection contaminé est très élevé et (ii) les consommateurs de drogues injectables peuvent propager le VIH (par exemple par voie sexuelle) à la population générale.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de la transmission sexuelle du VIH.

Définition et composantes de l'indicateur.

Définition: Pourcentage de consommateurs de drogues injectables signalant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Numérateur: Nombre de consommateurs de drogues injectables interrogés signalant avoir utilisé un préservatif lors de leur plus récent rapport sexuel.

Dénominateur: Nombre de consommateurs de drogues injectables interrogés signalant avoir eu un rapport sexuel au cours du mois écoulé.

21. Pratiques d'injection sans risque parmi les consommateurs de drogues injectables

Même dans les pays où prédominent d'autres modes de transmission du VIH, les pratiques sexuelles et d'injection à moindre risque sont essentielles au sein des consommateurs de drogues injectables. En effet: i) le risque de transmission du VIH à partir de matériel d'injection contaminé est très élevé et ii) les consommateurs de drogues injectables peuvent propager le VIH (par exemple par voie sexuelle) à la population générale.

Note: Les pays à épidémie généralisée peuvent aussi avoir une sous-épidémie concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, ils auront avantage à calculer cet indicateur pour cette population et à fournir le résultat.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de la transmission du VIH associée à l'injection de drogues.

Définition et composantes de l'indicateur:

Définition: Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue.

Numérateur: Nombre de consommateurs de drogues interrogés déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue.

Dénominateur: Nombre de consommateurs de drogues interrogés déclarant s'être injecté de la drogue au cours du mois écoulé.

24. Traitement de l'infection à VIH: personnes en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale

Un des buts de tout programme de traitement antirétroviral est de prolonger la survie parmi les personnes infectées. Au fur et à mesure que le traitement s'intensifie de par le monde, il est important aussi de comprendre combien de gens abandonnent les programmes de traitement et pourquoi. Ces données pourront servir à prouver l'efficacité de ces programmes et à souligner les obstacles à leur expansion et à leur amélioration.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prolongation de la survie parmi les adultes et les enfants infectés, en les maintenant sous traitement antirétroviral.

Définition et composantes de l'indicateur:

Définition: Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.

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

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

Les révisions effectuées pour cet indicateur ont tenu compte des survies *a minima*. L'indicateur peut donc fournir un taux de survie moindre que pour la définition de la survie maximale qui exclut les personnes qui ont arrêté le traitement antirétroviral, sont mortes ou ont été perdues de vue. Là où l'on

sait qu'une donnée ne correspond pas à la définition ci-dessus, l'information est reprise en bas de page dans les tableaux annexes.

Toutes les analyses de cet indicateur effectuées pour le *Rapport mondial*, notamment les chiffres cités par les pays, correspondent à des numérateurs qui ont subi un processus d'harmonisation entre deux organismes (ONUSIDA/OMS).

Le processus d'harmonisation a fait en sorte que tous les organismes ont notifié le même chiffre – accepté par le pays – qui était le plus récent et correspondait à la définition de survie *a minima* à 12 mois pour une cohorte. En cas de désaccord parmi les deux organismes, un effort particulier a été entrepris pour obtenir l'approbation du pays quant à une valeur finale pour l'indicateur. Là où cette approbation n'a pu être obtenue, la valeur retenue par le pays a été indiquée en note de bas de tableau dans l'Annexe 2.

Pays ayant soumis des rapports sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement (n=147)

Revenu élevé

Allemagne
Antigua-et Barbuda
Australie
Bahamas
Barbade
Belgique
Canada
Chypre
Espagne
Estonie
Finlande
Grèce
Irlande
Israël
Japon
Nouvelle-Zélande
Pays-Bas
Qatar
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Slovénie
Suède
Suisse
Trinité-et-Tobago

Caraïbes

Cuba
Dominique
Grenade
Haïti
Jamaïque
République dominicaine
Saint-Kitts-et-Nevis
Sainte-Lucie
Saint-Vincent-et-les Grenadines

Asie de l'Est

Chine
Mongolie

Europe orientale et Asie centrale

Arménie
Azerbaïdjan
Biélarus
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Croatie
Fédération de Russie
Géorgie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Moldova
Ouzbékistan
Roumanie
Tadjikistan
Ukraine

Amérique latine

Argentine
Belize
Bolivie
Brésil
Chili
Colombie
Costa Rica
El Salvador
Equateur
Guatemala
Guyana
Honduras
Mexique

Nicaragua
Panama
Paraguay
Pérou
Suriname
Uruguay

Afrique du Nord et Moyen-Orient

Algérie
Jordanie
Liban
Maroc
Soudan
Tunisie
Turquie

Océanie

Etats fédérés de Micronésie
Fidji
Îles Marshall
Palaos
Papouasie-Nouvelle-Guinée
Tuvalu

Asie du Sud et du Sud-Est

Afghanistan
Bangladesh
Cambodge
Inde
Indonésie
Iran (République islamique d')
Malaisie
Népal
Pakistan
Philippines
République démocratique populaire lao
Sri Lanka
Thaïlande
Viet Nam

Afrique subsaharienne

Angola
Afrique du Sud
Bénin
Botswana
Burkina Faso

Burundi
Cameroun
Cap-Vert
Comores
Congo
Côte d'Ivoire
Erythrée
Ethiopie
Gabon
Gambie
Ghana
Guinée
Guinée-Bissau
Kenya
Lesotho
Madagascar
Malawi
Mali
Maurice
Mauritanie
Mozambique
Namibie
Niger
Nigéria
Ouganda
République centrafricaine
République démocratique du Congo
République-Unie de Tanzanie
Rwanda
Sao Tomé-et-Principe
Sénégal
Seychelles
Sierra Leone
Somalie
Swaziland
Tchad
Togo
Zambie
Zimbabwe

Europe centrale et occidentale

Albanie
Ex-République yougoslave de Macédoine
Hongrie
Monténégro
Pologne
Serbie

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales				Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires
				Bilatérales (%)	Multilatérales		Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)			
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
Caraïbes										
Antigua-et-Barbuda	2006	\$0.157	65.9%	25.4%	8.7%	0.0%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Antigua-et-Barbuda ¹	2007	\$0.160	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Aruba ¹	2005	\$0.010	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Aruba ¹	2006	\$0.010	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Aruba ¹	2007	\$0.010	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Bahamas ¹	2006	\$2.145	71.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	28.4%	\$0.005	N/A / N/R	N/A / N/R
Barbade ¹	2006	\$7.073	98.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	2.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Cuba	2007	\$41.927	80.9%	0.0%	19.1%	0.0%	0.0%	\$6.385	\$5.584	\$0.801
République dominicaine ¹	2007	\$13.737	44.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	56.0%	\$4.121	N/A / N/R	N/A / N/R
Grenade ¹	2006	\$1.050	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Haïti	2006	\$70.284	0.6%	67.3%	24.0%	6.50%	1.55%	\$12.597	\$1.882	\$3.427
Jamaïque	2005	\$11.306	54.5%	5.8%	39.7%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Jamaïque	2006	\$10.362	65.9%	5.2%	28.9%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Jamaïque	2007	\$14.749	62.5%	2.0%	35.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Sainte-Lucie	2006	\$1.000	21.4%	0.0%	7.8%	46.7%	24.10%	\$0.604	\$0.105	\$0.014
Sainte-Lucie	2007	\$0.772	21.6%	0.0%	13.9%	64.6%	0.0%	\$0.446	\$0.202	\$0.042
Trinité-et-Tobago	2006	\$12.148	95.6%	0.0%	0.0%	4.4%	0.0%	\$5.626	\$3.218	\$0.118
Iles Turques et Caïques	2006	\$0.958	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Iles Turques et Caïques	2007	\$1.109	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Asie de l'Est										
Chine	2006	\$138.927	77.1%	4.6%	17.5%	0.8%	0.0%	\$0.927	\$0.927	N/A / N/R
Chine ²	2007	\$124.116	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$48.078	\$46.392	\$0.897
Japon	2006	\$68.135	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$4.130	N/A / N/R	N/A / N/R
Mongolie	2007	\$3.377	7.3%	23.6%	36.0%	19.2%	14.0%	\$1.946	\$0.179	\$0.184
Europe orientale et Asie centrale										
Arménie	2007	\$2.476	16.2%	7.3%	55.7%	20.8%	0.0%	\$1.296	\$0.101	\$0.197
Azerbaïdjan	2007	\$2.220	65.7%	0.0%	34.3%	N/A / N/R	0.0%	\$0.851	N/A / N/R	\$0.851
Bélarus	2006	\$13.133	68.19%	0.0%	28.53%	2.25%	1.03%	\$9.745	\$0.491	\$0.977
Bulgarie	2005	\$7.778	35.40%	0.0%	57.71%	6.89%	0.0%	\$3.758	\$0.336	\$0.627
Bulgarie	2006	\$6.604	48.8%	0.0%	43.0%	8.2%	0.0%	\$3.114	\$0.440	\$0.491
Bulgarie	2007	\$6.659	50.8%	0.0%	43.4%	5.9%	0.0%	\$2.877	\$0.418	\$0.552
Croatie	2006	\$8.424	73.8%	0.0%	23.0%	2.3%	0.9%	\$3.743	N/A / N/R	\$0.442
Géorgie	2006	\$5.263	10.9%	19.3%	56.5%	13.3%	0.0%	\$2.563	\$0.058	\$0.066

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention			Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDI	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement	Traitement par antirétroviraux		Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination	Suivi et évaluation ⁴	
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.704	\$0.408	N/A / N/R	\$0.145	\$0.115	\$0.001	\$1.290
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$32.604	\$11.314	N/A / N/R	\$0.176	\$0.176	N/A / N/R	\$2.762
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$3.434	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.473	N/A / N/R	N/A / N/R	\$3.709
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.914	\$0.818	\$3.288	\$31.192	\$13.910	\$2.450	\$20.286	\$10.159	\$4.639	\$3.759
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.001	\$0.103	\$0.010	\$0.066	\$0.015	\$0.052	\$0.080	\$0.048	\$0.025	\$0.198
\$0.005	\$0.050	\$0.001	\$0.077	\$0.029	\$0.075	\$0.139	\$0.051	\$0.086	\$0.036
\$0.651	\$0.170	\$0.113	\$3.989	\$1.184	\$0.131	\$1.778	\$1.405	\$0.054	\$0.624
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.012	N/A / N/R	\$0.505	\$7.300	\$4.781	\$2.329	\$129.153
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$56.583	\$43.669	N/A / N/R	\$17.362	\$0.947	\$4.502	\$2.093
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$9.389	N/A / N/R	N/A / N/R	\$17.398	N/A / N/R	N/A / N/R	\$37.218
\$0.312	\$0.291	\$0.076	\$0.205	\$0.010	\$0.016	\$0.801	\$0.453	\$0.198	\$0.409
\$0.154	\$0.016	\$0.045	\$0.392	\$0.098	\$0.004	\$0.287	\$0.188	\$0.099	\$0.498
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.500	\$0.417	N/A / N/R	\$0.411	\$0.411	N/A / N/R	\$0.458
N/A / N/R	\$0.233	\$0.366	\$1.443	\$0.823	\$0.084	\$0.854	\$0.233	\$0.221	\$1.007
\$0.842	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.689	\$1.614	N/A / N/R	\$0.561	\$0.337	\$0.135	\$0.770
\$0.588	\$0.122	N/A / N/R	\$2.585	\$1.955	N/A / N/R	\$0.363	\$0.218	\$0.087	\$0.543
\$0.597	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.932	\$2.025	N/A / N/R	\$0.348	\$0.209	\$0.084	\$0.501
\$0.509	N/A / N/R	N/A / N/R	\$4.354	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.328	\$0.125	\$0.080	N/A / N/R
\$1.025	\$0.079	\$0.225	\$0.839	\$0.552	N/A / N/R	\$1.036	\$0.206	\$0.088	\$0.824

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales			Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires	
				Bilatérales (%)	Multilatérales					Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
Kazakhstan	2007	\$17.959	70.0%	1.3%	27.3%	0.6%	0.7%	\$3.392	\$0.111	N/A / N/R
Kirghizistan	2006	\$7.917	8.8%	8.7%	38.7%	43.8%	0.0%	\$6.469	\$0.049	\$0.088
Lettonie ¹	2006	\$5.748	98.7%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	1.3%	\$0.996	\$0.032	\$0.186
Moldova	2007	\$8.186	26.9%	19.0%	17.1%	31.9%	5.1%	\$6.292	\$0.903	\$0.325
Roumanie	2006	\$76.088	93.1%	0.0%	5.4%	1.4%	0.0%	\$5.239	N/A / N/R	N/A / N/R
Fédération de Russie ¹	2006	\$304.835	83.4%	0.0%	11.6%	0.3%	4.7%	\$61.749	N/A / N/R	N/A / N/R
Tadjikistan	2006	\$5.211	5.7%	19.4%	36.6%	19.8%	18.5%	\$2.509	\$0.173	\$0.140
Ukraine	2005	\$39.414	42.9%	17.1%	32.9%	5.5%	1.7%	\$7.442	\$0.025	\$0.373
Ukraine	2006	\$55.417	50.8%	8.2%	36.3%	3.1%	1.6%	\$17.067	\$0.197	\$0.715
Amérique latine										
Argentine	2006	\$149.527	96.7%	0.1%	2.9%	0.2%	0.2%	\$24.855	\$2.141	\$3.011
Bolivie	2005	\$1.833	9.6%	44.7%	21.4%	N/A / N/R	24.2%	\$0.918	\$0.182	N/A / N/R
Bolivie	2006	\$4.025	9.1%	16.6%	51.6%	3.0%	19.8%	\$1.242	\$0.228	N/A / N/R
Bolivie	2007	\$3.183	16.9%	40.7%	16.5%	5.7%	20.1%	\$1.252	\$0.209	N/A / N/R
Brésil ¹	2006	\$565.186	99.5%	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%	\$34.159	\$9.903	\$2.455
Chili	2005	\$54.070	83.6%	0.0%	16.4%	0.0%	0.0%	\$9.472	\$0.555	\$0.430
Colombie	2006	\$97.645	98.91%	0.0%	0.92%	0.14%	0.0%	\$34.662	\$2.799	\$0.031
Costa Rica	2006	\$11.271	89.6%	0.0%	9.1%	0.8%	0.6%	\$3.418	\$0.707	N/A / N/R
Equateur ¹	2005	\$2.951	88.9%	0.0%	4.2%	6.8%	0.0%	\$0.545	\$0.013	\$0.250
Equateur ¹	2006	\$10.209	31.9%	0.0%	61.8%	4.6%	1.7%	\$2.942	\$0.052	\$0.489
Equateur ¹	2007	\$7.473	42.8%	0.0%	38.6%	3.7%	14.8%	\$2.413	\$0.022	\$0.435
El Salvador	2006	\$33.128	82.0%	1.3%	8.4%	7.7%	0.6%	\$9.691	\$1.483	\$1.135
Guatemala ¹	2005	\$19.142	66.4%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	33.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Guatemala ¹	2006	\$18.957	65.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	35.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Honduras	2006	\$14.354	28.9%	23.5%	28.5%	4.4%	14.5%	\$6.183	\$0.430	\$0.943
Mexique ¹	2005	\$176.052	99.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.7%	\$40.663	\$0.291	\$2.950
Panama	2006	\$14.164	97.3%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	\$0.438	N/A / N/R	\$0.038
Paraguay	2006	\$1.018	75.5%	0.0%	0.0%	17.2%	7.3%	\$0.234	N/A / N/R	\$0.111
Paraguay	2007	\$2.326	47.8%	0.0%	31.2%	11.2%	9.7%	\$0.796	N/A / N/R	\$0.154
Pérou	2005	\$21.875	41.33%	6.63%	34.06%	2.86%	15.12%	\$5.115	\$0.063	N/A / N/R
Pérou	2006	\$32.387	41.07%	1.72%	32.0%	1.74%	23.47%	\$4.769	\$0.197	N/A / N/R
Pérou	2007	\$28.008	44.5%	3.6%	21.8%	4.4%	25.7%	\$9.060	\$0.978	N/A / N/R
Uruguay ¹	2005	\$6.245	94.9%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	5.1%	\$0.770	\$0.030	\$0.162
Uruguay ¹	2006	\$5.731	93.3%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	6.7%	\$0.852	\$0.081	\$0.168

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention			Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDI	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement	Traitement par antirétroviraux		Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination	Suivi et évaluation ⁴	
\$0.030	\$0.899	N/A / N/R	\$2.400	\$2.066	N/A / N/R	\$11.850	\$0.158	\$0.181	\$0.317
\$0.610	\$0.016	N/A / N/R	\$0.847	\$0.169	\$0.033	\$0.470	\$0.355	\$0.030	\$0.098
\$0.338	N/A / N/R	\$0.028	\$4.400	\$4.400	N/A / N/R	\$0.352	\$0.352	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.332	N/A / N/R	\$0.231	\$0.680	\$0.456	N/A / N/R	\$1.137	\$0.185	\$0.337	\$0.078
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$57.796	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.322	N/A / N/R	N/A / N/R	\$12.732
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$96.798	N/A / N/R	\$32.610	\$18.636	N/A / N/R	N/A / N/R	\$95.041
\$0.285	\$0.105	\$0.030	\$0.144	\$0.114	\$0.020	\$0.335	\$0.144	\$0.095	\$2.203
\$3.174	N/A / N/R	\$0.837	\$15.751	\$2.416	\$0.952	\$7.678	\$3.342	\$0.991	\$7.591
\$7.267	N/A / N/R	\$0.529	\$23.289	\$5.352	\$0.901	\$10.434	\$2.675	\$0.356	\$3.727
\$0.544	\$1.034	\$4.842	\$107.280	\$58.897	\$1.272	\$6.915	\$1.682	\$0.659	\$9.206
\$0.006	\$0.004	\$0.001	\$0.483	\$0.247	N/A / N/R	\$0.266	\$0.102	\$0.038	\$0.166
\$0.002	\$0.002	\$0.004	\$1.881	\$1.664	N/A / N/R	\$0.653	\$0.239	\$0.100	\$0.248
\$0.028	\$0.044	\$0.001	\$0.766	\$0.450	N/A / N/R	\$0.868	\$0.526	\$0.090	\$0.297
\$0.405	\$7.440	\$5.155	\$470.055	\$438.384	\$0.148	\$25.403	\$19.971	\$4.899	\$35.420
\$0.108	\$0.983	\$1.919	\$40.429	\$36.318	N/A / N/R	\$2.204	\$1.554	\$0.276	\$1.966
N/A / N/R	\$6.967	\$2.132	\$62.074	\$36.541	\$0.035	\$0.774	\$0.774	N/A / N/R	\$0.100
N/A / N/R	\$0.080	N/A / N/R	\$7.681	\$4.141	\$0.057	\$0.072	N/A / N/R	\$0.011	\$0.042
N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.011	\$1.661	\$1.468	\$0.019	\$0.534	\$0.033	N/A / N/R	\$0.191
N/A / N/R	\$0.027	\$0.534	\$3.986	\$1.932	\$0.003	\$1.201	\$0.095	\$0.102	\$2.078
\$0.013	\$0.283	\$0.188	\$3.125	\$2.358	N/A / N/R	\$0.376	\$0.118	\$0.146	\$1.559
\$0.055	\$1.450	\$1.019	\$20.867	\$7.551	\$0.399	\$1.024	\$0.510	\$0.335	\$1.147
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.499	\$0.305	\$0.420	\$4.204	\$2.420	\$0.030	\$3.687	\$1.659	\$1.145	\$0.250
\$5.227	\$3.369	\$4.472	\$122.333	\$103.396	\$0.036	\$12.404	\$3.737	\$1.149	\$0.615
\$0.073	N/A / N/R	\$0.011	\$13.425	\$13.422	\$0.012	\$0.206	\$0.071	N/A / N/R	\$0.083
N/A / N/R	\$0.020	\$0.059	\$0.481	\$0.163	N/A / N/R	\$0.009	\$0.005	\$0.004	\$0.294
\$0.088	\$0.036	\$0.091	\$0.683	\$0.374	N/A / N/R	\$0.168	\$0.045	\$0.063	\$0.679
\$1.128	\$0.808	\$0.555	\$13.168	\$7.806	N/A / N/R	\$0.543	\$0.311	\$0.225	\$3.049
\$0.798	\$0.763	\$0.970	\$20.738	\$13.858	N/A / N/R	\$0.688	\$0.286	\$0.378	\$6.192
\$1.935	\$1.781	\$1.428	\$12.448	\$3.163	\$0.090	\$0.948	\$0.491	\$0.436	\$5.461
\$0.042	\$0.079	\$0.073	\$4.237	\$3.816	N/A / N/R	\$0.135	N/A / N/R	\$0.014	\$1.103
\$0.037	\$0.069	\$0.052	\$3.549	\$3.074	N/A / N/R	\$0.196	N/A / N/R	\$0.015	\$1.135

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales			Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires	
				Bilatérales (%)	Multilatérales					Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
Moyen-Orient et Afrique du Nord										
Algérie	2006	\$3.674	30.9%	0.0%	65.2%	3.9%	0.0%	\$1.561	\$0.038	\$0.046
Jordanie	2007	\$2.697	5.1%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	94.9%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Liban	2007	\$2.735	30.5%	36.2%	0.0%	17.1%	16.2%	\$1.445	\$0.050	\$0.055
Maroc	2006	\$6.900	33.0%	9.8%	32.5%	11.9%	12.8%	\$2.996	N/A / N/R	N/A / N/R
Maroc	2007	\$8.833	30.5%	3.4%	54.5%	8.4%	3.2%	\$4.147	N/A / N/R	N/A / N/R
Soudan, Nord ¹	2007	\$15.985	8.8%	0.0%	57.9%	33.4%	0.0%	\$8.923	\$1.024	\$0.731
Soudan, Sud ¹	2006	\$0.260	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Soudan, Sud ¹	2007	\$1.313	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	100.0%	N/A / N/R	\$0.518	\$0.259	\$0.152
Turquie ¹	2006	\$54.175	92.3%	0.0%	3.2%	4.6%	0.0%	\$27.657	\$0.145	\$0.055
Turquie ¹	2007	\$56.472	89.3%	0.0%	3.5%	7.2%	0.0%	\$25.265	\$0.087	\$0.089
Océanie										
Australie	2006	\$101.415	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$1.898	\$0.079	N/A / N/R
Iles Marshall	2007	\$0.123	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Palaos	2007	\$0.333	16.4%	0.0%	10.7%	0.0%	72.9%	\$0.148	\$0.005	\$0.026
Asie du Sud et Asie du Sud-Est										
Cambodge	2006	\$44.179	13.7%	42.5%	21.5%	19.2%	3.2%	\$19.948	\$0.685	\$2.587
Indonésie	2006	\$56.577	26.6%	47.7%	18.5%	7.2%	0.0%	\$23.180	\$3.765	\$0.128
Iran (République islamique d')	2006	\$32.778	90.8%	0.0%	5.9%	3.3%	0.0%	\$20.483	N/A / N/R	N/A / N/R
République démocratique populaire lao ¹	2006	\$4.676	0.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	99.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
République démocratique populaire lao ¹	2007	\$5.824	0.4%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	99.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Népal ¹	2006	\$8.897	2.4%	46.5%	12.7%	14.4%	24.0%	\$6.120	\$0.289	\$0.281
Pakistan	2007	\$5.077	36.1%	0.0%	0.0%	59.8%	4.1%	\$3.597	N/A / N/R	N/A / N/R
Philippines	2005	\$6.842	18.9%	35.6%	28.7%	15.2%	1.7%	\$3.187	\$0.566	\$0.064
Philippines	2006	\$7.686	34.6%	40.8%	8.0%	15.5%	1.0%	\$4.936	\$2.362	\$0.085
Sri Lanka	2007	\$1.706	99.4%	0.0%	N/A / N/R	0.6%	0.0%	\$0.011	N/A / N/R	N/A / N/R
Thaïlande	2007	\$199.645	82.7%	0.5%	16.0%	0.8%	0.0%	\$28.186	\$0.188	\$5.497
Viet Nam ¹	2006	\$47.156	10.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	89.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Afrique subsaharienne										
Angola ¹	2006	\$27.724	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Angola ¹	2007	\$47.494	82.14%	0.0%	5.87%	8.21%	3.78%	\$23.687	\$5.270	N/A / N/R
Bénin ¹	2006	\$25.931	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Bénin ¹	2007	\$25.992	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Botswana ¹	2005	\$206.939	79.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	20.2%	\$28.346	\$5.576	\$8.062

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention			Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDI	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement	Traitement par antirétroviraux		Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination	Suivi et évaluation ⁴	
\$0.088	\$0.407	\$0.027	\$1.578	\$1.044	N/A / N/R	\$0.206	N/A / N/R	\$0.172	\$0.329
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.298	\$0.029	N/A / N/R	\$0.850	\$0.820	N/A / N/R	\$0.243	\$0.163	\$0.080	\$0.197
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.673	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.518	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.713
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$3.644	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.708	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.334
N/A / N/R	\$0.792	\$0.243	\$1.479	\$1.351	\$0.095	\$4.306	\$3.469	\$0.508	\$1.182
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.060	\$0.100	\$0.100	N/A / N/R	\$0.100
N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.051	\$0.234	\$0.200	\$0.100	\$0.220	\$0.150	\$0.070	\$0.240
\$0.816	\$0.085	\$0.015	\$25.085	\$6.500	\$0.070	\$1.102	\$0.332	\$0.770	\$0.261
\$0.878	N/A / N/R	\$0.040	\$27.429	\$8.012	\$0.200	\$1.175	\$0.356	\$0.750	\$2.003
\$1.345	N/A / N/R	N/A / N/R	\$93.003	\$93.003	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$6.514
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	\$0.015	\$0.021	\$0.016	\$0.009	N/A / N/R	\$0.117	\$0.074	\$0.032	\$0.053
\$0.626	\$4.381	N/A / N/R	\$9.603	\$2.708	\$2.019	\$8.826	\$4.494	\$4.230	\$3.784
\$0.143	\$0.260	\$0.022	\$14.074	\$0.092	\$0.046	\$12.161	\$0.941	\$0.361	\$7.116
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.944	N/A / N/R	N/A / N/R	\$4.509	N/A / N/R	N/A / N/R	\$4.843
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$2.227	\$1.326	N/A / N/R	\$1.122	\$0.013	\$0.022	\$0.962	\$0.460	\$0.336	\$0.671
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.046	N/A / N/R	\$0.149	\$0.412	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.873
\$1.331	\$0.360	N/A / N/R	\$0.550	\$0.394	\$0.011	\$2.109	\$0.782	\$1.135	\$0.985
\$1.531	\$0.003	\$0.062	\$0.123	\$0.008	\$0.023	\$1.814	\$0.832	\$0.883	\$0.791
\$0.001	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.695
\$1.029	\$2.529	\$3.542	\$143.334	\$93.625	\$3.006	\$19.449	\$10.991	\$5.896	\$5.669
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.700	\$17.095	\$6.225	N/A / N/R	\$1.529	\$1.529	N/A / N/R	\$5.183
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	\$4.538	\$6.745	\$102.796	\$38.741	\$39.698	\$27.991	\$24.542	\$2.237	\$8.108

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales				Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires
				Bilatérales (%)	Multilatérales		Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)			
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
Botswana	2006	\$143.406	91.3%	8.1%	0.3%	N/A / N/R	0.4%	\$9.853	\$0.208	\$0.324
Botswana	2007	\$229.458	88.8%	10.5%	0.2%	N/A / N/R	0.4%	\$15.995	\$0.404	\$0.162
Burkina Faso	2006	\$43.275	22.3%	32.3%	6.7%	29.3%	9.4%	\$12.251	\$0.125	\$1.196
Cameroun ¹	2005	\$43.174	10.2%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	89.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Cameroun ¹	2006	\$33.938	17.7%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	82.3%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Cameroun ¹	2007	\$37.826	25.4%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	74.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Cap-Vert ¹	2006	\$0.800	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.209	N/A / N/R	N/A / N/R
Cap-Vert ¹	2007	\$1.791	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.856	\$0.242	N/A / N/R
République centrafricaine	2006	\$14.694	4.3%	0.0%	13.4%	69.2%	13.1%	\$2.032	N/A / N/R	N/A / N/R
Tchad ¹	2006	\$1.733	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Tchad ¹	2007	\$5.108	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Comores ¹	2007	\$0.150	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Congo	2007	\$16.151	31.1%	7.6%	29.1%	32.2%	0.0%	\$5.329	N/A / N/R	\$0.563
Côte d'Ivoire	2005	\$15.723	26.5%	37.6%	2.4%	26.8%	6.6%	\$3.998	\$0.037	\$0.354
Côte d'Ivoire	2006	\$39.130	12.0%	26.9%	0.8%	55.1%	5.2%	\$9.174	\$0.169	\$0.907
République démocratique du Congo ¹	2006	\$41.033	N/A / N/R	29.7%	25.0%	39.0%	6.3%	\$11.896	\$1.110	\$1.483
Erythrée	2005	\$15.412	4.1%	4.3%	23.4%	68.2%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Erythrée	2006	\$7.183	9.7%	0.0%	66.4%	23.9%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Erythrée	2007	\$7.793	9.7%	0.0%	50.6%	39.7%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Gabon	2007	\$9.691	58.9%	0.3%	25.4%	11.5%	3.9%	\$3.489	N/A / N/R	N/A / N/R
Gambie	2007	\$16.931	92.7%	0.0%	7.3%	N/A / N/R	0.0%	\$16.023	\$0.007	\$0.200
Ghana	2006	\$22.982	21.4%	7.9%	39.6%	2.3%	28.8%	\$7.198	\$3.659	\$0.454
Guinée-Bissau	2006	\$2.859	0.0%	2.9%	24.2%	69.8%	3.1%	\$0.183	N/A / N/R	N/A / N/R
Guinée-Bissau	2007	\$2.800	0.0%	7.3%	25.6%	63.7%	3.4%	\$0.490	N/A / N/R	N/A / N/R
Lesotho	2006	\$24.436	18.7%	28.5%	14.5%	30.3%	7.9%	\$3.170	\$0.224	\$1.962
Madagascar	2007	\$16.823	18.2%	14.0%	32.9%	34.9%	0.0%	\$10.407	N/A / N/R	N/A / N/R
Malawi ¹	2005	\$56.491	32.3%	0.0%	8.1%	N/A / N/R	59.5%	\$5.758	\$0.675	\$0.618
Mali	2006	\$26.773	32.3%	28.7%	22.2%	3.8%	13.0%	\$11.740	\$1.156	\$0.069
Maurice	2006	\$1.501	70.7%	0.0%	0.0%	29.3%	0.0%	\$0.506	\$0.008	\$0.045
Mozambique	2005	\$58.246	19.8%	41.5%	0.0%	30.9%	7.7%	\$26.236	\$3.594	\$2.177
Mozambique	2006	\$95.505	15.0%	46.8%	0.7%	31.4%	6.2%	\$31.555	\$4.811	\$2.413
Namibie ¹	2005	\$79.122	48.73%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	51.27%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Namibie ¹	2007	\$130.500	50.80%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	49.20%	\$18.639	N/A / N/R	N/A / N/R
Niger	2006	\$21.632	52.4%	6.6%	14.9%	26.0%	0.0%	\$21.632	\$19.982	\$0.002

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention		Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH	
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDII	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement		Traitement par antirétroviraux	Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination		Suivi et évaluation ⁴
N/A / N/R	\$0.052	\$4.305	\$90.978	\$33.150	\$29.367	\$13.007	\$1.695	\$0.457	\$0.202
N/A / N/R	\$0.017	\$8.704	\$140.364	\$44.482	\$51.442	\$20.762	\$2.498	\$1.321	\$0.895
\$0.207	\$2.692	\$2.058	\$14.323	\$7.916	\$1.931	\$9.345	\$4.726	\$4.619	\$5.425
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.590	\$0.465	\$0.125	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.254	N/A / N/R	\$0.016	\$0.665	\$0.588	\$0.077	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$5.596	N/A / N/R	\$4.858	\$1.217	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.990
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.009	\$1.456	\$0.326	\$5.607	\$4.967	\$0.626	\$4.524	\$3.733	\$0.187	\$0.066
\$0.005	\$2.623	\$0.591	\$5.968	N/A / N/R	\$2.141	\$2.323	\$1.895	\$0.428	\$1.291
\$0.004	\$3.462	\$2.191	\$22.502	\$1.873	\$2.815	\$3.027	\$2.026	\$0.715	\$1.611
\$0.018	\$1.619	\$0.805	\$9.026	\$4.018	\$4.271	\$13.065	\$9.142	\$2.019	\$2.775
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.004	\$0.195	N/A / N/R	\$2.544	\$1.828	\$0.708	\$2.468	\$0.423	\$0.523	\$0.481
N/A / N/R	\$0.116	\$0.191	\$0.062	N/A / N/R	\$0.077	\$0.145	\$0.006	\$0.116	\$0.625
\$0.017	\$0.768	N/A / N/R	\$15.784	\$4.297	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.246	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.430
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.160	N/A / N/R	\$0.006	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.144
N/A / N/R	\$0.225	\$0.291	\$4.834	\$1.192	\$3.967	\$5.180	\$3.143	\$0.443	\$7.286
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.323	N/A / N/R	\$0.199	\$4.023	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.872
N/A / N/R	\$0.125	\$0.021	\$27.490	N/A / N/R	\$1.009	\$5.523	\$2.614	\$0.821	\$16.712
\$0.340	\$0.170	\$0.222	\$3.022	\$1.331	\$0.820	\$6.327	\$2.627	\$0.515	\$4.864
\$0.166	N/A / N/R	\$0.023	\$0.304	\$0.304	\$0.456	\$0.198	\$0.184	\$0.014	\$0.037
\$0.305	\$2.488	\$2.558	\$12.939	\$6.718	\$4.101	\$10.509	\$8.799	\$1.491	\$4.460
\$0.140	\$2.627	\$4.935	\$35.489	\$19.422	\$7.273	\$14.573	\$10.561	\$2.145	\$6.616
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$74.574	N/A / N/R	N/A / N/R	\$14.871	N/A / N/R	N/A / N/R	\$22.416
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales			Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires	
				Bilatérales (%)	Multilatérales					Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
Nigéria ³	2006	\$19.141	56.2%	0.3%	28.9%	14.6%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Nigéria ³	2007	\$19.141	56.2%	0.3%	28.9%	14.6%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Rwanda	2006	\$84.742	5.1%	0.0%	15.3%	17.3%	62.3%	\$20.651	\$4.002	\$4.656
Sénégal ¹	2006	\$11.935	48.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	51.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Sénégal ¹	2007	\$17.815	47.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	52.2%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Seychelles	2007	\$0.146	87.1%	0.0%	0.0%	12.9%	0.0%	\$0.146	N/A / N/R	N/A / N/R
Sierra Leone ¹	2006	\$7.760	4.2%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	95.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Sierra Leone ¹	2007	\$5.619	4.2%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	95.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Somalie ¹	2006	\$12.203	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Somalie ¹	2007	\$9.812	N/A / N/R	0.0%	59.9%	36.2%	3.9%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Afrique du Sud	2006	\$575.680	74.0%	7.1%	14.0%	3.4%	1.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Afrique du Sud	2007	\$621.623	77.3%	4.0%	13.0%	3.2%	2.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Swaziland	2006	\$49.113	39.8%	5.8%	31.0%	9.7%	13.6%	\$8.301	\$2.900	\$2.243
RU de Tanzanie	2005	\$266.371	40.6%	7.1%	14.2%	3.1%	35.0%	\$82.399	\$1.295	\$4.961
RU de Tanzanie ¹	2006	\$323.501	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Togo	2006	\$8.435	11.9%	3.9%	65.2%	10.5%	8.5%	\$6.320	\$1.245	\$1.584
Togo	2007	\$11.793	13.3%	4.4%	53.2%	11.8%	17.4%	\$8.632	\$1.790	\$1.688
Ouganda	2005	\$202.419	6.1%	77.3%	4.4%	4.8%	7.4%	\$37.841	\$12.707	\$12.006
Zambie	2006	\$189.930	15.3%	60.9%	12.9%	7.0%	3.9%	\$47.062	\$5.118	\$8.254
Zimbabwe ¹	2005	\$89.432	16.4%	71.9%	0.0%	11.7%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Zimbabwe ¹	2006	\$129.517	49.0%	32.4%	0.0%	18.6%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Europe occidentale et centrale										
Albanie	2005	\$2.377	46.7%	0.0%	0.0%	0.0%	53.3%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Pologne	2007	\$42.786	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$4.400	\$0.271	\$0.154
Suisse	2006	\$18.506	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$5.747	\$3.448	N/A / N/R
Ex-République yougoslave de Macédoine	2005	\$3.627	46.4%	0.0%	37.1%	13.24%	3.30%	\$2.939	\$0.173	\$0.281

Indicateur UNGASS 3. Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité

Pays (ou territoire)	Valeur de l'indicateur ¹
Afghanistan	39
Algérie	100
Antigua-et-Barbuda	33
Argentine	100
Arménie	100
Australie	100
Autriche	100 ²
Bahamas	100
Bahreïn	100 ²
Barbade	100
Bélarus	100
Belgique	100
Belize	100
Bénin	99
Bhoutan	50 ²
Bolivie	88
Bosnie-Herzégovine	0
Botswana	100
Bulgarie	100
Burkina Faso	66
Burundi	100
Cambodge	97
Canada	100
Cap-Vert	61
République centrafricaine	76
Tchad	100
Chine	100
Colombie	100
Comores	100
Congo	100
Costa Rica	100
Côte d'Ivoire	100
Croatie	86
Cuba	100
Chypre	100
République tchèque	100 ²
République démocratique du Congo	47
Dominique	100

Indicateur UNGASS 3. Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité

Pays (ou territoire)	Valeur de l'indicateur ¹
République dominicaine	100
Equateur	100
El Salvador	100
Erythrée	100
Estonie	100
Ethiopie	100
Fidji	100
Finlande	100
Gabon	100
Géorgie	0
Allemagne	100
Ghana	100
Grenade	91
Guatemala	100
Guinée	53
Guinée-Bissau	100
Guyana	100
Haïti	100
Honduras	46
Hongrie	100
Inde	100
Iran (République islamique d')	100
Irlande	100
Israël	100
Jamaïque	100
Japon	100
Jordanie	100
Kazakhstan	95
Kenya	100
Koweït	100 ²
Kirghizistan	88
République démocratique populaire lao	100
Lettonie	100
Liban	100
Lesotho	100
Lituanie	100
Luxembourg	100 ²
Madagascar	99

Indicateur UNGASS 3. Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité

Pays (ou territoire)	Valeur de l'indicateur ¹
Malawi	99
Malaisie	100
Maldives	0 ²
Mali	94
Malte	100 ²
Îles Marshall	100
Mauritanie	100
Maurice	100
Mexique	100
Moldova	74
Mongolie	72
Monténégro	100
Maroc	100
Mozambique	36
Namibie	100 ²
Népal	100
Pays-Bas	100 ²
Nouvelle-Zélande	100
Nicaragua	90
Niger	100
Nigéria	100
Norvège	100 ²
Pakistan	87
Palaos	100
Panama	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	100
Paraguay	95
Pérou	99
Pologne	100 ²
Republique de Corée	100 ²
Roumanie	100
Rwanda	100
Saint-Kitts-et-Nevis	100
Sainte-Lucie	100
Saint-Vincent-et-les Grenadines	100
Samoa	100 ²
Sao Tomé-et-Principe	0
Sénégal	78

Indicateur UNGASS 3. Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité

Pays (ou territoire)	Valeur de l'indicateur ¹
Serbie	100
Seychelles	100
Sierra Leone	100
Singapour	100
Slovénie	100
Afrique du Sud	100
Espagne	100
Sri Lanka	42
Suriname	100
Swaziland	100
Suède	100
Suisse	100
Tadjikistan	97
Thaïlande	99
Timor-Leste	58 ²
Togo	85
Trinidad-et-Tobago	100
Tunisie	100
Turquie	100
Ouganda	100
Ukraine	0
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	100
République-Unie de Tanzanie	100
Uruguay	100
Zambie	100
Zimbabwe	100

¹ La collecte de données peut varier de 2005 à 2007.

² Données fournies par le Département Sécurité transfusionnelle de l'OMS.

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Albanie	50	...	...	...	45 ⁶	...
Algérie	...	...	424	13 [6-24]	588 ⁶	14 [7-26]
Andorre	...	...	...	...	24 ⁶	...
Angola	3000	9 [2-16]	3000	8 [3-13]	6514 ⁵	16 [6-23]
Antigua-et-Barbuda	0	...	40	60 ¹³	114	...
Argentine	29500	70 [52->95]	30127	65 [49-90]	35211	71 [55->95]
Arménie	...	0 ¹²	29	6 [4-8]	47	8 [5-12]
Azerbaïdjan	...	0 ¹²	...	...	7	1 ¹³
Bahamas	...	...	...	...	1252	48 [34-67]
Bangladesh	5	<1 [<1-1]	5	<1 [<1-<1]	59 ³	3 [2-5]
Barbade	333	39 [29-52]	582	65 [48-86]	623	67 [50-90]
Bélarus	33	<1 [<1-1]	120	3 [2-4]	638	15 [11-22]
Belgique	...	94 ¹²	...	...	6450 ⁶	67 [39->95]
Belize	178	20 [12-35]	180	19 [12-33]	435 ³	42 [27-68]
Bénin	2000	13 [11-17]	4673	28 [23-36]	7634 ³	42 [35-53]
Bhoutan	5	... ²	5	... ²	19 ⁶	... ²
Bolivie	130	7 [5-10]	300	16 [11-22]	382	18 [13-25]
Bosnie-Herzégovine	13	10 ¹²	29	...	19 ⁵	...
Botswana	37000	44 [37-54]	59946	64 [55-76]	79490	76 [66-88]
Bésil	154000	74 [64-88]	174000	80 [69-95]	174270 ⁵	78 [68-94]
Bulgarie	90	45	187	...	196	...
Burkina Faso	3000	7 [6-10]	8214	19 [15-25]	14079	31 [25-39]
Burundi	3000	6 [5-8]	6416	13 [10-18]	8048	17 [13-23]
Cambodge	5000	14 [11-18]	12396	34 [28-44]	20131	54 [45-66]
Cameroun	14000	9 [7-11]	23820	14 [11-18]	28403	16 [13-21]
Canada	...	...	...	...	21000 ⁶	...
Cap-Vert	...	...	215	...	223	...
République centrafricaine	1000	3 [2-3]	1647	4 [3-5]	2782	6 [5-8]
Tchad	300	1 [<1-1]	5275	11 [6-18]	5500	11 [7-16]
Chili	9000	>95 [74->95]	6964	67 [51-89]	7782	68 [52-90]
Chine	9000	7 [5-11]	19282	13 [9-20]	31140 ⁶	19 [12-29]
Colombie	12000	28 [19-40]	13000	27 [19-39]	17540	34 [24-48]
Comores	200	... ²	...	...	5	>95 ¹³
Congo	464	2 [1-2]	2967	11 [9-14]	3186	12 [10-15]
Costa Rica	2000	>95 [83->95]	2717	>95 [88->95]	2866	>95 [75->95]
Côte d'Ivoire	5000	3 [2-4]	18533	10 [8-13]	36348	19 [16-25]
Croatie	204	>95 ¹²	247	...	291 ⁵	...
Cuba	2000	>95 [>95->95]	2079	>95 [>95->95]	1711	>95 [76->95]

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ¹⁸	Total des besoins indiqués par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
...	...	12	62	74	Déc 07	74	...	...	...
...	...	45	884	929	Oct 07	993 ³	20 [10-36]	4900 [2700-10000]	...
...
...	...	363 ⁸	10877 ⁸	11540	Déc 07	11540	25 [11-35]	47000 [33000-110000]	45287
14	16	...	...	30	Sep 07	30	...	...	161
22557	15685	3654	34588	38242	Déc 07	38242	73 [57->95]	53000 [38000-67000]	38242
52	26	4	74	78	Déc 07	78	12 [8-17]	660 [<500-1000]	860
...	...	0	81	81	Déc 07	81	14 [6-24]	580 [<500-1300]	...
577	667	98	1146	1244	Sep 07	1244	43 [31-64]	2900 [1900-4100]	2083
...	...	...	...	178	Déc 07	178	7 [4-12]	2400 [1500-4000]	1125
358 ⁷	302 ⁷	17 ¹⁵	...	660	Juin 07	660 ⁷	73 [56->95]	980 [730-1300]	772
655	229	69	815	884	Déc 07	884	20 [14-29]	4300 [3000-6200]	1210
...	...	...	...	...	...	...	...	10000 [6100-18000]	...
263	295	65	493	558	Déc 07	558	49 [32-76]	1100 [740-1700]	4131
...	...	542	9223	9765	39417	9765	49 [41-60]	20000 [16000-24000]	21706
10	8	0	18	18	Déc 07	18	... ²	<100 [<100-<100]	...
345	151	22	474	496	Déc 07	496	22 [16-30]	2300 [1700-3100]	1055
22	8	1	29	30	Déc 07	30	...	...	30
32623 ⁸	50795 ⁸	9496 ⁸	73922 ⁸	92932	Déc 07	92932	79 [69->95]	120000 [100000-130000]	110000
109057	71943	6815	174185	181000	Déc 07	181000	80 [69->95]	230000 [190000-260000]	...
150	71	3	218	221	Déc 07	221	...	...	...
5084	10804	629 ¹⁴	15259	15888	Sep 07	16938 ³	35 [29-43]	48000 [39000-58000]	47942
3486	7408	1198	9696	10894	Déc 07	10894	23 [18-31]	47000 [35000-59000]	23532
13118	13546	2541	24123	26664	Déc 07	26664	67 [57-80]	40000 [34000-47000]	29200
16035.95	29781	1694	44123	45817	Déc 07	45817	25 [21-32]	180000 [140000-220000]	86453
...
125	166	23	268	291	Déc 07	291	...	...	1028
3215	4822	380 ¹⁴	5876 ¹⁰	8037	Sep 07	9591 ³	21 [18-27]	45000 [36000-54000]	36920
2738	4662	148	7252	7400	Déc 07	7400	13 [9-18]	55000 [41000-79000]	21000
8495	1728	...	...	10223	Déc 07	10223	82 [64->95]	12000 [9100-16000]	9023
19245 ^{8,10}	15148 ^{8,10}	766 ⁸	33846 ⁸	35112	Déc 07	35112	19 [12-29]	190000 [120000-290000]	85000
...	...	3 ¹⁵	...	...	...	...	...	54000 [39000-78000]	...
4	3	1	6	7	Déc 07	7	... ²	<100 [<100-<100]	8
1886	2830	462	4254	4716	Sep 07	4956 ³	17 [14-21]	29000 [23000-35000]	11895
...	...	...	...	2952	Déc 07	2952 ⁶	>95 [64->95]	2800 [1600-4600]	3060
12349 ⁸	22525 ⁸	1785 ⁸	33089 ⁸	46007	Sep 07	51812 ³	28 [23-35]	190000 [150000-230000]	165448
...	...	...	...	310	Juin 07	322 ³	...	...	...
...	...	17	3089	3106	Déc 07	3106	>95 [>95->95]	1400 [760-2500]	1887

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Chypre	...	...	...	...	...	...
République tchèque	270	34 [18-57]	322	37 [19-62]	570 ⁶	60 [32->95]
République démocratique du Congo	4000	4 [3-5]	7721	7 [6-9]	17561	15 [13-19]
Djibouti	200	6 [4-9]	350	9 [6-13]	598 ³	14 [11-20]
Dominique	5	...	21	37 ¹³	37	...
République dominicaine	1000	5 [4-7]	2582	12 [10-17]	5001	24 [19-31]
Equateur	1000	16 [9-28]	1567	23 [14-41]	1745 ³	24 [14-43]
Egypte	58	4 [3-5]	200	11 [8-16]	205 ⁶	10 [7-14]
El Salvador	2000	23 [2-76]	2873	31 [3-65]	4712	46 [6-75]
Guinée équatoriale	5	<1 [<1-<1]	5	<1 [<1-<1]	414 ³	14 [10-19]
Erythrée	50	<1 [<1-<1]	563	6 [4-10]	1175	12 [8-19]
Estonie	76	12 [4-33]	201	19 [7-48]	495	33 [15-76]
Ethiopie	11000	4 [3-5]	20477	7 [6-9]	53720	18 [15-23]
Fidji	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	95 ¹²	...	...	450 ⁶	54 ¹³
France	...	...	...	...	...	64 ¹³
Gabon	2000	20 [13-31]	2000	17 [12-26]	5278	39 [28-56]
Gambie	150	9 [5-19]	150	8 [5-16]	400 ³	19 [11-38]
Géorgie	83	8 ¹²	140	>95 ¹³	267	69 ¹³
Allemagne	...	95 ¹²	...	...	27000 ⁶	...
Ghana	2000	3 [2-3]	4328	5 [4-7]	9882 ³	12 [9-15]
Grèce	...	...	...	...	3426	...
Grenade	...	...	...	...	33	...
Guatemala	4000	24 [17-37]	5632	32 [22-46]	6030	31 [22-44]
Guinée	1000	7 [5-11]	2101	13 [9-19]	4699	26 [19-36]
Guinée-Bissau	...	...	62	2 [1-2]	349	9 [6-13]
Guyana	500	12 [8-17]	1200	29 [19-41]	1569	37 [26-51]
Haïti	3000	10 [8-13]	6896	22 [17-28]	8796	26 [21-33]
Honduras	3000	27 [11-53]	4305	39 [19-70]	4674	41 [22-66]
Hongrie	300	20 [11-33]	402	24 [14-39]	412	22 [13-37]
Inde	28000	3 [2-7]	51888	6 [4-11]	90597	10 [7-16]
Indonésie	3000	19 [8->95]	3520	14 [7-69]	5100	15 [7-41]
Iran (République islamique d')	...	...	420	3 [2-4]	525 ³	3 [2-5]
Iraq	...	...	75	...	0 ⁶	...
Israël	...	...	...	...	2431	61 ¹³
Jamaïque	500	7 [5-11]	1456	20 [14-29]	2633	33 [25-48]
Japon	...	...	...	...	48	...
Jordanie	40	21 ¹²	45	...	45 ⁶	...

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ¹⁸	Total des besoins indiqué par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
117	34	1	150	151	Déc 07	151	...	...	154
...	...	...	...	570	Juin 07	570 ⁶	56 [30->95]	1000 [590-1900]	...
...	...	1632 ¹⁵	...	14678	Juin 07	28925 ³	24 [20-29]	120000 [99000-150000]	347490
343	362	25	680	705	Déc 07	705 ⁶	16 [12-21]	4500 [3300-5900]	...
9 ⁷	28 ⁷	2	37	39	Déc 07	39	...	...	53
3661	3803	589	7610	8199	Déc 07	8199	38 [31-48]	22000 [17000-27000]	21780
...	...	252	2962	3214	Déc 07	3214	42 [25-71]	7600 [4500-13000]	7632
...	...	18 ¹⁵	...	209	Déc 07	209 ⁶	9 [7-13]	2200 [1600-3100]	...
2136 ¹⁰	2315 ¹⁰	693 ¹⁰	3758 ¹⁰	5773	Déc 07	5773	51 [9-74]	11000 [7800-63000]	4840
...	...	...	...	859	Sep 07	985 ^{3,6}	31 [23-43]	3100 [2300-4300]	...
...	...	65	1236	1301	Déc 07	1301	13 [9-20]	10000 [6700-15000]	12940
...	...	...	...	772	Déc 07	772	38 [19-81]	2000 [960-4100]	...
40138	50074	4534	85678	90212	Déc 07	90212	29 [25-36]	310000 [250000-370000]	258284
...	...	1	27	28	Déc 07	28 ⁶	... ²	<200 [<100-<200]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	1000 [600-1800]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	88000 [51000-140000]	...
2886	3487	73	6300	6373	Déc 07	6373	42 [30-60]	15000 [11000-21000]	14598
...	...	...	...	423	Sep 07	431 ³	18 [12-37]	2300 [1200-3700]	4787
239	95	15	319	334	Nov 07	343 ³	... ²	<500 [<200-<500]	476
...	...	...	...	...	...	...	...	35000 [20000-64000]	...
...	...	576	12781	13357	Déc 07	13357	...	...	74060
...	...	...	...	...	...	...	...	6400 [3500-11000]	...
24 ⁷	21 ⁷	2	45	47	Déc 07	47	...	...	129
...	...	597	7215	7812	Déc 07	7812	37 [28-51]	21000 [15000-28000]	11113
2296	2932	307	4921	5228	Sep 07	5660 ⁵	27 [21-37]	21000 [15000-27000]	23250
321	569	41	849	890	Déc 07	890	20 [13-30]	4400 [2900-6600]	3171
894	1071	162	1803	1965	Déc 07	1965	45 [33-61]	4300 [3200-6000]	3240
6240	8274	439	...	14514	Déc 07	14514	41 [33-51]	36000 [29000-43000]	27738
...	...	751	4829	5580	Déc 07	5580	47 [29-71]	12000 [7900-19000]	9916
381	71	7	445	452	Déc 07	452	22 [13-38]	2000 [1200-3600]	...
73061 ⁸	40888 ⁸	8887 ⁸	114133 ⁸	158020	Déc 07	158020	... ⁹	...	...
...	...	19 ¹⁵	...	...	...	6600 ⁶	15 [8-28]	43000 [23000-84000]	0
697	132	21	808	829	Sep 07	945 ³	5 [4-7]	19000 [13000-26000]	8730
0	0	0	0	0	Déc 07	0	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	2400 [1200-6100]	...
...	...	336 ¹⁵	...	3637	Déc 07	3637	43 [32-60]	8500 [6000-11000]	6000
...	...	...	...	...	...	...	...	6300 [4600-7200]	...
42	11	4	49	53	Déc 07	53	...	...	0

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Kazakhstan	7	<1 [$<1-5$]	240	23 [12-62]	326	23 [13-39]
Kenya	29000	6 [5-8]	65773	14 [12-19]	125026	27 [22-36]
Kiribati	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	...	...	46	... ²	47	23 ¹³
Republique démocratique populaire lao	104	... ²	104	... ²	479	94 [48->95]
Lettonie	202	25 [9-38]	235	19 [9-29]	301 ⁶	18 [10-27]
Liban	...	...	200	28 [11-54]	213	25 [10-46]
Lesotho	3000	4 [3-5]	8400	11 [9-14]	17667 ³	22 [18-29]
Libéria	...	...	397	5 [2-8]	796 ³	10 [4-14]
Jamahiriya arabe libyenne	100	...	450	...	...	...
Lituanie	37	55 ¹²	55	... ²	75 ⁵	79 ¹³
Luxembourg	...	...	...	...²	312 ⁶	... ²
Madagascar	6	<1 [$<1-1$]	6	<1 [$<1-1$]	92 ³	3 [2-5]
Malawi	13183	5 [4-7]	29087	11 [9-14]	59980	21 [18-27]
Malaisie	2700	23 [16-33]	2700	19 [13-26]	...	...
Maldives	...	...	...	...²	1 ⁶	... ²
Mali	808	4 [3-5]	7038	28 [22-38]	11508	42 [33-54]
Malte	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	39	2 [1-4]	...	...	256	8 [5-15]
Maurice	120	...	120	18 [8-40]	243	24 [13-42]
Mexique	29000	45 [31-67]	30624	45 [31-64]	39295	54 [38-77]
Micronésie (Etats fédérés de)	...	...	...	0 ¹³	...	...
Moldova	120	8 ¹²	222	... ²	262	48 ¹³
Mongolie	...	...	...	...	2	13 ¹³
Monténégro	...	...	...	...	26	...
Maroc	465	13 [9-19]	880	22 [14-31]	1370	29 [20-42]
Mozambique	7000	3 [2-3]	19854	7 [5-9]	40891 ³	12 [10-16]
Myanmar	2000	3 [2-4]	3500	5 [3-7]	5295 ³	7 [5-10]
Namibie	9000	22 [17-28]	29200	62 [50-80]	33593	64 [52-81]
Nauru	...	...	...	...²	...	...
Népal	75	<1 [$<1-1$]	75	<1 [$<1-1$]	541 ³	3 [2-4]
Pays-Bas	...	>95 ¹²	...	...	...	...
Nicaragua	33	3 [1-4]	163	13 [4-19]	387	26 [9-38]
Niger	...	...	609	5 [3-6]	1168	8 [6-11]
Nigéria	13000	2 [$<1-3$]	41224	6 [3-9]	95008	13 [8-19]
Oman	100	...	225	...	...	...
Pakistan	100	<1 [$<1-1$]	132	<1 [$<1-1$]	167 ³	<1 [$<1-1$]

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ¹⁸	Total des besoins indiqué par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
283	159	71	371	442	Déc 07	442	23 [14-36]	1900 [1200-3200]	1078
60200 ⁸	111800 ⁸	15090 ⁸	156910 ⁸	177000	Déc 07	177000	38 [31-48]	470000 [370000-570000]	407000
...	...	...	...	5	Déc 07	5	...	...	...
67	20	26	61	87	Déc 07	87	14 [8-26]	610 [<500-1100]	345
427	273	36	664	700	Déc 07	700	>95 [59->95]	690 [<200-1200]	1182
...	...	...	...	323	May 07	323	...	2200 [1500-3400]	...
192	54	9	237	246	Déc 07	246	26 [11-45]	940 [550-2300]	432
7582	14128	1553	20157	21710	Déc 07	21710 ⁶	26 [21-33]	85000 [66000-100000]	84791
...	...	92 ¹⁵	...	1414	Déc 07	1414 ⁶	17 [9-23]	8500 [6100-17000]	...
...	...	...	...	1000	Déc 07	1000 ⁶	...	...	...
81	17	1	97	98	Déc 07	98	18 [8-31]	550 [<500-1200]	131
...	...	...	...	...	...	...	...²	<500 [<500-770]	...
...	...	...	...	138	Déc 07	138	4 [3-7]	3200 [2000-5400]	1206
51204 ^{8,11}	79284 ^{8,11}	10238 ^{8,11,14}	120250 ^{8,11}	100649	Déc 07	100649	35 [29-42]	290000 [240000-340000]	252720
...	...	500 ¹⁵	...	6590	Oct 07	6762 ³	35 [24-49]	20000 [14000-28000]	13080
...	...	...	...	...	...	1 ⁶	... ²	<100 [<100-<100]	...
4369	7803	579	11593	12172	Nov 07	12398 ³	41 [32-51]	30000 [24000-38000]	31198
...	...	...	...	65	Juin 07	65 ⁶	... ²	<500 [<500-640]	...
...	...	...	...	1	Déc 07	1	...	...	...
469	370	23	816	839	Déc 07	839	23 [13-40]	3600 [2100-6300]	1627
...	...	...	...	321	Déc 07	321	22 [14-32]	1500 [1000-2400]	1200
...	...	...	...	...	...	...	...	76000 [54000-110000]	...
...	...	...	...	1	Déc 07	1	...	...	...
261	203	19	445	464	Déc 07	464	58 [43-86]	800 [540-1100]	856
3	0	0	3	3	Déc 07	3	... ²	<100 [<100-<100]	26
...	...	1 ¹⁵	...	...	...	...	...	...	...
867	781	58	1590	1648	Déc 07	1648	31 [21-44]	5300 [3700-7900]	2230
32990	52832	6320	79502	85822	Nov 07	89592 ³	24 [20-31]	370000 [290000-460000]	294986
6634	4466	...	...	11100	Déc 07	11100	15 [11-20]	76000 [55000-100000]	...
13783	25939	5283	34439	52316	Déc 07	52316	88 [73->95]	59000 [48000-72000]	56239
...	...	...	...	...	...	0 ⁶	...	...	...
762	478	51	1189	1240	Sep 07	1432 ³	7 [5-11]	20000 [13000-30000]	19200
...	...	...	...	7919	Avr 07	7919 ⁶	61 [36->95]	13000 [7100-22000]	...
336	186	45	477	522	Déc 07	522	30 [11-43]	1700 [1200-4700]	1233
723	751	62 ¹⁴	1412	1474	Oct 07	1536 ³	10 [7-13]	16000 [12000-22000]	8929
40643 ^{8,10}	65429 ^{8,10}	15345 ^{8,10}	61381 ^{8,10}	145392	Sep 07	197000 ³	26 [17-36]	750000 [550000-1100000]	...
200	60	...	...	260	Déc 07	260 ⁶	...	...	...
415	135	21	529	550	Déc 07	550	3 [2-4]	20000 [13000-34000]	7400

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Palaos	...	...	...	33 ¹³	2	...
Panama	2000	33 [25-44]	2765	43 [33-57]	2835	42 [32-54]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	171	7 [6-9]	320	10 [9-12]	1098	26 [22-31]
Paraguay	300	10 [5-18]	640	18 [10-32]	1026 ³	25 [13-43]
Pérou	2000	12 [9-16]	6410	35 [26-47]	8424	42 [31-54]
Philippines	71	4 ¹²	...	...	170	24 [17-35]
Pologne	2000	35 [20-59]	2707	39 [22-66]	3072	38 [21-64]
Roumanie	6000	82 [70->95]	6116	77 [66->95]	6790	81 [69->95]
Fédération de Russie	3000	4 [2-7]	5000	5 [2-7]	14681	10 [6-15]
Rwanda	7000	10 [9-13]	19289	29 [24-36]	34636	52 [45-63]
Saint-Kitts-et-Nevis	24	...	32	...	39	...
Sainte Lucie	20	...	50	81 ¹³	50	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	32	...	64	>95 ¹³	80 ³	...
Samoa	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	...	...	17	...	51	...
Sénégal	1600	26 [18-38]	4200	54 [40-75]	5500	57 [44-75]
Serbie	317	11 [6-19]	580	19 [9-32]	608	18 [9-31]
Seychelles	43	...	43	...	82	...
Sierra Leone	...	...	210	2 [1-4]	1416	12 [7-19]
Slovaquie	65	95 ¹²	65	...	96 ⁶	...
Slovénie	...	...	...	...	147	...
Îles Salomon	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	35	<1 [<1-1]	111	2 [1-4]
Afrique du Sud	55000	4 [3-6]	206718	15 [12-20]	324754 ³	21 [17-28]
Espagne	...	92 ¹²	...	...	77500 ⁶	...
Sri Lanka	25	4 [3-6]	25	4 [3-5]	69	10 [7-14]
Soudan	400	<1 [<1-<1]	400	<1 [<1-<1]	... ¹⁷	...
Suriname	220	25 [12-63]	391	36 [20-70]	460	35 [22-60]
Swaziland	6000	14 [12-17]	13006	27 [23-34]	18493 ³	35 [30-42]
Suède	...	95 ¹²	...	...	2800	74 ¹³
République arabe syrienne	468	...	60	...	...	...
Tadjikistan	...	0 ¹²	5	<1 [<1-7]	37	4 [2-10]
Thaïlande	50000	21 [15-30]	81158	34 [26-47]	112196 ³	46 [35-62]
Ex-République yougoslave de Macédoine	2	20 ¹²	7	...	11	...
Togo	2000	6 [4-8]	6545	18 [14-23]	6993	18 [14-23]
Trinité-et-Tobago	1000	28 [19-43]	1700	46 [30-70]	2113	53 [36-78]
Tunisie	...	...	229	31 [21-45]	298	33 [23-46]
Turquie	250	...	344	...	685	...

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ¹⁸	Total des besoins indiqués par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
1	2	0	3	3	Déc 07	3	...	...	3
...	...	167	...	3994	Déc 07	3994	56 [43-71]	7200 [5600-9300]	6500
1037	1213	185	2065	2250	Déc 07	2250	38 [33-45]	5900 [5000-6800]	6348
678 ⁷	271 ⁷	104	949	1053	Nov 07	1056 ³	22 [12-37]	4800 [2900-8800]	3066
...	...	322 ¹⁰	7721 ¹⁰	10860	Déc 07	10860 ⁶	48 [36-62]	23000 [17000-30000]	...
134	202	4	332	336	Déc 07	336	31 [22-45]	1100 [740-1500]	600
2 392	990	118	3264	3382	Déc 07	3382 ⁶	36 [20-62]	9300 [5500-17000]	4390
3231 ¹⁰	3187 ¹⁰	196	6304	6500	Déc 07	6500	73 [62->95]	8900 [5400-10000]	6418
...	...	...	...	31094	Déc 07	31094	16 [10-25]	190000 [120000-300000]	33365
17980 ⁸	30089 ⁸	4350 ⁸	43719 ⁸	48069	Déc 07	48569	71 [62-84]	68000 [58000-78000]	0
...	...	...	...	...	...	53 ⁶	...	...	...
40	32	2	70	72	Sep 07	78 ³	...	...	384
...	...	...	...	...	...	104 ⁶	...	...	...
...	...	...	...	6	Déc 07	6 ⁶	...	...	...
27	47	2	72	74	Déc 07	74	...	...	300
2220	4479	384	6315	6699	Déc 07	6699	56 [44-70]	12000 [9600-15000]	10465
...	...	...	...	628	May 07	628	...	3700 [2100-7700]	...
...	...	...	...	...	...	94	...	...	...
...	...	...	...	2649	Déc 07	2649	...	13000 [9000-20000]	596
79 ¹⁰	17 ¹⁰	0	98	98	Juin 07	98	...	...	...
...	...	...	...	157	Juil 07	157	...	...	...
...	...	...	...	3	Déc 07	3 ⁶	...	...	...
86	125	5	206	211	Déc 07	211	3 [2-6]	6300 [3500-11000]	5284
73882 ^{8,16}	130401 ^{8,16}	32060 ^{8,10}	339671 ^{8,10}	428951	Sep 07	45895 ³	28 [22-36]	1700000 [1300000-2100000]	889000
...	...	...	...	...	...	...	...	100000 [54000-170000]	...
...	...	...	...	107	Déc 07	107	14 [10-20]	780 [540-1100]	776
...	...	...	...	...	Déc 07	... ¹⁷	1 [1-2]	87000 [58000-120000]	...
...	...	58 ¹⁰	650 ¹⁰	729	Déc 07	729	46 [30-74]	1600 [980-2400]	0
7702	12908	2123	22412	24535	Déc 07	24535	42 [36-50]	59000 [49000-68000]	58249
...	...	...	...	...	...	...	...	4500 [2500-8100]	784
57	18	4	71	75	Déc 07	75 ⁶	...	...	...
57	29	4	82	86	Déc 07	86	6 [4-11]	1300 [750-2400]	79
...	...	6687 ⁸	126852 ⁸	143539	Sep 07	152974 ³	61 [47-81]	250000 [190000-320000]	252387
4	11	1	14	15	Déc 07	15	...	...	...
2793	5187	559	7421	7980	Déc 07	7980	19 [15-24]	41000 [33000-52000]	26232
...	...	...	...	2592	Déc 07	2592	58 [41-82]	4500 [3100-6300]	0
...	...	...	...	...	...	...	...	1000 [760-1500]	...
...	...	9 ¹⁵	...	...	...	...	...	...	...

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ¹	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Ouganda	44000	12 [9-15]	74869	21 [16-26]	96294 ³	27 [22-33]
Ukraine	1000	2 [2-3]	3450	5 [4-7]	4777	6 [5-8]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	92 ¹²	...	...	36000 ⁵	>95 ¹³
République-Unie de Tanzanie	3000	<1 [<1-<1]	21543	5 [4-6]	60342	14 [12-18]
Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	70 ¹³	...	...
Uruguay	900	48 [8->95]	1427	64 [14->95]	1495 ⁶	55 [17->95]
Ouzbékistan	...	...	...	...	259 ⁶	30 [12-66]
Vanuatu	...	...	...	...	2 ⁶	...
Venezuela (République bolivarienne du)	9000	45 [8-79]	15417	64 [14->95]	...	53 [16-88]
Viet Nam	300	<1 [<1-1]	3000	6 [4-10]	8310	14 [9-23]
Yémen	...	...	...	...	0 ⁶	...
Zambie	20000	7 [6-9]	48585	16 [13-20]	82030	26 [22-32]
Zimbabwe	8000	1 [1-2]	24500	4 [3-5]	66920	11 [9-15]

¹ Les valeurs pour 2004 et 2005 sont celles qui ont été déclarées à l'OMS, sauf indication contraire. Dans certains cas, lorsque des données pour 2005 n'étaient pas disponibles, les valeurs pour 2004 ont été utilisées.

² Les chiffres de couverture ne sont pas calculés pour les pays dont le besoin est estimé à moins de 500.

³ Valeur projetée à décembre (voir notes de l'annexe concernant les méthodes).

⁴ Valeurs harmonisées par l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF au cours de consultations avec les pays, sauf indication contraire.

⁵ Le pays a déclaré une valeur différente à l'ONUSIDA : Angola = 7941 ; Bosnie-Herzégovine = 33 ; Brésil = 184252 ; Croatie = 73 ; Lituanie = 84 ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord = 324000.

⁶ Aucune donnée reçue par l'ONUSIDA ; les valeurs ont été fournies par l'OMS. Les valeurs sont données à la fin décembre, à l'exception des pays suivants pour 2006 : Albanie = Oct. ; Algérie = Nov. ; Belgique = Avr. ; Canada = Sept. ; Finlande = Août ; Iraq = Juin ; Jordanie = Sept. ; Uruguay = Sept. ; Vanuatu = Oct. ; Yémen = Sept.

⁷ Les données concernent les adultes uniquement.

⁸ Les valeurs 2007 ventilées selon l'âge et le sexe ne comprennent pas les données du secteur privé.

⁹ Au moment de mettre sous presse, les estimations épidémiologiques étaient en train d'être examinées.

¹⁰ Les données non ventilées peuvent ne pas correspondre au total déclaré car les informations relatives au sexe et à l'âge peuvent manquer pour certains patients. Il est à noter que cela peut ne pas représenter exactement la distribution nationale selon l'âge et le sexe pour le traitement antirétroviral, car les données manquantes peuvent ne pas être réparties de façon homogène entre le sexe et l'âge.

¹¹ Valeur cumulative déclarée par pays, ne tenant pas compte des personnes perdues de vue, n'ayant pas fait l'objet d'un suivi ou décédées.

¹² Source différente : valeur pour 2003 déclarée à l'ONUSIDA pour le rapport UNGASS 2004.

¹³ Source différente : valeur déclarée à l'ONUSIDA seulement.

¹⁴ La valeur déclarée à l'UNICEF diffère de celle déclarée par le pays.

¹⁵ Valeur déclarée à l'UNICEF pour décembre, à l'exception de la Jamaïque et du Libéria, dont les valeurs ont été déclarées pour septembre.

¹⁶ Pour l'Afrique du Sud, la valeur du pays pour les hommes est de 167278 et pour les femmes de 204452.

¹⁷ Les données ont été déclarées séparément pour le Nord Soudan et le Sud Soudan : Nord Soudan Déc. 2006 = 807, Déc. 2007 = 775 ; Sud Soudan Déc. 2006 = 161, Sept. 2007 = 303.

¹⁸ Les estimations sont données en chiffres arrondis. Toutefois, des chiffres non arrondis ont été utilisés pour le calcul des taux de couverture, des totaux mondiaux et régionaux ; c'est la raison pour laquelle il peut y avoir de faibles écarts entre les chiffres présentés ici et ceux qui ont été calculés à l'aide de chiffres non arrondis.

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 ⁴	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ¹⁸	Total des besoins indiqué par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
30 943 ¹⁰	52606 ¹⁰	8532	102700	111232	Sep 07	115348 ³	33 [27-40]	350000 [290000-430000]	312000
4111	3546	908	6749	7657	Déc 07	7657	8 [7-11]	91000 [69000-120000]	21770
...	...	...	...	...	...	...	...	35000 [20000-58000]	...
30100 ¹⁰	53346 ¹⁰	11176	124520	135696	Déc 07	135696	31 [26-38]	440000 [360000-530000]	1867918
...	...	...	...	...	...	...	...	780000 [440000-1300000]	...
...	...	...	...	1776	Déc 07	1776	56 [23->95]	3100 [1700-7800]	1970
...	...	225 ¹⁵	...	...	...	319 ⁶	24 [9-51]	1400 [630-3500]	...
...	...	...	...	2	Déc 07	2 ⁶	...	...	...
...	...	...	...	...	...	15417 ⁶	44 [17-75]	35000 [21000-89000]	...
6872 ¹⁰	2118 ¹⁰	789	14180	14969	Sep 07	17354 ³	26 [17-42]	67000 [41000-110000]	49960
69	38	1	106	107	Déc 07	107 ⁶	...	...	...
65648 ⁸	83551 ⁸	11602 ⁸	137597 ⁸	149199	Déc 07	151199	46 [40-56]	330000 [270000-380000]	370000
32377 ^{8,10}	52837 ^{8,10}	8237 ^{8,10}	77479 ^{8,10}	97692	Déc 07	97692	18 [15-23]	570000 [440000-690000]	260000

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006
	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹
Afghanistan	...	...	...	...	0
Algérie	...	...	...	...	18 ⁵
Angola	...	...	...	2 [2-3]	1923
Antigua-et-Barbuda	...	...	...	50 ⁵	4 ^{3,5}
Argentine	...	55 ⁴	...	[94->95]	2120
Arménie	...	3 ⁴	...	...	5
Australie	...	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	...	...	...	1
Bahamas	...	...	...	...	95 ⁵
Bangladesh	...	...	...	...	5
Barbade	...	...	...	90 ⁵	37
Bélarus	119	[83->95]	...	...	158
Belize	...	70 ⁴	38	[18-47]	57
Bénin	...	...	1214	27 [23-31]	2378
Bhoutan	...	...	...	...	3
Bolivie	...	...	...	...	27 ⁵
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	0 ⁵
Botswana	10508	89 [82->95]	7543	64 [59-70]	12994
Brésil	7233	[60->95]	6771	[56->95]	6510
Bulgarie	...	...	...	...	1 ⁵
Burkina Faso	398	5 [4-6]	937	11 [9-13]	1615
Burundi	374	4 [3-6]	524	6 [5-9]	1112 ³
Cambodge	159	[6-9]	228	[10-15]	312
Cameroun	4200	11 [10-13]	3592	10 [9-12]	7588 ³
Cap-Vert	...	...	12	...	43 ³
République centrafricaine	243	2 [2-3]	803	7 [7-8]	1943
Tchad	...	...	193	1 [<1-2]	254 ³
Chili	...	...	...	...	139 ⁵
Chine	118	[1-3]	135	[1-3]	650
Colombie	...	...	...	...	112 ³
Comores	...	...	...	...	0
Congo	312	7 [6-8]	1093	23 [20-28]	325
Costa Rica	...	...	...	...	21 ³
Côte d'Ivoire	...	...	2543	8 [7-9]	2773
Croatie	...	...	...	...	3 ⁵
Cuba	...	...	...	...	34 ⁵
République tchèque	...	...	...	...	15
République démocratique du Congo	846	2 [2-3]	1725	5 [4-6]	3422 ³
Djibouti	49	6 [5-8]	16	2 [2-3]	52 ⁵
Dominique	...	...	...	>95 ⁵	1 ⁵

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant						
2006		2007				
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Bas	Haut	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ¹³	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH tel que déclaré à l'ONUSIDA ¹²
...	0	...				...
[3-12]	19	[3-12]	<200	660	... [<200-660]	0
11 [9-14]	1645	9 [7-13]	13000	22000	18000 [13000-22000]	22332
83 ⁵	4 ⁷	...		...	...	5
[94->95]	2193	[93->95]	1200	2400	... [1200-2400]	2530
[16-38]	6	[19-45]	<100	<100	... [<100-<100]	6
...	28	...	<100	<100	... [<100-<100]	33
<1-4]	6	[4-17]	<100	<200	... [<100-<200]	...
>95 [86->95]	77 ⁷	>95 [68->95]	<100	<200	<100 [<100-<200]	76
[1-5]	...	...	<200	<500	... [<200-<500]	...
>95->95]	20	[73->95]	<100	<100	... [<100-<100]	21
>95->95]	127	[90->95]	<100	<200	... [<100-<200]	144
[26-69]	55	[24-64]	<100	<500	... [<100-<500]	57
53 [45-61]	1830	40 [35-47]	3900	5300	4500 [3900-5300]	1158
[44->95]	...	-	<100	<100	... [<100-<100]	...
[11-20]	34 ⁵	[13-12]	<200	<500	... [<200-<500]	763
0 ⁵	0 ⁵	...	...	...	...	1
>95 [>95->95]	12419	>95 [>95->95]	10000	12000	11000 [10000-12000]	...
[55->95]	6188	[49->95]	5600	13000	... [5600-13000]	12535
...	1 ⁵	...	...	...	...	...
19 [16-23]	1480	18 [15-22]	6800	10000	8300 [6800-10000]	18495
14 [10-20]	1102	14 [11-22]	5100	10000	7800 [5100-10000]	18010
[14-22]	505	[25-41]	1200	2000	... [1200-2000]	4509
22 [18-30]	7516 ⁷	22 [18-34]	22000	42000	34000 [22000-42000]	67875
31 ⁵	51	...	...	...	...	99
18 [16-20]	3714 ⁷	34 [30-38]	9800	12000	11000 [9800-12000]	36093
1 [1-2]	...	1 [1-2]	10000	22000	18000 [10000-22000]	...
[28-57]	117	[23-12]	<500	500	... [<500-500]	117
[6-15]	593	[6-14]	4300	11000	... [4300-11000]	787
[3-7]	144	[4-9]	1600	3700	... [1600-3700]	184
0	0	0	<100	<100	... [<100-<100]	4
7 [6-9]	240 ⁸	5 [4-7]	3400	5400	4400 [3400-5400]	1617
[9-27]	...	[9-25]	<100	<500	... [<100-<500]	37
9 [8-11]	3240 ⁷	12 [9-16]	21000	34000	28000 [21000-34000]	21977
>95 ⁵	2	...	...	...	...	3
[33->95]	41	[37->95]	<100	<200	... [<100-<200]	35
[84->95]	...	...	<100	<100	... [<100-<100]	...
9 [8-11]	3435	9 [8-10]	33000	46000	38000 [33000-46000]	68865
...	...	...	610	1000	820 [610-1000]	...
>95	1	...	...	...	...	1

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006
	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹
République dominicaine	968	[38-61]	676	[27-43]	738
Equateur	...	...	223	[30-94]	213 ³
Egypte	...	...	...	...	...
El Salvador	...	...	144	[11-36]	193 ³
Guinée équatoriale	...	...	...	...	103 ⁵
Erythrée	61	3 [2-4]	88	4 [3-5]	75
Estonie	...	...	...	...	...
Ethiopie	1390	2 [2-2]	2341	4 [3-4]	2330
Fidji	...	...	...	25 ⁵	5
Gabon	...	...	90	4 [3-5]	89
Gambie	...	...	87	[11-37]	103
Géorgie	7	[47->95]	15	[7-21]	15 ³
Allemagne	...	...	...	80 ⁵	225 ⁵
Ghana	196	1 [1-1]	1078	7 [7-8]	1239
Grèce	...	...	...	...	18 ⁵
Grenade	...	...	...	...	5 ⁵
Guatemala	11	[<1-<1]	111	[1-3]	167 ³
Guinée	146	3 [2-3]	77	1 [1-2]	486
Guinée-Bissau	...	...	...	20 ⁵	195 ³
Guyana	73	[14-42]	112	[22-74]	144
Haïti	620	13 [11-16]	800	17 [14-20]	991
Honduras	...	...	198	[18-54]	200
Hongrie	...	...	...	...	0 ⁵
Inde	4289	[4-7]	2279	[2-4]	7007 ³
Indonésie	15	[<1-2]	4	[<1-<1]	40 ⁵
Iran (République islamique d')	...	...	...	...	19 ⁵
Jamaïque	323	[52->95]	300	[48->95]	371 ³
Japon	...	...	...	...	29 ⁵
Jordanie	...	...	...	...	0
Kazakhstan	37	[19-66]	47	[16-69]	80 ³
Kenya	21069	25 [22-29]	19403	24 [21-28]	37130
Kirghizistan	...	...	...	...	9
Republique démocratique populaire lao	2	[2-17]	11	[9-30]	24 ⁵
Lettonie	...	...	...	...	37 ⁵
Lesotho	821	6 [6-7]	1811	14 [13-16]	2005 ³
Libéria	3	<1 [<1-<1]	130	5 [4-6]	76
Lituanie	1	[3-13]	...	...	2 ⁵
Madagascar	...	...	8	[1-3]	7 ³
Malawi	2719	4 [3-4]	5076	7 [6-8]	9231
Malaisie	141	[9-21]	...	...	170

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant						
2006	2007					
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Bas	Haut	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ³	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH tel que déclaré à l'ONUSIDA ¹²
[32-54]	795	[36-65]	1200	2200	... [1200-2200]	1649
[28-87]	268	[34->95]	<500	800	... [<500-800]	347
...	5	[2-2]	<200	<500	... [<200-<500]	...
[17-48]	130	[12-32]	<500	1100	... [<500-1100]	130
14 [11-20]	–	...	530	940	710 [530-940]	...
3 [2-5]	168 ⁷	7 [4-11]	1600	4000	2500 [1600-4000]	3578
...	...	...	<100	<200	<100 [<100-<200]	...
4 [3-4]	4888	7 [7-8]	58000	74000	66000 [58000-74000]	75420
[60-76]	7	[82->95]	<100	<100	... [<100-<100]	7
4 [3-5]	494	21 [14-32]	1600	3500	2300 [1600-3500]	2570
[13-44]	133 ⁷	[17-58]	<500	800	... [<500-800]	709
[40->95]	22	[41->95]	<100	<100	... [<100-<100]	25
[40->95]	...	...	<200	590	... [<200-590]	...
9 [8-10]	2896	21 [18-24]	12000	16000	14000 [12000-16000]	19918
[14-45]	21	[16-69]	<100	<200	... [<100-<200]	21
50 ⁵	7	...	...	...	...	10
[2-5]	373	[5-12]	3200	8100	... [3200-8100]	2270
8 [6-10]	679 ⁷	11 [8-14]	5000	8600	6200 [5000-8600]	1722
13 [9-19]	349	24 [17-34]	1000	2100	1500 [1000-2100]	3716
[29->95]	...	...	<200	<500	... [<200-<500]	...
20 [17-24]	1107 ⁹	22 [18-26]	4200	6100	5100 [4200-6100]	5224
[18-64]	220	[19-79]	<500	1200	... [<500-1200]	...
0 ⁵	1	[2-8]	<100	<100	... [<100-<100]	1
[8-16]	8816	[10-24]	37000	92000	... [37000-92000]	86121
<1-2]	89	[2-4]	2100	5300	... [2100-5300]	...
[1-2]	22	[1-2]	940	1800	... [940-1800]	220
[58->95]	292 ⁷	[45->95]	<500	640	... [<500-640]	171
[49-62]	...	...	<100	<100	... [<100-<100]	...
...	2 ¹⁰	...	...	...	...	0
[23->95]	126	[30->95]	<100	<500	... [<100-<500]	210
48 [42-56]	52858 ⁷	69 [61-80]	66000	86000	76000 [66000-86000]	105000
[8-27]	3	[2-8]	<100	<200	... [<100-<200]	197
[14-42]	24	[9-36]	<100	<500	... [<100-<500]	235
[34-78]	37	[33-75]	<100	<200	... [<100-<200]	38
16 [15-18]	3966	32 [29-36]	11000	14000	12000 [11000-14000]	12750
3 [2-3]	224	7 [6-9]	2400	3900	3100 [2400-3900]	...
[6-25]	9	[27->95]	<100	<100	... [<100-<100]	10
[1-3]	25	[3-9]	<500	760	... [<500-760]	1521
13 [11-15]	23158	32 [28-36]	64000	82000	73000 [64000-82000]	71847
[9-23]	183	[9-24]	770	2000	... [770-2000]	158

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006
	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹
Mali	87	[1-1]	415	[4-6]	656
Mauritanie	...	...	10	[1-4]	12 ³
Maurice	...	>95 ⁴	...	...	23 ⁵
Mexique	...	...	...	...	146 ³
Moldova	31	[56->95]	32	...	62
Mongolie	...	...	...	...	1
Monténégro	...	...	...	...	0
Maroc	...	...	...	...	...
Mozambique	3117	3 [3-4]	8490	9 [8-11]	12150
Myanmar	274	[4-8]	629	[9-18]	993
Namibie	1126	12 [10-14]	4055	43 [36-52]	6022 ³
Népal	...	...	...	...	35
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	8 ⁵
Nicaragua	...	...	29	[11-31]	26
Niger	0	0	57	[1-3]	214 ³
Nigéria	1050	<1 [<1-<1]	532	<1 [<1-<1]	6168 ³
Pakistan	...	...	...	...	8
Panama	...	...	...	...	153 ⁵
Papouasie-Nouvelle-Guinée	46	5 [5-6]	46	4 [4-4]	31
Paraguay	...	...	47	[6-20]	73 ³
Pérou	161	[10-20]	188	[11-22]	560 ³
Philippines	...	...	...	...	2 ³
Pologne	...	...	...	...	62 ³
Roumanie	21	[6-11]	...	<1 ⁵	75
Fédération de Russie	5601	[55->95]	5709	[54->95]	6224 ³
Rwanda	4141	35 [31-40]	5782	51 [45-58]	7768
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	...
Sainte-Lucie	...	...	...	20 ⁵	3 ⁵
Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	...	...	62 ⁵	17 ⁵
Sao Tomé-et-Principe	2	...	8	...	11 ⁵
Sénégal	...	...	57	[1-2]	212 ⁵
Serbie	5	[4-15]	6	[5-17]	2
Seychelles	...	...	...	>95 ⁵	5 ⁵
Sierra Leone	17	<1 [<1-<1]	57	1 [1-2]	354
Singapour	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	3 ⁵	5
Afrique du Sud	32541	15 [13-17]	75077	34 [29-40]	111357 ³
Sri Lanka	...	...	...	...	1 ³
Suriname	33	[22-67]	...	...	35
Swaziland	592	5 [4-5]	4780	36 [33-40]	8221

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant						
2006	2007					
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Bas	Haut	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ³	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH tel que déclaré à l'ONUSIDA ¹²
[6-10]	1018	[10-15]	6800	11000	... [6800-11000]	8570
[2-5]	45	[6-20]	<500	770	... [<500-770]	800
[8-28]	19	[6-23]	<100	<500	... [<100-<500]	60
[3-7]	...	...	2000	4900	... [2000-4900]	...
[50->95]	73	[51->95]	<100	<200	... [<100-<200]	86
[10-56]	0	0	<100	<100	... [<100-<100]	13
...	1	...	...	...	...	...
...	42	[8-18]	<500	550	... [<500-550]	544
13 [11-15]	44975	46 [39-56]	81000	120000	97000 [81000-120000]	150995
[14-31]	1280	[18-43]	2900	7100	... [2900-7100]	...
65 [54-79]	...	64 [53-80]	7600	11000	9400 [7600-11000]	...
[2-4]	36	[2-4]	990	2300	... [990-2300]	1800
[57->95]	9 ⁵	[61->95]	<100	<100	... [<100-<100]	...
[9-27]	43	[15-44]	<100	<500	... [<100-<500]	174
[5-10]	1006 ⁷	[20-47]	2100	5000	... [2100-5000]	6710
3 [3-5]	12278	7 [5-10]	130000	240000	190000 [130000-240000]	...
<1-<1]	5	<1-<1]	1500	3700	... [1500-3700]	...
[32-65]	71 ⁷	[14-29]	<500	510	... [<500-510]	377
2 [2-2]	84	4 [4-5]	1800	2100	1900 [1800-2100]	3621
[9-30]	141 ⁷	[17-57]	<500	830	... [<500-830]	374
[33-64]	502	[28-56]	890	1800	... [890-1800]	...
[1-2]	1	<1-<1]	<200	<500	... [<200-<500]	2
[26-87]	63	[26-85]	<100	<500	... [<100-<500]	63
[23-45]	68	[22-42]	<200	<500	... [<200-<500]	70
[57->95]	6419	[59->95]	4500	11000	... [4500-11000]	...
71 [62-81]	6485 ⁷	60 [51-71]	9100	13000	11000 [9100-13000]	...
>95 ⁵	...	...	...	...	...	...
64 ⁵	11	...	...	...	...	14
85 ⁵	...	...	...	...	...	...
9 ⁵	22	...	...	...	...	90
[4-8] ⁵	264	[4-9]	3000	6300	... [3000-6300]	385
[2-6]	...	[2-5]	<100	<200	... [<100-<200]	...
>95 ⁵	...	...	...	...	...	...
8 [6-11]	919	21 [15-29]	3100	6200	4400 [3100-6200]	520
...	12 ⁷	[24-72]	<100	<100	... [<100-<100]	...
[0-1]	11	[1-2]	510	1700	... [510-1700]	2865
50 [43-60]	127164 ⁷	57 [49-69]	180000	260000	220000 [180000-260000]	290000
[1-3]	1	[1-3]	<100	<100	... [<100-<100]	55
[20-61]	...	[18-57]	<100	<200	... [<100-<200]	...
62 [57-69]	8772	67 [60-74]	12000	15000	13000 [12000-15000]	13178

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006
	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹
Suède	...	...	...	...	31 ⁵
Tadjikistan	...	...	4	[1-7]	4
Thaïlande	5020	[34-68]	5081	[34-71]	4305 ³
Timor-Leste	...	...	...	...	...
Togo	180	2 [2-3]	720	9 [7-11]	910
Trinité-et-Tobago	...	...	...	71 ⁵	173 ⁵
Tunisie	...	...	...	...	0
Turquie	...	...	...	...	4
Ouganda	7907	9 [8-10]	12073	15 [13-17]	19991
Ukraine	2817	[53-91]	2168	[36-63]	2517
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	1065 ⁵
République-Unie de Tanzanie	1800	2 [2-2]	6202	6 [6-7]	14758
Uruguay	...	>95 ⁴	...	19 ⁵	53
Ouzbékistan	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	310
Viet Nam	...	...	368	[6-16]	1385
Yémen	...	...	...	...	...
Zambie	12983	18 [16-20]	14071	19 [17-22]	25578
Zimbabwe	5534	8 [7-8]	8461	13 [12-14]	10127

¹ Valeurs fournies par l'UNICEF, sauf indication contraire. Les données concernent une période de 12 mois, sauf indication contraire.

² Toutes les valeurs sont arrondies à l'entier le plus proche. Des fourchettes sont indiquées pour les pays à épidémies de faible ampleur et concentrées.

³ Cette valeur diffère de celle qui a été signalée à l'ONUSIDA en 2008.

⁴ La valeur 2003 a été utilisée pour représenter 2004, telle que signalée par le pays à l'ONUSIDA pour l'UNGASS 2004.

⁵ Valeur signalée à l'ONUSIDA.

⁶ Toutes les données reflètent des valeurs représentant une période de 12 mois s'achevant en décembre 2007 qui ont été, sauf indication contraire, harmonisées entre le pays faisant rapport et l'ONUSIDA/OMS/UNICEF.

⁷ Les données ne représentant pas une période de 12 mois ont été projetées pour créer une valeur de 12 mois (voir notes pour la méthode utilisée). Les valeurs signalées sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

Pays pour lesquels on a projeté les nombres de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la PTME		
Pays	Date et mois de la valeur déclarée	Valeur déclarée
Cameroun	Jan 07–Oct 07	6 263
République centrafricaine	Jan 07–Juin 07	1 857
Côte d'Ivoire	Jan 07–Juil 07	1 890
Erythrée	Jan 07–Oct 07	140
Gambie	Jan 07–Sep 07	100
Guinée	Jan 07–Sep 07	509
Jamaïque	Jan 07–Juin 07	146
Kenya	Jan 07–Juin 07	26 429
Myanmar	Jan 07–Oct 07	1 067
Niger	Jan 07–Juin 07	503
Panama	Jan 07–Sep 07	53
Paraguay	Jan 07–Nov 07	129
Rwanda	Jan 07–Nov 07	5 945
Afrique du Sud	Jan 07–Sep 07	95 373
Suède	Jan 07–Sep 07	23

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant						
2006		2007				
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux ¹	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ²	Bas	Haut	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) ¹³	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH tel que déclaré à l'ONUSIDA ¹²
[21-66]	317 ¹¹	[21-63]	<100	<200	... [<100-<200]	31
[1-6]	9	[2-11]	<100	<500	... [<100-<500]	438
[29-63]	9352	[62->95]	6400	15000	... [6400-15000]	6196
...	2	...	...	...	...	...
11 [9-14]	705	9 [7-11]	6300	10000	8000 [6300-10000]	10329
[47->95]	137	[37-78]	<200	<500	... [<200-<500]	...
0	1	[1-3]	<100	<100	... [<100-<100]	...
>95	...	...	...	...	...	...
25 [22-28]	26484	34 [29-39]	68000	92000	78000 [68000-92000]	91000
[40-69]	3046	[45-79]	3800	6700	... [3800-6700]	3293
[76->95]	48 ⁹	[3-14]	<500	1600	... [<500-1600]	487
15 [14-16]	31863	32 [29-35]	91000	110000	100000 [91000-110000]	114800
[22-79]	...	[20-76]	<100	<500	... [<100-<500]	...
[3-19]	95	[11-68]	<200	830	... [<200-830]	...
[8-25]	...	[7-24]	1300	4600	... [1300-4600]	...
[22-60]	744	[12-31]	2400	6400	... [2400-6400]	5352
...	2	...	...	...	...	...
35 [31-39]	35314	47 [41-52]	68000	86000	76000 [68000-86000]	90252
17 [16-19]	15381	29 [27-32]	48000	57000	52000 [48000-57000]	16769

⁸ Le pays indique 274 pour jan-déc 2007.

⁹ Le pays indiquait 1066 pour jan-déc 2007.

¹⁰ Le pays indiquait 0 pour jan-déc 2007.

¹¹ Ne représente que Stockholm.

¹² Le besoin déclaré par les pays peut ne pas toujours représenter le nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH. Dans certains cas, il peut se référer au nombre identifié de femmes enceintes séropositives au VIH ou à une autre définition non nécessairement représentative du chiffre correspondant au besoin national. Veuillez vous référer au rapport d'activité spécifique au pays pour de plus amples informations : <http://data.unaids.org/pub/Report/2008>

¹³ Les estimations sont données en chiffres arrondis. Toutefois, des chiffres non arrondis ont été utilisés pour le calcul des taux de couverture, des totaux mondiaux et régionaux ; c'est la raison pour laquelle il peut y avoir de faibles écarts entre les chiffres présentés ici et ceux qui ont été calculés à l'aide de chiffres non arrondis.

Indicateur UNGASS 6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

Pays (ou territoire)	2007	
	Adultes traités	Pourcentage de patients traités
Afghanistan	2	<1
Algérie ¹	82	87
Argentine	415	55
Arménie ¹	15	59
Azerbaïdjan	3	4
Bahamas	26	81
Barbade	2	100
Bélarus	136	72
Belize	9	69
Bénin	157	31
Bolivie	60	41
Bulgarie ²	32	
Burkina Faso	199	1
Cap-Vert	3	3
République centrafricaine	3671	15
Chine	901	13
Costa Rica	13	100
Côte d'Ivoire	994	10
Croatie	3	100
Cuba	46	90
Dominique	1	100
République dominicaine ¹	322	115
République démocratique du Congo	162	<1
Equateur	150	40
El Salvador	63	100
Ethiopie	2658	13
Fidji	2	40
Finlande	0	
Gabon	521	13
Géorgie	34	71
Grenade ²	0	
Guatemala	109	33
Guinée	245	61
Haïti	61	5
Honduras	383	71
Hongrie ³	7	<1
Inde	19400	23
Iran (République islamique d')	52	20
Jamaïque	18	72
Japon	10	83
Jordanie	0	
Kazakhstan	76	33
Lettonie	27	57

Indicateur UNGASS 6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

Pays (ou territoire)	2007	
	Adultes traités	Pourcentage de patients traités
Liban ¹	3	148
Lituanie	5	38
Malawi	18910	70
Malaisie	72	33
Mauritanie ^{1,4}	95	86
Maurice	3	16
Mexique	806	78
Maroc	88	73
Mozambique ¹	1008	4
Népal ¹	321	46
Nicaragua	13	14
Niger	197	1
Nigéria	28625	56
Panama	270	5
Papouasie-Nouvelle Guinée	320	35
Paraguay	20	14
Pérou	93	11
Philippines	99	49
Pologne ¹	70	176
Moldova	23	10
Fédération de Russie ^{1,4}	463	39
Saint-Kitts-et-Nevis	2	100
Sainte-Lucie	2	50
Sao Tomé-et-Principe ²	0	
Sénégal	319	15
Seychelles	11	100
Slovénie ²	0	
Somalie	14	2
Afrique du Sud ³	159382	50
Saint-Vincent-et-les Grenadines	4	100
Tadjikistan	6	8
Ex-République yougoslave de Macédoine ²	2	
Thaïlande ¹	2260	23
Togo ¹	44	2
Turquie ²	47	
Ukraine	411	15
République-Unie de Tanzanie	188	12
Uruguay	20	25
Viet Nam	390	15
Zambie	21103	35

¹ Estimation du dénominateur fournie par l'OMS (Rapport 2008 sur la lutte contre la tuberculose).

² Aucun dénominateur n'est disponible.

³ Le dénominateur correspond au nombre total de cas de tuberculose déclaré en 2007.

⁴ Pour la Mauritanie, données disponibles pour une période de deux ans seulement; ainsi l'indicateur pour 2007 suppose que les cas se sont propagés de manière homogène chaque année. Pour la Fédération de Russie, données déclarées pour quatre régions seulement – oblast d'Ulyanovskaya, oblast de Saratovskaya, oblast de Tverskaya, et Altayskiy Kray.

Indicateur UNGASS 7. Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Pays (ou territoire)	Valeur déclarée par le pays							Enquête démographique et de santé la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Afghanistan	2007									27
Algérie	2006	0	1	0	1 ¹	1	1			
Angola	2006	7	4							5
Antigua-et-Barbuda	2006									25
Argentine	2005		8	4	12					
Barbade	2006	97 ¹	99 ¹							99 ¹
Bélarus	2007	26	33	26	35	31	31			
Belgique		8	9		5	10	9			
Belize	2006	10	20							15
Bénin	2006	12	15	7	17	15	14	2006	5	7
Bolivie	2007	87 ¹	87 ¹	86 ¹	88 ¹	87 ¹	87 ¹			
Bosnie-Herzégovine	2006		0	0	0	0				
Burkina Faso	2007	18	23	15	28	27	21			
Burundi	2007	91 ¹	93 ¹	91 ¹	92 ¹	93 ¹	92 ¹			
Cambodge	2006	5	3	2	6	4	4	2005	5	3
Cameroun	2004	7	5	3	6	6	5	2004	7	5
Canada	2006									32
Cap-Vert	2005	10	10	3	13	13	10	2005	10	10
République centrafricaine	2006	15	17	10	19	17	16			
Tchad	2004	2	1	0	1	1	1	2004	2	1
Chili	2007	22	35	8	33	48	28			
Chine	2006	2	2				2			
Colombie	2007	11 ²	27 ²				19 ²			
Congo	2005	3	3	1	4	4	3	2005	3	3
Costa Rica	2007	8 ¹	7 ¹			80 ¹	12 ¹			
Côte d'Ivoire	2005	3	4	2	3	4	3	2005	3	4
Cuba	2006	28	32	17	32	32	30			
République démocratique du Congo	2007	4	4	2	5	5	4	2007	4	4
République dominicaine	2007	19	21	8	22	23	20	2007	19	21
Equateur	2007		11	7	13	12				
Erythrée	2007						6			
Ethiopie	2005	2	2				2	2005	2	2
Gabon	2007	50 ¹	64 ¹	33 ¹	54 ¹	62 ¹	59 ¹			
Gambie	2005	8	12				10			
Allemagne	2007	14	11				13			
Ghana	2006							2006	3	4
Grèce	2007	13	11	5	9	16	12			
Grenade	2006	6	13	3	19	10	10			
Guinée	2005	3	1	1	2	2	2	2005	3	1
Guinée-Bissau	2006		5							
Guyana	2005	10	11	7	17	11	11	2005	10	11
Haïti	2006	5	8	3	8	8	7	2005	5	8

Indicateur UNGASS 7. Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat											
Pays (ou territoire)	Valeur déclarée par le pays							Enquête démographique et de santé la plus récente			
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes	
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49	
Honduras	2006	21 ¹	23 ¹					23 ¹			
Hongrie	2007	0	0					0			
Inde	2006	1	1	0	2	2	1	2006	1	1	
Israël				16	14	14	15				
Jamaïque	2004	12	19			17	16				
Japon	2006							98 ¹			
Kazakhstan	2007	4	5	2	4	5	7				
Kenya	2003	8	7	4	9	7	14	2003	8	7	
Lesotho	2005	5	6	2	7	8	6	2004	5	6	
Lituanie	2007	24 ¹	20 ¹			24 ¹	24 ¹				
Madagascar	2004	1 ³	0 ³					2004	1	<1	
Malawi	2007							11 ¹	2004	8	7
Malaisie	2007							75 ¹			
Mali	2006	3	7	2	4	3	5	2006	10	7	
Îles Marshall	2006	56 ¹	67 ¹	67 ¹	50 ¹		60 ¹				
Mauritanie	2007	10	3				5				
Maurice	2004				3 ¹	2 ¹	2 ¹				
Mexique	2006							1 ¹			
Moldova	2007	6	11	3	10	10	8				
Monténégro	2006		3	1	4	3					
Maroc	2007	6 ¹	4 ¹	3 ¹	6 ¹		5 ¹				
Mozambique	2004	2	2	3	3	2	2	2003	3	2	
Namibie	2007	18	29	9	26	27	23	2006	18	29	
Nicaragua	2007		5	2	4	7	5				
Niger	2006	4	2	2	2	3	2				
Nigéria	2005	9	8	3	8	11	9				
Palaos	2006		16 ¹	27 ¹	20 ¹	14 ¹					
Philippines	2003	2						2003		1	
Pologne	2007							1 ¹			
Fédération de Russie	2007	30 ¹	38 ¹	20 ¹	35 ¹	37 ¹	34 ¹				
Rwanda	2005	11	12	4	16	13	11	2005	11	12	
Saint-Kitts-et-Nevis	2006					10 ¹	10 ¹				
Sainte-Lucie	2007	34 ¹	39 ¹				36 ¹				
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2006	8	12	6	12	12	10				
Sénégal	2005	2	1	1	1	1	1	2005	1	2	
Seychelles	2006	100 ¹									
Sierra Leone	2007	8 ¹	9					9 ¹			
Singapour	2007	9	7	0	13	8	8				
Somalie	2004	5 ¹	3 ¹				4 ¹				
Afrique du Sud	2006	90 ¹									
Espagne	2003							25			

Indicateur UNGASS 7. Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Pays (ou territoire)	Valeur déclarée par le pays							Enquête démographique et de santé la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Sri Lanka	2007	0 ¹	0^{1}	0^{1}	0^{1}	0^{1}	0^{1}			
Suriname	2006		30							
Swaziland	2007	9	22	6	18	21	16	2007	9	22
Suisse	2007	7	7	5	7	7	7			
Tadjikistan	2007	4 ¹	2 ¹	2 ¹	5 ¹		3 ¹			
Thaïlande	2006	16	22	16	22	19	19			
Ex-République yougoslave de Macédoine	2006		3	2	3	3				
Togo	2007	16	15	10	17	17	16			
Trinité-et-Tobago	2006						8 ¹			
Turquie	2006	100 ¹	100^{1}	100^{1}	100^{1}	100^{1}	100^{1}			
Ouganda	2006	12	10				12	2006	10	12
Ukraine	2007	11 ¹	20 ¹	12 ¹	19 ¹	16 ¹	16 ¹			
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2006	1 ¹	3 ¹				2 ¹			
République-Unie de Tanzanie	2007						36	2004	7	6
Uruguay	2007	20	19	15	20	20	20			
Viet Nam	2005	3	2	1	3	3	2	2005	3	2
Zambie	2007	12	19	10	19	17	15	2007	12	19
Zimbabwe	2006	7	7	4	9	7	7	2006	7	7

¹ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS.

² 14-26 ans.

³ 15-24 ans.

Indicateur UNGASS 8. Pourcentage des populations les plus à risque ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et en connaissant le résultat¹

UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	2005	2007		2005	2007		2005	2007		
	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total
Afghanistan		11 ⁵		11		6				
Algérie					15					
Angola		42 ⁵		42						
Argentine	36		38	65		47	43	62	96	98
Arménie	33	18 ⁵		18	21	23	23	13	42	5
Australie		63 ⁵		63		57 ⁴				50
Bahamas										61
Bangladesh	2 ⁵	6	8	5	3	3 ⁶	3			6
Barbade		73 ^{4,5}		73 ⁴						
Bélarus	49	63 ⁵		63	39	49	49	49	55	53
Belgique										62 ³
Bénin		30 ⁵		30						
Bolivie		78 ⁴	85 ⁴	78 ⁴						100 ⁴
Bosnie-Herzégovine		96 ^{2,4}				53 ⁶	53			102 ⁴
Bulgarie		53 ⁵		53		38	36	52		29
Burkina Faso		94 ^{4,5}		94 ⁴						
Burundi	38	38 ^{2,5}		38 ²						
Cambodge		68 ⁵		68						58
Cameroun		32 ^{2,5}		32 ²						
Canada						59				43 ⁴
Chili										37
Chine		29 ⁵		29		41	40	45		33
Colombie		82	71	85						61
Congo	3								8	
Costa Rica										43
Cuba		36	38	32						33
Côte d'Ivoire		51 ⁵		51						57 ⁴
République démocratique du Congo		37 ^{2,5}		37 ²						
République dominicaine		64 ^{2,5}		64 ²						
Equateur				87 ⁴						50 ⁴
El Salvador		96 ⁵		96						55
Erythrée		78								
Estonie		52 ⁵		56		62	63	60		27 ⁴
Ethiopie		97 ⁵		97						
Gabon		54	33	55						
Géorgie	24	33 ⁵		33	6	9 ⁶	9		27	30 ²
Allemagne										18
Ghana		39								25
Grèce										39
Guatemala		93 ⁵		93						64

Indicateur UNGASS 8. Pourcentage des populations les plus à risque ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et en connaissant le résultat¹

UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	2005	2007			2005	2007			2005	2007
	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total
Guinée		58 ⁵		58						
Guyana		64		64						44
Haïti		71								48
Honduras		71 ⁵		71						40
Hongrie						8				
Inde				34						
Indonésie	15	31	52	25	18	36	36	42	15	32
Iran (République islamique d')		20 ⁵		20	9	23	23	16		
Jamaïque	43	43 ⁵		43						
Japon										38
Kazakhstan		70 ⁵		70		42	41	49		38
Kenya		12 ²								40
Kirghizistan		53 ⁵		53		34	32	43		70
Republique démocratique populaire lao	9									5
Lettonie						61	62	60		
Liban		24 ⁴	11 ⁴	25 ⁴		4 ⁴	2 ⁴	50 ⁴		14 ⁴
Lituanie		50 ⁵		50		64	60	81		28
Madagascar		49 ⁵		49						
Malawi		69 ⁵		69						
Malaisie		100 ^{3,4}				100 ⁴				100
Mali		7								
Mauritanie		100 ^{4,5}		100 ⁴						15 ⁴
Maurice		30 ²				20 ²	24 ²	0 ²		16 ²
Mexique		72	63	76		31 ²	28 ²	48 ²		54
Moldova		31 ⁵		31		34	33	38		38
Mongolie	67	53 ⁵		53					23	60
Monténégro		73 ^{4,5}		73 ⁴						81 ⁴
Maroc		51 ⁵		51	13	13	13	11		
Népal		40	52	37		21 ⁶	21			30
Niger		38 ⁵		38						
Nigéria		38 ⁵		38		23	23	33		30
Pakistan		4	4	5			4 ⁴			
Panama	77	55	59	52					45	76
Papouasie-Nouvelle-Guinée		47 ⁵		47						42
Paraguay		100 ⁵	100	100		100	100	100		100
Pérou				54 ⁴						21
Philippines		12 ⁵		12		4	4	15		16
Pologne						<1				<1
Roumanie	36	35 ⁵		35	36	16 ⁴	17 ⁴	10 ⁴		47
Fédération de Russie		61 ⁵		61		46	44	50		32

Indicateur UNGASS 8. Pourcentage des populations les plus à risque ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et en connaissant le résultat ¹										
UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	2005	2007			2005	2007			2005	2007
	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total
Rwanda		65 ⁵			65					
Sainte-Lucie					100 ⁴			100 ⁴	100 ⁴	
Sao Tomé-et-Principe		72 ^{4,5}			72 ⁴					
Sénégal		70 ⁵			70				11	
Serbie									53	
Sierra Leone		79	75							
Singapore				100						47
Espagne		67 ^{2,4,5}			68 ^{2,4}			67 ^{2,4}	72 ^{2,4}	49 ³
Sri Lanka		43 ⁵			43					14
Suriname		62	75	59						
Swaziland		94 ^{4,5}			94 ⁴					
Suède		34 ⁴	100 ⁴	33 ⁴	84 ⁴	83 ⁴	86 ⁴		41	
Suisse			38		60	59	61		31	
Tadjikistan		29 ⁵			29			24	23	30
Thaïlande		53	54	52					35	
Ex-République yougoslave de Macédoine	67	47	87	39	32	44	42	53	7	56
Togo		40	22	89						
Tunisie				100 ⁴						35 ³
Turquie	26	97	100	97	8	11	0		31	
Ukraine	32	46 ⁵		46	27	29	29	30	25	27
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord										17 ²
Ouzbékistan		19 ⁵		19	18	18	18		25	
Viet Nam		15 ⁵		15	11 ⁶	11			16	
Zambie		17	14	23						

¹ Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier de 2005 à 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ La période de collecte des données n'est pas définie.

⁴ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

⁵ Femmes uniquement.

⁶ Hommes uniquement.

Indicateur UNGASS 9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre ¹							
Pays (ou territoire)	2007			2007			Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
	Professionnel(le)s du sexe			Consommateurs de drogues injectables			
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
Afghanistan	11 ³	9 ³	11 ³				
Angola	17						
Argentine			82				98
Arménie	41 ⁴		41	54	55	44	10
Bahamas							48
Bangladesh	54	47	57	82	82	90	13
Bélarus	86 ⁴		86	56	54	61	90
Bénin	60 ⁴		60				
Bulgarie	77 ⁴		77	47	45	60	30
Burkina Faso	37	15	59				
Burundi	72 ^{2,4}		72 ²				
Cameroun	70 ^{2,4}		70 ²				
Chine	46 ⁴		46	25	25	25	38
Comores	59 ⁴		59				
Costa Rica							26
Cuba	60	59	65				56
Côte d'Ivoire							100 ³
Equateur			76				49
El Salvador	73						62
Erythrée	88 ^{3,4}		88 ³				
Estonie							56
Gabon	29	27	29				
Géorgie				17 ⁵	17		
Grèce							19
Guatemala	93 ⁴		93				75
Guinée	92 ⁴		92				
Guyana	28 ⁴		28				17
Honduras	23 ⁴		23				24
Indonésie	40	60	34	45	44	55	40
Jamaïque	60						
Kazakhstan	71 ³			44 ³			48 ³
Kirghizistan	89 ^{3,4}		89 ³	78 ³	78 ³	78 ³	77 ³
Lettonie				47	45	53	
Liban	<1 ³	11 ³	22 ³				15 ³
Lituanie	43 ⁴		43				40
Malawi	69		69				
Malaisie	86 ⁴						100 ³
Mexique	36	55	28	5	5	4	18
Moldova	96		96	89	89	89	86
Mongolie	64						67
Maroc	49 ⁴		49				
Népal	42	56	39	78 ⁵	78		47

Indicateur UNGASS 9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre¹

Pays (ou territoire)	2007						Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
	Professionnel(le)s du sexe			Consommateurs de drogues injectables			
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
Pakistan	3 ³	3 ³	2 ³	16 ³			
Panama	76	73	78				89
Papouasie-Nouvelle-Guinée	31 ⁴	31					10
Paraguay	18						
Pérou			80				44
Philippines	14 ⁴	14		14	13	28	19
Roumanie							59
Fédération de Russie	39			24	33	21	17
Sao Tomé-et-Principe	80 ^{3,4}	80 ³					
Sierra Leone	73 ⁴	73					
Singapour			100 ³				
Swaziland	77 ^{3,4}	77 ³					
Suède	50 ³	100 ³	55 ³	27	26	30	
Tadjikistan	60 ⁴	60		25	21	41	
Togo	76	75	81				
Turquie	42 ⁴	42		22		30	19
Ukraine	69 ⁴	69		46	45	50	50
Viet Nam	65 ^{3,4}	65 ³		43 ³	43 ³	26	
Zambie	63 ^{2,4}	63 ²					

¹ Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier entre 2005 et 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

⁴ Femmes uniquement.

⁵ Hommes uniquement.

Indicateur UNGASS 10. Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans dont le foyer reçoit un soutien extérieur de base pour la prise en charge de l'enfant						
Pays (ou territoire)	2005		Valeur déclarée par le pays pour 2007		Enquête démographique et de santé la plus récente	
	Année de l'enquête	%	Année de l'enquête	%	Année de l'enquête	%
Bénin			2006	69 ¹		
Botswana	2004	34				
Burkina Faso			2007	5 ¹		
Burundi			2006	50 ¹		
Cameroun			2006	9	2006 ³	9
République centrafricaine			2006	20 ²	2007	8
Costa Rica			2006	100 ¹		
Côte d'Ivoire			2006	9 ¹	2005	9
Croatie			2007	100 ¹		
République démocratique du Congo					2007	9
République dominicaine			2007	4 ¹		
Ethiopie	2004	4	2004	4		
Finlande				99		
Gabon			2007	10		
Ghana			2006	2 ¹		
Guinée			2007	17 ¹		
Guinée-Bissau			2006	8	2006 ³	8
Haïti			2006	5	2005	5
Kenya		10				
Lesotho	2004	25				
Madagascar	2003	7				
Malawi			2006	53 ²	2006 ³	19
Mali	2005	39	2007	45 ¹		
Namibie			2007	17	2006	17
Nigéria			2007	10 ¹		
Rwanda			2005	13	2005	13
Sainte-Lucie			2007	69 ¹		
Sénégal			2007	44 ¹		
Seychelles			2006	100 ¹		
Sierra Leone			2005	1	2005	1
Afrique du Sud			2007	67 ¹		
Swaziland			2007	41	2007	41
Togo		10	2006	60 ²	2006 ³	6
Turquie			2006	100 ¹		
Ouganda			2006	11	2006	11
République-Unie de Tanzanie			2006	51 ¹		
Zambie	2005	13	2007	16	2007	16
Zimbabwe			2006	31	2006	31

¹ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

² Diffère des valeurs fournies par l'UNICEF.

³ Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

Indicateur UNGASS 11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Pays (ou territoire)	2007
Angola	1
Antigua-et-Barbuda	13
Azerbaïdjan	19
Bahamas	72
Barbade	41
Bélarus	79
Bosnie-Herzégovine	24
Botswana	100
Bulgarie	6
Burkina Faso	1
Burundi	64
Cambodge	26
Cap-Vert	100
République centrafricaine	15
Tchad	4
Comores	15
Congo	82
Costa Rica	100
Croatie	5
Cuba	71
Côte d'Ivoire	1
République démocratique du Congo	0
Dominique	100
République dominicaine	1
El Salvador	4
Erythrée	26
Ethiopie	70
Finlande	95
Gabon	35
Gambie	33
Allemagne	50
Ghana	58
Grenade	0
Honduras	39
Indonésie	10
Iran (République islamique d')	0
Jamaïque	24
Kazakhstan	72
Republique démocratique populaire lao	32
Mexique	27
Moldova	93

Indicateur UNGASS 11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Pays (ou territoire)	2007
Namibie	79
Népal	6
Nicaragua	8
Niger	8
Nigéria	34
Pakistan	6
Papouasie-Nouvelle-Guinée	25
Roumanie	64
Fédération de Russie	82
Sainte-Lucie	91
Saint-Vincent-et-les Grenadines	87
Sao Tomé-et-Principe	100
Serbie	1
Seychelles	100
Afrique du Sud	96
Swaziland	51
Togo	0
Turquie	100
Ukraine	57
Zambie	60
Zimbabwe	100

Indicateur UNGASS 12. Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans						
Pays (ou territoire)	2003		2005		2007	
	Ratio	Année de l'enquête	Ratio	Année de l'enquête	Ratio	Année de l'enquête
Angola	0.90				2001	0.90
Argentine					2005	1.03
Bénin					2006	0.85
Bolivie					2003	0.74 ¹
Botswana	0.99					
Burkina Faso					2007	0.87
Burundi	0.70				2005	0.85
Cambodge					2006	0.83
Cameroun	0.94				2006	0.89
République centrafricaine	0.91				2006	0.96
Tchad	0.96				2004	1.03
Colombie					2005	0.85 ¹
Comores	0.59					
Congo					2005	1.12
Croatie					2007	1.00 ²
Cuba					2005	1.00 ²
Côte d'Ivoire	0.83				2005	1.21 ³
République démocratique du Congo	0.72				2007	0.77 ¹
Guinée équatoriale	0.95					
Erythrée					2002	0.83 ¹
Ethiopie	0.60				2004	
Finlande						>0.99
Gabon	0.98				2007	1.14
Gambie	0.85				2006	0.87
Ghana	0.93				2006	1.04 ⁴
Guinée	1.13				2005	0.73 ¹
Guinée-Bissau	1.03				2006	0.97
Guyana					2005	0.95 ¹
Haïti					2000	0.87 ¹
Inde					2006	0.72 ¹
Indonésie					2002	0.84 ¹
Jamaïque					2005	
Kenya	0.74	2005	0.97		2003	0.95 ¹
Lesotho	0.87				2007	0.95
Madagascar	0.65	2003	0.80		2004	0.83
Malawi	0.93	2004	0.97			
Mali	0.72					
Mozambique	0.47				2004	0.80
Namibie	0.92	2005	0.97		2007	1.00
Nicaragua					2007	0.88
Niger	1.07				2006	0.67
Nigéria	0.87				2007	0.86 ²

Indicateur UNGASS 12. Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans						
Pays (ou territoire)	2003		2005		2007	
	Ratio	Année de l'enquête	Ratio	Année de l'enquête	Ratio	Année de l'enquête
Papouasie-Nouvelle-Guinée					0.86	2007
Pérou						2006
Rwanda	0.80				0.82	2005
Sainte-Lucie					1.76 ²	2007
Sénégal	0.74				1.25 ²	2007
Sierra Leone	0.71				0.83	2005
Somalie	0.65				0.78	2006
Afrique du Sud	0.95				0.81 ²	2007
Soudan	0.96					
Swaziland	0.91				0.97	2007
Thaïlande					0.93	2006
Togo	0.96				0.94	2007
Turquie					0.70 ²	2007
Ouganda	0.95				0.95	2000
République-Unie de Tanzanie	0.74				0.64	2007
Zambie	0.87	2005	0.17		1.02 ²	2005
Zimbabwe	0.85				0.95	2006

¹ La valeur Enquête démographique et de santé est fournie par MEASURE DHS (www.measuredhs.com).

² La méthode de collecte de données diffère de la méthodologie UNGASS recommandée.

³ Diffère des valeurs fournies par l'UNICEF.

⁴ Enquête en grappes à indicateurs multiples basée sur de petits dénominateurs, généralement de 25 à 49 cas, non pondérés.

Indicateur UNGASS 13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Pays (ou territoire)	2003	2005		Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente			
	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Ensemble 15-24	Année enquête	Hommes	Femmes
Albanie	<1								2005 ¹		6
Algérie					2006		16	16	2006 ¹		13
Angola			43	35	2006	25	21	23			
Antigua-et-Barbuda					2005			48			
Argentine					2005	83	89	86			
Arménie					2007	42	34	36	2005	15	23
Azerbaïdjan	2								2006 ¹	5	6
Bangladesh					2005	24	21	22	2006 ¹		16
Bélarus					2007	70	65	68	2005 ¹		34
Belize					2006	26	26	26			
Bénin			11	8	2006	35	16	20	2006	35	16
Bolivie	22								2003	18	15
Bosnie-Herzégovine					2006		44		2005 ¹		48
Botswana	28										
Bulgarie					2006	18	21	19			
Burkina Faso					2007	45	46	45	2003	23	15
Burundi	24	2004	4	4	2005		31		2005 ¹		30
Cambodge	37				2006	45	49	47	2005	45	50
Cameroun	16	2004	34	27	2006		32	32	2004	34	27
Cap-Vert					2005	37	38	38	2005	36	36
République centrafricaine	5				2006	31	22	24	2006 ¹	27	17
Tchad	5				2004	20	8	11	2004	19	7
Chili					2007						
Chine					2007	50	55	42			
Comores	10								2000 ¹		18
Congo					2005	22	10	13	2005	35	26
Costa Rica					2006	43	42	42			
Côte d'Ivoire	16				2005	28	18	22	2005	28	18
Croatie					2006	16	25	20			
Cuba	52				2006	55	61	58	2000 ¹		30
Chypre					2007	10	11	10			
République démocratique du Congo					2006	29	22	26	2007	21	15
Djibouti									2006 ¹		18
République dominicaine	33				2007	34	41	37	2007 ¹	34	41
Equateur					2006	31	27	29			
Guinée équatoriale	4								2000 ¹		4
Erythrée					2002		37**		2002		37
Estonie					2007	28	37	32			
Ethiopie					2005	33	21	24	2005	33	20
Finlande								85			
Gabon					2007	58	60	59			
Gambie	15				2005	34	25	29	2006 ¹		39

Indicateur UNGASS 13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus											
Pays (ou territoire)	2003	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Ensemble 15-24	Année enquête	Hommes	Femmes
Géorgie					2005		4				
Allemagne					2007						
Ghana		2003	40	36					2006	33	25
Grèce					2007	27	23	25			
Grenade					2006	43	40	41			
Guatemala					2002	10	9	9			
Guinée					2007	20	12	16	2005	23	17
Guinée-Bissau	8				2006		18		2006		18
Guyana	36				2005	34	44	39	2005	47	53
Haïti	14				2006	40	32	35	2005	40	34
Honduras					2005	39	89	77	2006		30
Inde					2006	33	24	28	2006	36	20
Indonésie	7										
Iraq									2006 ¹		3
Jamaïque					2004	23	47	35	2005 ¹		60
Japon					2004						
Kazakhstan					2007	18	20	19	2006 ¹		22
Kenya	26	2005	80	58					2003	47	34
Kirghizistan					2006	30	33	32	2006 ¹		20
Lettonie					2007	3	3	3			
Lesotho	18								2004	19	27
Madagascar		2003	16	19	2006	46	45	45	2004	16	19
Malawi	34	2005	36	24					2004	36	24
Mali					2006	22	18	20	2006	22	18
Îles Marshall					2006	8	4	6	2007	39	27
Maurice					2004			22			
Mexique					2002	18	18				
Moldova	19				2006	26	27	26	2005	na	na
Mongolie	32	2005	3	5	2005	17	15	16	2005 ¹		35
Monténégro					2006				2006 ¹		30
Maroc					2007				2003		12
Mozambique					2004	39	25	28	2003	33	20
Namibie					2007	62	65	63	2006	62	65
Népal					2006	44	28	32	2006	44	28
Nicaragua					2007		81	81	2001		22
Niger	5				2006	16	13	14	2006	16	13
Nigéria					2005	25	20	23	2003	21	18
Palaos					2006		27				
Pérou					2006			55	2007		19
Philippines									2003	18	12
Fédération de Russie					2007	33	35	34			
Rwanda	23				2005	54	51	52	2005	54	51

Indicateur UNGASS 13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus											
Pays (ou territoire)	2003	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Ensemble 15-24	Année enquête	Hommes	Femmes
Saint-Kitts-et-Nevis					2006			52			
Sainte-Lucie					2006	61	57	59			
Saint-Vincent-et-les Grenadines					2006	59	40	49			
Sao Tomé-et-Principe	11				2006				2006 ¹		44
Sénégal					2005	24	19	22	2005	26	21
Serbie					2006	20	21	20	2006 ¹		42
Seychelles					2003	59	67	63			
Sierra Leone	16				2005	25		25	2005 ¹		17
Singapour					2007	15	20	17			
Somalie		2004	13	8	2006		4	4	2006 ¹		4
Afrique du Sud	20										
Sri Lanka					2007	10	7	8			
Suriname	27				2006		41	41	2006 ¹		41
Swaziland	27				2007	52	52	52	2007	52	52
République arabe syrienne									2006 ¹		7
Tadjikistan					2007	11	11	11	2005 ¹		3
Thaïlande					2006	47	33	40	2005 ¹		46
Ex-République yougoslave de Macédoine					2007	19	26	22	2005 ¹		27
Togo	20				2007	59	44	51	2006 ¹		28
Trinité-et-Tobago	33				2007			56	2006 ¹		28
Tunisie						26	29	27			
Turquie					2007	35	39	37			
Tuvalu					2005						
Ouganda	28				2006	38	32	33	2006	38	32
Ukraine					2007	39	42	40	2007	43	42
République-Unie de Tanzanie	26								2004	40	45
Uruguay					2007	52	48	50			
Ouzbékistan	3								2006 ¹		31
Viet Nam	25				2005	50	42	46	2005	50	42
Zambie	26	2005	46	41	2007	37	34	35	2007	37	34
Zimbabwe		2003	56	54	2006	46	44	45	2006	46	44

¹ Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

Indicateur UNGASS 14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus¹

UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		
	2005		2007		2005		2007		2005	2007	
	Ensemble	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble	
Argentine	69	67 ⁶							56		
Arménie	49	54 ⁴		54	60	68	69	56	54	74	
Bahamas										45	
Bangladesh	23	31	30	31	14	20 ⁵	20			14	27
Barbade	37 ^{3,4}		37 ³								
Bélarus	24	50 ⁴		50	61	58	51	68	63	56	
Bénin										42	
Bosnie-Herzégovine					22 ⁵	22					
Bulgarie	35 ⁴		35		29	28	34			32	
Burundi	4	44 ^{2,4}	44 ²								
Cameroun	40 ^{2,4}		40 ²								
Chine	24 ⁴	41			36	49	48	52	37	55	
Congo	67								3		
Costa Rica										49	85
Côte d'Ivoire	32 ⁴		32								
Cuba	52		49	61						54	
République démocratique du Congo	30 ^{2,4}		30 ²								
Equateur					47 ³					59 ³	
El Salvador	6								25		
Estonie	83 ^{3,4}		83 ³		75 ³	75 ³	74 ³			60 ³	
Ethiopie	36 ⁴		36								
Gabon	24		13	25							
Géorgie	1	4 ⁴	4	36	41 ⁵	41			0 ²		
Grèce										74	
Guatemala	3 ⁴		3							33	
Guinée	4 ⁴		4								
Guyana	63								67		
Haïti	6 ⁴		6							36	
Honduras	21 ⁴		21							21	
Inde					38						
Indonésie	24	28	37	26	7	58	58	68	43	42	
Iran (République islamique d')	8 ⁴		8		24	24	15				
Jamaïque	26	26 ⁴	26								
Kazakhstan	63 ⁴		63		63	63	63			66	
Kirghizistan	1	36 ⁴	36		64	62	69	7	89		
Republique démocratique populaire lao	21								31 ³		
Lettonie					45	44	50				
Lituanie	24 ⁴		24							39	
Madagascar	30										

Indicateur UNGASS 14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus¹

UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	2005	2007		2005	2007		2005	2007		
Pays (ou territoire)	Ensemble	Ensemble	Hommes		Femmes	Ensemble	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Malaisie		78 ²				98 ²				
Mali	90									
Maurice		2 ^{2,4}				62 ²				48 ²
Mexique		49	54	47						66
Moldova	35	58 ⁴		58	37	64	64	66	38	47
Mongolie		29 ⁴		29						23
Maroc	72				7					
Népal	17	32	41	30	50	66 ⁵	66		27	45
Nigéria		33 ⁴		33		34	34	36		44
Pakistan		10 ³	21 ³	<1 ³		20				
Panama		91	91	92						78
Papouasie-Nouvelle-Guinée		35 ⁴		35						71
Pérou									73	40
Philippines		2		2		26	27	23		10
Roumanie	14	14 ⁴		14	18	30	24	63		45
Fédération de Russie		36 ⁴		36		46	47	43		26
Rwanda		36 ⁴		36						
Sainte-Lucie						13 ³	10 ³	33 ³		
Sao Tomé-et-Principe				72						
Sénégal		41 ⁴		41						
Sri Lanka		10 ⁴		10						20
Suriname		78	75	79						
Swaziland		46 ⁴		46 ⁴						
Suède		46	100	45						
Tadjikistan		41 ⁴		41		46	45	51		
Thaïlande		28	23	29		49				25
Ex-République yougoslave de Macédoine	10	47	67	43	27	34	32	47	34	41
Togo		45	46	42						
Turquie	22									
Ukraine	8	48 ⁴		48	21	47	47	45	49	47
Viet Nam	24	35 ⁴		35	34	38 ^{3,5}	38 ³			55 ³
Zambie		41	41	42						

¹ Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier de 2005 à 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

⁴ Femmes uniquement.

⁵ Hommes uniquement.

⁶ Transsexuel(le)s.

Indicateur UNGASS 15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Pays (ou territoire)	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Ensemble 15-24	Année de l'enquête	Hommes	Femmes
Angola		47	24	2006	36	28	32			
Antigua-et-Barbuda				2006			25			
Argentine				2005	27	19	23			
Arménie				2007	11	<1	3	2005	3	<1
Azerbaïdjan								2006	1	1
Bangladesh				2005	4	1	2			
Barbade		36	26							
Bélarus				2007	8	4	5			
Belize				2006	11	6	9			
Bénin		16	9	2006	13	12	12	2006	13	12
Bosnie-Herzégovine				2006		1		2006 ¹		<1
Bulgarie				2006	13	7	10			
Burkina Faso				2007	3	7	6	2003	4	7
Burundi		14	6	2005		3		2005 ¹		3
Cambodge		<1	<1	2006	<1	1	1	2005	<1	1
Cameroun	2004	23	35	2006		14		2006 ¹		14
Cap-Vert				2005	41	24	30	2005	41	24
République centrafricaine	2004	10	10	2006	20	33	30	2006	13	25
Tchad				2004	19	39	35	2004	10	26
Chili				2006	12	6	9			
Colombie				2007			37	2005		13
Congo	2003	10	10	2005	27	24	24	2005	27	24
Costa Rica				2006	15	7	11			
Cuba				2006	33	15	24			
Chypre				2007	15	1	8			
Côte d'Ivoire	2004	13	15	2005	15	19	18	2005	15	19
République démocratique du Congo				2006	31	23	28	2007	18	18
République dominicaine				2007	24	33	29	2007	24	15
Equateur				2004		10				
El Salvador				2003	54	21	27			
Erythrée								2002		13
Estonie				2007	10	11	10			
Ethiopie		40	42	2005	2	16	12	2005	2	16
Fidji				2007			50			
Gabon				2007	38	14	25	2000	42	24
Gambie				2006		5		2006 ¹		5
Géorgie				2005		2	2			
Allemagne				2006	10	12	11			
Ghana								2006	4	6
Grèce				2007	35	7	24			
Grenade				2006	32	20	25			
Guatemala				2002	20	9	11	1999		10

Indicateur UNGASS 15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans										
Pays (ou territoire)	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Ensemble 15-24	Année de l'enquête	Hommes	Femmes
Guinée	2005	16	18	2007	20	31	25	2005	17	22
Guinée-Bissau				2006		22				
Guyana				2005	30	12	21	2005	13	9
Haïti				2006	43	15	23	2005	43	15
Honduras				2005	19	11	13	2006		11
Inde				2006	2	4	3	2006	2	10
Iran (République islamique d')				2005						
Jamaïque				2004						
Japon				2004	8	9	9			
Kazakhstan				2007	20	3	9			
Kenya	2005	20	17	2003	29	14	21	2003	29	14
Kirghizistan				2007	9	<1	5	2006 ¹		0
Lettonie				2007	16	9	12			
Liban				2004			4			
Lesotho	2004	27	14	2005	12	6	8	2004	13	6
Lituanie				2006	22	10	16			
Madagascar	2003	22	31	2006	33	39	36	2004	9	15
Malawi				2006				2004	14	15
Mali				2006	5	25	6	2006	5	25
Îles Marshall				2006	17	10	14	2007	27	14
Mauritanie				2007		14	14			
Maurice				2004	3	1	2			
Mexique				2005	4	4	4			
Moldova	2005	34	24	2006	8	1	4	2005	9	1
Mongolie	2005	3	<1	2005	3	<1	1			
Monténégro				2007	4	2	3	2006 ¹		<1
Maroc				2007	8	1	5			
Mozambique				2004	26	28	28	2003	26	28
Namibie				2007	18	7	12	2006	18	7
Népal								2006	4	7
Nicaragua				2007		14	14	2001		12
Niger				2006	8	39	25	2006	5	30
Nigéria	2005	5	15	2005	5	15	10	2003	7	21
Pakistan				2006	1	<1				
Palaos				2006		5				
Papouasie-Nouvelle-Guinée				2007	4	4	4			
Pérou				2007			6	2007		6
Philippines								2003	2	1
Roumanie				2006	17	3	10			
Fédération de Russie	2004	17	8	2007	12	3	7			
Rwanda				2005	13	4	7	2005	13	4
Saint-Kitts-et-Nevis				2006	36	10	22			

Indicateur UNGASS 15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans										
Pays (ou territoire)	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Ensemble 15-24	Année de l'enquête	Hommes	Femmes
Sainte-Lucie				2006	32	20	26			
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2005	63	37	2006	31	14	22			
Sao Tomé-et-Principe				2006						
Sénégal				2005	12	9	10	2005	12	9
Sierra Leone				2005	25		25			
Singapour				2007	3	2	2			
Afrique du Sud				2005	5	12	8			
Espagne				2003	18	11	15			
Sri Lanka				2007			3			
Suriname				2006			8			
Swaziland				2007	5	7	6	2007	5	7
Suède				2007	15	21	19			
Suisse				2007	10	7	8			
Tadjikistan				2006	1	<1	1			
Thaïlande		11	7	2006	21	5	13			
Ex-République yougoslave de Macédoine				2007	8	1	5	2006 ¹		<1
Togo				2007	13	10	11	1998	<1	19
Trinité-et-Tobago				2007			12			
Tunisie					7	<1	4			
Turquie				2007						
Turkménistan								2000		<1
Ouganda				2006	12	16	15	2006	12	16
Ukraine				2007	7	3	5	2007	2	1
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord				2001	14	12	13			
République-Unie de Tanzanie				2005	10	13	11	2004	9	12
Uruguay				2007	25	10	18			
Ouzbékistan								1996		1
Viet Nam				2005	1	<1	<1	2005	<1	1
Zambie				2007	16	14	15	2007	16	14
Zimbabwe		9	8	2006	5	5	5	2006	4	5

¹ Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Pays (ou territoire)	2003 ¹					2005 ¹				
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus	
		15-49	15-49	15-24	25-49		15-49	15-49	15-24	25-49
Angola										
Antigua-et-Barbuda										
Arménie	2000	9	<1	4	4	2005	9	<1	6	3
Azerbaïdjan										
Bangladesh										
Bélarus										
Belize										
Bénin	1996		2			2001	22	1	7	8
Bolivie						2003	15	1	10	7
Bosnie-Herzégovine										
Burkina Faso	1999	13	1	9	6	2003	15	1	5	9
Burundi										
Cambodge	2000		<1			2005	6	<1	2	4
Cameroun	1998	41	10	25	25	2004	31	6	15	22
Cap-Vert						2005	36	3	19	19
République centrafricaine										
Tchad	1997	19	1	11	8	2004	17	1	6	10
Chili										
Colombie	2000		3			2005		3		
Comores										
Congo						2005	24	7	15	16
Costa Rica										
Cuba										
Chypre										
Côte d'Ivoire	1998	33	5	19	19	2005	24	4	12	15
République démocratique du Congo										
République dominicaine	1996	16	2	4	6	2002	23	2	13	13
Estonie										
Ethiopie	2000	7	1	3	5	2005	2	<1	1	2
Gabon	2000	24	14	20	18					
Gambie										
Allemagne										
Ghana						2003	10	1	4	7
Grèce										
Grenade										
Guatemala										
Guinée	1999	26	4	15	15	2005	25	2	11	14
Guinée-Bissau										
Guyana						2005	7	1	6	3
Haïti	2000	24	1	11	13	2005	23	1	11	13

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois									
Valeur déclarée par le pays pour 2007							DHS (ou MICS) la plus récente		
Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2006	51	25	38	54	46	26			
2006			55						
							2005	9	<1
							2006	6	<1
2005	18		18	25	25	14			
2007	33	14	21	27	32	15			
2006	13 ²	4 ²	8 ²						
2006	12	35	17	62	30	8	2006	28	
							2003	15	1
2006		8		4	11				
2007	14	1	7	2	6	9	2006 ⁴		1 ²
							2005 ⁴		1 ²
2006	6	<1	3	1	4	3	2005	6	<1
2004	40	8	18	17	20	17	2006 ⁴		5 ²
2005	69	43	52	86	71	36	2005	36	3
2006	24 ²	6 ²	11 ²	6	14				
2004	17	1	8	4	9	10	2004	17	1
2006	12	2	7	6	14	6			
2007		4 ³			35 ³		2005	<1	3
2003	24	4	11			9			
2005	28	8	14	19	16	13	2005	24	7
2006	37	35	39						
2006	35	10	23	22	29	22			
2007	25	6	15						
2005	31	4	16	15	18	16	2005	24	4
2007	22	4	9	10	11	9	2007	17	3
2007	30	4	17	22	25	16	2007	24	3
2007	23	19	21	17	26				
2005	3	<1	2	1	2	2	2005	2	<1
2007	51	38	43	53	36	43			
2006		1 ²					2006 ⁴		1 ²
2007	35	22	29						
2006	22 ²	40 ²	26 ²				2006	8	1
2007	33	8	20	22	48	18			
2006	30	13	21	19	30	16			
2002	13		13	34	19	8			
2005	25	2	8	6	10	8	2005	25	2
2006				5	7		2006 ⁴		6 ²
2005	9	1	5				2005	7	1
2006	23	1	12	7	16	13	2005	23	1

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Pays (ou territoire)	2003 ¹					2005 ¹				
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus	
		15-49	15-49	15-24	25-49		15-49	15-49	15-24	25-49
Honduras						2006		1		
Inde						2006	1	<1	1	1
Jamaïque										
Kazakhstan										
Kenya	1998	24	3	16	11	2003	12	2	7	7
Kirghizistan										
Liban										
Lesotho						2004	21	8	11	16
Lituanie										
Madagascar						2004	17	3	11	9
Malawi	2000	15	1	6	9	2004	9	1	4	6
Mali	1996	13				2001	17	1	5	11
Îles Marshall										
Maurice										
Mexique										
Moldova						2005	11	1	9	4
Mongolie										
Monténégro										
Maroc										
Mozambique						2003	30	5	18	17
Namibie	2000	16	2	9	10					
Népal	2001	3								
Nicaragua	2001		1							
Niger	1998	10	1	7	5					
Nigéria						2003	15	2	5	10
Palaos										
Papouasie-Nouvelle-Guinée										
Pérou	1996	23	<1	4	9	2000		<1		
Philippines						2003	6			
Pologne										
Fédération de Russie										
Rwanda	2000	2	<1	1	2	2005	3	<1	1	2
Saint-Kitts-et-Nevis										
Sainte-Lucie										
Saint-Vincent-et-les Grenadines										
Sénégal						2005	13	1	4	10
Serbie										
Seychelles										
Sierra Leone										
Singapour										

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois									
Année de l'enquête	Valeur déclarée par le pays pour 2007						DHS (ou MICS) la plus récente		
	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2005	16	1	4				2006	<1	1
2006	8	2	5	6	9	4	2006	1	<1
2004	48	11	29						
2007	25	5	15	9	23	15			
2003	12	2	5	3	6	5	2003	12	2
2007	28	2	15	10	21		2006 ⁴		<1 ²
2004	24	4	17						
2005	30	11	16				2004	21	8
2007	43	26	41	<1	<1	41			
2004	20	3	7				2004	17	3
2005	1	1	1	2	1	1	2004	9	1
2006	23	2	5	5	4	1	2006	15	1
2006	23	18	21	19	30		2007	7	3
2004	9	1	5	4	5	6			
2003	8				6	9			
2007	16	2	8	11	19	5	2005	11	1
2005	54		54						
							2005 ⁴		<1 ²
2007	37	2	19	14	27				
2004	52	24	29	60	34	19	2003	30	5
2007	16	3	9	10	15	7	2006	11	2
							2006	2	<1
2007		2	2	1	2	2			
2006	9	1	2	5	4	2	2006	12	1
2005	19	2	10	3	10	14	2003	15	2
2006		9		36	13	5			
2007	13	2	8	6	11	7			
2006	33	12					2007		1
							2003	6	
2005	8	5	7						
2006	20	9	15	16	26	13			
2005	3	<1	2	<1	1	2	2005	3	<1
2006	53	19	36						
2007	42	25	35						
2006	25	10	17	13	32	9			
2005	25	4	8	7	11	7	2005	13	1
2006	42	11	26	32	24	<1	2005 ⁴		3 ²
2003	23	11	17						
2005	9	36	21						
2007	7	2	4	2	10	4			

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Pays (ou territoire)	2003 ¹					2005 ¹								
	Année de l'enquête	Hommes		Femmes		Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes		Femmes		Sexes confondus	
		15-49	15-49	15-24	25-49	15-49	15-49		15-24	25-49				
Afrique du Sud														
Espagne														
Sri Lanka														
Suriname														
Swaziland														
Suède														
Suisse														
Tadjikistan														
Thaïlande														
Togo	1998	21	3	13	13									
Trinité-et-Tobago														
Turquie														
Turkménistan	2000		<1											
Ouganda	1995	8	1	5	4	2001	18	2	6	12				
Ukraine														
Ouzbékistan														
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord														
République-Unie de Tanzanie	1999	29	9	17	20	2004	23	3	10	15				
Uruguay														
Viet Nam						2005	14	2	6	9				
Zambie	1996	27	4	18	12	2002	21	2	10	13				
Zimbabwe	1999	13	2	6	8	2006	9	1	4	6				

¹ Données fournies par MEASURE DHS.² 15-24 ans.³ 25-64 ans seulement.⁴ Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois									
Valeur déclarée par le pays pour 2007							DHS (ou MICS) la plus récente		
Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2005	3	18	10	18	15	8			
2003	27	13	20						
2007	3	<1	2	1	1	3			
2006			3						
2007	23	2	13	15	17	15	2007	14	2
2007	23	23	23	33	34	11			
2007	18	10	14	25	26	10			
2006			6	3	9				
2006	18	1	9	24	18	7			
2007	26	6	16	10	22	17	2006 ⁴		3 ²
2007	94	79	85						
2007		15	15	19	20	11			
							2000		<1
2006	21	2	12	3	9	16	2006	21	2
2007	21	7	14	18	23	11	2007	13	2
							2006 ⁴		<1 ²
2001	25	15	20	30	35	16			
2006	20	5	13	46			2004	23	3
2007	23	11	17	28	35	11			
2005	1	<1	<1	<1	1	<1	2005	14	2
2007	14	1	7	3	7	9	2007	14	1
2006	14	1	7	7	9	6	2006	9	1

Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Pays (ou territoire)	2003 ¹					2005 ¹				
	Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Albanie										
Angola										
Antigua-et-Barbuda										
Argentine										
Arménie	2000	32				2005	58			
Azerbaïdjan										
Bangladesh										
Bélarus										
Bénin	1996		13			2001	23	18	33	17
Bosnie-Herzégovine										
Burkina Faso	1999	55	36	56		2003	43	44	68	33
Burundi										
Cambodge						2005	41			
Cameroun	1998	23	13	27	17	2004	38	35	53	28
Canada										
Cap-Vert						2005	69	57	78	59
République centrafricaine										
Tchad	1997	20	10	22	17	2004	20	7		
Chili										
Colombie	2000		22			2005		31		
Congo						2005	30	23		
Costa Rica										
Cuba										
Chypre										
Côte d'Ivoire	1998	45	23	53	34	2005	38	41	59	26
République démocratique du Congo										
République dominicaine	1996	9	19	7	10	2002	35	33	45	27
Estonie										
Ethiopie	2000	20	11	43	10	2005	9			
Gabon	2000	40	26	41	29					
Gambie										
Allemagne										
Ghana						2003	22	33	39	
Grèce										
Grenade										
Guatemala										
Guinée	1999	24	9	31	17	2005	24	20	38	17
Guinée-Bissau										
Guyana						2005	53	56		
Haïti	2000	21	30	30	16	2005	34	21	49	23

Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Année de l'enquête	Valeur déclarée par le pays pour 2007						DHS (ou MICS) la plus récente		
	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2005									
2006	46	18	32	26	40	31			
2006			87						
2005	48	44	46	48	44				
							2005	58	
2006							2006	26	
								<1	
2005	35		35	42	31	36			
2007	62	60	61	76	68	49			
2006	25	42	32	31	36	29	2006	17	
2006		72		73	71				
2007	36	51	38	69	61	30	1999	55	
2004	55	45	49					36	
2006	40	12	39	83	73	23	2005	41	
2006	55	41	48	61	62	43	2006 ⁴	68 ⁵	
	23	16	19						
2005	72	46	58	70	61	47	2005	69	
2006								57	
2004	20	7					2004	20	
2006	30	18	28	32	34	25		7	
							2005	31	
2005	43	21	30	24	29	35	2005	30	
2006	15	11	13			12		23	
2006	41	33	39	72	53	30			
2007	63	53	61						
2005	52	34	44	47	45	42	2005	38	
2007	26	16	21	16	26	21	2007	16	
								8	
2007	42	33	37	54	44	34	2007	45	
								35	
2007	64	55	61	61	64				
2005	52	24	43	38	47	34	2005	9	
2007	72 ²	70 ²	71 ²	65 ²	73 ²	71 ²			
							2006 ⁴	64 ⁵	
2007			58						
2006	33	54					2006	38	
								35	
2007	71	55	67	61	58	75			
2006	68	52		61	63				
2002				47	58	50			
2005	32	26	31	35	43	27	2005	24	
							2006 ⁴	20	
2005	53	56	53				2005	53	
								56	
2006	34	21	33	41	53	23	2005	34	
								21	

Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Pays (ou territoire)	2003 ¹					2005 ¹				
	Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Honduras						2006		27		
Inde						2006	23	12		
Jamaïque										
Kazakhstan										
Kenya	1998	36	18	38	30	2003	33	12	47	17
Kirghizistan										
Liban										
Lesotho						2004	41	19	47	26
Lituanie										
Madagascar						2004	9	2	12	6
Malawi	2000	14	15	26	7	2004	20	16	32	13
Mali	1996	34				2001	16	14	27	13
Îles Marshall										
Mauritanie										
Maurice										
Mexique										
Moldova						2005	45	22	56	28
Mongolie										
Maroc										
Mozambique						2003	19	14	38	10
Namibie	2000	65	45	72	56					
Népal										
Nicaragua	2001		19							
Niger	1998	26	28							
Nigéria						2003	22	13	34	17
Palaos										
Papouasie-Nouvelle Guinée										
Pérou	2000		15							
Philippines						2003		22		
Rwanda	2000	28	30			2005	8	14		
Saint-Kitts-et-Nevis										
Sainte-Lucie										
Saint-Vincent-et-les Grenadines										
Sao Tomé-et-Principe										
Sénégal						2005	31	21	61	22
Serbie										
Sierra Leone										
Singapour										
Afrique du Sud										
Espagne										

Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Année de l'enquête	Valeur déclarée par le pays pour 2007						DHS (ou MICS) la plus récente		
	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2006	38	32	37				2006		27
2006	67	62	66	61	68	66	2006	23	12
2004	67	53	64						
2007	82	82	82	88	93	77			
2003	33	12	30	48	47	17	2003	33	12
2007	81	75	80	85	78				
2004	72	67	72						
2004	41	19	34	49	40	26	2004	41	19
2007	46	20	44			44			
2004	13	5	8	8	8	8	2004	9	2
2004	47	30	38	35	47	33	2006 ⁴		45 ⁵
2006	38	17	20	19	29	34	2006	12	8
2006	19	15	18	17	19		2007	20	11
2007	10		10						
2004	44	46	44	50	43	43			
2003	20				78	14			
2007	48	60	49	45	50	52	2005	45	22
2005	34		34						
2007	61	75	62	63	61				
2003	19	14	18	28	28	10	2003	19	14
2007	74	66	68	79	76	60	2006	74	66
2006	54						2006	30	
2001		19					2001		19
2006	7	8					2006	7	8
2005	62	44	56	44	56	62			
2006		23				60			
2007	45	26	43	50	49	38			
2006			48	59	43		2007		31
2003	22						2003		22
2005	8	14	8				2005	8	14
2006			67						
2007	48	39	45						
2006	62	52	59	59	59				
2006		57 ³		60	59				
2005	62	37	52	39	51	59	2005	31	21
2006				73	78				
2007	11	26	37						
2007	51	0	42	50	14	51			
2005	67	47	64	80	72	56			
2003	50	42	46						

Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Pays (ou territoire)	2003 ¹					2005 ¹				
	Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Suriname										
Swaziland										
Suisse										
Tadjikistan										
Thaïlande										
Togo	1998	33	21	42	25					
Turquie										
Ouganda	1995	18	8	24	9	2001	24	25		
Ukraine										
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord										
République-Unie de Tanzanie	1999	22	16	25	17	2004	29	21	37	23
Uruguay										
Viet Nam						2005	58			
Zambie	1996	31	18	36	23	2001	27	21	40	20
Zimbabwe	1999	40	46	56	30	2006	36	41	57	24

¹ Données fournies par MEASURE DHS.

² Données sur 2 grandes villes seulement.

³ Femmes de 15-24 ans seulement.

⁴ Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

⁵ 15-24 ans.

Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Valeur déclarée par le pays pour 2007							DHS (ou MICS) la plus récente		
Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2006			49						
2007	56	57	56		62	51	2007	56	57
2007	62	52	58	83	61	48			
2006			65	53	69				
2006	53	14	51	63	49	50			
2007	73	69	73	72	76	71	1998	33	21
2007		58	53	52	71	45			
2006	42	41	42		30	41	2006	42	41
2007	75	61	72	77	64	72	2007	46	48
2001	10	5	7	15	15	5			
2005	50	38	44	38	41		2004	29	21
2007	69	65	68	76	81	56			
	1	0	0	0	1	0	2005	58	
2007	50	37	46	39	49	48	2007	28	33
2006	71	47	64	50	67	68	2006	36	41

Indicateur UNGASS 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client¹

Pays (ou territoire)	2005			2007		
	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Afghanistan				50 ^{3,5}		50 ³
Angola				78 ⁵		78
Arménie	89	100	89	91 ⁵		91
Bangladesh	40	44	32	63	44	67
Barbade				80 ⁵		80
Bélarus	77	100	77	76 ⁵		76
Bénin				83 ⁵		83
Bolivie				88 ⁴	57 ⁴	88 ⁴
Bulgarie				95 ⁵		95
Burkina Faso	96			99	98	99
Burundi	74		74	74 ^{2,5}		74 ²
Cambodge	96		96	99 ⁵		99
Cameroun				74 ^{2,4,5}		74 ^{2,4}
Canada					61 ⁴	80 ⁴
Cap-Vert				74 ⁵		74
Chine			69	82 ⁵		82
Colombie				89	82	97
Comores				59 ⁵		59
Costa Rica				92 ⁵		92
Côte d'Ivoire				96 ⁵		96
Croatie				86 ²		
Cuba				61	63	56
République démocratique du Congo				61 ^{2,5}		61 ²
République dominicaine				96 ²		
Equateur						95
El Salvador				96	89	97
Erythrée				76 ⁵		
Estonie				94 ⁵		94
Ethiopie				87 ⁵		84
Gabon				67	53	67
Géorgie			95	94 ⁵		94
Ghana				98		
Guatemala				96	91	97
Guinée				100 ⁵		100
Guinée-Bissau						60
Guyana				89 ⁵		89
Haiti				90 ⁵		90
Honduras				68	71	66
Inde						88
Indonésie	55	48	56	69	72	68

Indicateur UNGASS 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client ¹						
UNGASS	2005			2007		
Pays (ou territoire)	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Iran (République islamique d')				55 ⁵		55
Jamaïque	84			84		
Kazakhstan				97 ⁵		97
Kirghizistan	81			84 ⁵		84
Republique démocratique populaire lao	83	59	89			
Liban				34 ⁴	47 ⁴	34 ⁴
Lituanie				77 ⁵		77
Madagascar				79		
Malawi				69 ⁵		69
Malaisie				35 ²		
Mali				99 ⁵		99
Maurice				100 ^{2,5}		100 ²
Mexique				96	96	96
Moldova	98			93 ⁵		93
Mongolie	94	50	96	92 ⁵		92
Maroc	38		38	54 ⁵		54
Népal	67			81	93	77
Niger				96 ⁵		96
Nigéria				98 ⁵		98
Pakistan	23	7	37	34	21	45
Panama	92	91	92	76	64	84
Papouasie-Nouvelle-Guinée				94 ⁵		94
Paraguay				76	71	78
Pérou					42	96
Philippines				65	50	65
Pologne						46 ²
Roumanie			85	85 ⁵		85
Fédération de Russie	77			92 ⁵		92
Rwanda				87 ⁵		87
Sao Tomé-et-Principe						60
Sénégal	86		87	99 ⁵		99
Sierra Leone				68 ⁵		68
Singapour						99
Sri Lanka			65	89 ⁵		89
Suriname				70	79	68
Swaziland				98 ⁵		98
Suède				22	100	20
Suisse					72	
Tadjikistan				75 ⁵		75
Thaïlande				96 ^{4,5}		

Indicateur UNGASS 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client¹

Pays (ou territoire)	2005			2007		
	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Ex-République yougoslave de Macédoine	86	88	84	78	93	75
Togo				78	76	84
Turquie				33 ⁵		33
Ukraine	80		80	86 ⁵		86
Ouzbékistan				65 ⁵		65
Viet Nam	90		90	97 ^{4,5}		97 ⁴
Zambie				81	72	82
Zimbabwe				4 ^{4,6}	4 ⁴	

¹ Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier entre 2005 et 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ La période de collecte des données n'est pas définie.

⁴ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

⁵ Femmes uniquement.

⁶ Hommes uniquement.

Indicateur UNGASS 19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin¹

UNGASS	2005	2007
Pays (ou territoire)		
Argentine		91
Arménie	30	84
Australie		58 ^{3,4}
Bahamas		69
Bangladesh	49	24
Bélarus	62	67
Bulgarie		46
Cambodge		86
Chili		29
Chine	41	64
Colombie		80
Congo	23	
Costa Rica		71
Côte d'Ivoire		47
Croatie		53
Cuba		55
République dominicaine		79 ²
Equateur		63
El Salvador		83
Estonie		47
Fidji	20	
Géorgie	54	
Allemagne		58
Ghana		48
Grèce		89
Guatemala		78
Guyana		81
Haïti		73
Honduras		47
Indonésie	48	39
Japon		55
Kazakhstan		66
Kenya		75
Kirghizistan	68	81
Republique démocratique populaire lao		24 ⁴
Liban		39 ⁴
Lituanie		58
Mali		54
Maurice		52 ²

Indicateur UNGASS 19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin¹

UNGASS	2005	2007
Pays (ou territoire)		
Mexique		79
Moldova	63	48
Mongolie	13	67
Népal		74
Nigéria		53
Pakistan	8	24
Panama	84	86
Papouasie-Nouvelle-Guinée		88 ⁴
Pérou	46	47
Philippines		32
Pologne		32 ^{2,4}
Roumanie		73
Fédération de Russie	39	60
Sainte-Lucie		74
Sénégal	45	55 ²
Slovénie		75 ⁴
Sri Lanka		61
Suriname		89
Suède		42 ⁴
Suisse		80 ⁴
Thaïlande		88
Ex-République yougoslave de Macédoine	29	56
Togo		60
Trinité-et-Tobago		47 ²
Turquie		37
Tuvalu		63
Ukraine	72	39
Ouzbékistan		61
Viet Nam		61

¹ Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier de 2005 à 2007.

² La période de collecte des données a débuté avant 2005.

³ La période de collecte des données n'est pas définie.

⁴ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

Indicateur UNGASS 20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ¹			
Pays (ou territoire)	Ensemble	Hommes	Femmes
Argentine	64	63	65
Arménie	56	56	55
Australie	20 ³	20 ³	20 ³
Azerbaïdjan	18 ²		
Bangladesh	44	44	55
Bélarus	59	57	65
Bosnie-Herzégovine	23 ⁴	23	
Bulgarie	19	18	28
Canada	43		
Chine	34 ³	32 ³	43 ³
Estonie	68	66	74
Géorgie	48 ⁴	48	
Grèce	48		
Indonésie	34	34	30
Iran (République islamique d')	33	33	30
Japon	65 ⁴	65	
Kazakhstan	37	37	36
Kirghizistan	11	11	9
Lettonie	38	40	34
Liban	15 ³	15 ³	
Malaisie	5 ²		
Maurice	13 ²	15 ²	0 ²
Mexique	29	27	38
Moldova	68	73	52
Maroc	13	12	21
Népal	38 ⁴	38	
Nigéria	66	66	68
Pakistan		21	
Paraguay	33	33	36
Fédération de Russie	37	39	31
Suède	25	28	19
Suisse	50 ³	53 ³	42 ³
Tadjikistan	36	33	47
Thaïlande	35		
Ex-République yougoslave de Macédoine	51	51	51
Turquie	10	9	13
Ukraine	55	55	56
Ouzbékistan	39	37	50
Viet Nam	36 ^{3,4}	36 ³	

¹ Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier entre 2005 et 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

⁴ Hommes uniquement.

Indicateur UNGASS 21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection¹

Pays (ou territoire)	Ensemble	Hommes	Femmes
Afghanistan	46		
Argentine	65	64	67
Arménie	95	95	93
Australie	71 ⁴		
Azerbaïdjan	77		
Bangladesh	34	34	74
Bélarus	71	71	70
Bosnie-Herzégovine	25 ⁵	25	
Bulgarie	25	26	23
Canada	68 ^{3,4}		
Chine	41	42	32
Géorgie	93 ⁵	93	
Grèce	67		
Indonésie	82 ²	82 ²	89 ²
Iran (République islamique d')	75	75	62
Japon	47 ⁵	47	
Kazakhstan	59	59	58
Kirghizistan	77	76	81
Lettonie	90	87	96
Liban	60 ⁴	63 ⁴	0 ⁴
Malaisie	28 ²		
Maurice	32 ²	32 ²	33 ²
Mexique	14	15	9
Moldova	96	96	95
Maroc	7	7	12
Népal	96 ⁵	96	
Nigéria	89	89	86
Pakistan		28	
Paraguay	80	80	79
Philippines	48	47	63
Roumanie	28 ²	30 ²	17 ²
Fédération de Russie	82	83	81
Suède	38	38	35
Suisse	94 ⁴	95 ⁴	92 ⁴
Tadjikistan	32	35	21
Ex-République yougoslave de Macédoine	73	73	69
Turquie	10	9	13
Ukraine	84	85	81
Ouzbékistan	23	23	25
Viet Nam	89 ⁵	89	

¹ Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier entre 2005 et 2007.

² La collecte des données a débuté avant 2005.

³ La période de collecte des données n'est pas définie.

⁴ Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

⁵ Hommes uniquement.

Indicateur UNGASS 24. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale¹

Pays (ou territoire)	2005					2007				
	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total
Antigua-et-Barbuda						53	57			55 ²
Argentine										90
Arménie						80	100		84	84
Azerbaïdjan						57	43		86	86 ³
Bahamas						68	71	90	68	70
Barbade	93	94			93	93	96		95	95
Bélarus						74	77	97	74	75
Bénin										73
Bolivie						97	96	100	97	97
Bosnie-Herzégovine										100 ³
Botswana			92			82	86			85 ⁴
Bulgarie						89	93	33	97	91
Burkina Faso						77	71	77	73	73
Burundi						77	82	77	81	80
Cambodge								94	87	88
Cameroun						96	96	97	96	96
Cap-Vert						93	86	100	88	89
République centrafricaine						85	85	89	85	85
Chili										89
Chine						84	91	96	85	85
Colombie										76
Comores						40	60	0	100	100 ³
Costa Rica										91
Côte d'Ivoire						86	91	82	90	89
Croatie						100	88	0	97	97
Cuba						96	96	100	96	96
République démocratique du Congo						66	72	62	70	70
Djibouti										82
République dominicaine								89	90	90
El Salvador										85
Erythrée										93
Ethiopie	90	86			89					70
Fidji								100	78	79
Finlande										90
Gabon						50	62	63	58	58
Gambie										92
Géorgie	85	100			88	71	86	75	71	75 ⁵
Allemagne						77	80			78
Grèce						95	96	100	95	96
Grenade						83	100	100	83	88
Guatemala										91
Guinée-Bissau										62

Indicateur UNGASS 24. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale ¹										
Pays (ou territoire)	2005					2007				
	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total
Guyana						70	78	97	73	75
Haïti										84
Honduras										91
Hongrie						99	98	83	99	99
Inde										80
Iran (République islamique d')						78	79	75	78	78
Jamaïque									88	88
Japon										100
Jordanie										98
Kazakhstan						72	61	8	73	68
Kenya										87
Kirghizistan						70	57	100	66	68
Republique démocratique populaire lao						90	90	93	90	90
Liban										100
Lesotho					82	74	75	79	73	74
Lituanie						54	71		58	58
Madagascar					100					94
Malawi					83					69
Malaisie										87
Mali						72	72	72	72	72
Îles Marshall							100		100	100 ³
Mauritanie										92
Maurice						84	90		85	85
Moldova						82	93	88	87	87
Mongolie						67			67	67 ³
Monténégro						75	20		60	60 ³
Maroc										93
Mozambique										97
Namibie					91 ²			82	69	71
Népal										85
Nouvelle-Zélande										98
Nicaragua										100
Niger								36	47	47
Nigéria					98 ⁶			92	95	95
Pakistan										87
Palaos						100	100		100	100 ³
Panama										96
Papouasie-Nouvelle Guinée						67	56	10	67	61
Paraguay						30	14	6	44	49
Pérou						85	87	95	85	85

Indicateur UNGASS 24. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale¹

Pays (ou territoire)	2005					2007				
	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total
Philippines						96	96		96	96
Rwanda										91
Saint-Kitts-et-Nevis										100
Sainte-Lucie					80	100	97	100	98	98
Saint-Vincent-et-les Grenadines						43	80	50	63	62
Sao Tomé-et-Principe						65	82	100	74	75
Sénégal						79	94			89
Seychelles						62	43	100	53	55
Sierra Leone										81
Afrique du Sud										53
Sri Lanka										64
Suriname										80
Swaziland						63	65	65	64	64
Suède										
Suisse						92	84		89	89
Tadjikistan						55	61		57	57
Thaïlande						85	85	88	85	85
Ex-République yougoslave de Macédoine						43	50		44	44 ³
Togo						90	90	90	90	90
Tunisie						93	90			92
Turquie						26	16	3	24	23
Ouganda										88
Ukraine	69	75	70	100	72	73	83	91	76	78
Uruguay										74
Viet Nam								93	81	82
Zambie						87	90	92	88	88
Zimbabwe										93

¹ Les données correspondent à une cohorte avec une survie de 12 mois minimum; les personnes perdues de vue et les décès sont inclus dans le dénominateur sauf indication contraire.

² Représente la survie cumulée.

³ Représente <10 personnes encore en vie et sous traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois.

⁴ Représente une survie de 24 mois (Jan 2005-Déc 2006).

⁵ Représente 2006.

⁶ Représente 8 mois de survie.

RÉFÉRENCES

Chapitre 1 | LE DÉFI MONDIAL DU VIH

Assemblée générale des Nations Unies (2006). *Déclaration politique sur le VIH/sida*. Résolution No A/RES/60/262, adoptée le 2 juin 2006.

Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia – crafting an effective response*. Oxford University Press, New Delhi.

May RM, Anderson RM (1979). Population biology of infectious diseases – Part II. *Nature*, 280:455–461.

McNeil DG (2007). A time to rethink AIDS's grip. *New York Times*, 25 novembre.

OMS (2008). *Major causes of death among children under 5 years of age and neonates in the world, 2000–2003*. Genève, OMS. Disponible sur: http://libdoc.who.int/publications/2005/9241562986_part4.pdf

ONUSIDA (2006). *Définir des objectifs nationaux en vue d'avancer vers l'accès universel*. Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, établissement des rapports 2008*. Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA et al. (2004). *National spending for HIV/AIDS*. Genève, ONUSIDA.

PNUD (2005). *Rapport sur le développement humain*. New York, NY, PNUD.

UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Enfants et sida: deuxième bilan de la situation*. New York, NY, UNICEF.

Chapitre 2 | SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE VIH

Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. Cape Town, Actuarial Society of South Africa.

Adimora AA et al. (2003). Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4):423–439.

Adimora AA et al. (2004). Concurrent sexual partnerships among African Americans in the rural south. *Annals of Epidemiology*, 14(3):155–160.

Agence de la santé publique du Canada (2006). *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 30 juin 2006*. Ottawa (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0606/index_f.html, consulté le 22 mai 2008).

Agence de la santé publique du Canada (2007). *Le VIH et le sida au Canada. Tableaux de surveillance sélectionnés en date du 30 juin 2007*. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/tables0607-fra.php>, consulté le 22 mai 2008).

Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):96–101.

Anderson BA, Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15–64) based on death notification data in South Africa: 1997–2004*. Pretoria, Statistics South Africa (Report No. 03-09-05).

Anonymous (2006). India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876 June 10.

Asamoah-Odei E, Garcia-Celleja JM, Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35–40.

Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG (Report No. 48:891–895).

- Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):311–316.
- Benotsch EG et al. (2004). Drug use and sexual risk behaviors among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *International Journal of STD and AIDS*, 15(5):343–347.
- Boulos D et al. (2006). Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2005. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 32:165–174.
- Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*, 94(4):278–279.
- Brahmbhatt H et al. (2006). Mortality in HIV-infected and uninfected children of HIV-infected and uninfected mothers in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41(4):504–508.
- Bravo-Garcia E, Magis-Rodriguez C, Saavedra J (2006). *New estimates in Mexico: more than 180,000 people living with HIV*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0411).
- Brucková M et al. (2007). HIV/AIDS in the Czech Republic, 2006. *Eurosurveillance Weekly Release*, 12(4).
- Carael M et al. (2004). Sexual networks and HIV in four African populations: the use of a standardised behavioural survey with biological markers. In: Morris M, ed. *Network Epidemiology: a handbook for network survey design and data collection*. Oxford, Oxford University Press.
- Caribbean Commission on Health and Development (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th Meeting of the CARICOM Heads of Government: Overview*. 3–6 juillet, Sainte-Lucie.
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétienville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro.
- Central Bureau of Statistics [Kenya], Ministry of Health [Kenya] and ORC Macro (2004). *Kenya Demographic and Health Survey 2003*. Calverton. Central Bureau of Statistics [Kenya], Ministry of Health [Kenya] and ORC Macro.
- Central Statistical Office [Swaziland] and Macro International Inc (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006–2007: preliminary report*. Calverton (June).
- Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS (2004). *Status and trends, analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic, 1982–2002*. Trinité-et-Tobago. Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS.
- Centre d'Évaluation et de Recherche Appliquée (CERA) et Family Health International (2006). *Résultats préliminaires*. Enquêtes de Surveillance des Comportements. Haïti 2006, FHI BSS III.
- Centro de Estudios Sociales y Demograficos et al. (2007). *Republica Dominicana Encuesta Demografica y de Salud 2007 Informe Preliminar*. Novembre. Saint-Domingue et Calverton.
- Chandrasekaran P et al. (2006). Containing HIV/AIDS in India: the unfinished agenda. *Lancet Infectious Diseases*, 6(8):508–521.
- Chen L et al. (2007). Sexual Risk Factors for HIV Infection in Early and Advanced HIV Epidemics in Sub-Saharan Africa: Systematic Overview of 68 Epidemiological Studies. *PLoS ONE*, 2(10):e1001.
- Choi SYP, Cheung YW, Chen K (2006). Gender and HIV risk behaviour among intravenous drug users in Sichuan province, China. *Social Science and Medicine*, 62(7):1672–1684.
- Coffee M, Lurie MN, Garnett GP (2007). Modelling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa. *AIDS*, 21(3):343–350.
- Cohen J (2006). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.
- Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. New Delhi, Oxford University Press.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2006). *Relatório de actividades por 2005*. Maputo, Ministério de Saúde.
- de Walque D (2007). Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33(3):501–523.

- Department of Health [South Africa] (2007). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2006*. Pretoria. Department of Health [South Africa].
- Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:236–240.
- Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. Medical Research Council (September) (<http://www.mrc.ac.za/bod/>, consulté le 8 mai 2008).
- Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25–32.
- Elrashied S (2006). *Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract TUPE0509).
- EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No 73).
- EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No 72).
- EuroHIV (2007a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2007, No 76*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice (No 76) (<http://www.eurohiv.org>, consulté le 8 mai 2008).
- EuroHIV (2007b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 75*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice (No 75) (<http://www.eurohiv.org>, consulté le 8 mai 2008).
- Federal Ministry of Health [Nigeria] (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper*. Abuja (avril). Federal Ministry of Health [Nigeria].
- Fonseca ME et al. (2006). Os programas de reducao de danos ao uso de drogas no Brasil: caacterizacao preliminar de 45 programas. *Caderna de Saude Publica*, 2(4):761–770.
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, Supplement 82(1):14–20. Avril.
- Garnett GP and Johnson AM (1997). Coining a new term in epidemiology: concurrency and HIV. *AIDS*, 11(5):681–683.
- Gebre Y et al. (2006). *Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: Survey of female sex workers* XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0313).
- Girault P et al. (2004). HIV, STIs and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Education and Prevention*, 6(1):31–44.
- Gomes do Espirito Santo ME and Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–344.
- Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(2):242–247.
- Gouws E et al. (2006). Short-term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii5I–iii5.
- Gouws E et al. (sous presse). Comparison of adult HIV prevalence from national population-based surveys and antenatal clinic surveillance in countries with generalized epidemics: implications for calibrating surveillance data. *Sexually Transmitted Diseases*. Supplément sous presse.
- Gregson S et al. (2007). Critique of early models of the demographic impact of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa based on contemporary empirical data from Zimbabwe. *Proceedings of the National Academy of Science*, Aug 30; 1776–1795.
- Gupta A et al. (2006). Same-sex behavior and high rates of HIV among men attending sexually transmitted infection clinics in Pune, India, (1993–2002). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(4):483–490.

- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1-i8.
- Halperin DT, Epstein H (2007). Why is HIV prevalence so severe in Southern Africa? The role of multiple concurrent partnerships and lack of male circumcision: implications for AIDS prevention. *Southern African Journal of HIV Medicine*, March:19–25.
- Hamers FF et al. (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(47).
- Hamouda O et al. (2007). Epidemiology of HIV infections in Germany. *Bundesgesundheitsblatt*, 50(4):399–411.
- Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJF (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD and AIDS*, 15:7–16.
- Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Malawi – putting the epidemic in context*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0062).
- Helleringer S, Kohler HP (2007). Sexual network structure and the spread of HIV in Africa: evidence from Likoma Island, Malawi. *AIDS*, 21(17):2323–2332.
- Hesketh T et al. (2006). *Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDD0591).
- Hosegood V et al. (2007). The effects of high HIV prevalence on orphanhood and living arrangements of children in Malawi, Tanzania, and South Africa. *Population Studies (Cambridge)*, 61(3):327–336.
- IDES et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo, Uruguay*. Montevideo, Ministry of Health.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, and Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.
- Institute of Medical Research (2007). *“It’s in Every Corner Now”: A nationwide study of HIV, AIDS and STIs*. Gorokoa, Papua New Guinea Institute of Medical Research, Operational Research Unit.
- Kengeya-Kayondo JF et al. (1995). Human immunodeficiency virus (HIV-1) seropositivity among children in a rural population of south-west Uganda: probable routes of exposure. *Annals of Tropical Paediatrics*, 15:115–120.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.
- Kilani B et al. (2003). *Sero-epidemiology of HCV-HIV co-infection in Tunisia*. IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. 13–16 July. *Antiviral Therapy*, 8(Suppl. 1):S452–S453 (Abstract No. 952) (<http://www.aegis.org/conferences/IASHIVPT/2003/952.html>, consulté le 8 mai 2008).
- Kintin FD et al. (2004). *Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires masculins à Ouagadougou, Burkina Faso*. Ouagadougou, Conseil national de lutte contre le sida et les IST, CIDA, CCSID (Novembre).
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):136–141.
- Kiwanuka N et al. (2004). The incidence of HIV-1 associated with injections and transfusions in a prospective cohort, Rakai, Uganda. *AIDS*, 18(2):342–344.
- Ladnaya NN (2007). The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. Presentation to Mapping the AIDS Pandemic meeting. June 30. Moscow.
- Lagarde E et al. (2001). Concurrent sexual partnerships and HIV prevalence in five urban communities of sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15(7):877–884.
- Lee RK et al. (2006). *Risk behaviours for HIV among men who have sex with men in Trinidad and Tobago*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDD0366).
- Liu H et al. (2006). Drug users: Potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, in China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117.

- Lu F et al. (2006). *HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing?* XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract MOPE0462).
- Lurie MN et al. (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, 17:2245–2252.
- Magis C et al. (2006). *HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0336).
- Maibani-Michie G and Yeka W (2005). *A Baseline Research for Poro Sapot Project: A Program for Prevention of HIV/AIDS among MSM in Port Moresby and FSW in Goroka and Port Moresby Papua New Guinea*. Papua New Guinea (IMR/FHI Research Report to USAID).
- Malamba SS et al. (1994). Risk factors for HIV-1 infection in adults in a rural Ugandan community: a case-control study. *AIDS*, 8(2):253–257.
- Marston M et al. (2007). Estimating 'net' HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS*, November 21(Suppl. 6):S65–S71.
- Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología*, 23(4):321–329.
- Mason E (2006). Positioning paediatric HIV in the child survival agenda. Présentation à une consultations UNICEF–OMS. 11-13 janvier. New York, NY, UNICEF.
- McFarland W, Mvere D, Katzenstein D (1997). Risk factors for prevalent and incident HIV infection in a cohort of volunteer blood donors in Harare, Zimbabwe: implications for blood safety. *AIDS*, 11(Suppl. 1):S97–S102.
- Medical Research Council (2005). *South African national burden of disease study 2000*. Cape Town, Medical Research Council (<http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm>, consulté le 8 mai 2008).
- Mejía A et al. (2006). *HIV seroprevalence and associated risk factors in men who have sex with men in the Villavicencio city, Colombia, 2005*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0734).
- Michelo C et al. (2006). Steep HIV prevalence declines among young people in selected Zambian communities: population-based observations (1995–2003). *BMC Public Health*, 10 November (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/279>, consulté le 8 mai 2008).
- Mimouni B, Remaoun N (2006). *Etude du lien potentiel entre l'usage problématique de drogues et le VIH/sida en Algérie 2004–2005*. Alger, Ministère de l'Éducation.
- Ministère de la Santé [Maroc] (2007). *Surveillance sentinelle du VIH: Résultats 2006 et tendances de la séroprévalence du VIH*. Janvier. Rabat.
- Ministère de la Santé du Mali (2006). *Résumé des résultats de l'enquête ISBS 2006*. Bamako.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire, CDC/RETRO–CI/MEASURE Evaluation (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005*. Abidjan.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (2007). *Etude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007*. Juillet. Port au Prince.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA Grupo Tematico (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000–2005*. Mayo. Bogotá, Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA Grupo Tematico.
- Ministerio de Salud de Perú (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de Salud de Perú, Directorate of Epidemiology.
- Ministerio de Salud de Perú (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control*. Lima (Noviembre).

- Ministry of Health [Botswana] (2006). *2006 Botswana Second-Generation HIV/AIDS Surveillance Technical Report*. Gaborone.
- Ministry of Health [Cambodia] (2006). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia, 2003*. Phnom Penh (July). Ministry of Health [Cambodia].
- Ministry of Health [China] (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health China, ONUSIDA, OMS.
- Ministry of Health [Egypt], USAID, Impact and FHI (2006). *HIV/AIDS Biological and Behavioral Surveillance Survey; Summary Report; Egypt 2006*. Cairo, National AIDS Programme.
- Ministry of Health [Guyana] (2005). *Behavioural surveillance survey, Round I: 2003/2004 – Executive Summary*. Georgetown. Ministry of Health [Guyana].
- Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Jakarta. Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia.
- Ministry of Health [Kazakhstan] et al. (2005). Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan. Almaty (en russe).
- Ministry of Health [Kenya] (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Nairobi, National AIDS and STI Control Programme (NASCOPI).
- Ministry of Health [New Zealand] (2007). *AIDS – New Zealand*. February. Auckland (Issue 59) (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/aids-nz-issue59>, consulté le 8 mai 2008).
- Ministry of Health [Pakistan] (2006). *Integrated biological and behavioural surveillance: A pilot study in Karachi and Rawalpindi, 2004–2005*. Islamabad, Ministry of Health.
- Ministry of Health [Syria], UNODC, UNAIDS (2007). *Assessment on Drug Use and HIV in Syria*. Damascus (Draft Report, July). Ministry of Health [Syria], UNODC, ONUSIDA.
- Ministry of Health [Uganda], ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. Kampala and Calverton (March). Ministry of Health [Uganda], ORC Macro.
- Ministry of Health [Ukraine] (2007). *HIV infection in Ukraine: Information bulletin no. 27*. Kyiv, Ukraine. Ministry of Health [Ukraine].
- Ministry of Health [Ukraine] (2008). *Ukraine: National Report on Monitoring Progress Towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Reporting Period: January 2006 - December 2007)*. Kyiv, Ukraine. Ministry of Health [Ukraine].
- Ministry of Health [Uzbekistan] (2007). *Strategic Programme of Response to HIV in the Republic of Uzbekistan for 2007–2011*. Tashkent. Ministry of Health [Uzbekistan].
- Ministry of Health [Viet Nam] (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Ministry of Health [Viet Nam] (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi. Ministry of Health [Viet Nam].
- Ministry of Health [Zambia] (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994–2004*. November. Ministry of Health [Zambia]. Lusaka. Ministry of Health [Zambia].
- Ministry of Health and Child Welfare [Zimbabwe] (2007). *2006 ANC preliminary report*. Harare. Ministry of Health and Child Welfare [Zimbabwe].
- Ministry of Health and Medical Education [Iran] (2005). *AIDS/HIV Surveillance Report*. September. Tehran, Centre for Disease Management.
- Ministry of Health and Population [Malawi] (2005). *HIV and syphilis sero survey and national HIV prevalence estimates report*. Lilongwe, Ministry of Health and Population Malawi.
- Ministry of Health and Social Security [Dominica] (2007). *HIV/AIDS epidemiology and information in Dominica*. Roseau. Ministry of Health and Social Security [Dominica].

- Mishra V et al. (2007). HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS*, November 21(Suppl. 7):S17–S28.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.
- Morris M, Kretzschmar M (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV. *AIDS*, 11(5):641–648.
- Mulder DW et al. (1996). Post-natal incidence of HIV-1 infection among children in a rural Ugandan population: no evidence for transmission other than mother to child. *Tropical Medicine and International Health*, 1:81–85.
- National AIDS Commission [Indonesia] (2006). *Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005*. Jakarta. National AIDS Commission [Indonesia].
- National AIDS Commission [Malawi] (2007). *Report of the Malawi Triangulation Project: Synthesis of data on trends in the national and local HIV epidemic and the reach and intensity of prevention efforts*. Lilongwe, National AIDS Commission, OMS, University of California San Francisco, ONUSIDA, United States Centers for Disease Control and Prevention (January).
- National AIDS Control Council [Kenya] (2007). *National HIV prevalence in Kenya*. Nairobi (July). National AIDS Control Council [Kenya].
- National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] (2007). *The 2007 consensus report on the HIV epidemic in Papua New Guinea*. Port Moresby. National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea].
- National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] and National HIV/AIDS Support Project (2007). *HIV/AIDS Behavioural Surveillance Survey Within High Risk Settings Papua New Guinea: BSS Round 1, 2006*. Port Moresby. National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] and National HIV/AIDS Support Project.
- National AIDS Program [Argentina] (2005). *Epidemiological surveillance report*. Buenos Aires (December). National AIDS Program [Argentina]
- National AIDS Program [Paraguay] (2006). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on clients of female sex workers and injecting drug users*. National AIDS Program Paraguay, PRONASIDA. Asunción.
- National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: trends results, and estimates*. Phnom Penh. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs.
- National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007a). *Australian HIV Surveillance Report*, 23(1) January.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007b). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2007*. Sydney, NSW, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales. Canberra, ACT, Australian Institute of Health and Welfare.
- National Council for Population and Development, Central Bureau of Statistics, Macro International Inc (1999). *Kenya Demographic and Health Survey 1998*. Calverton, MD. National Council for Population and Development, Central Bureau of Statistics, Macro International Inc.
- National Institute of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation (2007). *Annual HIV Sentinel Surveillance Country Report 2006*. New Delhi. National Institute of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation.
- Ndetei D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: a rapid situation assessment 2004*. Nairobi, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- Newell ML et al. (2004). Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 364(9441):1236–1243.

- Nguyen TA et al. (sous presse). Prevalence and risk factors associated with HIV infection among men having sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS and Behavior*, sous presse (June 27).
- Notkola V, Timaeus IM, Siiskonen H (2004). Impact on mortality of the AIDS epidemics in northern Namibia assessed using parish registers. *AIDS*, 18:1061–1065.
- Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851–854.
- Odek-Ogunde M (2004). *World Health Organization phase II drug injecting study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi*. Nairobi, OMS.
- Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.
- OMS (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – travailler ensemble pour la santé*. Genève (<http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>, consulté le 22 mai 2008). OMS.
- OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. New Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (mars) (<http://www.searo.who.int/hiv-aids>, consulté le 8 mai 2008).
- ONUDC (2005). *Afghanistan drug use survey 2005*. Kaboul. ONUDC.
- ONUSIDA (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. Genève (Novembre). ONUSIDA.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève. ONUSIDA.
- ONUSIDA Groupe de référence sur les estimations, modèles et projections (2002). *Improving estimates and projections of HIV/AIDS* (<http://www.epidem.org/Publications/Madrid%20report.pdf>, consulté le 24 avril 2008).
- ONUSIDA Groupe de référence sur les estimations, modèles et projections (2006). *Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification* (<http://www.epidem.org/Publications/Prague2006report.pdf>, consulté le 24 avril 2008).
- Organisation panaméricaine de la Santé (2007). *AIDS in the Americas: The evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC. Organisation panaméricaine de la Santé.
- Over M et al. (2007). The economics of effective AIDS treatment in Thailand. *AIDS*, 21(Suppl. 4):S105–S116.
- Pando MA et al. (2006). Epidemiology of human immunodeficiency virus, viral hepatitis (B and C), *Treponema pallidum*, and human T-cell lymphotropic I/II virus among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(5):307–313.
- Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast*. Saint Petersburg. Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology.
- Pisani E et al. (2004). HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sexually Transmitted Infections*, 80(6):536–540.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2008). *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision* (<http://esa.un.org/unpp>, consulté le 10 mars 2008).
- Population Services International (2007). *Assessment of key health behaviors, their determinants and exposure to preventive interventions among street-based sex workers in Samara and Saratov, Russian Federation*. Moscou, Population Services International.
- Prestage G, et al. (2006). *Trends in unprotected anal intercourse among Sydney gay men*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract WEPE0721).
- Programa Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH/Sida (2006). *Actualización de la situación nacional hasta el 31 de Dic 2006*. Diciembre. Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP. La Habana.
- Ramesh B et al. (2006). *Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract WEAC0305).

- Reid G, Kamarulzaman A, Sran SK (2007). Malaysia and harm reduction: the challenges and responses. *International Journal of Drug Policy*, 18(2):136–140.
- Rhodes T et al. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15(1):1–16.
- Robert Koch Institut (2007). *Epidemiologisches Bulletin*. Berlin (5 octobre).
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4–6):94–97.
- Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):741–750.
- Sanchez J et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 44(5):578–585.
- Sanchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15–S22.
- Sanders EJ et al. (2007). HIV-1 infection in high risk men who have sex with men in Mombassa, Kenya. *AIDS*, 21:2513–2520.
- Sandoy IF et al. (2007). Associations between sexual behaviour change in young people and decline in HIV prevalence in Zambia. *BMC Public Health*, 23 April (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-60.pdf>, consulté le 8 mai 2008).
- Scherbinska A (2006). *HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0398).
- Schmid GP et al. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363:482–488.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Santo Domingo.
- Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales*. Agosto. Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*. Julio. Tegucigalpa.
- Silva ACM, Barone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482–488.
- Silverman JG et al. (2006). HIV prevalence and predictors among rescued sex-trafficked women and girls in Mumbai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(5):588–93.
- Silverman JG et al. (2007). HIV prevalence and predictors of infection in sex-trafficked Nepalese girls and women. *Journal of the American Medical Association*, 298(5):536–342.
- Smolskaya TT (2006). *Studying HIV prevalence and risks among men having sex with men in Moscow and Saint Petersburg*. Saint Petersburg, Saint Petersburg Scientific and Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after Pasteur, Organisation mondiale de la santé.
- Smolskaya TT et al. (2004). Sentinel HIV surveillance among risk groups in Azerbaijan, Moldova and Russian Federation. Bureau regional de l'OMS pour l'Europe.
- Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 46(1):101–111.
- Statistics Indonesia and Ministry of Health [Indonesia] (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Jakarta. Statistics Indonesia and Ministry of Health.
- Statistics South Africa (2005). Mortality and causes of death in South Africa, 1997–2003: Findings from death notification. Pretoria (<http://www.statssa.gov.za/publications/P03093/P03093.pdf>, consulté le 8 mai 2008).

- Statistics South Africa (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: Findings from death notification*. Pretoria, Statistics South Africa.
- Statistics South Africa (2007). *Mid-year population estimates 2007*. Pretoria, Statistics South Africa (July, statistical release P0302).
- Stover J et al. (2006). Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):45-50 June.
- Stover J et al. (sous presse). The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sexually Transmitted Infections*. Supplément sous presse.
- Sulliman FT, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Report of the rapid situation assessment and responses on drug use in Mauritius and Rodrigues*. Mauritius, Ministry of Health.
- Taha TE et al. (2000). Association of HIV-1 load and CD4 lymphocyte count with mortality among untreated African children over one year of age. *AIDS*, 14(4):453–459 March.
- Todd CS et al. (2007). HIV, Hepatitis C, and Hepatitis B infections and associated risk behavior in injection drug users in Kabul, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases*, 13(9):1327–1331.
- Toro-Alfonso J and Varas-Díaz N (2008). *Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana*. USAID and Proyecto Conecta. Santo Domingo.
- Tuang NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 85(1):35–41.
- Uganda Bureau of Statistics, Macro International Inc (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, MD. Uganda Bureau of Statistics, Macro International Inc.
- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2007). *Testing Times: HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007*. London, Health Protection Agency, Centre for Infections.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2007). *HIV/AIDS surveillance report: Cases of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas, 2005*. Atlanta, Georgia, Centers for Disease Control and Prevention (Revised June 2007, Vol 17).
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–848.
- Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19(18):2133–2140.
- Wawer MJ et al. (1994). Incidence of HIV-1 infection in a rural region of Uganda. *British Medical Journal*, 308(6922):171–173.
- Wawer MJ et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191:1403–1409.
- Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709–716.
- Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342–346.
- Zulu KP, Bulawo ND, Zulu W (2006). *Understanding HIV risk behaviour among men who have sex with men in Zambia*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract WEPE0719).

Chapitre 3 | GESTION DES CAUSES SOCIÉTALES DU RISQUE ET DE LA VULNÉRABILITÉ PAR RAPPORT AU VIH

- Barker G, Ricardo C, Nascimento M (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Bärnighausen T et al. (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. *AIDS*, 21(Suppl. 7):S29–S38.

- Blumenthal SJ (2008). *Women, HIV/AIDS and stigma: results from a national survey*. (http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PDF/pdf/000/000/181-1.pdf, consulté le 10 avril 2008).
- Bott S, Morrison A, Ellsberg M (2005). *Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis*. Washington DC, Banque mondiale (World Bank Policy Research Working Paper, No. 3618).
- Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (2005). *Broken bodies, broken dreams: violence against women exposed*. New York, Bureau des Nations Unies pour la coordination des Affaires humanitaires.
- Burns B, Mingat A, Rakotomalala R (2003). *Achieving universal primary education by 2015: a chance for every child*. Washington DC, Banque mondiale.
- Burris S et al. (2007). *Do criminal laws affect HIV risk behavior? An empirical trial*. 1st Annual Conference on Empirical Legal Studies. (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=913323, consulté le 25 avril 2008).
- Carpano C, Izumi K, Mathieson K (2007). *Gender, property rights and livelihoods in the era of AIDS*. Consultation technique, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture. 28–30 novembre.
- CEDPA (2001). *Adolescent girls in India choose a better future: an impact assessment*. Washington DC, Centre for Development and Population Activities.
- Chan J (2006). Criminal law and HIV transmission or exposure: 10 new cases. *HIV/AIDS Policy and Law Review*, 11:45–47.
- Chen S, Ravallion M (2004). *How have the world's poorest fared since the early 1980s?* Washington DC, Banque mondiale.
- CIRF (2006b). *Information bulletin: reducing women's and girls' vulnerability to HIV/AIDS by strengthening their property and inheritance rights*. Mai. Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.
- CIRF (2006a). *HIV/AIDS stigma: finding solutions to strengthen HIV/AIDS programs*. August. Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.
- CIRF et Instituto Promundo (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.
- Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006a). *Tenir les promesses: un programme d'action sur les femmes et le sida*. Genève, ONUSIDA.
- Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006b). *La sécurité matérielle des femmes - Echec au sida*. Genève, ONUSIDA (Dossier thématique n° 3).
- Commission des déterminants sociaux de la santé (2007). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes: interim statement*. Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé.
- Deiningner K (2003). Does cost of schooling affect enrollment by the poor? Universal primary education in Uganda. *Economics of Education Review*, 22(3):291–305.
- Duvvury N, Knoess J (2005). *Gender based violence and HIV/AIDS in Cambodia: links, opportunities and potential responses*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.
- FIPF et al. (2008a). *The people living with HIV stigma index: user guide*. Londres, Fédération internationale pour la Planification familiale
- FIPF et al. (2008b). *The people living with HIV stigma index: questionnaire*. Londres, Fédération internationale pour la Planification familiale.
- Ford K et al. (2004). Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(6):487–498.
- Funders for Lesbian and Gay Issues (2007). *Lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex grantmaking in the global South and East*. New York, Funders for Lesbian and Gay Issues.
- Gable L et al. (2007). *Legal aspects of HIV/AIDS: a guide for law and policy reform*. Washington DC, Banque mondiale.

- García-Moreno C et al. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Gillespie S, Kadiyala S, Greener R (2007). Is poverty or wealth driving HIV transmission? *AIDS*, 21(Suppl. 7):S5–S16.
- GNP+, THT (2005). *Criminalisation of HIV transmission in Europe: a rapid scan of the laws and rates of prosecution for HIV transmission within signatory States of the European Convention of Human Rights*. The Global Network of people living with HIV/AIDS and Terrence Higgins Trust (<http://www.gnpplus.net/criminalisation/rapidscan.pdf>, consulté le 25 avril 2008).
- Gupta, GR (2005). *Luncheon remarks on women and AIDS*. InterAction Forum. Washington DC, InterAction.
- Hallman K (2004). *Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behaviours among young women and men in South Africa*. New York, Population Council (Policy Research Division Working Paper, No.190).
- Hallman K (2005). Gendered socioeconomic conditions and HIV risk behaviors among young people in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 4(1):37–50.
- Hargreaves JR, Boler T (2006). *Girl power: girls' education, sexual behaviour and AIDS in Africa*. Johannesburg, ActionAid International.
- Hargreaves JR et al. (2008). Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 22:403–414.
- Heywood MJ (2002). *Litigating AIDS: background, strategies and outcomes of the Treatment Action Campaign's (TAC) case to prevent mother to child HIV transmission in South Africa*. 14^{ème} Conférence internationale sur le Sida, 7 –12 juillet, Genève, International AIDS Society.
- Human Rights Watch (2006). *Rhetoric and risk: human rights abuses impeding Ukraine's fight against HIV/AIDS*. New York, Human Rights Watch.
- Human Rights Watch (2007). *Hidden in the mealie meal: gender-based abuses and women's HIV treatment in Zambia*. New York, Human Rights Watch.
- Institute of Medicine (2008). *Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda. Workshop Summary*. National Academies Press, Washington DC.
- Jenkins C, Sarkar S (2007). *Interventions for HIV prevention and support for vulnerable populations: focus on Asia and the Pacific*. Bangkok, Alternate Visions.
- Jewkes R et al. (2007). *Evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention*. Pretoria, South African Medical Research Council.
- Jones P (2005). «A Test of Governance»: rights-based struggles and the politics of HIV/AIDS policy in South Africa. *Political Geography*, 24(4):419–447.
- Kaai S et al. (2007). *Changes in stigma among a cohort of people on antiretroviral therapy: findings from Mombasa, Kenya*. Nairobi, Population Council (résumé de recherche Horizons).
- Kruger V (2003). *MAP evaluation report*. Johannesburg, EngenderHealth.
- Liu H et al. (2006). Understanding interrelationships among HIV-related stigma, concern about HIV infection, and intent to disclose HIV serostatus: a pretest-posttest study in a rural area of eastern China. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(2):133–142.
- Lopman B et al. (2007). HIV incidence and poverty in Manicaland, Zimbabwe: is HIV becoming a disease of the poor? *AIDS*, 21(Suppl. 7):S57–S66.
- Ma W et al. (2007). Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, Chine. *AIDS*, 21(Suppl. 8):S129–135.
- Mahendra VS et al. (2006). *Reducing AIDS-related stigma and discrimination in Indian hospitals*. New Delhi, Population Council (rapport final de Horizons).
- Mahendra VS et al. (2007). Understanding and measuring HIV related stigma in healthcare settings: a developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(2):616-625.

- Mann J et Tarantola D eds (1996). *AIDS in the world II: global dimensions, social roots and response*. New York, Oxford University Press.
- Marmot MG (2006). Status syndrome: a challenge to medicine. *Journal of the American Medical Association*, 295:1304–1307.
- McCrummen S (2007). Prevalence of rape in E. Congo described as worst in world. *Washington Post*, 9 septembre.
- Medley A et al. (2004). Rates, barriers and outcomes of HIV sero-disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 82(4):299–307.
- Mercy JA et al. (2008) Preventing Violence in Developing Countries: A Framework for Action, in Institute of Medicine, *Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda, Workshop Summary*. National Academies Press, Washington DC.
- Merson MH et al. (sous presse). The History and Challenge of HIV Prevention. *Lancet*.
- Mills EA (2006). From the physical self to the social body: expressions and effects of HIV-related stigma in South Africa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16:498–503.
- Mishra V et al. (2007). HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 21(Suppl.7):S17–S28.
- Nyblade L et al. (2003). *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.
- Oanh KTH et al. (2008). *Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination*. New York, Population Council.
- OMS (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ONUSIDA (2002). *Droit pénal, santé publique et transmission du VIH: Etude des politiques possibles*. Genève, ONUSIDA (Collection de l'ONUSIDA sur les Meilleures Pratiques).
- ONUSIDA (2003). *Aide-mémoire sur la stigmatisation et la discrimination*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007a). *Guide pratique pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Mars. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007b). Présentation d'orientations politiques sur les questions de sexospécificité, à la 20^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme. 25–27 juin 2007. Genève, ONUSIDA (http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/policy_guidance_address_gender_issues_item4_2_fr.pdf, consulté le 8 mai 2008).
- ONUSIDA (2007c). *Report of the UNAIDS technical consultation on social change communication*. 2-3 août 2007. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007d). *Le point sur l'épidémie de sida 2007*. Décembre. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes, A resource for national stakeholders in the HIV response*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA et al. (2008). *Eliminer les mutilations génitales féminines: Déclaration interinstitutions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Open Society Institute (2006a). *Fostering enabling legal and policy environments to protect the health and human rights of sex workers*. Report of a meeting co-sponsored by the Sexual Health and Rights Project & Law and Health Initiative. Johannesburg, South Africa. New York, Open Society Institute.
- Open Society Institute (2006b). *Sex worker health and rights: where is the funding? Sexual health and rights project*. New York, Open Society Institute.
- Ottosson D (2007). *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. Brussels, International Lesbian and Gay Association.

- Pardasani MP (2005). HIV prevention and sex workers: an international lesson in empowerment. *International Journal of Social Welfare*, 14:116–126.
- Peacock D, Levack A (2004). The men as partners program in South Africa: reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health. *International Journal of Men's Health*:173-188.
- Pearhouse R (2007). Legislation contagion: the spread of problematic new HIV laws in Western Africa. *HIV/AIDS Policy and Law Review*, 12:1–11.
- Physicians for Human Rights (2007). *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland*. Physicians for Human Rights, Cambridge (USA).
- Piot P, Greener R, Russell S (2007). Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development. *PLoS Medicine*, 4(10):e314.
- PNUD (2007). *Rapport 2007/2008 sur le développement humain*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement.
- Population Council (2006). *Reducing stigma and discrimination in hospitals: positive findings from India*. Washington DC, Population Council.
- Population Reference Bureau (2007). *World population data sheet*. (<http://www.prb.org/Datafinder.aspx>, consulté le 28 mars 2008).
- Pronyk J et al. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 368:1973–1983.
- Pulerwitz J et al. (2006). *Promoting more gender-equitable norms and behaviours among young men as an HIV/AIDS prevention strategy*. Washington DC, Population Council (Horizons rapport final).
- Pulerwitz J, Barker G (2008). Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil. *Men and Masculinities*, 10:322–338.
- Raise Initiative (Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies) (2007). *Fact sheet: gender based violence* (http://www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs_gbv.pdf, consulté le 8 mai 2008).
- Reis C et al. (2005). Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine*, 2(8): e246 (doi:10.1371/journal.pmed.0020246).
- Réseau juridique canadien VIH/sida, Open Society Institute, Alliance internationale contre le VIH/sida (2008). «*Nothing about us without us*»: *Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical and human rights imperative*. Réseau juridique canadien VIH/sida, Open Society Institute, Alliance internationale contre le VIH/sida, Toronto.
- Shilts R (1987). *And the band played on: people, politics and the AIDS epidemic*. New York, St. Martin's Press.
- Strickland R (2004). *To have and to hold: women's property and inheritance rights in the context of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Washington DC, International Centre Research on Women (Document de travail de l' CIRF).
- UNESCO (2007) *Education for all for 2015: Will We Make It?* UNESCO, Paris.
- UNICEF (2005). *Progrès pour les enfants: un bilan de l'enseignement primaire et de la parité des sexes (No 2)*. UNICEF.
- Verma R et al. (2006). *Challenging and Changing Gender Attitudes among Young Men in Mumbai, India*. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):135–143.
- Weiser S et al. (2007). Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 4(10): e260.
- Welbourn A (1995). *Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, gender issues, communication and relationship skills*. Strategies for Hope Trust, Oxford UK.
- White RC, Carr R (2005). Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Culture, Health & Sexuality*, 7(4):347–359.
- Wolfe W et al. (2006). Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana. *AIDS Care*, 18(8):931–933.
- World Vision (2008). Protecting women from HIV/AIDS via microenterprise development (MED). (http://www.worldvision.org/worldvision/appeals.nsf/stable/im_MED_Prod_Desc_v7, consulté le 26 mars 2008).

Chapitre 4 | PRÉVENIR LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH

- Aceijas C et al. (2004). Global coverage of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18:1295–2203.
- Akhmedov K et al. (2007). *Introduction of youth friendly services for most at risk adolescents in Uzbekistan: an emergency response to the fastest growing HIV epidemic in Central Asia*. Réunion 2007 des personnes chargées de la mise en œuvre de la lutte contre le VIH: Se développer à travers les partenariats. 16-19 juin. Kigali, Rwanda.
- Allen S et al. (2003). Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17:733–740.
- Auerbach JD, Hayes RJ, Kandathil SM. Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of evidence from developing countries*. Equipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur les jeunes. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Auvert B et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2:e298.
- Bailey RC et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369:643–656.
- Basu I et al. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36:845–852.
- Bearinger LH et al. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potential. *Lancet*, 369:1220–1231.
- Becquet R et al. (2005). Infant Feeding Practices before Implementing Alternatives to Prolonged Breastfeeding to Reduce HIV Transmission Through Breastmilk in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Trop Pediatr* 51:351-355.
- Biddlecom AE et al. (2007). *Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy*. New York, Guttmacher Institute.
- Buchbinder SP et al. (2005). Sexual risk, nitrite inhalant use, and lack of circumcision associated with HIV seroconversion in men who have sex with men in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39:82–89.
- CADRE et al. (2007). *Concurrent sexual partnerships amongst young adults in South Africa: challenges for HIV prevention communication*. Johannesburg, Centre for AIDS Development, Research and Evaluation.
- Cassels S, Clark SJ, Morris M (2008). Mathematical models for HIV transmission dynamics: tools for social and behavioral science research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47:S34–S39.
- Castilla J et al. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40:96–101.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005). HIV prevalence, unrecognized HIV infection, and HIV testing among men who have sex with men – five U.S. Cities, June 2004-April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54:597–601.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(SS-5):1–108.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006b). HIV prevalence among populations of men who have sex with men – Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55:844–848.
- Chinaglia M et al. (2007). *Reaching truckers in Brazil with non-stigmatizing and effective HIV/STI services*. Washington DC, Population Council.
- CIRF, Instituto Promundo (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington, Centre international de recherche sur les femmes.
- Clinton Global Initiative (2007). *Latest news for AIDS prevention education with migrant construction workers*. (<http://commitments.clintonglobalinitiative.org/projects.htm?mode=progressreport&rid=43084&op=ViewArticle&articleId=227&blogId=232>, consulté le 23 mars 2008).

- Coates TJ et al. (2008). Behavioural science contributions to HIV prevention: insights from the past and directions for the future, *Lancet* (sous presse).
- Commission des Nations Unies sur les stupéfiants (2008). *World situation with regard to drug abuse: report of the Secretariat*. Conseil économique et social des Nations Unies, 51^{ème} session. 10-14 mars, 2008. Vienne.
- Commission mondiale sur les migrations internationales (2005). *Migration in an interconnected world: new directions for action*. Genève, Commission mondiale sur les migrations internationales.
- Crepaz N et al. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *AIDS*, 20:143–157.
- Darabi L et al. (2008). *Protecting the next generation in Uganda: new evidence on adolescent sexual and reproductive health needs*. New York, Guttmacher Institute.
- De Cock K et al. (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 283:1175–1182.
- de Walque D (2007). Sero-discordant couples in five african countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33:501–523.
- Doherty T et al. (2007). Effectiveness of the WHO/UNICEF guidelines on infant feeding for HIV-positive women: results from a prospective cohort study in South Africa. *AIDS* 21:1791-1797.
- Dolan K et al. (2007). HIV in prisons in low- and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases*, 7:32–41.
- Donegan E et al. (1994). Transfusion transmission of retroviruses: human T-lymphotropic viruses types 1 and 2 compared with human immunodeficiency virus type 1. *Transfusion*, 34:478–483.
- Donnelly J (2007). Saving the babies: a victory for Africa. *Boston Globe*, 27 août.
- Dupas P (2006). *Relative risk and the market for sex: teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. (<http://ipc.umich.edu/edts/pdfs/DupasRelativeRisks.pdf>, consulté le 3 janvier 2008).
- Emmanuel F, Archibald C, Altaf F (2006). *What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: a risk factor analysis*. XVI^{ème} Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto. (Abstract No. MOPE0524).
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report, 2006, No. 76*. Sant-Maurice, Institute de Veille Sanitaire (<http://www.eurohiv.org>, consulté le 8 mai 2008).
- Fiellin DA, Green TC, Heimer R (2007). *Combating the twin epidemics of HIV/AIDS and addiction: opportunities for progress and gaps in scale. A report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS*. Washington, Centre d'Etudes Stratégiques et Internationales.
- Fondation Henry J Kaiser Family (2006). *AIDS at 25: An overview of major trends in the US epidemic*. Menlo Park, California, Fondation Henry J Kaiser Family (<http://www.kff.org/hiv/ids/upload/7525.pdf>, consulté le 13 mars 2008).
- Gray RH et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet*, 369:657–666.
- Gray RH, Wawer MJ (2007). Randomised trials of HIV prevention. *Lancet*, 370:200–201.
- Gregson S et al. (2002). Sexual mixing patterns and sex differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*, 359:1896–1903.
- Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH (2004). *HIV prevention in the era of expanded treatment access*. New York, Fondation Bill & Melinda Gates, Fondation Henry J. Kaiser Family.
- Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH (2006). *New approaches to HIV prevention: accelerating research and ensuring future access*. New York, Fondation Bill & Melinda Gates, Fondation Henry J. Kaiser Family.
- Groupe de travail sur le suivi des ressources allouées à la recherche sur les microbicides et les vaccins anti-VIH (2007). *Building a Comprehensive Response: Funding for HIV Vaccines, Microbicides and Other New Prevention Options: 2000-2006*. Groupe de travail sur le suivi des ressources allouées à la recherche sur les microbicides et les vaccins anti-VIH. Consulté le 8 mai 2008 sur: http://www.hivresourcetracking.org/content/RT_Report_Nov2007.pdf.

- Guay LA et al. (1999). Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354:795–802.
- Hallett T et al. (2008). Understanding the impact of male circumcision interventions on the spread of HIV in southern Africa. *PLoS ONE* (sous presse).
- Hankins C (2008). Sex, drugs and gender? High time for lived experience to inform action. Editorial. *International Journal of Drug Policy*, 19:95–96.
- Hendriksen ES et al. (2007). Predictors of condom use among young adults in South Africa: the Reproductive Health and HIV Research Unit National Youth Survey. *American Journal of Public Health*, 97:1241–1248.
- Institute of Medicine (2006). *Preventing HIV infection among injection drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, Institute of Medicine.
- International Harm Reduction Development Program (2007). *Women, harm reduction and HIV*. New York, Open Society Institute.
- Kahn JG, Marseille E, Auvert B. (2006). Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *PLoS Medicine*, 3:e517.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental/structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health* 96:120–125.
- Khan MR et al. (2007). Mobility and HIV-related sexual behavior in Burkina Faso. *AIDS & Behavior*, 12:202–212.
- Kissin DM et al. (2008). Rapid HIV testing and prevention of perinatal HIV transmission in high-risk maternity hospitals in St. Petersburg, Russia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 198(2):183.e1–7.
- Kuhn L et al. (2007). High uptake of exclusive breastfeeding and reduced early post-natal HIV transmission. *PLoS Medicine*, 2:e1363.
- Lines R et al. (2006). *L'échange de seringues en prison: leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Manzi M et al. (2005). High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting. *Tropical Medicine and International Health* 10:1242-1250.
- Marston C, King E (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*, 368:1581–1586.
- Maticka-Tyndale E, Brouillard-Coyle C. The effectiveness of community interventions targeting HIV and AIDS prevention at young people in developing countries. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of evidence from developing countries*. Groupe de travail interinstitutions de l'ONUSIDA sur les jeunes. Genève. Organisation mondiale de la Santé.
- MEASURE DHS, 2008, Macro International, Inc. Calverton MD, Etats-Unis d'Amérique.
- Millett GA, Peterson JL(2007). The Known Hidden Epidemic: HIV/AIDS Among Black Men Who Have Sex with Men in the United States. *American Journal of Preventive Medicine* S31-S37.
- Montefiori D et al. (2007). Antibody-based HIV-1 vaccines: recent developments and future directions. *PLoS Medicine*, 4:e348.
- Morris CN, Ferguson AG (2006). Estimation of the sexual transmission of HIV in Kenya and Uganda on the trans-Africa highway: the continuing role for prevention in high risk groups. *Sexually Transmitted Infections* 82:368-371.
- Nashkoev M, Sergeev B (2007). *AIDS in the Commonwealth of Independent States*. Monitoring the AIDS Pandemic Network. Washington, US Bureau of the Census.
- National Research Council, Institute of Medicine, Panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, National Academies Press.
- Nations Unies (2006). *Développement et migrations internationales* (www.un.org/esa/population/hldmigration, consulté le 29 mai 2008)

- Nelson R (2007). Female-initiated prevention strategies key to tackling HIV. *Lancet Infectious Diseases*, 7:183.
- Oanh KTH (2007). *HIV/AIDS policy in Vietnam: a civil society perspective*. New York, Open Society Institute.
- OIT (2006). *Le VIH/sida dans le monde du travail: évaluation mondiale, répercussions sur les enfants et les jeunes, et réponse*. Genève, Organisation internationale du Travail.
- OMS (2006a). Demand for male circumcision rises in a bid to prevent HIV. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 84:505-508.
- OMS et al. (2006b). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, Rapport technique de l'OMS n° 938. Août. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006c). *HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-Agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants*. Rapport commun, 25-27 octobre. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006d). *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infant: Towards Universal Access, Recommendations for a Public Health Approach*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. Mars. New Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (<http://www.searo.who.int/hiv-aids>, consulté le 8 mai 2008).
- ONU DC (2007). *Rapport mondial sur les drogues 2007*. ONU DC, Vienne.
- ONUSIDA (2001b). *Travailler avec les hommes pour la prévention et la prise en charge du VIH*. Genève, ONUSIDA (Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA).
- ONUSIDA (2005). *Intensification de la prévention du VIH: ONUSIDA document d'orientation politique*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2006a). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2006b) *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2006c). *Sites à niveau élevé de couverture: Prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans les pays en transition et en développement, Etudes de cas*. Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007a). *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH: En vue de l'accès universel*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007b). *Le point sur l'épidémie de sida*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007c). *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007d). *Considérations éthiques relatives aux essais de méthodes biomédicales de prévention du VIH*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA, AVAC (2007). *Guide des bonnes pratiques de participation aux essais de méthodes biomédicales de prévention du VIH*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA, OMS (2007). *Nouvelles données sur la circoncision masculine et la prévention du VIH: conséquences sur les politiques et les programmes*. Consultation technique de l'OMS et de l'ONUSIDA. Circoncision masculine et prévention du VIH: conséquences des recherches sur les politiques et les programmes. 6-8 mars 2007. Montreux, Suisse.
- Osmond DH et al. (2007). Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behavior in men who have sex with men in San Francisco: 1997–2002. *American Journal of Public Health*, 97:1677–1683.
- Padian NS et al. (2007). Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370:251–261.
- Pardasani M (2005). HIV Prevention and sex workers: An international lesson in empowerment. *International Journal of Social Welfare* 14:116-126.

Peltzer CI et al. (2007). Male circumcision, gender and HIV prevention in sub-Saharan Africa: a (social science) research agenda. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4 (3).

Physicians for Human Rights (2007). *Success stories from the field: curbing the spread of HIV/AIDS among drug injectors. Innovative and effective programs in Brazil, India, Russia, and the China-Vietnam border*. Cambridge (Etats-Unis d'Amérique), Physicians for Human Rights.

Piot P et al. (sous presse) Coming to terms with complexity: A call to action for HIV prevention. *Lancet*.

PNUD (2007). *Rapport sur le développement humain*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement.

Population Council (2003). *Expanding workplace HIV/AIDS prevention activities for a highly mobile population: construction workers in Ho Chi Minh City* (http://www.popcouncil.org/horizons/ressum/wrkplc/vtnmncstrwrkr/vtnmncstrwrkr_intro.html, consulté le le 23 mars 2008).

Population Council, USAID (2007). *Implementing STI/HIV prevention and care interventions for men who have sex with men in Dakar, Senegal*. Washington DC, Population Council, Horizons Project.

Projet sur l'Etude des migrations en Afrique australe (2005). *HIV/AIDS Population Mobility and Migration in Southern Africa: Towards a Research and Policy Agenda*. Genève, Organisation internationale pour les migrations.

Robertson M et al. (2008). Efficacy Results from the STEP Study (Merck V520 Protocol 023/HVTN 502): A Phase II, Test-of-Concept Trial of the MRKAd5 HIV-1 Gag/Pol/Nef Trivalent Vaccine. 15^{ème} Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Boston. Etats-Unis d'Amérique.

Say L, Raine R (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 85:733–820.

Schoofs M (2007). Challenge for AIDS fighters: circumcising Africans safely. *Wall Street Journal*, 7 septembre.

Steen R et al. (2006). Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers: initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Sexually Transmitted Infections* 82:381–385.

Stover J et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311:1474–1476.

Stripipatana T et al. (2007). Site-specific interventions to improve prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus programs in less developed settings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 197:S107-S112.

Suarez et al. (2001). Influence of a partner's HIV Serostatus, use of highly active antiretroviral therapy, and viral load on the perceptions of sexual risk behavior in a community sample of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28:471–477.

Swartz L, Nkai DP (2004). *The impact of HIV/AIDS on the mining sector, with special emphasis on Southern African male migrant workers*. Bangkok, Programme VIH et développement du PNUD en Asie du sud-est, Comité International de Coopération dans les Recherches Nationales en Démographie.

Teeraratkul A et al. (2005). Evaluating programs to prevent mother-to-child HIV transmission in two large Bangkok hospitals, 1999-2001. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 38:208-212.

Templeton D, Hogben M (2007). *Circumcision not protective against HIV seroconversion in homosexual men*. 17^{ème} Réunion de la Société internationale pour la recherche sur les maladies sexuellement transmissibles. 30 juillet 2007. (Abstract No. 215).

Thai AIDS Treatment Action Group, Human Rights Watch (2007). *Deadly denial: barriers to HIV/AIDS treatment for people who use drugs*.

Tonwe-Gold B et al. (2007). Antiretroviral Treatment and Prevention of Peripartum and Postnatal HIV Transmission in West Africa: Evaluation of a Two-Tiered Approach. *PloS Medicine* 4:e257.

TRC (2008). *International coordination and information service for drug substitution patients seeking to travel abroad*. Travel Resource Center (www.indro-online.de/nia.htm, consulté le 14 avril 2008).

Underhill K, Montgomery P, Operario D (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. *BMJ* 335:248–252.

UNFPA (2003). *Rapport sur la situation de la population mondiale, 2003. Making one billion count: investing in adolescents' health rights*. New York, Fonds des Nations Unies pour la Population.

UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Enfants et sida: deuxième bilan de la situation*. New York, UNICEF.

UNICEF (2008). *La situation des enfants dans le monde 2008*. New York, UNICEF.

Vernazza P et al. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antiretroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle []. *Bulletin des médecins suisses* 89:165–169.

Vu BN et al. (2008). Male sexuality in Vietnam: the case of male-to-male sex. *Sexual Health*, 5:83–88.

Watson-Jones D et al. (2008). Effect of herpes simplex suppression on incidence of HIV among women in Tanzania. *New England Journal of Medicine*, 358:1560–1571.

Wawer MJ et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191:1403–1409.

Wegbreit J et al. (2006). Effectiveness of HIV prevention strategies in resource-poor countries: tailoring the intervention to the context. *AIDS*, 20:1217–1235.

Wellings K et al. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706–1728.

Were WA et al. (2006). Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-Infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43:91–95.

White RG (2003). Commentary: What can we make of an association between human immunodeficiency virus prevalence and population mobility? *Journal international de l'épidémiologie*, 32:753–754.

Williams BG et al. (2006). The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine*, 3(7):e262.

World Association for Sexual Health (2008). *Sexual health for the millennium: a declaration and technical document*. Minneapolis (Etats-Unis d'Amérique), World Association for Sexual Health.

Zaba B et al. (2004). Age at first sex: understanding recent trends in African demographic surveys. *Sexually Transmitted Infections*, 80(Supp. II):ii28-ii35.

Chapitre 5 | TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Abgrail S et al. (2006). Switch from a first virologically effective protease inhibitor-containing regimen to a regimen containing efavirenz, nevirapine or abacavir. *AIDS* 20:2099-2106.

Agence France Press (2008). 'Unacceptable' Delay in Detecting Brazil AIDS Cases: Official. 14 février.

Anglican United Nations Office (2007). *Working Together: The Anglican Response to HIV & AIDS in Africa*. Anglican United Nations Office, Genève.

Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries Collaboration, ART Cohort Collaboration Groups (2006). Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 367:817-824.

Arah OA, Ogbu UC, Okeke CE (2008). Too Poor to Leave, Too Rich to Stay: Developmental and Global Health Correlates of Physician Migration to the United States, Canada, Australia, and the United Kingdom. *Am J Pub Health* 98:148-154.

Aspeling HE, van Wyk NC (2008). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy for the treatment of HIV-infected women attending an urban care facility. *Int J Nurs Pract* 14:3-10.

Badri M et al. (2006). Cost-effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in South Africa. *Plos Medicine* January 3: e4

- Barreto CC et al. (2006). Trends in antiretroviral drug resistance and clade distribution among HIV-1 infected blood donors in Sao Paulo, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr* 41:338-341.
- Basu S et al. (2007). Prevention of nosocomial transmission of extensively drug-resistant tuberculosis in rural South Africa district hospitals: an epidemiological modeling study. *Lancet* 370:1500-1507.
- Beck E et al. (2006). National adult antiretroviral therapy guidelines in resource-limited countries: concordance with 2003 WHO guidelines? *AIDS* 2006;20:1497-1502.
- Beck E et al. (2008a). Treatment Outcome and Cost-effectiveness of different HAART regimens in the UK 1996-2002. *Int J STD & AIDS* (sous presse).
- Beck E, Walensky RP (2008b). The Outcome and Impact of Ten Years of HAART, in *A Decade of HAART* (Zuniga JM et al., eds.). Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni, sous presse.
- Becquet R et al. (2006). Complementary feeding adequacy in relation to nutritional status among early weaned breastfed children who are born to HIV-infected mothers: ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Pediatrics* 117:e701-e710.
- Bolton-Moore C et al. (2007). Clinical outcomes and CD4 cell response in children receiving antiretroviral therapy at primary health care facilities in Zambia. *Journal of the American Medical Association* 298:1888-1899.
- Bong C et al. (2007). Risk factors for early mortality in children on adult fixed-dose combination antiretroviral treatment in a central hospital in Malawi. *AIDS* 21:1805-1810.
- Bryce J et al. (2008). Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(07)61694-8 (publication préliminaire en ligne).
- Burman WJ et al. (2008). The Impact of Episodic CD4 Cell Count-Guided Antiretroviral Therapy on Quality of Life. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:185-193.
- Catalan J et al. (2005). *Mental Health and HIV/AIDS: Psychotherapeutic Interventions in Antiretroviral (ARV) Therapy (for second level care)*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Cazanave C et al. (2008). Reduced bone mineral density in HIV-infected patients: prevalence and associated factors. *AIDS* 22:395-402.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). Number of Persons Tested for HIV – United States, 2002. *MMWR* 53:1110-1113.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005). *Coinfection with HIV and Hepatitis C: Fact Sheet*. Consulté le 9 février 2008 sur <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/coinfection.htm>.
- Chaisson RE, Martinson NA (2008). Tuberculosis in Africa – Combating an HIV-Driven Crisis. *New Eng J Med* 358:1089-1092.
- Clotet B et al. (2007). Efficacy and safety of darunavir-ritonavir at week 48 in treatment-experienced patients with HIV-1 infection in POWER 1 and 2: a pooled subgroup analysis of data from two randomized trials. *Lancet* 369:1169-1178.
- Coalition internationale pour la préparation aux traitements (2007). *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All* (Décembre).
- Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida (2007). *Case Study – Anglo Coal South Africa*. 23 février. Consulté le 8 février 2008 sur <http://www.businessfightsaids.org/live/cases/cases.php?id=40>.
- Dalal RP et al. (2008). Characteristics and Outcomes of Adult Patients Lost to Follow-Up at an Antiretroviral Treatment Clinic in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:101-107.
- DeBaets AJ et al. (2005). Pediatric Human Immunodeficiency Virus Screening in an African District Hospital. *Clin Diagn Lab Immunol* 12:86-92.
- Delfraissy JF et al. (2008). Lopinavir/ritonavir monotherapy or plus zidovudine and lamivudine in antiretroviral/naïve HIV-infected patients. *AIDS* 22:385-393.
- Dhir AA et al. (2008). Spectrum of HIV/AIDS related cancers in India. *Cancer Causes Control* 19:147-153.

Dippenaar H, Marston J (2008). *The status of palliative care for children in the Motheo District of the Free State*. Non publié.

Dowdy DW et al. (2006). The potential impact of enhanced diagnostic techniques for tuberculosis driven by HIV: a mathematical model. *AIDS* 20:751-762.

Egger M (2007). Outcome of antiretroviral therapy in resource-limited and industrialized countries. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, Etats-Unis.

Eron J et al. (2006). The KLEAN study of fosamprenavir-ritonavir versus lopinavir-ritonavir, each in combination with abacavir-lamivudine, for initial treatment of HIV infection over 48 weeks: a randomized non-inferiority trial. *Lancet* 368:476-482.

Este JA, Telenti A (2007). HIV entry inhibitors. *Lancet* 370:81-88.

Ethiopia Federal Ministry of Health (2007). *Millennium AIDS Campaign Ethiopia, November 2006-August 2007*.

EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 75*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Disponible sur <http://www.eurohiv.org>

Family Health International (2007). *Primary health care services increased with integration of basic HIV care*. Consulté le 23 mars 2008 sur www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Rwanda.

Fassinou P et al. (2004). Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS* 18:1905-1913.

Fellay J et al. (2001). Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet* 358:1322-1327.

Fidler S et al. (2008). Primary HIV infection: to treat or not to treat? *Curr Opin Infect Dis* 21:4-10.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2007a). *Les financements du Fonds mondial permettent de fournir des traitements contre le sida à 1,4 million de personnes*. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Genève. Communiqué de presse, 30 novembre.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2007b). *Board of the Global Fund approves US\$ 1.1 billion in new grants*. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Genève. Communiqué de presse, 12 novembre.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2008). *Monthly progress update – 31 January 2008*. (http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf, consulté le 23 mars 2008).

Food and Nutrition Technical Assistance (2004a). *HIV/AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support*. Academy for Educational Development, Washington DC.

Food and Nutrition Technical Assistance (2004b). *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings*. Technical Note No. 7. Academy for Educational Development, Washington DC.

Freeman MC et al. (2005). Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *Brit J Psychiatry* 187:1-3.

Friis H (2005). *Miconutrients and HIV infection: a review of current evidence, Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 10-13 avril.

Gandhi NR et al. (2006). Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet* 368:1575-1580.

George E et al. (2007). Antiretroviral Therapy for HIV-1-Infected Children in Haiti. *Journal of Infectious Diseases* 195:1411-1418.

Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*. International Food Policy Research Institute, Washington DC.

Gimbel S et al. (2007). *Rolling out ART in Mozambique 2003-2006: Task Shifting and Decentralization*. 2007 HIV/AIDS Implementers Meeting, Kigali, Rwanda, Juin. Abstract No. 90.

- Girardi E, Sabin CA, Monforte AD (2007). Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiologic Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing *J Acquir Immune Defic Syndr* 46(Supp. 1):S3-S8.
- Gray A (2004). *Access to Medicines and Drug Regulation in Developing Countries: A Resource Guide for DFID*. UK Department for International Development, Londres.
- Grinsztejn B et al. (2007). Safety and efficacy of the HIV-1 integrase inhibitor raltegravir (MK-0518) in treatment-experienced patients with multidrug-resistant virus: a phase II randomized controlled trial. *Lancet* 369:1261-1269.
- Grulich AE et al. (2007). Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet* 370:59-67.
- Harling G, Wood R, Beck EJ (2005). Efficiency of Intervention in HIV Infection, 1994-2004. *Disease Management and Health Outcomes* 13: 371-394
- Hegarty AM, Chaudhry SI, Hodgson TA (2008). Oral healthcare for HIV-infected patients: an international perspective. *Expert Opin Pharmacother* 9:387-404.
- Heiden D et al. (2007). Cytomegalovirus Retinitis: The Neglected Disease of the AIDS Pandemic. *PLoS Med* 4:e334.
- Hicks PL et al. (2007). The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART. *AIDS Care* 19:1134-1140.
- Hoffman CJ, Thio CL (2007). Clinical implications of HIV and hepatitis B co-infection in Asia and Africa (2007) *Lancet Infectious Diseases* 7:402-409.
- Hopewell PC et al. (2006). International standards for tuberculosis care. *Lancet Infect Dis* 6:710-725.
- Human Rights Watch, Thai AIDS Treatment Action Group (2007a). *Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*.
- Human Rights Watch (2007b). *Hidden in the Mealie Meal: Gender-Based Abuses and Women's HIV Treatment in Zambia*. Human Rights Watch, New York.
- International Union of Superiors General (2008). *In Loving Service: Catholic Religious Institutes of men and women addressing HIV and AIDS through communities of care and prevention, findings of a global survey*. Projet non publié, février.
- Isaac R et al. (2008). Declines in dietary macronutrient intake in persons with HIV infection who develop depression. *Public Health Nutr* 11:124-131.
- Janssens B et al. (2007). Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Children: Evaluation at 12 Months in a Routine Program in Cambodia. *Pediatrics* 120:e1134-e1140.
- Johnson M et al. (2006). 96-week comparison of once-daily atazanavir/ritonavir and twice-daily lopinavir/ritonavir in patients with multiple virologic failures. *AIDS* 20:711-718.
- Jones CY et al. (2006). Micronutrient levels and HIV disease status in HIV-infected patients on highly active antiretroviral therapy in the Nutrition for Healthy Living cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 43:475-482.
- Lange JMA (2006). Antiretroviral treatment and care of HIV, in *The HIV Pandemic: local and global implications* (Beck E et al., eds.). Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni.
- Lazzarin A et al. (2007). Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-2: 24-week results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 370:39-48.
- Lohse N et al. (2007). Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med* 146:87-95.
- MacArthur RD et al. (2006). A comparison of three highly active antiretroviral treatment strategies consisting of non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors, protease inhibitors, or both in the presence of nucleoside reverse transcriptase inhibitors as initial therapy (CPCRA 058 FIRST Study): a long-term randomized trial. *Lancet* 368:2125-2135.
- Makombe SD et al. (2007). A national survey of the impact of rapid scale-up of antiretroviral therapy on health-care workers in Malawi: effects on human resources and survival. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 85:851-857.

- Malawi National AIDS Commission (2007). *InfoBrief 2: 200 HTC Week*.
- Marston M et al. (2005). Estimating the net effect of HIV on child mortality in African populations affected by generalized HIV epidemics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 38:219-227.
- Marston B, DeCock KM (2004). Multivitamins, Nutrition and Antiretroviral Therapy for HIV Disease in Africa. *New England Journal of Medicine* 351:78-80.
- MEASURE DHS, 2008. Macro International, Inc., Calverton MD.
- Miller G (2006). The Unseen: Mental Illness's Global Toll. *Science* 311:458-461.
- Mills EJ et al. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: A meta-analysis. *JAMA* 296:679-690.
- Moore A, Morrison SJ (2007). *Health Worker Shortages Challenge PEPFAR Options for Strengthening Health Systems*. Task Force on HIV/AIDS. Center for Strategic and International Studies, Washington D.C. Septembre.
- Newell ML et al. (2004). Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 364:1236-1243.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2005). *HIV/AIDS Epidemiology Program Fourth Quarter Report*. 3:1-4. Octobre.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2007). *HIV Epidemiology & Field Services Semi-Annual Report*. Octobre.
- Niel Malan DR et al. (2008). Efficacy and Safety of Atazanavir, With or Without Ritonavir, as Part of Once-Daily Highly Active Antiretroviral Therapy Regimens in Antiretroviral-Naïve Patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:161-167.
- Nunn AS et al. (2007). Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. *PLoS Med* 4:e305.
- Nyirenda M et al. (2007). Mortality levels and trends by HIV serostatus in rural South Africa. *AIDS* 21 (Supp. 6):S73-S79.
- Obermeyer CM, Osborn M (2007). The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. *Am J Pub Health* 97:1762-1774.
- O'Brien DP et al. (2006). In resource-limited settings good early outcomes can be achieved in children using adult fixed-dose combination antiretroviral therapy. *AIDS* 20:1955-1960.
- OMS (2003). *Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: Report of a technical consultation*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2004). *Interim policy on collaborative TB/HIV activities*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006a). *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a Public Health Approach*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006b). *Report on the WHO/UNAIDS meeting on forecasting ARV needs up to 2010*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006c). *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Infants and Children: Towards Universal Access, Recommendations for a public health approach*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006d). *Travailler ensemble pour la santé*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2007a). *Prioritizing second-line antiretroviral drugs for adults and adolescents: a public health approach*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Report of a WHO Working Group meeting, 21-22 mai).
- OMS (2007b). *Tuberculosis Care and TB-HIV Co-management: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI)*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2007c). *TB/HIV Facts at a Glance*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (<http://www.who.int/tb/challenges/hiv/facts/en/index.html>, consulté le 9 février 2008).

- OMS (2007d). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2007e). *Task Shifting to Tackle Health Workers Shortages*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2007f). *Appreciating assets: mapping, understanding, translating and engaging religious health assets in Zambia and Lesotho*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2008a). *Global Tuberculosis Control 2008: Surveillance, Planning, Financing*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (WHO/HTM/TB/2008.393).
- OMS (2008b). The methadone fix. *Bulletin of the World Health Organization*, 86:164–165. Organisation mondiale de la Santé, Genève
- OMS (2008c). *Anti-tuberculosis drug resistance in the world – Report No. 4, The WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS, ONUSIDA, PEPFAR (2008). *Task shifting. Global recommendations and guidelines*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS, UNICEF, ONUSIDA (2007). *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, Rapport de situation, avril 2007*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- ONUSIDA (2007a). *Financing Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007b). *Poursuite de l'aide aux pays pour la fixation des objectifs nationaux afin d'aboutir à l'accès universel*. 20^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA. 25–27 juin. ONUSIDA, Genève (Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire).
- ONUSIDA (2007c). *Le Point sur l'épidémie de sida*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA, OMS (2007). *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Organe international de contrôle des stupéfiants (1989). *Report of the International Narcotics Control Board for 1989: demand for and supply of opiates for medical and scientific needs*. Vienne, Nations Unies.
- Ormassen V et al. (2007). HIV related and non-HIV related mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART) in Norway compared to the general population. *Scand J Infect Dis* 39:51-57.
- Palmer S et al. (2008). Low-level viremia persists for at least 7 years in patients on suppressive antiretroviral therapy. *PNAS* 105:3879-3884.
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents (2008). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. US Department of Health and Human Services, Washington.
- Patel K et al. (2008). Long-term effectiveness of highly active antiretroviral therapy on the survival of children and adolescents with HIV infection: a 10-year follow-up study. *Clin Infect Dis* 46:507-515.
- Patel V (2007). Mental health in low- and middle-income countries. *Brit Med Bull* doi:10.1093/bmb/ldm010 (publication préliminaire en ligne).
- Pence BW et al. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:159-166.
- Phillips AN et al. (2007). Risk of extensive virologic failure to the three original antiretroviral drug classes over long-term follow-up from the start of therapy in patients with HIV infection: an observational cohort study. *Lancet* 370:1923-1928.
- Phillips EJ, Malial SA (2008). Pharmacogenetics and the potential for the individualization of antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 21:16-24.
- PNUD (2007). *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008*. Programme des Nations Unies pour le Développement, New York.

- Prendergast A et al. (2007). International perspectives, progress, and future challenges of paediatric HIV infection. *Lancet* 370:68-80.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief (2008). *The Power of Partnerships: Fourth Annual Report to Congress on PEPFAR*.
- Puthankit T et al. (2007). Hospitalization and Mortality among HIV-Infected Children after Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis* 44:599-604.
- Reddi A et al. (2007). Preliminary outcomes of a paediatric highly active antiretroviral therapy cohort from KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Paediatrics* 7:13.
- Rouet F et al. (2008). Frequent occurrence of chronic hepatitis B virus infection among West African HIV type-1-infected children. *Clin Infect Dis* 46:361-366.
- Sanders E (2008). New life for African patients: Thanks to US funding, antiviral drugs are available to those too poor to afford them. *Los Angeles Times*. 15 février.
- Samb B et al. (2007). Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic. *New Eng J Med* 2007;357:2510-2514.
- Sherman GG, Matsebula TC, Jones SA (2005). Is early HIV testing of infants in poorly resourced prevention of mother to child transmission programmes affordable? *Trop Med & Int Health* 10:1108-1113.
- Smit C et al. (2006). Effective therapy has altered the spectrum of cause-specific mortality following HIV seroconversion. *AIDS* 20:741-749.
- Smit C et al. (2008). Risk of Hepatitis-Related Mortality Increased Among Hepatitis C Virus/HIV-Coinfected Drug Users Compared with Drug Users Infected Only With Hepatitis C Virus: A 20-Year Prospective Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:221-225.
- Srihanaviboonchai K et al. (2008). Novel low-cost assay for the monitoring of CD4 counts in HIV-infected individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:135-139.
- Steen TW et al. (2007). Two and a Half Years of Routine HIV Testing in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:484-488.
- Steinbrook R (2007). Closing the Affordability Gap for Drugs in Low-Income Countries. *New Eng J Med* 357:1996-1999.
- Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group et al. (2006). CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *New Eng J Med* 355:2283-2296.
- Sulkowski MS, Benhamou Y (2007). Therapeutic issues in HIV/HCV-co-infected patients. *J Viral Hep* 14:371-386.
- Tegger MK et al. (2008). The Effect of Mental Illness, Substance Use and Treatment for Depression on the Initiation of Highly Active Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Individuals. *AIDS Patient Care and STDs* 22:233-243.
- Thomas CF, Limper AH (2004). Pneumocystic pneumonia. *New Eng J Med* 350:2487-2498.
- UK Collaborative HIV Cohort Study (2008). Are previous treatment interruptions associated with higher viral rebound rates in patients with viral suppression? *AIDS* 22:349-356.
- UNITAID (2008). *Aide-mémoire*. Consulté le 8 mars 2008 sur <http://www.unitaid.eu/images/action/factsheet.pdf>.
- Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis* 194;11-19.
- Walzer A et al. (2006). Determinants of survival without antiretroviral therapy after infancy in HIV-1-infected Zambian children in the CHAP Trial. *J Acquir Immune Def Syndr* 42:637-645.
- Wang H et al. (2007). Self-Reported Adherence to Antiretroviral Treatment among HIV-Infected People in Central China. *AIDS Patient Care STDS* (Epub ahead of print).
- Wang X, Wu Z (2007). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in rural China. *AIDS* 21(Supp. 8):S149-S155.
- Weinstock HS et al. (2004). The Epidemiology of Antiretroviral Drug Resistance among Drug-Naïve HIV-1-Infected Persons in 10 US Cities. *JID* 189:2174-2180.

Weiser SD et al. (2006). Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices and Human Rights Concerns. *PLoS Med* 3:e261.

Whalen C et al. (1995). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 151:129-135.

Wiedle PJ et al. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. *Lancet* 368:1587-1594.

Wilson I et al. (2005). Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Ann Intern Med* 143:729-737.

Chapitre 6 | ATTÉNUATION DE L'IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE

Banque asiatique de développement, ONUSIDA (2004). *Asia-Pacific's Opportunity: Investing to Avert an HIV/AIDS Crisis*. Série d'études ADB/ONUSIDA.

Barnett T (2004). *HIV/AIDS, Nutrition and Food Security: Looking to Future Challenges*, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.

Beegle K (2003). *Labor effects of adult mortality in Tanzanian households*. Policy Research Working Paper No. 3062. Banque mondiale.

Bell C, Devarajan S, Gersbach H (2004). Thinking About the Long-Run Economic Costs of AIDS, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.

Bhorat H, Kanbur R (2005). *Poverty and Well-Being in Post-Apartheid South Africa*. DPRU Working Paper No. 05/101. Consulté le 3 mars 2008 sur http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=982805.

Birdsall N, Hamoudi A (2004). AIDS and the Accumulation and Utilization of Human Capital in Africa, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.

Bollinger L, Stover J, Riwa P (1999). *The economic impact of AIDS in Tanzania*. Policy Working Paper. Policy Project.

Centre international de recherche sur les femmes (CIRF), 2007. *Women's Property Rights as an AIDS Response: Lessons from Community Interventions in Africa*. Centre international de recherche sur les femmes, Washington DC.

Chapoto A, Jayne TS, Mason N (2007). Security of widows' access to land in the era of HIV/AIDS: Panel survey evidence from Zambia. Food Security Research Project – Zambia, Ministère de l'Agriculture et des Coopératives, Agriculture Consultative Forum, Michigan State University.

Chapoto A, Jayne TS (2005). *Socio-economic characteristics of Individuals affected by AIDS-related Prime-age Mortality in Zambia*. Lusaka, Zambia, Food Security Research Project.

Chirambo K (2007). AIDS, Politics and Governance: Preliminary results on the impact of HIV/AIDS on the electoral process in Namibia, Malawi, Senegal, South Africa, Tanzania and Zambia. Présenté à l'Université de Warwick/à la Conférence PNUD sur le thème 'Governance of HIV/AIDS Responses: Making Participation and Accountability Count.'

Coalition internationale pour la préparation aux traitements (ITPC) (2007) *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All*. Treatment Monitoring and Advocacy Project, San Francisco, États-Unis.

Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006). *Du soutien pour les dispensatrices de soins*. N° 5. ONUSIDA, Genève.

Collins DL, Leibbrandt M (2007). The financial impact of HIV/AIDS on poor households in South Africa. *AIDS* 21(Supp. 1):S75-S81.

Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia – Crafting an effective response*.

Connelly D et al. (2007). Prevalence of HIV infection and median CD4 counts among health care workers in South Africa. *S Afr Med J* 97:115-120.

- Dinkelman T, Lam D, Leibbrandt M (2007). Household and community income, economic shocks and risky sexual behavior of young adults: evidence from the Cape Area Panel Study 2002 and 2005. *AIDS* 21(Supp. 1):S49-S56.
- Dorward AR, Mwale IM (2004). Labor Market and Wage Impacts of HIV/AIDS in Rural Malawi, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2008). *Monthly Progress Update – 31 January 2008*. Consulté le 6 mars 2008 sur http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf
- Fourie I (2005). *The Impact of HIV/AIDS on the South African Mining Industry*. LBMA Precious Metals Conference, Johannesburg. Consulté le 4 mars 2008 sur http://www.lbma.org.uk/conf2005/2f.fourie_LBMA2005.pdf.
- Garrett L (2005). *HIV and National Security: Where Are the Links?* Council on Foreign Relations, New York.
- Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*. International Food Policy Research Institute, Washington DC.
- Gillespie S et al. (2007). Investigating the empirical evidence for understanding vulnerability and the associations between poverty, HIV infection and AIDS impact. *AIDS* 2007 ;21(Supp. 1):S1-S4.
- Global Fund Partnership Forum (2006). *Visite de site, 30 juin 2006 – Hospice de Philanjalo*. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Consulté le 24 mars 2006 sur <http://www.theglobalfund.org/en/about/forum/2006/philanjalo/>.
- Greener R (2004). The Impact of HIV/AIDS on Poverty and Inequality, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- Groupe de travail du Secrétaire général sur les femmes, les filles et le VIH/sida en Afrique australe (2004). *Facing the Future Together*.
- Haacker M (2004a). HIV/AIDS: The Impact on the Social Fabric and the Economy, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- Haacker M (2004b). The Impact of HIV/AIDS: The Impact on Government Finance and Public Services, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- HCR (2007). *Statistiques annuelles 2006: Trends in Displacement, Protection and Solutions*. Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Genève.
- IRIN News (2006). *Swaziland: The vital but underestimated role of AIDS caregivers*. 9 mai. Consulté le 24 mars 2008 sur <http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=58966>.
- Jayne TS et al. (2004). HIV/AIDS and the Agricultural Sector in Eastern and Southern Africa: Anticipating the Consequences, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- Karlan D, Ashraf N, Yin W (2007). *Female Empowerment: Impact of a Commitment Savings Product in the Philippines*. Working Paper No. 106. Center for Global Development, Washington DC.
- Kim JC et al. (2007). Understanding the Impact of a Microfinance-Based Intervention on Women's Empowerment and the Reduction of Intimate Partner Violence in South Africa. *Am J Pub Health* 97:1794-1802.
- Mermin J et al. (2008). Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study. *Lancet* 371:752-759.
- Mishra V et al. (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. *AIDS* 2007;21(Supp. 1):S29-S38.
- OMS, UNICEF, ONUSIDA (2006). *Aide-mémoire épidémiologiques sur le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles: Ouganda*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, Décembre.
- ONUSIDA (2006). *Sida, sécurité et action humanitaire*. 19^{ème} Réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Lusaka, Zambie, 6-8 décembre. ONUSIDA, Genève. Disponible sur <http://data.unaids.org/pub/Agenda/2006/Securite.pdf>
- Pal K et al. (2005). Can Low Income Countries Afford Basic Social Protection? First Results of a Modeling Exercise. Organisation internationale du Travail, Genève.

- Piot P, Greener R, Russell S (2007). La quadrature du cercle: sida, pauvreté et développement humain. *PLoS Med* 4:e314.
- PNUD (2005) *Rapport sur le développement humain*. PNUD, New York.
- PNUD (2007). *Rapport sur le développement humain 2007/2008*. UNDP, New York.
- Preston-Whyte et al. (2007). Revealing the full extent of households' experiences of HIV and AIDS in rural South Africa. *Soc Sci & Med*, 65(6):1249-1259.
- Pronyk PM et al. (2007). *The role of structural factors in explaining variations in community HIV prevalence: a study in rural South Africa*. Acornhoek, Afrique du Sud, Rural AIDS and Development Action Resource Programme, Consulté le 12 mai 2008 sur http://web.wits.ac.za/NR/rdonlyres/87874FDD-0C41-4945-A28B-9AEAFD027283/0/Pronyk_IMAGE_Structural_Factors_IMAGE_Working_Paper_1.pdf.
- Pronyk PM et al. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 368:1973-1983.
- Reuters (2008). 'Malawi to Raise Pay of Civil Servants with HIV.' 7 janvier.
- Rosen S et al. (2006). *The Impact of AIDS on Government Service Delivery: The Case of the Zambian Wildlife Authority*. Health and Development Discussion Paper No. 8. Center for International Health and Development, Boston University School of Public Health, Boston.
- Simon J et al. (2007). Early effects of antiretroviral therapy on work performance: Results from a cohort study of Kenyan agricultural workers. Center for International Health and Development, Boston University School of Public Health. Consulté le 26 septembre 2007 sur <http://www.hivimplement/agenda/pdf/E1/E1%20Simon%abstract%20811.ppt.pdf>.
- Swaminathan H, Bhatla N, Chakraborty S (2007). *Women's Property Rights as an AIDS Response: Emerging Efforts in South Asia*. Centre international de recherche sur les femmes, Washington DC.
- Thirumurthy H, Zivin JF, Goldstein M (2007). *AIDS Treatment and Intra-household Resource Allocations: Children's Nutrition and School in Kenya*. Working Paper No. 105. Center for Global Development, Washington DC.
- UNESCO, HCR (2007). *Educational responses to HIV and AIDS for refugees and internally displaced persons: Discussion paper for decision-makers*. UNESCO, Paris.
- UNICEF (2007a). *The Impact of Social Cash Transfers on Children Affected by HIV and AIDS*. UNICEF, New York.
- UNICEF (2007b). *La Situation des enfants du monde*. UNICEF, New York.
- UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Enfants et sida: deuxième bilan de la situation*. UNICEF, New York.
- United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (2007). *Latest results*. Consulté le 6 mars 2008 sur <http://www.pepfar.gov/about/c19785.htm>.
- Webb D (2007). From the individual to the system: the coming of age of programmes for orphans and vulnerable children. *Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender* 2:1-4.
- Zambia Central Board of Health, Center for International Health and Development (Boston University School of Public Health) (2004). *The Costs of HIV/AIDS Among Professional Staff in the Zambian Public Health Sector*. Zambian Central Board of Public Health, Lusaka.

Chapitre 7 | ET À PARTIR DE LÀ, QUE FAUT-IL FAIRE ?

- Attawell K, Dickinson C (2007). *Evaluation indépendante des progrès dans la mise en œuvre des recommandations de la Cellule mondiale de réflexion en appui aux ripostes nationales au sida*. 20^{ème} réunion du Conseil de Coordination de l'ONUSIDA (UNAIDS/PCB(20)/CRP4).
- Banque mondiale (2007). *The Africa multi-country AIDS program 2000-2006: Results of the World Bank's response to a development crisis*. Washington DC, Banque mondiale
- Center for Global Development (2007). *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington DC, Center for Global Development (Report of the Working Group on IMF Programs and Health Spending).

- Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA, Ministry of Health [Mexico] (2008). *Country Report to monitor progress in the implementation of the Declaration of Commitment (DoC): HIV spending indicator*.
- Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii51-iii55.
- Hayes S et al. (2007). *Decentralized funding in response to the AIDS Pandemic: An opportunity for promoting good governance in Africa* (Report prepared for the United Nations Development Program, the University of Warwick Center for the Study of Regionalization, and Globalization Conference: Governance of HIV and AIDS Responses).
- McDougal JS et al. (2006). Comparison of HIV type 1 incidence observed during longitudinal follow-up with incidence estimated by cross-sectional analysis using the BED Capture enzyme immunoassay. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 22:945–952.
- Office of US Global AIDS Coordinator et al. (2008). *The power of partnerships: The US President's emergency plan for AIDS relief, 2008 annual report to Congress*. Washington DC, US State Department.
- Ofori-Koentang B, Annan J (2005). *District Planning and Implementation Strategy Note and Guide*. PNUD, New York.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007a). *Le Maroc: une réponse nationale au VIH*. ONUSIDA, Genève (Collection ONUSIDA sur les Meilleures Pratiques).
- ONUSIDA (2007b). *Vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins: expériences et défis dans la région de Mbeya en Tanzanie – une étude de cas*. ONUSIDA, Genève (Collection ONUSIDA sur les Meilleures Pratiques).
- ONUSIDA (2007c). *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. ONUSIDA, Genève (http://data.ONUSIDA.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf).
- ONUSIDA (2008). *The socioeconomic impact of the HIV/AIDS epidemic* (AIDS Financing and Economics Division, working paper), ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA Zambie (2006). *Joint United Nations programme on support on AIDS 2007–2010*, ONUSIDA, Lusaka, Zambie.
- Organisation de l'Unité africaine (2001). *Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*. Sommet africain sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies connexes. 24–27 avril. Abuja, Nigéria (http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf, consulté le 17 mars 2008).
- PNUD (2005). *Rapport sur le développement humain*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement
- PNUD Bureau for Development Policy, HIV/AIDS Group, Democratic Governance Group (2007). *Decentralized responses to HIV/AIDS: An analysis of local government responses*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement.
- Samb B et al. (2007). Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *New England Journal of Medicine*, 357:2510–2514.
- Stover J et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311:1474–1476.

CRÉDITS PHOTOS

Avant-propos

Page 9 ONUSIDA/O.O'Hanlon

Chapitre 1 | LE DÉFI MONDIAL DU VIH

Page 11 ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche),
 ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)

Page 16 ONUSIDA
 Page 26 ONUSIDA

Chapitre 2 | SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE VIH

Page 29 ONUSIDA/A.Dutta (en haut à gauche),
 ONUSIDA/O.O'Hanlon (en bas à droite)

Page 56 ONUSIDA/P.Virot

Page 40 ONUSIDA/P.Virot

Chapitre 3 | GESTION DES CAUSES SOCIÉTALES DU RISQUE ET DE LA VULNÉRABILITÉ PAR RAPPORT AU VIH

Page 63 ONUSIDA/S.Drakborg (en haut à gauche),
 ONUSIDA/S.Drakborg (en bas à droite)

Page 82 ONUSIDA/P.Virot
 Page 87 ONUSIDA

Page 73 ONUSIDA/A.Dutta

Page 94 ONUSIDA

Chapitre 4 | PRÉVENIR LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH

Page 95 ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche),
 ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)

Page 109 ONUSIDA/Tango Photo/P.Carrera
 Page 112 ONUSIDA

Page 101 ONUSIDA/O.O'Hanlon

Page 114 ONUSIDA/OIT/J.Maillard

Page 104 ONUSIDA

Page 116 ONUSIDA

Chapitre 5 | TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Page 129 ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche),
 ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)

Page 137 ONUSIDA/OMS/S.Torfin
 Page 155 ONUSIDA/W.Phillips

Page 133 ONUSIDA

Chapitre 6 | ATTÉNUATION DE L'IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE

Page 159 ONUSIDA/S.Montanari (en haut à gauche),
 ONUSIDA/C.Sattlberger (en bas à droite)

Page 173 ONUSIDA

Page 174 ONUSIDA/A.Gutman

Page 164 ONUSIDA/A.Gutman

Chapitre 7 | ET À PARTIR DE LÀ, QUE FAUT-IL FAIRE ?

Page 187	ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche), ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)	Page 197	ONUSIDA
Page 195	ONUSIDA	Page 204	ONUSIDA/P.Virot
		Page 209	ONUSIDA/A.Dutta

Annexe 1 | ESTIMATIONS ET DONNÉES VIH ET SIDA, 2007 ET 2001

Page 211	ONUSIDA/L.Rahn (en haut à gauche), ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)
----------	---

Annexe 2 | INDICATEURS DE PROGRÈS PAR PAYS

Page 235	ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche), ONUSIDA/S.Montanari (en bas à droite)
----------	--

Déni de responsabilité: Les photographies figurant dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement la situation, les opinions ou les croyances des personnes représentées, et n'impliquent d'aucune façon leur statut VIH.

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



Fonds des Nations Unies
pour la Population



Organisation mondiale
de la Santé



BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENÈVE 27
SUISSE

Tél.: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
courriel: distribution@unaid.org

www.unaids.org