

RAPPORT MONDIAL

Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013

Copyright © 2013
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits de reproduction réservés.

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

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS :
Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013.
« ONUSIDA / JC2502/1/F »

1.Infections à VIH – prévention et contrôle. 2.Infections à VIH – transmission. 3.Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 4.Stigmate social. 5.Antirétroviraux – ressources et distribution. 6.Infections opportunistes liées au SIDA. 7.Programmes nationaux de santé. 8.Coopération internationale. I.ONUSIDA.
ISBN 978-92-92503-033-4 (Classification NLM : WC 503.6)

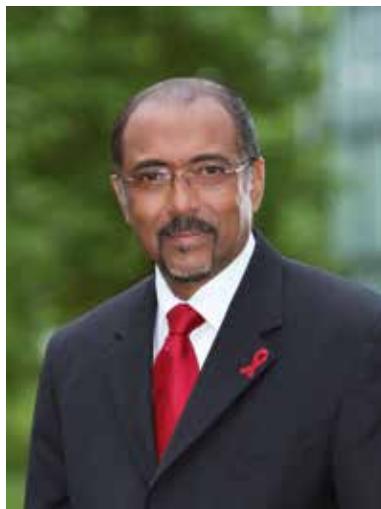
RAPPORT MONDIAL

Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	2
Introduction	4
1. Réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle d'ici 2015	12
2. Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables d'ici 2015	30
3. Éliminer les infections à VIH chez les enfants et réduire le taux de mortalité maternelle	38
4. Assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2015	46
5. Réduire de moitié les décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015	60
6. Réduire le déficit mondial de moyens de lutte contre le sida	68
7. Éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH	78
8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ainsi que les pratiques et les lois punitives	84
9. Éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH	92
10. Renforcer l'intégration du VIH	98
Références	106
Annexes	A1

AVANT-PROPOS



Michel Sidibé
Directeur exécutif de l'ONUSIDA

En 2000, la communauté mondiale a franchi un pas historique en reconnaissant, dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, l'importance de mener une riposte au VIH/sida efficace et en intégrant celle-ci au programme de développement. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) définis à cette occasion couvrent de nombreuses cibles relatives à la santé. L'objectif 6 en particulier vise une mobilisation sans précédent afin d'enrayer et d'inverser l'épidémie de sida. Comme l'ont implicitement reconnu les États membres en adhérant à la Déclaration du Millénaire, la persistance des maladies transmissibles sape les efforts visant à réduire la pauvreté, prévenir la faim et préserver le potentiel humain dans les régions du monde les plus limitées en ressources.

Aujourd'hui, moins de deux ans nous séparent de la date butoir des objectifs du Millénaire pour le développement. Au fil des ans, la morosité et les déceptions reflétées dans les premières éditions du *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida* ont laissé place à des avancées encourageantes, notamment la baisse importante du nombre des décès liés au sida et des nouvelles infections, et la mobilisation sans précédent de financements destinés à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'élimination du sida n'en demeure pas moins un objectif inachevé, qui souligne le besoin de maintenir et de renforcer la solidarité et la détermination internationales à vaincre l'un des plus grands enjeux sanitaires de notre époque.

Lors de l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement au début des années 2000, l'absence d'outils cruciaux de prévention et de traitement du VIH a souvent entravé les efforts visant à réagir efficacement à l'épidémie. Comme l'affirme le présent *Rapport mondial*, nous disposons aujourd'hui des outils nécessaires pour amorcer la fin de l'épidémie de sida.

Ce rapport souligne les progrès continus vers l'objectif mondial « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida ». Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH continue de reculer, en particulier chez les enfants. Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement vital est au plus haut, d'où une baisse régulière des décès liés au sida et un renforcement des efforts visant à prévenir les nouvelles infections.

Ces progrès reflètent la synergie des différentes parties prenantes, à savoir le leadership et l'engagement des gouvernements nationaux, la solidarité de la communauté internationale, l'innovation des responsables de la mise en œuvre des programmes, les progrès notables réalisés par la recherche scientifique et l'adhésion enthousiaste de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH. Grâce à ces efforts communs, de nombreux pays sont désormais en passe d'atteindre certains des objectifs clés établis dans la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le sida (2011) et progressent donc clairement vers la réalisation de l'objectif 6.

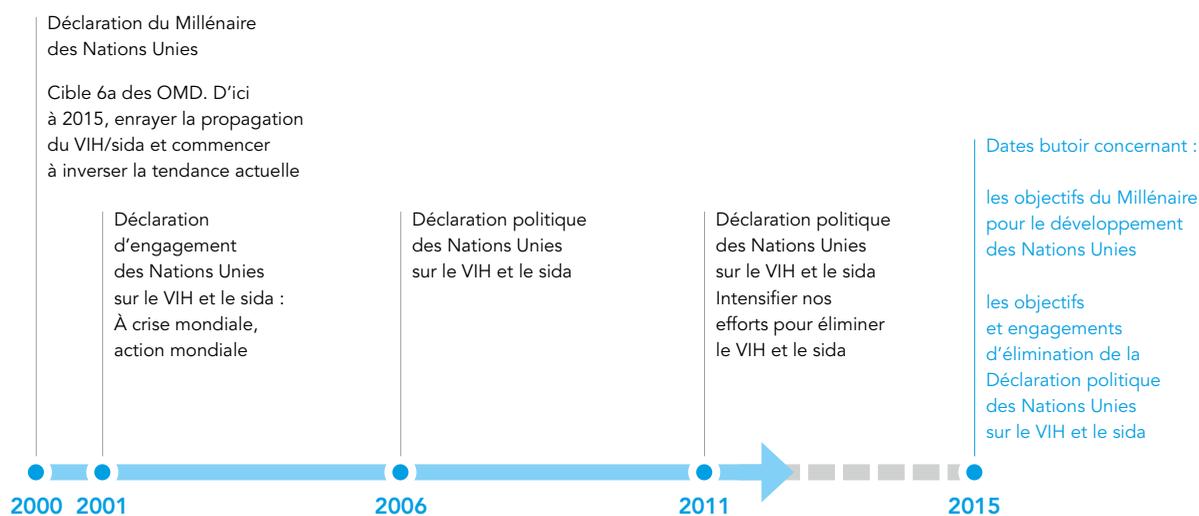
Ce rapport appelle cependant également à la prudence et relève certains signes d'essoufflement des progrès vers d'autres objectifs et engagements d'élimination contenus dans la Déclaration politique. Dans plusieurs pays où les nouvelles infections à VIH ont considérablement diminué, des signes préoccupants suggèrent une hausse des comportements sexuels à risque chez les jeunes. La stigmatisation et la discrimination persistent dans de nombreuses régions du monde et des lois punitives continuent de dissuader les personnes les plus exposées d'avoir recours aux services essentiels en matière de VIH. Si le montant total des

ressources financières destinées aux programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire a augmenté modestement en 2012, notre capacité à amorcer la fin de l'épidémie de sida continue d'être entravée par un déficit majeur de ressources.

Ces problèmes sont bien réels et doivent être pris au sérieux si les pays veulent réaliser leurs objectifs en matière de sida. Mais les progrès considérables que décrit le présent rapport raniment une certitude : la riposte au sida s'est déjà heurtée à ces problèmes par le passé et les a surmontés.

Lorsque cette édition 2013 sera publiée, un peu plus de deux ans nous sépareront de la date butoir des objectifs et des engagements contenus dans la Déclaration politique des Nations Unies de 2011. Je nourris l'espoir que les pays s'appuieront sur les résultats résumés dans ce rapport – qui soulignent les accomplissements comme les lacunes – pour redoubler d'efforts et honorer leurs engagements. Nous devons faire plus et mieux, en ciblant davantage notre objectif stratégique et en améliorant l'efficacité et l'efficience de nos efforts.

En adhérant à la Déclaration politique des Nations Unies (2011), les États membres visaient un ensemble d'objectifs et d'engagements d'élimination ambitieux et visionnaires. Ceux-ci sont à notre portée – à condition pour nous de reconnaître notre responsabilité partagée en matière de riposte au sida et de mettre en pratique les nombreux enseignements tirés au fil des ans.



INTRODUCTION

L'une des avancées les plus marquantes des nombreux pays réunis à New York au début des années 2000 en vue d'élaborer un nouveau programme mondial de développement a été d'y intégrer la problématique de la santé. Reconnaisant les répercussions historiques de l'épidémie de sida, l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, qui préconise une mobilisation mondiale afin d'enrayer et de commencer à inverser l'épidémie, est à l'origine d'efforts sans précédent.

L'Assemblée générale des Nations Unies a organisé une série de réunions de haut niveau afin de définir les stratégies, buts et objectifs inhérents à la réalisation de l'objectif 6 et d'accélérer les progrès d'ici 2015. Lors de la réunion de haut niveau sur le VIH et le sida convoquée en 2011, les États membres ont passé en revue les progrès historiques accomplis par la riposte au VIH au cours de la décennie précédente. Déterminés à s'appuyer sur les avancées en matière de réduction des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida, et entrevoyant la fin proche de l'épidémie, ils ont approuvé en 2011 la Déclaration politique sur le VIH et le sida, qui énonce un ensemble ambitieux d'objectifs et d'engagements d'élimination d'ici 2015.

AVANCÉES HISTORIQUES ET PROBLÈMES PERSISTANTS

Alors que la date butoir de 2015 est imminente, le présent rapport résume les progrès accomplis quant aux objectifs et engagements établis par la Déclaration politique des Nations Unies de 2011, qui contribuent à la réalisation de l'ODM 6. Plus concrètement, il décrit les avancées et les problèmes persistants relatifs aux dix objectifs et engagements. Dans la Déclaration politique des Nations Unies de 2011, les pays se sont engagés, entre autres, à réaliser des améliorations spécifiques en matière de : santé (p. ex., réduction de 50 % de la prévalence et de la transmission du VIH par voie sexuelle ou par la consommation de drogues, élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants) ; couverture et objectifs liés aux ressources (à savoir, fournir un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes, mobiliser de 22 à 24 milliards de dollars US pour les programmes liés au VIH) ; objectifs d'élimination (entre autres, élimination de la stigmatisation et la discrimination, des inégalités fondées sur le sexe et des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH) ; mesures pour assurer la pérennité de la riposte (p. ex. intégration des activités de lutte contre le VIH aux domaines de la santé et du développement).

D'après les estimations, en 2012, 35,3 (32,2-38,8) millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. On constate une augmentation par rapport aux années précédentes due à l'augmentation du nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale. À l'échelle mondiale, 2,3 (1,9-2,7) millions de nouvelles infections à VIH ont été signalées, soit un recul de 33 % par rapport aux 3,4 (3,1-3,7) millions de 2001. Les décès liés au sida enregistrent également une baisse, passant de 2,3 (2,1-2,6) millions en 2005 à 1,6 (1,4-1,9) million en 2012 (voir figure A).

Comme le signale le présent rapport, on constate des avancées remarquables vers la réalisation de nombreux objectifs et engagements d'élimination d'ici 2015, mais des problèmes importants persistent.

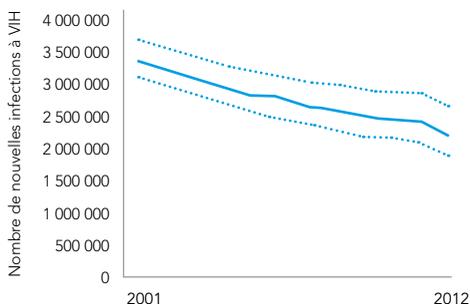
1. Réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle d'ici 2015

Entre 2001 et 2012, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adultes et les adolescents a diminué de 50 % ou plus dans 26 pays. Mais d'autres pays ne sont pas en passe d'atteindre cet objectif, soulignant la nécessité d'intensifier les efforts de prévention. Bien que la

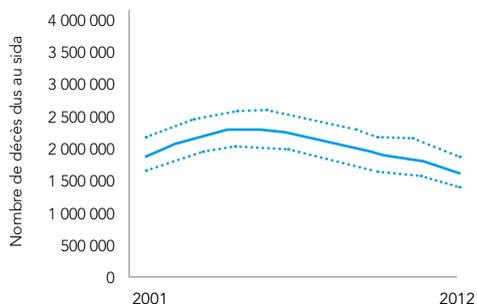
FIGURE A

Nombre de personnes vivant avec le VIH, de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida à l'échelle mondiale, 2001-2012

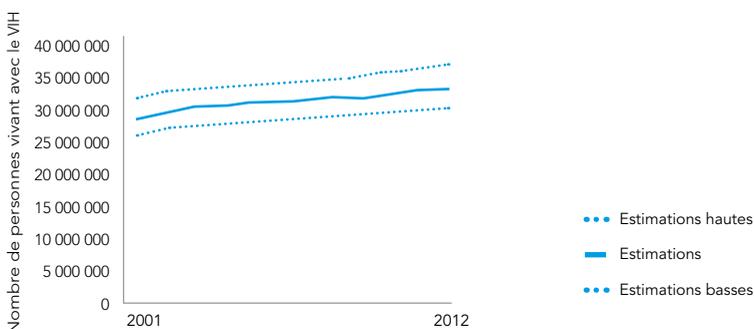
NOUVELLES INFECTIONS À L'ÉCHELLE MONDIALE, 2001-2012



DÉCÈS LIÉS AU SIDA À L'ÉCHELLE MONDIALE, 2001-2012



PERSONNES VIVANT AVEC LE SIDA À L'ÉCHELLE MONDIALE, 2001-2012



Source : estimations de l'ONUSIDA 2012.

tendance liée aux comportements sexuels dans les pays à forte prévalence ait généralement été encourageante au cours des dix dernières années, des études récentes dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne font état d'une diminution de l'usage du préservatif et/ou une augmentation du nombre de partenaires sexuels. Les efforts visant à réduire la transmission liée au commerce du sexe et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes restent insuffisants, comme le révèlent les tendances récentes de la prévalence parmi ces groupes. Néanmoins, les perspectives de renforcement des efforts de prévention n'ont jamais été aussi prometteuses. Un ensemble d'outils de prévention biomédicaux très efficaces a récemment été mis au point pour étayer les avantages des approches de prévention de type comportemental et structurel. En 2012, l'élan porteur de l'intensification de l'une de ces interventions médicales, la circoncision masculine médicale volontaire, s'est accéléré.

2. Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables d'ici 2015

Le monde n'est pas en passe d'atteindre cet objectif. D'après de nouvelles données factuelles, la situation n'a pratiquement pas évolué chez cette population. La prévalence du virus y demeure élevée et atteint 28 % en Asie. L'accès des consommateurs de drogues injectables aux services de prévention du VIH reste limité ; seuls deux des 32 pays ayant soumis des rapports fournissent au moins 200 seringues stériles par an à chaque consommateur de drogues injectables, selon les recommandations. Parmi les 35 pays ayant présenté des données en 2013, seuls quatre ont fourni une thérapie de substitution à plus de

10 % des consommateurs d'opiacées. Outre le taux de couverture exceptionnellement bas, l'efficacité de la riposte au sida chez les consommateurs de drogues injectables est entravée par les cadres de politiques punitives et les pratiques en matière d'application de la loi, qui dissuadent les personnes de solliciter les services sociaux et de santé dont elles ont besoin.

3. Éliminer les infections à VIH chez les enfants et réduire le taux de mortalité maternelle

Grâce aux progrès soutenus, le monde est en mesure de fournir un traitement antirétroviral à au moins 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH. En 2012, 62 % des femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficiaient d'une couverture antirétrovirale et le nombre d'enfants nouvellement infectés a baissé de 35 % par rapport à 2009. Cependant, pour réaliser l'objectif mondial, il faudra intensifier de manière semblable les autres stratégies de prévention, y compris la prévention de base du VIH pour les femmes et l'accès à la contraception et à d'autres services de planification familiale. Des efforts sensiblement plus importants sont nécessaires pour permettre l'accès des femmes enceintes et des enfants aux soins et au traitement du VIH. Les femmes enceintes vivant avec le VIH sont en général moins susceptibles de recevoir une thérapie antirétrovirale que les adultes éligibles. Quant à la couverture du traitement chez les enfants vivant avec le VIH, elle correspondait à moins de la moitié de celle des adultes en 2012.

4. Assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2015

Le monde est en passe de fournir une thérapie antirétrovirale à 15 millions de personnes d'ici 2015. En 2012, 9,7 millions de personnes ont suivi une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit 61 % des personnes éligibles selon les directives de 2010 sur le VIH de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Mais, d'après les directives de 2013, la couverture n'a concerné que 34 % (32-37 %) des 28,3 millions de personnes éligibles en 2013. La thérapie antirétrovirale ne sert pas seulement à prévenir les maladies et les décès liés au sida ; elle permet également de réduire sensiblement le risque de transmission du VIH et la propagation de la tuberculose. Entre 1996 et 2012, la thérapie antirétrovirale a permis d'éviter 6,6 millions de décès liés au sida dans le monde, dont 5,5 millions dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En dépit des avancées historiques liées à l'expansion des services de traitement, les efforts visant à atteindre l'accès universel au traitement se heurtent à des problèmes considérables. La couverture du traitement des enfants reste invariablement faible. À l'échelle mondiale, les hommes s'avèrent beaucoup moins susceptibles que les femmes de suivre une thérapie antirétrovirale et les populations clés doivent souvent surmonter des obstacles majeurs pour bénéficier d'une prise en charge et d'un traitement. Seules des avancées relativement modestes dans l'accès au traitement ont été enregistrées en Europe orientale, en Asie centrale, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, soulignant le besoin d'étendre l'amélioration récente de la couverture à toutes les régions du globe.

5. Réduire de moitié les décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015

Grâce aux progrès soutenus pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH atteintes de tuberculose, le monde est en passe d'atteindre cet objectif d'ici 2015. Depuis 2004, un recul de 36 % a été enregistré à l'échelle mondiale (un peu moins en Afrique, où vivent 75 % des personnes présentant la co-infection). L'OMS estime que l'intensification de la collaboration pour les activités de lutte contre la co-infection VIH/tuberculose (y compris le dépistage du VIH, la thérapie antirétrovirale et les mesures de prévention recommandées) a permis d'éviter le décès d'1,3 million de personnes entre 2005 et 2012. Cependant, des enjeux persistent. En effet, on constate un ralentissement des progrès en matière de réduction des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ces dernières années.

La thérapie antirétrovirale réduit le risque pour une personne vivant avec le VIH de contracter la tuberculose mais à l'heure actuelle, cet outil vital n'est pas correctement utilisé ; parmi les 10 pays déclarants qui comptent le nombre le plus élevé de patients atteints de la co-infection VIH/tuberculose, seuls deux (le Kenya et le Malawi) fournissaient en 2012 une thérapie antirétrovirale à plus de 50 % de ces patients, l'intensification du traitement ayant quant à elle ralenti. Moins de la moitié (46 %) des patients tuberculeux dont le cas a été signalé ont effectué le test de dépistage du VIH en 2012 ; quant aux 500 000 personnes atteintes de co-infection VIH/tuberculose sous thérapie antirétrovirale, elles ne représentaient qu'une infime fraction de la population éligible.

6. Réduire le déficit mondial de moyens de lutte contre le sida

En 2012, la mobilisation de ressources financières pour la riposte au sida n'a cessé d'augmenter, bien que les dépenses liées au sida restent inférieures à l'objectif mondial (22-24 milliards de dollars US par an). Près de 18,9 milliards de dollars US étaient disponibles pour les programmes VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit une hausse de 10 % par rapport à 2011. Si l'aide internationale dans ce domaine a stagné en termes réels en 2012, de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire ont augmenté leur contribution financière à la riposte au VIH ; en 2012, les dépenses nationales ont représenté 53 % de l'ensemble des dépenses liées au VIH. L'augmentation des investissements nationaux concerne tout type de pays, indépendamment du niveau de revenu. Mais les dépenses liées au VIH ont surtout bondi dans les pays à revenu intermédiaire de tranche supérieure. Pour leur part, les pays à revenu intermédiaire de tranche inférieure et les pays à faible revenu sont nombreux à rester lourdement tributaires de l'aide internationale. En 2012, 51 pays ont eu recours à des sources internationales pour couvrir plus de 75 % de leurs dépenses liées au VIH. Alors que les ressources nationales financent essentiellement les dépenses liées aux traitements et à la prise en charge, les fonds internationaux couvrent la plupart des efforts de prévention. Pour tenter de promouvoir la pérennité des ripostes nationales, un nombre croissant de pays envisage des méthodes de financement innovant, y compris des impôts spécifiques et des fonds nationaux d'affectation dédiés à la lutte contre le sida.

7. Éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH

Les inégalités fondées sur le sexe et les normes sexospécifiques continuent de contribuer à la vulnérabilité au VIH. Une étude récente révèle que les femmes victimes de violence conjugale sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH, soulignant le rôle de l'inégalité fondée sur le sexe dans les épidémies nationales. Presque tous les pays (92 %) ayant réalisé un examen à mi-parcours de leur riposte nationale reconnaissent qu'il est crucial de résorber ces inégalités. Cependant, ces examens soulignent que moins de la moitié des pays octroient des fonds aux organisations de femmes, intègrent largement les services liés au VIH et de santé sexuelle et reproductive ou redoublent d'initiatives pour faire participer les hommes et les garçons aux ripostes nationales.

8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ainsi que les pratiques et les lois punitives

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH restent des obstacles majeurs à l'efficacité de la riposte au VIH dans toutes les régions du monde. Les enquêtes nationales suggèrent que le traitement discriminatoire dont font l'objet les personnes vivant avec le VIH est encore répandu dans de multiples domaines, y compris l'accès aux soins de santé. En 2012, 61 % des pays ont déclaré disposer de lois contre la discrimination qui protègent les personnes vivant avec le VIH. La proportion de pays signalant l'existence de services juridiques liés au VIH est passée de 45 % en 2008 à 55 % en 2012. Toutefois, en raison du manque fréquent de services

juridiques accessibles, de nombreux cas de discrimination liée au VIH ne sont jamais résolus. En 2013, 63 pays disposent d'au moins une juridiction pénalisant spécifiquement la non-divulgateion du statut sérologique VIH, l'exposition au VIH et sa transmission. La criminalisation des populations clés reste également répandue ; 60 % des pays déclarent mettre en œuvre des lois, des règlements ou des politiques entravant l'accès des populations clés et des groupes vulnérables à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien efficaces en matière de VIH.

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

Depuis 2010, huit pays, territoires ou zones ont levé les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH. Mais il faudra redoubler d'efforts pour éliminer les autres restrictions, contreproductives et discriminatoires, qui entravent la liberté de circulation des personnes vivant avec le VIH et sont toujours en vigueur dans 44 pays. La levée des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH est une priorité tant pour des raisons symboliques que pratiques. Non seulement ces restrictions reflètent et renforcent la stigmatisation et la discrimination qui entravent l'efficacité de la riposte au sida, mais elles infligent également de sérieuses difficultés à de nombreuses personnes vivant avec le VIH. De plus en plus, les chefs d'entreprise encouragent les pays à abroger les restrictions liées au VIH pour des raisons économiques en invoquant le fait qu'à l'ère de la mondialisation, les entreprises doivent pouvoir recruter et déployer leurs effectifs là où ceux-ci sont le plus nécessaires.

10. Renforcer l'intégration du VIH

Si on constate une tendance claire à l'intégration du VIH au sein de systèmes et de secteurs divers, des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'éliminer les structures et les systèmes parallèles et de garantir cette intégration aux efforts globaux de santé et de développement. Pratiquement tous les pays (90 %) considèrent que l'intégration est une priorité majeure de la lutte contre le VIH ; 82 % l'abordent dans leurs plans stratégiques nationaux et 45 % déclarent que la planification de certaines maladies spécifiques tient désormais compte du VIH. Plus de la moitié des pays (53 %) ont soit totalement intégré les services liés au VIH et à la tuberculose, soit renforcé la prestation de services communs, 70 % les ont intégrés aux soins prénatals pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et environ 66,6 % ont fusionné les services de santé sexuelle et reproductive et ceux liés au VIH. Près d'un pays sur quatre (23 %) a intégré le VIH et la gestion de maladies chroniques non transmissibles, et plus de la moitié proposent désormais le conseil et le dépistage du VIH et/ou la thérapie antirétrovirale dans le cadre des soins ambulatoires généraux.

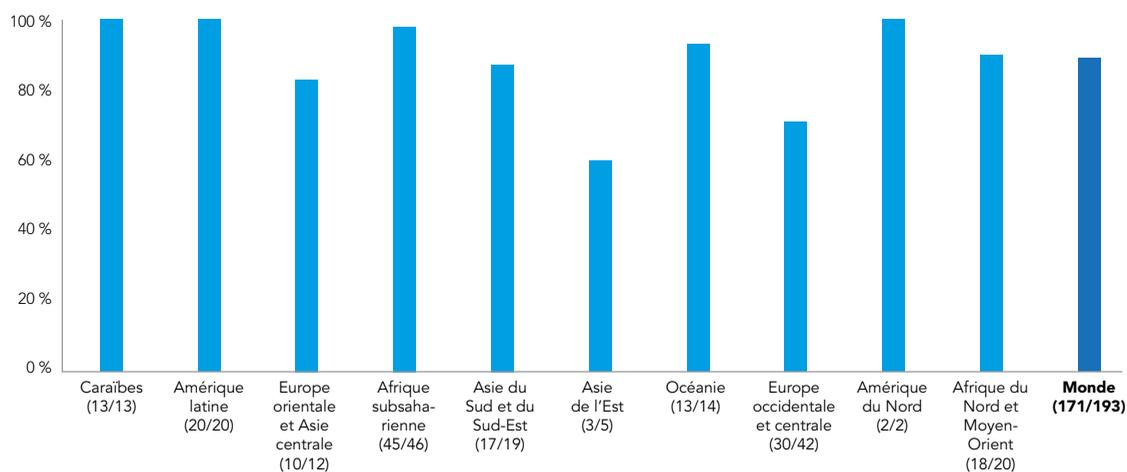
RAPPORTS D'ACTIVITÉ SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE ET ESTIMATIONS LIÉES AU VIH

Le présent rapport s'appuie sur un corpus de données et d'analyses sans précédent. Ses trois sources principales sont les estimations épidémiologiques, les Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013 et les examens nationaux à mi-parcours réalisés en 2013 pour évaluer les progrès vers la réalisation des objectifs et des engagements d'élimination de 2015 tels que définis dans la Déclaration politique des Nations Unies de 2011. Les Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde et les estimations basées sur des études de modélisation renseignent sur les progrès quantifiables accomplis quant aux dix objectifs et engagements d'élimination. À compter de cette année et jusqu'en 2015, les pays vont déclarer chaque année, plutôt que tous les deux ans, les progrès de leur riposte nationale. Cette fréquence accrue répond au besoin urgent d'intensifier la responsabilité et d'accélérer les interventions alors que se rapproche la date butoir de 2015.

En 2013, 172 pays ont présenté leurs Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde, qui présentent les progrès accomplis par rapport aux indicateurs clés en matière de VIH (voir figure B). Sur ces 172 pays, 12 (dont 11 d'Europe occidentale et centrale et un d'Océanie) ont demandé à l'ONUSIDA d'utiliser les données présentées en 2012. Une fois que les pays se seront adaptés à ce nouveau rythme annuel, et non plus biennal, l'ONUSIDA espère renouer avec le niveau de participation de 2012 et recevoir 186 rapports à jour.

Les estimations en matière de VIH sont élaborées par des équipes nationales à l'aide de Spectrum, un logiciel standard conçu par le Futures Institute et soutenu par l'ONUSIDA et ses partenaires. En 2013, des fichiers Spectrum étaient disponibles pour 155 pays.

FIGURE B
Proportion de pays ayant soumis un Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013, par région



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

Remarque : pays déclarants / nombre total d'États membres des Nations Unies dans la région.

EXAMENS À MI-PARCOURS DES OBJECTIFS ET ENGAGEMENTS D'ÉLIMINATION

Afin d'améliorer les évaluations qualitatives des progrès vers les objectifs et les engagements définis dans la Déclaration politique des Nations Unies de 2011 et d'identifier les actions stratégiques prioritaires, l'ONUSIDA a incité les pays à communiquer les progrès accomplis dans le cadre d'examen à mi-parcours. Les pays étaient tenus de préciser les priorités et les objectifs nationaux, de résumer les avancées et d'identifier les lacunes pour chacun des dix objectifs et engagements. En vue d'accélérer les progrès avant 2015, date butoir de la réalisation des objectifs, ils devaient également identifier les possibilités d'innovation et d'amélioration de l'efficacité de la prestation de services. Enfin, les pays ont exposé leurs plans visant à accroître les investissements nationaux et accélérer les efforts pour combler les retards, ainsi que les possibilités envisagées pour poursuivre les progrès relatifs aux dix objectifs après 2015. Les examens à mi-parcours avaient pour vocation de dresser un

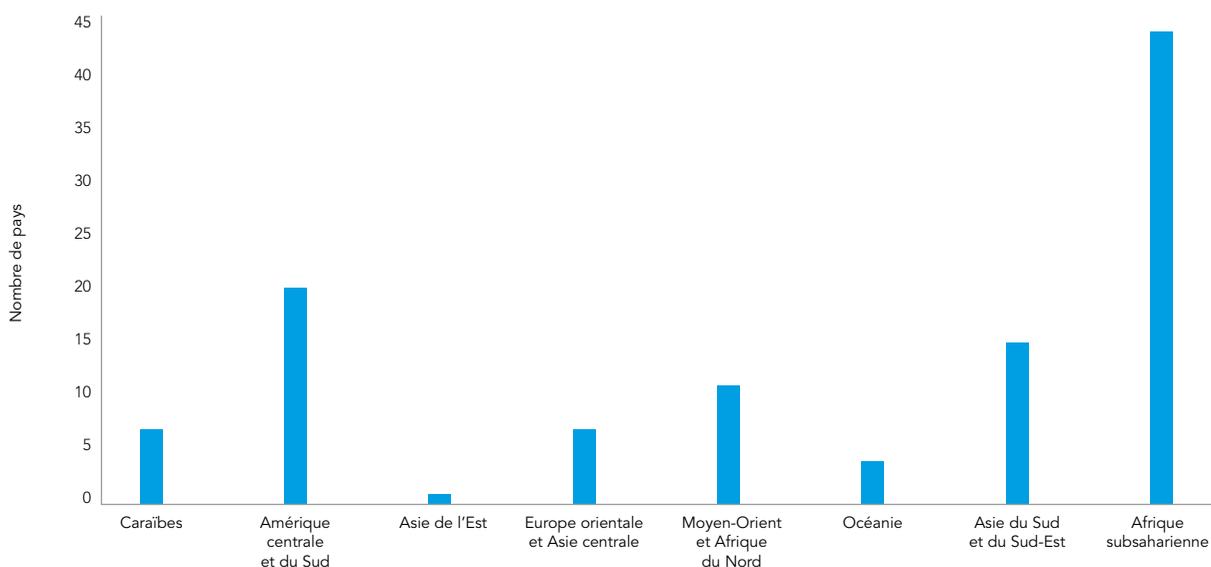
bilan officiel et de susciter une consultation nationale des parties prenantes, y compris les personnes vivant avec le VIH, afin d'examiner les progrès et de définir les orientations futures. L'ONUSIDA a demandé aux pays de présenter un rapport résumant les conclusions essentielles de l'examen à mi-parcours, ainsi que les réponses des pays aux questions spécifiques à chaque objectif.

Les examens à mi-parcours visaient quatre buts essentiels :

- Réaffirmer et renforcer le leadership et l'engagement en faveur des objectifs et engagements contenus dans la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le sida de 2011.
- Renforcer la responsabilité, l'appropriation et la transparence des données stratégiques quant à l'atteinte des objectifs et engagements.
- Améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes nationaux en utilisant les examens à mi-parcours pour lancer la mise en place de dossiers d'investissement liés au VIH.
- Promouvoir et appliquer les principes de la responsabilité partagée et de la solidarité mondiale dans le cadre des ripostes au VIH et identifier les stratégies garantissant leur viabilité à long terme.

Cent vingt pays à revenu faible et intermédiaire ont réalisé des examens à mi-parcours des progrès nationaux. Au 5 août 2013, 109 pays y avaient procédé, soit 91 % de ceux qui s'y étaient engagés (voir figure C). Sur ces 109 pays, 100 ont dressé un bilan formel et 101 ont également mis en place une consultation nationale des parties prenantes.

FIGURE C
Nombre de pays ayant réalisé un examen à mi-parcours en 2013



Source : examens à mi-parcours 2013.

Dans quatre régions (Afrique subsaharienne, Amérique du Sud et Amérique centrale, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Océanie), 100 % des pays¹ qui s'étaient engagés à réaliser un examen à mi-parcours l'ont publié en août 2013. Ce taux était de 94 % en Asie du Sud et du Sud-Est, et de 70 % en Europe orientale et en Asie centrale. Le taux le plus bas, 54 %, revient aux Caraïbes.

PROCHAINES ÉTAPES : L'AVANT ET L'APRÈS-2015

Le présent rapport résume les conclusions concernant les dix objectifs et engagements. Chaque partie tient compte des résultats signalés dans les Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde, des conclusions des examens à mi-parcours et d'autres événements importants survenus au cours de l'année écoulée.

Chaque partie examine les progrès effectués et à faire. Les progrès enregistrés jusqu'à décembre 2012 sont signalés, les observations découlant principalement des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde et des estimations sur le VIH. Chaque partie s'interroge également sur les interventions nécessaires pour accélérer les progrès dans tous les domaines. Dans chaque partie, les notions prospectives s'appuient principalement sur les examens à mi-parcours, soulignant les engagements des pays à l'égard de l'accessibilité des services clés et de l'amélioration de l'efficacité des services et des investissements nationaux.

L'analyse qui s'ensuit démontre que la riposte au VIH continue d'ouvrir la voie à la prestation de services axés sur les personnes et fondés sur les droits. Comme l'énonce le chapitre 10, certains éléments de la riposte au VIH sont actuellement intégrés à d'autres programmes de développement et de santé à des fins d'élimination des systèmes parallèles et de renforcement de l'efficacité et de l'efficience. Cependant, afin de poursuivre les progrès de la riposte, il faut continuer de privilégier les besoins liés au VIH, renforcer les éléments efficaces et les intégrer aux futurs objectifs de santé et de développement.

¹ L'un des pays n'a pas été en mesure de réaliser l'examen à mi-parcours pour des raisons de sécurité.

1. RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Les efforts de prévention continuent de porter leurs fruits, comme en témoigne le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes dans les pays à revenu faible et intermédiaire qui était de 1,9 million en 2012 (1,6-2,3), soit une baisse de 30 % par rapport à 2001 (voir figure 1.1). La baisse du taux de nouvelles infections à VIH dans 26 pays à revenu faible et intermédiaire atteste de ces efforts. La diminution du nombre de nouvelles infections chez les adultes depuis 2001 reflète principalement une réduction de la transmission par voie sexuelle. Cependant, la tendance à la baisse du nombre total de nouvelles infections à VIH chez les adultes doit s'accélérer pour pouvoir atteindre l'objectif de 2015.

Les difficultés en matière de prévention des nouvelles infections persistent mais les possibilités de réduire considérablement l'incidence du VIH sont extrêmement encourageantes. Selon les données factuelles de ces dernières années, le risque de transmission du VIH peut diminuer jusqu'à 96 % grâce aux thérapies antirétrovirales¹, d'environ 60 % grâce à la circoncision masculine médicale volontaire^{2,3,4} et de plus de 40 % grâce à la prophylaxie préexposition chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes⁵ et de 49 % chez les consommateurs de drogues injectables⁶.

L'utilisation stratégique des approches structurelles, notamment les transferts d'espèces, les coupons ainsi que l'aide alimentaire et nutritionnelle en vue de réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH à laquelle sont confrontées les filles et les jeunes femmes, montre des résultats encourageants. Bien que ces nouvelles approches se soient avérées efficaces en phase d'essai, elles n'ont pas encore entraîné une diminution mesurable et durable du nombre de nouvelles infections au niveau de la population, principalement en raison de l'incapacité à intensifier ces stratégies.

Comme le confirme la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011, la prévention du virus doit rester le pilier de la riposte au VIH. Pour une efficacité optimale, les efforts de prévention doivent associer stratégiquement des programmes et des approches de type comportemental, biomédical et structurel axés sur une intensification rapide dans les zones géographiques et les populations les plus exposées au risque d'infection et de transmission du VIH.

TENDANCES EN MATIÈRE DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE

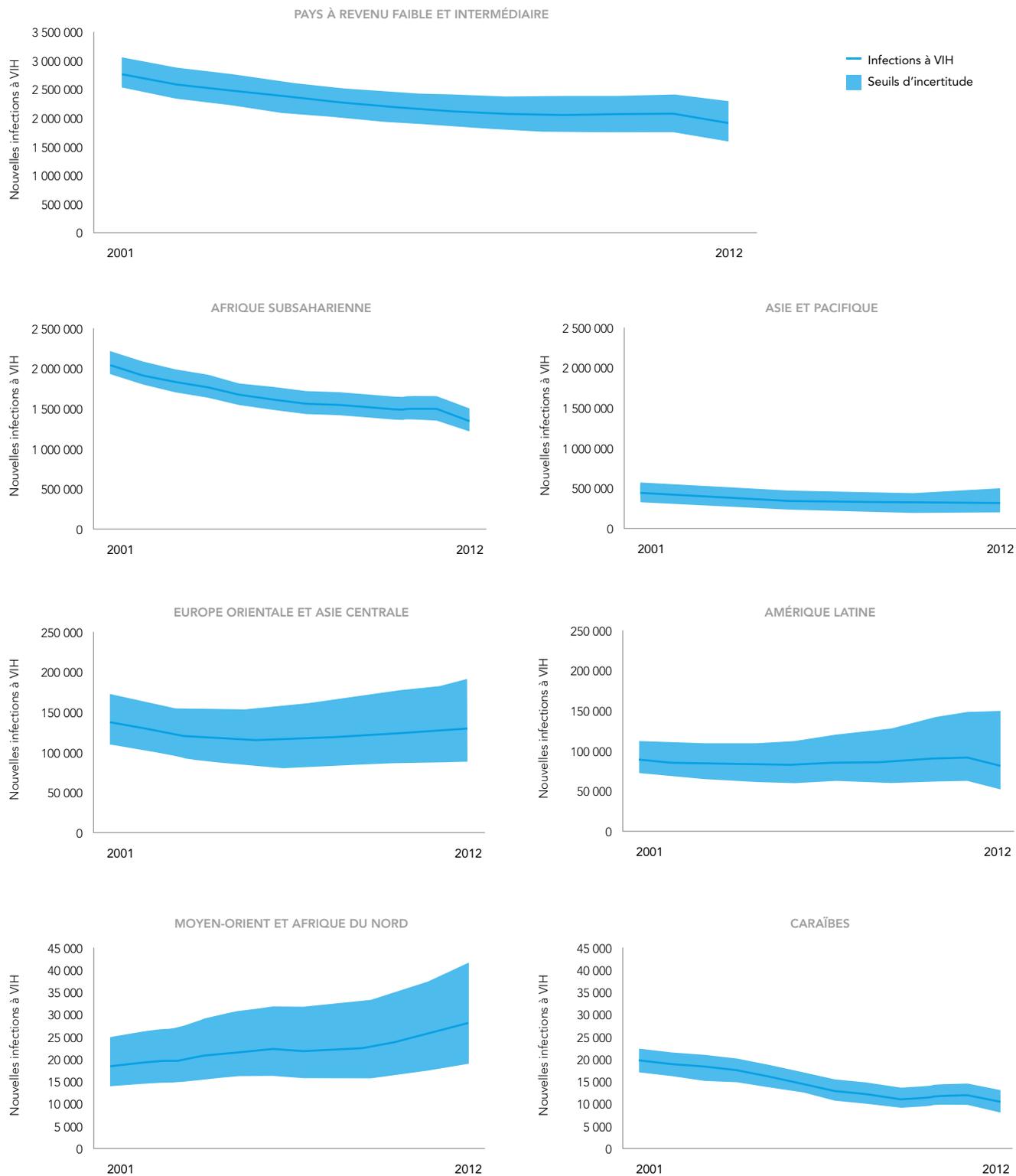
Les tendances concernant les nouvelles infections chez les adultes varient d'une région à l'autre. L'Afrique subsaharienne reste sévèrement touchée par l'épidémie et concentrait 70 % de l'ensemble des nouvelles infections à VIH en 2012.

Depuis 2001 cependant, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adultes en Afrique subsaharienne a diminué de 34 %. La diminution la plus marquée depuis 2001 a été observée dans la région des Caraïbes (49 %). Une recrudescence des nouvelles infections à VIH a été observée en Europe orientale et en Asie centrale ces dernières années malgré une baisse en Ukraine. En revanche, le nombre de nouvelles infections à VIH continue d'augmenter au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Liste des pays où l'incidence du VIH chez les adultes a baissé de plus de 50 % entre 2001 et 2012 :

1. Belize
2. Botswana
3. Cambodge
4. Côte d'Ivoire
5. Djibouti
6. Érythrée
7. Éthiopie
8. Gabon
9. Ghana
10. Inde
11. Jamaïque
12. Libéria
13. Malawi
14. Myanmar
15. Namibie
16. Népal
17. Niger
18. Nigéria
19. Papouasie-Nouvelle-Guinée
20. République dominicaine
21. Sao Tomé-et-Principe
22. Sénégal
23. Thaïlande
24. Togo
25. Ukraine
26. Zambie

FIGURE 1.1
Nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région, 2001-2012



Source : estimations de l'ONUSIDA 2012.

Bien que la dynamique naturelle de l'épidémie ait sans conteste joué un rôle prépondérant dans les importantes diminutions observées dans les pays à forte prévalence, l'évolution des comportements sexuels (comme le recul de l'âge du premier rapport sexuel), le taux élevé d'utilisation des préservatifs et la réduction du nombre de partenaires multiples, expliquent également ce phénomène. Au Zimbabwe par exemple, la diminution de l'incidence du VIH (c'est-à-dire les nouvelles infections) découle des changements de comportements, principalement la réduction du nombre de partenaires sexuels multiples^{7,8}.

Les tendances récentes (depuis 2000) en matière de comportement sexuel, avérées dans la plupart des pays, continuent d'indiquer une augmentation du nombre de personnes adoptant des comportements sexuels plus sûrs. Les connaissances sur la prévention de la transmission du VIH ont progressé chez les jeunes ; la proportion des 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans diminue ; l'utilisation des préservatifs a augmenté chez les personnes ayant des partenaires sexuels multiples ; la proportion de jeunes ayant effectué un test de dépistage du VIH et reçu leurs résultats a également augmenté.

Cependant, certains signes indiquent une augmentation des comportements sexuels à risque dans plusieurs pays. D'après des données factuelles récentes, certains pays enregistrent une augmentation considérable du nombre de partenaires sexuels (Afrique du Sud, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Guyane, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Zimbabwe) ainsi qu'une diminution du taux d'utilisation des préservatifs (Côte d'Ivoire, Niger, Ouganda et Sénégal) (voir tableau 1.1).

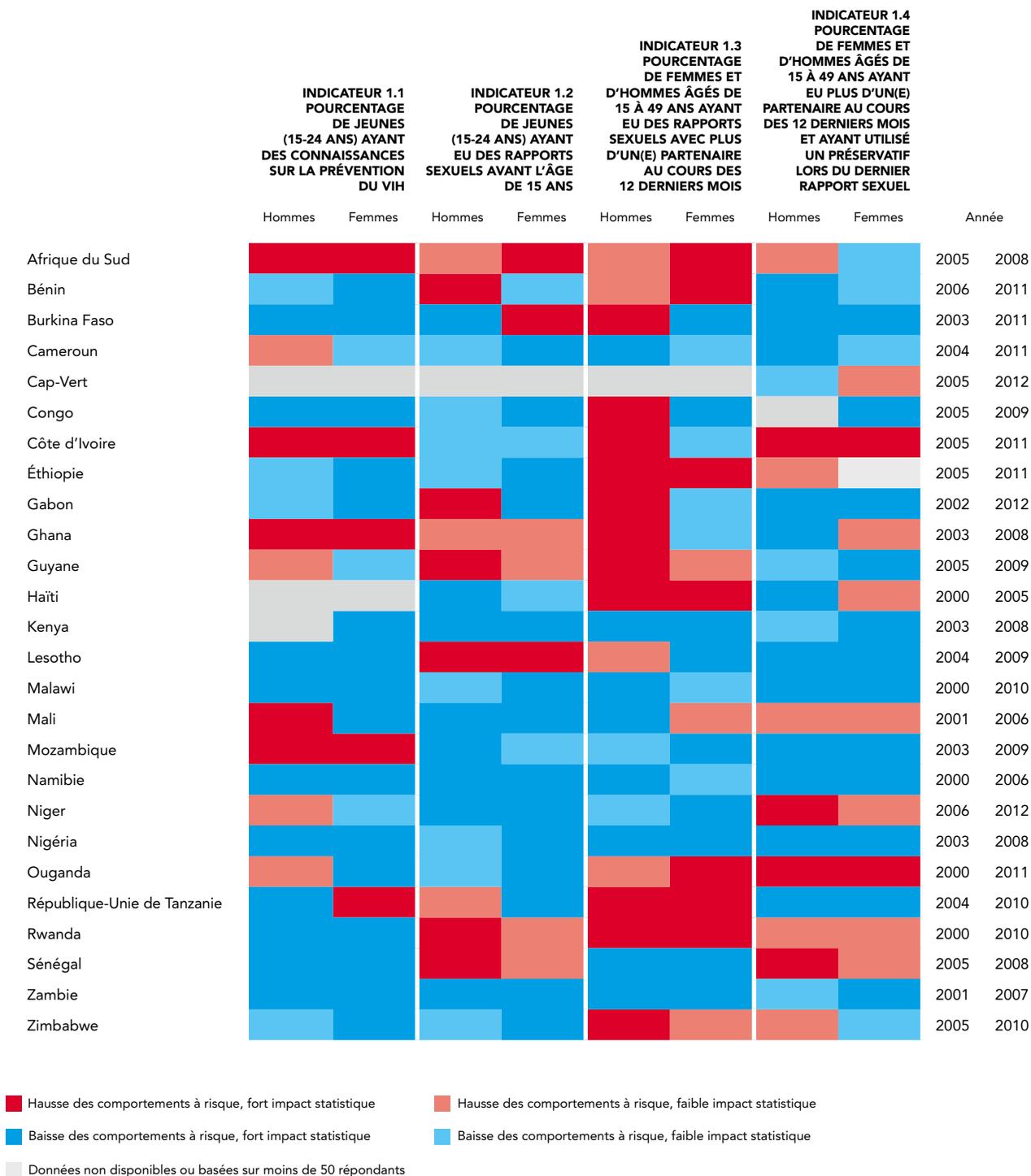
STIMULER LES CHANGEMENTS SOCIAUX ET COMPORTEMENTAUX

D'après une méta-analyse des études réalisée à l'échelle mondiale, « les interventions comportementales réduisent les comportements sexuels à risque et préviennent les infections sexuellement transmissibles ainsi que le VIH »⁹. Cependant, de nombreux pays ne disposent pas d'une stratégie complète de déploiement de ces approches programmatiques. Généralement, la mise en œuvre des programmes socio-comportementaux s'effectue de manière isolée et non coordonnée, n'est pas suffisamment adaptée pour répondre aux besoins de la population ciblée et ne comporte pas d'évaluation rigoureuse à l'échelle requise pour un déploiement massif. De toute évidence, seul le déploiement d'un ensemble complet d'initiatives de prévention du VIH à l'échelle nationale, ainsi que l'accès suffisant et l'utilisation régulière de services de qualité, permettront aux pays de réaliser des retours sur investissement optimaux en matière de prévention.

Des signes inquiétants indiquent que les programmes sociaux et comportementaux seraient désormais moins prioritaires. Les examens à mi-parcours signalent une diminution de l'aide aux programmes de prévention du VIH de type socio-comportemental dans plusieurs pays, notamment la Namibie, où la campagne « Take control » a été interrompue en 2011 malgré son vif succès. Cependant, au fur et à mesure que sont déployés les nouveaux outils biomédicaux, les programmes socio-comportementaux et structurels efficaces demeureront non seulement indispensables en tant que tels, mais seront aussi nécessaires pour maximiser l'efficacité des approches biomédicales, notamment pour prévenir l'émergence possible de la compensation des risques. Les programmes de prévention doivent permettre d'aborder les aspects biomédicaux de la prévention du VIH sans se concentrer exclusivement sur les aspects médicaux des relations sexuelles. Il est impératif d'harmoniser les messages et la diffusion des informations sur la transmission du VIH ainsi que les diverses approches de prévention. Les programmes comportementaux et structurels permettent également de surmonter les obstacles à l'utilisation des services, tels que l'exclusion sociale, la criminalisation, la stigmatisation et l'inégalité. Ces activités amplifient l'impact de la thérapie antirétrovirale, des autres stratégies de prévention du VIH à base d'antirétroviraux (telle la prophylaxie préexposition) et de la circoncision masculine médicale volontaire.

TABLEAU 1.1

Connaissances, comportement sexuel et dépistage dans les pays où la prévalence du VIH chez les adultes est supérieure à 1 %, 2000–2012*



Sources : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013 ; enquêtes à domicile représentatives du pays.

* La comparaison des indicateurs s'effectue entre les deux enquêtes les plus récentes et le test statistique à 0,05.

La révolution mondiale dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, qui a profondément bouleversé la manière dont les personnes construisent leurs réseaux, interagissent, communiquent et partagent les informations, offre de nouvelles possibilités d'élargir et de relancer les programmes socio-comportementaux et structurels. Cela comprend l'utilisation stratégique des « anciens » supports médiatiques (p. ex., fiction télévisée promouvant la prévention du VIH en Zambie)¹⁰, ainsi que l'exploitation accrue des nouveaux outils d'information (stratégies intégrant les télécommunications mobiles dans les programmes de santé pour améliorer la prestation de services).

INVESTIR DANS LES PROGRAMMES DE PROMOTION DU PRÉSERVATIF

Ces programmes font partie intégrante d'une action efficace en matière de prévention du VIH. Utilisés correctement et systématiquement, les préservatifs demeurent l'une des méthodes les plus efficaces actuellement disponibles pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle. D'après une étude de modélisation réalisée en Afrique du Sud, l'augmentation du taux d'utilisation des préservatifs, survenue parallèlement à l'intensification de la campagne de distribution de préservatifs masculins, a joué un rôle déterminant dans la baisse de l'incidence du VIH au niveau national observée au cours de la période 2000-2008¹¹. Les programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants constituent un élément particulièrement stratégique de l'ensemble des mesures basées sur des données factuelles visant à prévenir la transmission du VIH, surtout pour les personnes impliquées dans des relations sexuelles à court terme, les couples sérodiscordants, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les autres populations clés, notamment les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels. Les programmes associant services de conseil aux couples et distribution de préservatifs se sont avérés efficaces dans de nombreux pays, tels que le Kenya¹² et la Zambie¹³. Les programmes de promotion des préservatifs doivent faire partie intégrante des approches comportementales, en particulier celles permettant aux femmes et aux jeunes d'exiger l'utilisation du préservatif.

Vu le risque d'infection particulièrement élevé auquel ils sont exposés, les partenaires séronégatifs des couples sérodiscordants (couples où l'un des partenaires est séronégatif) doivent impérativement bénéficier de programmes efficaces de prévention du VIH. Les stratégies de prévention clés comprennent le dépistage (afin de permettre aux personnes de connaître leur statut sérologique et celui de leur partenaire), l'utilisation des préservatifs et l'administration d'un traitement antirétroviral au partenaire vivant avec le VIH, indépendamment de sa numération de CD4. Une autre stratégie efficace consiste à proposer une thérapie antirétrovirale au partenaire séronégatif.

Les difficultés de financement sapent les efforts déployés pour assurer un accès rapide aux préservatifs masculins et féminins. Les programmes de promotion des préservatifs étant largement financés par les donateurs internationaux dans de nombreux pays, les incertitudes en matière de financement ont compliqué les prévisions nationales, les achats, l'approvisionnement et la distribution. En 2012, la communauté des donateurs a réduit la fourniture de préservatifs masculins et féminins par rapport à 2011. En 2012, les dons se sont élevés à 2,4 milliards de préservatifs masculins et à 31,8 millions de préservatifs féminins contre 3,4 milliards et 43,4 millions respectivement en 2011¹⁴. Les rapports d'activité des pays confirment que l'accès aux préservatifs a chuté en 2012. La Namibie indique que les difficultés de financement ont contribué à la baisse du nombre de préservatifs distribués en 2011-2012 tandis que l'Ouganda signale des pénuries et des ruptures de stock fréquentes des préservatifs gratuits.

Un examen de l'expérience des travailleurs du sexe dans les établissements de santé publiques de quatre pays d'Afrique australe et d'Afrique orientale signale un accès insuffisant aux préservatifs et aux lubrifiants, entre autres besoins de santé non satisfaits¹⁵. Une enquête réalisée en 2012 auprès de 5 000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans 165 pays a également mis en lumière les difficultés d'accès aux lubrifiants¹⁶.

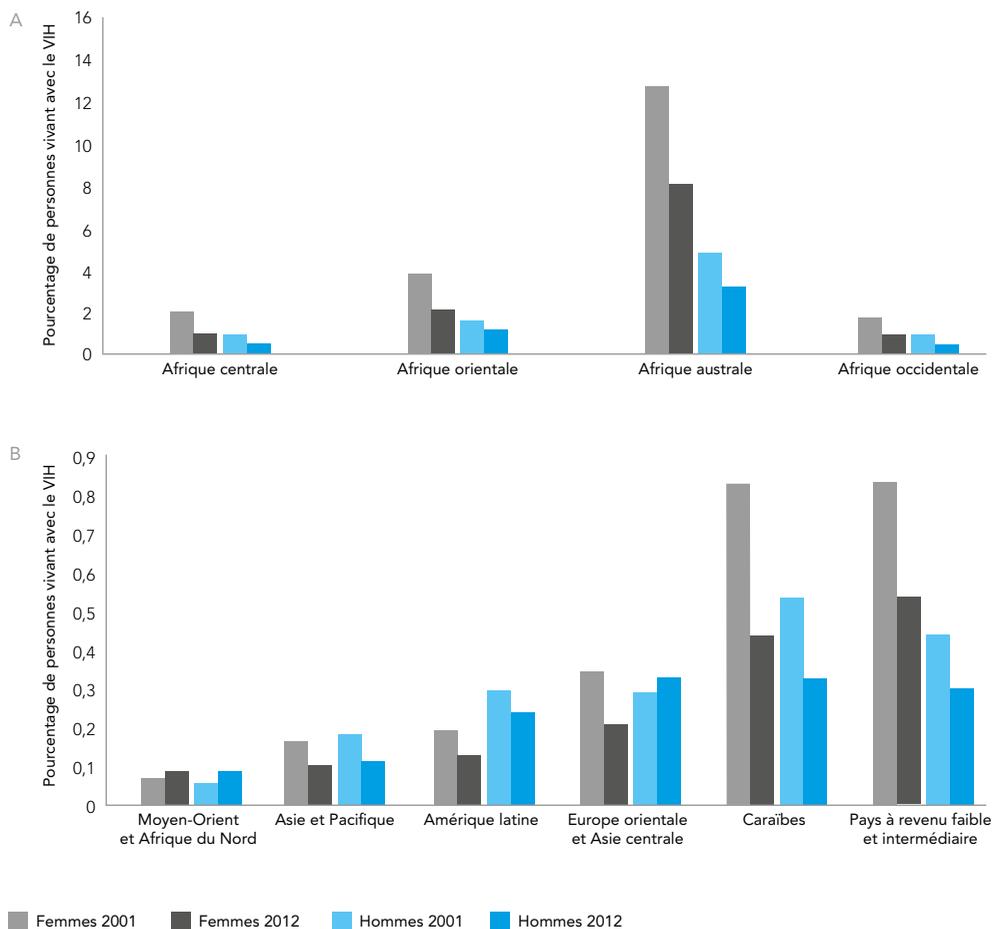
Les progrès technologiques en matière de conception des préservatifs visent à fabriquer des produits qui répondent aux besoins et aux souhaits de leurs utilisateurs. PATH, une organisation

de santé d'envergure internationale, teste actuellement un nouveau préservatif féminin, plus pratique. Autre nouveauté, l'Origami, un préservatif pliable en forme d'accordéon conçu pour être utilisé par les hommes et les femmes au cours des rapports vaginaux et anaux¹⁷. En 2012, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a procédé à la préqualification d'un préservatif féminin fabriqué par la société Cupid Ltd., désormais sur la liste des achats du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).

PRÉVENIR LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES

Divers pays d'Afrique subsaharienne ont enregistré une diminution notable de la prévalence du VIH chez les jeunes des deux sexes (15-24 ans), qui a chuté de 42 % dans la région entre 2001 et 2012. En dépit de ces tendances favorables, le taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes demeure plus du double de celui des hommes en Afrique subsaharienne.

FIGURE 1.2
Prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), par région, 2001 et 2012



Source : estimations de l'ONUSIDA 2012.

Les tendances dans d'autres régions sont mitigées : les Caraïbes enregistrent une diminution considérable de la prévalence du VIH, alors qu'aucune tendance nette à la baisse n'est observée au Moyen-Orient ou en Afrique du Nord (voir figure 1.2). Les données factuelles concernant la prévalence du VIH chez les jeunes des populations clés les plus exposées (ou leurs partenaires) sont limitées, bien qu'un petit nombre d'enquêtes et de rapports anecdotiques indiquent que le risque d'infection à VIH est extrêmement élevé parmi ces jeunes.

D'après les estimations, 2,1 millions d'adolescents (10-19 ans) vivaient avec le VIH en 2012 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les données disponibles sur les jeunes adolescents (10-14 ans) étant limitées, il existe peu d'informations concernant les progrès effectués en faveur de la prévention des nouvelles infections ou des décès dans ce groupe d'âge.

En Afrique subsaharienne, le pourcentage de jeunes (15-24 ans) possédant des connaissances complètes et pertinentes sur le VIH a augmenté de 5 points de pourcentage chez les hommes et de 3 chez les femmes entre 2002 et 2011. Cependant, le niveau de connaissance dans ce domaine reste faible (36 % chez les jeunes hommes et 28 % chez les jeunes femmes). Le pourcentage de jeunes déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel a également augmenté au cours de cette période chez les deux sexes.

L'accès insuffisant aux services de VIH et de santé sexuelle et reproductive de qualité et adaptés aux jeunes ainsi que la violence sexuelle à l'égard des jeunes femmes et des filles comptent parmi les difficultés persistantes qui nuisent à l'efficacité des mesures de prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes¹⁸. De plus, la protection limitée de la confidentialité et du droit au secret médical des jeunes les dissuade d'avoir recours aux services essentiels¹⁹. Enfin, l'accès insuffisant à une éducation sexuelle complète, dont l'efficacité n'est plus à démontrer (rapports sexuels moins précoces et augmentation du taux d'utilisation des préservatifs chez les jeunes sexuellement actifs)²⁰, sape les efforts déployés pour prévenir le risque d'infection à VIH chez les jeunes.

De nouvelles stratégies ont été lancées afin de réduire la vulnérabilité des jeunes au VIH, notamment des transferts d'espèces à caractère social permettant d'inciter à des comportements plus sûrs. D'après une récente étude aléatoire contrôlée réalisée au Lesotho, un programme d'incitations financières a permis de réduire le risque d'infection à VIH de 25 % en deux ans²¹. Une autre étude aléatoire contrôlée menée au Malawi indique que les transferts d'espèces aux écolières ont permis de réduire les nouvelles infections à VIH de 60 %²². De toute évidence, ces transferts peuvent contribuer à améliorer la prévention du VIH chez les jeunes. Il est d'ailleurs recommandé de poursuivre les recherches sur le rôle que jouent ces programmes dans la prévention du VIH²³.

INTENSIFICATION DE LA CIRCONCISION MASCULINE MÉDICALE VOLONTAIRE

D'après les projections, la circoncision de 80 % des hommes adultes non circoncis dans les pays à forte prévalence du VIH et à faible prévalence de la circoncision d'ici 2015 permettait de prévenir une nouvelle infection à VIH sur cinq d'ici 2025, sans compter les avantages à long terme pour les deux sexes en matière de prévention²⁴. Parallèlement à l'intensification de la circoncision médicale volontaire, il est recommandé aux pays prioritaires de déployer l'offre systématique de circoncision des garçons nouveau-nés.

Suite à la diffusion de la recommandation en faveur de l'intensification de la circoncision médicale volontaire en 2007, les progrès en matière de mise en œuvre ont d'abord été lents. Cependant, des signes encourageants indiquent actuellement une hausse de l'adoption de cette pratique. Néanmoins, l'intensification de la circoncision médicale volontaire varie considérablement d'un pays prioritaire à l'autre (voir figures 1.3 et 1.4).

En décembre 2012, on comptait 3,2 millions d'Africains circoncis dans le cadre de services spécifiques. Le nombre total d'hommes circoncis a presque doublé en 2012 par rapport à

Liste des pays prioritaires de l'ONUSIDA pour la circoncision masculine médicale volontaire :

1. Afrique du Sud
2. Botswana
3. Éthiopie
4. Kenya
5. Lesotho
6. Malawi
7. Mozambique
8. Namibie
9. Ouganda
10. République centrafricaine
11. République-Unie de Tanzanie
12. Rwanda
13. Soudan du Sud
14. Swaziland
15. Zambie
16. Zimbabwe

FIGURE 1.3

Nombre annuel de circoncisions masculines médicales volontaires, sélection de pays, 2009–2012

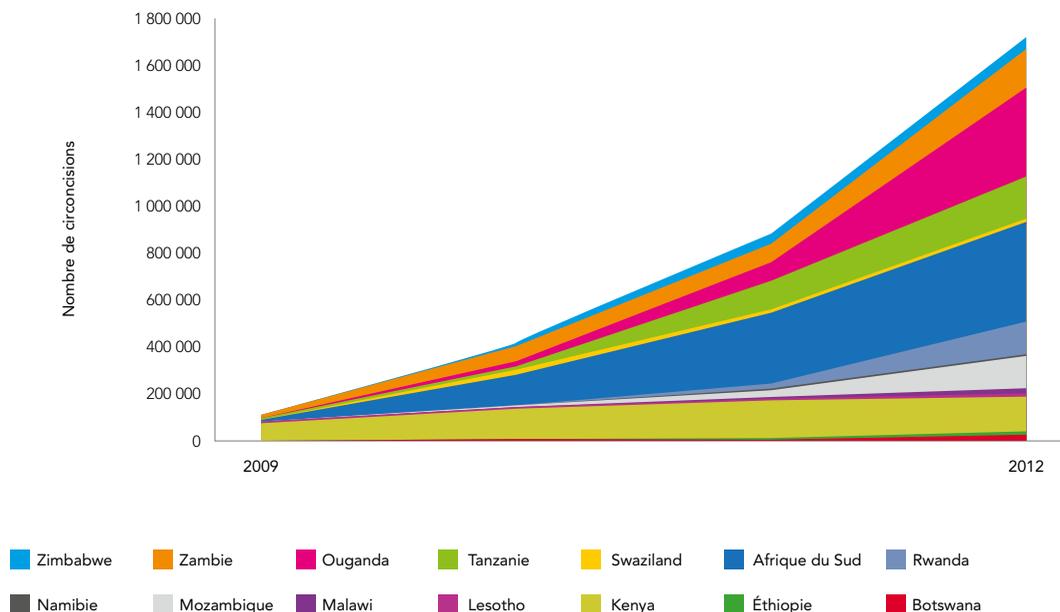
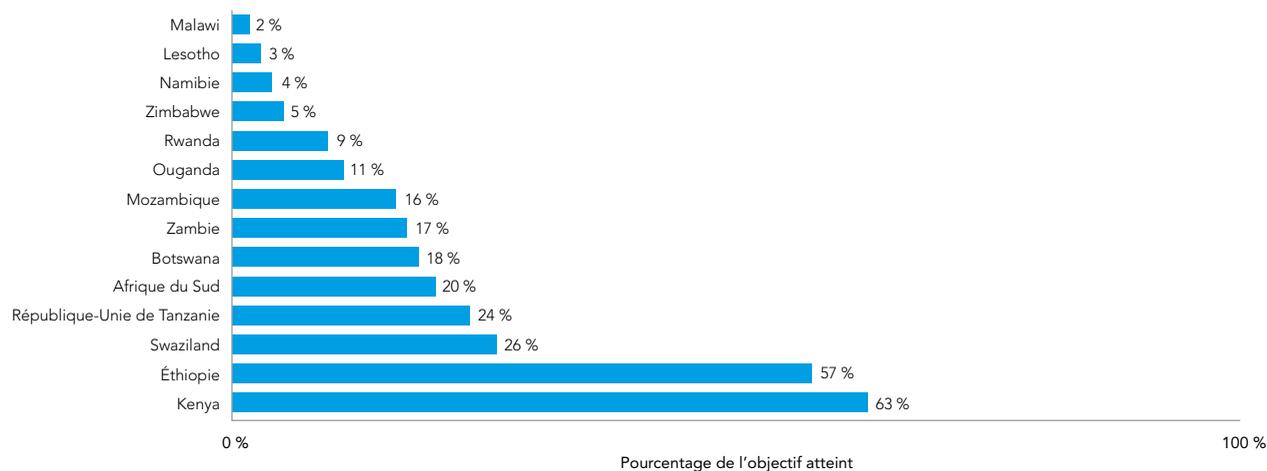


FIGURE 1.4

Circoncision masculine médicale volontaire : progrès des pays vers les objectifs de 2015 au 1^{er} décembre 2012

Sources : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013 ; OMS (2012). Progress in Scaling up Voluntary Medical Male Circumcision for HIV Prevention in East and Southern Africa, January–December 2012 (en anglais seulement).

Remarques :

1. La vitesse de mise en œuvre des campagnes de circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) diffère selon les pays prioritaires.

2. Au 31 décembre 2012, un peu plus de 3 millions de circoncisions ont été signalées dans ces pays, soit 15 % du nombre estimé nécessaire pour atteindre une prévalence globale de 80 %.

décembre 2011 où il n'était que de 1,5 million. Cependant, il est évident qu'il ne sera possible d'atteindre l'objectif estimé de 20 millions en 2015²⁵ que si la tendance s'accélère fortement.

Parmi les provinces prioritaires, les progrès ont été particulièrement marqués en Éthiopie (57 % de l'objectif de couverture) et au Kenya (63 %). Dans cinq pays prioritaires (Lesotho, Malawi, Namibie, Rwanda et Zimbabwe), le taux de couverture de la circoncision volontaire médicale chez les hommes adultes est inférieur à 10 %.

Douze pays ont communiqué des rapports nationaux à mi-parcours incluant la circoncision médicale volontaire au rang des priorités. Cinq pays (Botswana, Malawi, Namibie, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe) ont signalé que le faible recours à la circoncision masculine constituait un enjeu dans le cadre de leur riposte nationale. Les rapports à mi-parcours ont identifié une série d'obstacles à une intensification rapide, notamment les contraintes financières (Namibie), les ruptures de stock des produits de base indispensables à la circoncision (Ouganda) et le manque d'effectifs (Zimbabwe). Le rapport à mi-parcours du Swaziland ne mentionne pas la circoncision médicale volontaire, bien que l'intensification de cette pratique y soit particulièrement prioritaire. À l'avenir, le Lesotho s'est engagé à accroître les ressources en matière de circoncision médicale masculine pour les adultes et les nouveau-nés, tandis que le Zimbabwe vise à dispenser des formations améliorées au personnel infirmier dans ce domaine. Enfin, l'Ouganda s'est engagé à promouvoir l'intensification de la circoncision dans le secteur de la santé formel et au sein des systèmes de santé des districts.

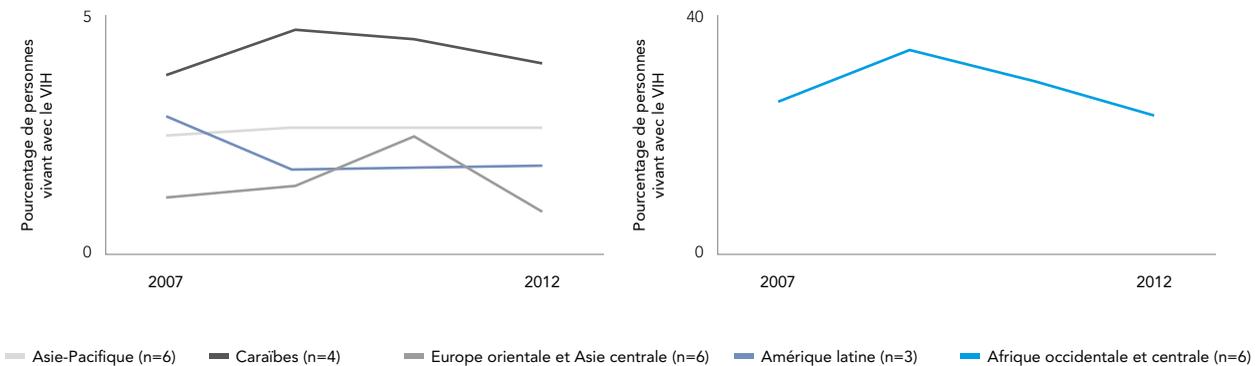
D'après les données factuelles, les programmes ont remporté beaucoup plus de succès auprès des hommes de moins de 25 ans²⁶. Les hommes qui vivent en Afrique subsaharienne sont particulièrement exposés au risque d'infection à VIH entre 20 et 40 ans. C'est pourquoi la campagne d'intensification de la circoncision médicale volontaire cible en priorité les hommes de cette tranche d'âge. Bien qu'elle présente un avantage évident pour les jeunes hommes en matière de prévention du VIH et doive se poursuivre, la circoncision médicale volontaire a un impact immédiat moins important sur le taux de prévalence que l'intervention destinée aux hommes les plus exposés au risque d'infection. Afin d'atteindre les hommes de 25 à 29 ans dont la circoncision engendrerait très probablement des avantages immédiats en matière de prévention du VIH, des études sont actuellement en cours pour évaluer les diverses stratégies innovantes visant à développer la demande.

En 2013, l'OMS a procédé à la préqualification du premier dispositif de circoncision destiné à être utilisé par les adultes dans les régions à faibles ressources. Ce dispositif, appelé PrePex, ne nécessite ni sutures ni anesthésie locale et peut être placé et retiré par des prestataires de santé qualifiés de niveau intermédiaire, notamment le personnel infirmier. PrePex devrait permettre d'accélérer l'intensification de la circoncision médicale volontaire en proposant aux hommes une solution alternative et en allégeant la demande qui pèse actuellement sur les chirurgiens exerçant dans les pays prioritaires, dont les effectifs sont limités.

PRÉVENTION DU VIH POUR LES TRAVAILLEURS DU SEXE

L'épidémie continue d'affecter sérieusement les travailleurs du sexe, qu'ils s'agissent de femmes, d'hommes ou de personnes transsexuelles. Au niveau mondial, les travailleuses du sexe ont 13,5 fois plus de chances de vivre avec le VIH que les autres femmes²⁷. En Afrique occidentale, on estime qu'une part importante des nouvelles infections (10 à 32 %) s'expliquent par le commerce du sexe. En Ouganda, au Swaziland et en Zambie, 7 à 11 % des nouvelles infections seraient imputables aux travailleurs du sexe, à leurs clients et aux partenaires sexuels réguliers de ces derniers²⁸. Le taux de prévalence médian du VIH chez les travailleurs du sexe varie d'une région à l'autre : 22 % en Afrique australe et orientale (huit pays), 17 % en Afrique centrale et occidentale (17 pays), et moins de 5 % dans toutes les autres régions (voir figure 1.5). Les enquêtes sont habituellement réalisées dans les capitales et peuvent ne pas être représentatives du pays. Les conclusions ne sont donc pas forcément applicables à l'ensemble de la population. Une autre analyse des données disponibles a observé une prévalence combinée du VIH chez les travailleuses du sexe de 36,9 % en Afrique subsaharienne, 10,9 % en Europe orientale et 6,1 % en Amérique

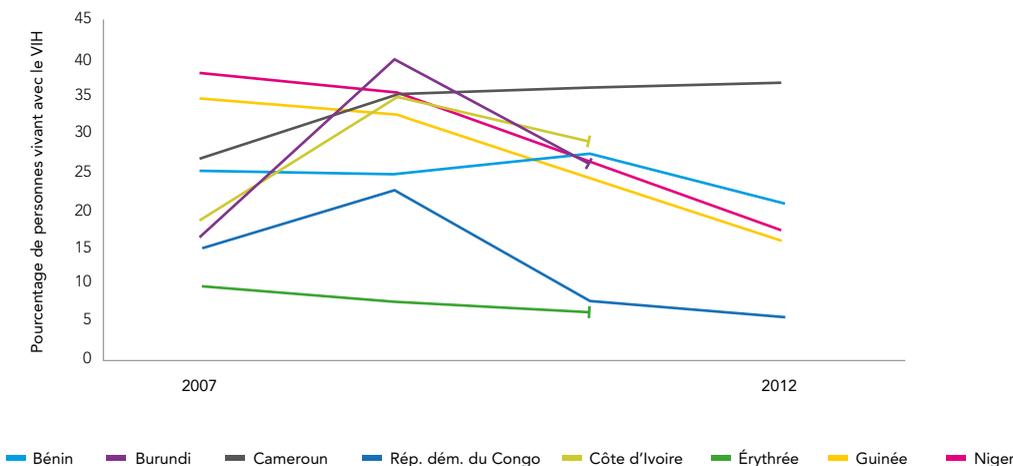
FIGURE 1.5
Prévalence médiane du VIH chez les travailleurs du sexe, par région, 2007–2012*



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Les données sur les services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH destinés aux populations clés peuvent être difficiles à obtenir. Les pays s'appuient généralement sur les enquêtes réalisées dans les communautés ou les établissements pour évaluer le taux de couverture pour ces populations. Ces enquêtes peuvent être menées aussi bien une à deux fois par an que tous les trois ou quatre ans. Cette approche fournit des données précieuses concernant les programmes locaux mais ne peut être aisément transposée à l'échelle nationale pour refléter avec précision la situation du pays. L'ONUSIDA ne prend pas en compte les données issues d'échantillons dont la taille est inférieure à 100 (sauf s'il s'agit d'un petit pays), de même que les autres échantillons clairement biaisés (p. ex., utilisation des tests de dépistage du VIH dans les centres de conseil et de dépistage volontaires (CDV)) et/ou les données recueillies il y a plus de trois ans. Les données pour lesquelles les informations générales n'ont pas été communiquées sont prises en compte. Les autres populations clés sont réparties de manière inégale dans la plupart des pays et peuvent se montrer peu enclines à participer à des activités menées à l'initiative du gouvernement en fonction du cadre juridique local. C'est pourquoi il est difficile de réaliser des enquêtes auprès des populations clés.

FIGURE 1.6
Prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe en Afrique, sélection de pays, 2007–2012*



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Voir note de bas de page correspondant à la figure 1.5.

latine²⁹. La prévalence médiane chez les travailleurs du sexe est de 14 % d'après les données issues de documents publiés par 24 pays depuis 2006.

Parmi les pays qui ont communiqué des données en 2013, la prévalence médiane du VIH chez les travailleurs du sexe semble avoir diminué ces dernières années dans certaines régions d'Afrique centrale et occidentale. Cependant, il est difficile de tirer des conclusions définitives lorsque peu de données d'enquête sont disponibles. De plus, la prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe reste extrêmement élevée dans de nombreux pays. Parmi les 62 pays qui communiquent des données, la prévalence varie de moins de 1 % dans 14 pays à 70 % (d'après une enquête réalisée auprès de 323 travailleuses du sexe) au Swaziland. Dans d'autres régions où la prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe est beaucoup plus faible, les tendances demeurent stables. Cependant, certains signes indiquent une diminution de la prévalence du VIH depuis 2007 au sein de cette population dans les Caraïbes. Parmi 8 pays d'Afrique australe et orientale, la prévalence médiane du VIH est de 11 % (fourchette : < 1 %-64 %) chez les travailleurs du sexe de moins de 25 ans et de 29 % (fourchette : < 1 %-74 %) chez les travailleurs du sexe de plus de 25 ans.

Les pays signalent que le taux d'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel tarifé est élevé et s'améliore. De plus, 44 pays ont communiqué un taux médian d'utilisation des préservatifs plus élevé en 2012 (85 %) qu'en 2009 (78 %) (voir figure 1.7).

L'insuffisance des financements destinés aux programmes de prévention du VIH axés sur les travailleurs du sexe est l'une des principales raisons pour lesquelles la couverture dans ce domaine demeure si faible. Malgré le risque supérieur d'infection à VIH auquel les travailleurs du sexe sont exposés, les programmes de prévention qui s'adressent à cette population représentent une faible part des financements de prévention à l'échelle mondiale³⁰. Dans la plupart des régions du monde, les gouvernements nationaux ont attribué relativement peu de ressources à la prévention du VIH chez les travailleurs du sexe, les donateurs internationaux finançant la très grande majorité des actions déployées dans ce domaine en faveur de ce groupe (voir figure 1.8). L'Amérique latine et l'Afrique australe, où les dépenses nationales en matière de services de prévention du VIH destinés aux travailleurs du sexe dépassent les contributions internationales, constituent des exceptions notables à ces tendances mondiales.

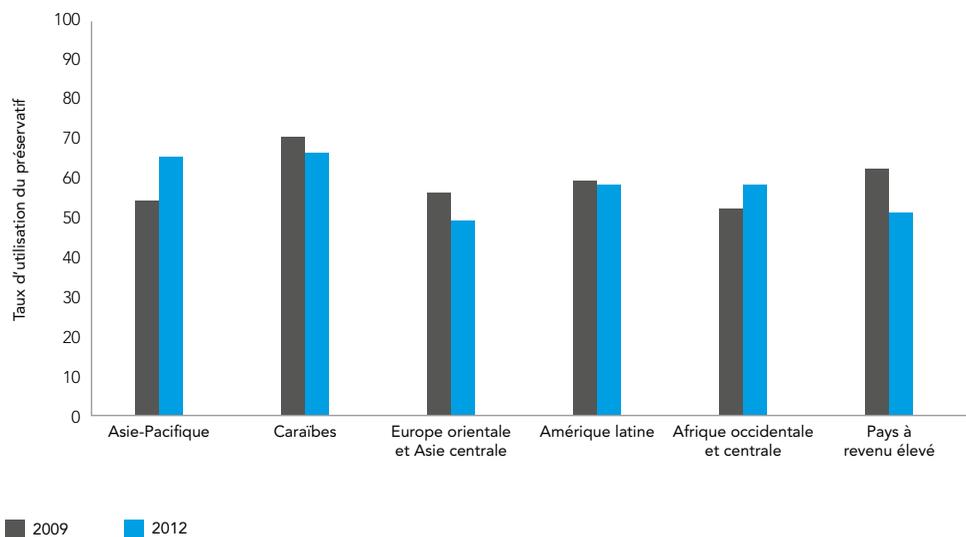
Pour les travailleurs du sexe, comme pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les autres populations marginalisées exposées à un risque élevé d'infection à VIH, l'insuffisance des programmes est aggravée par les désavantages sociaux et juridiques qui accroissent la vulnérabilité et dissuadent les personnes de solliciter les services dont elles ont besoin. Ces facteurs sont abordés plus en détail dans la section 8.

PRÉVENIR LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

D'après des analyses récentes sur les modes de transmission, les nouvelles infections chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, sans oublier les autres populations clés, constituent des composantes importantes de l'épidémie nationale au Kenya et en Afrique du Sud. Selon des analyses réalisées en Amérique latine sur les modes de transmission, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont principalement touchés par les nouvelles infections dans la région (de 33 % en République dominicaine à 56 % au Pérou). Le taux de prévalence médian du VIH chez cette population est supérieur à 1 % dans toutes les régions du monde et est systématiquement plus élevé que chez les hommes dans leur ensemble. En 2012, d'après les Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde communiqués par les pays, la prévalence médiane la plus élevée du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été signalée en Afrique centrale et occidentale (19 %) et en Afrique australe et orientale (15 %). Des taux d'infection à VIH légèrement plus faibles mais cependant élevés ont été observés au sein de cette population en Amérique latine (12 %), dans la région Asie-Pacifique (11 %), en Europe centrale et occidentale et en Amérique du Nord (8 %) ainsi que dans les Caraïbes (7 %). Ces données correspondent à peu près à celles d'une analyse mondiale des études épidémiologiques disponibles réalisée en 2012, selon laquelle la prévalence du VIH chez

FIGURE 1.7

Utilisation déclarée du préservatif lors du dernier rapport sexuel tarifé, par région, 2009–2012*

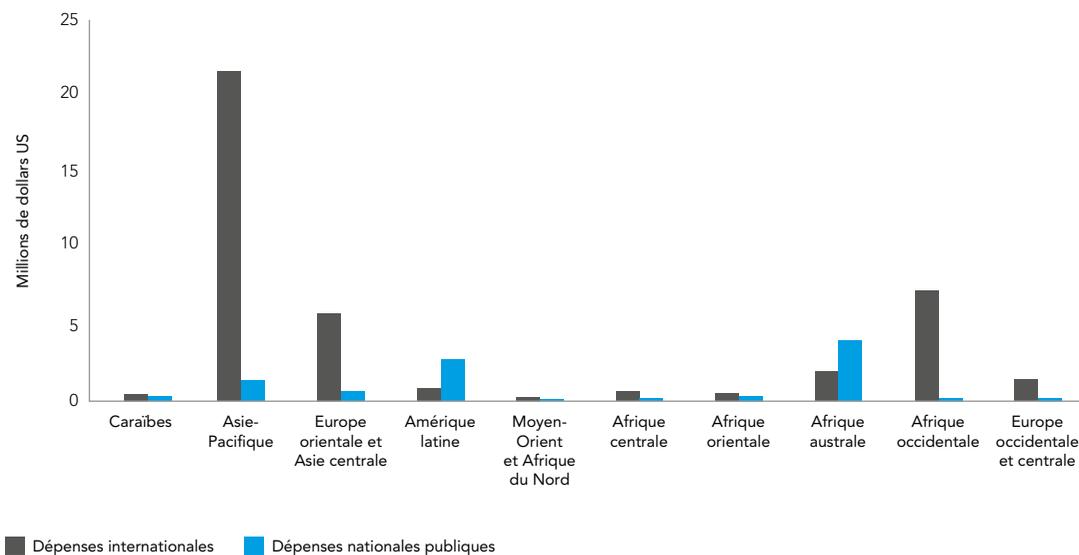


Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Voir note de bas de page correspondant à la figure 1.5.

FIGURE 1.8

Dépenses internationales et dépenses nationales publiques destinées aux programmes en faveur des travailleurs du sexe dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région, dernières données disponibles en 2013



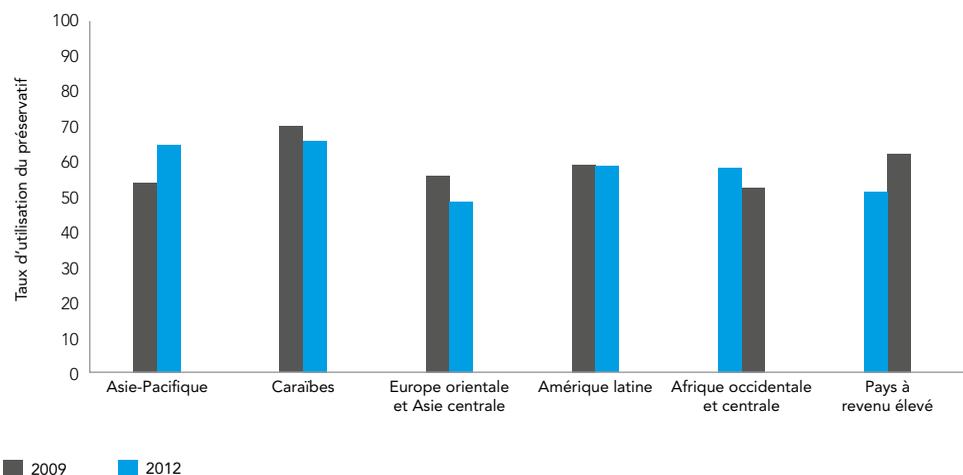
Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les Amériques, en Asie du Sud et du Sud-Est et en Afrique subsaharienne était de l'ordre de 14 à 18 %³¹. Comme pour les travailleurs du sexe, les études épidémiologiques sur cette population sont peu nombreuses et peuvent ne pas être représentatives du pays. Les tendances épidémiologiques chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes varient d'une région à l'autre.

La prévalence du VIH chez cette population semble avoir augmenté légèrement à l'échelle mondiale pour atteindre un niveau très élevé ces dernières années. En 2012, la prévalence déclarée du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a varié de moins de 1 % dans 7 pays à 57 % en Guinée (d'après une enquête réalisée auprès de 242 hommes) (voir figure 1.9). Ces hommes sont généralement infectés par le VIH lorsqu'ils sont jeunes, avec une prévalence médiane de 5,4 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de moins de 25 ans, selon des études réalisées principalement dans des pays où sévissent des épidémies concentrées. La prévalence médiane s'élève à plus de 15 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'au moins 25 ans dans les 20 pays qui ont communiqué des données ventilées par âge pour cette population clé.

D'après des enquêtes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont souvent un accès extrêmement limité aux préservatifs, aux lubrifiants à base d'eau, à l'éducation en matière de VIH et à l'aide pour la réduction des risques sexuels³². Les méthodes de prévention à base d'antirétroviraux, notamment le traitement préventif du VIH et la prophylaxie antirétrovirale préexposition, sont encourageants et devraient contribuer à améliorer les efforts de prévention³³, bien qu'il faille encore évaluer les effets secondaires mineurs et les effets possibles à long terme. La peur d'être confronté à la critique et à la discrimination de la part des prestataires de soins peut également dissuader de nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'avoir accès aux principaux services de santé³⁴. Il est urgent d'accroître l'accès de ces hommes à des services de conseil et de dépistage culturellement adaptés ainsi qu'à la thérapie antirétrovirale : il s'agit d'une priorité sanitaire mondiale.

FIGURE 1.9
Prévalence médiane de l'utilisation déclarée du préservatif lors du dernier rapport anal
chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par région, 2009–2012*

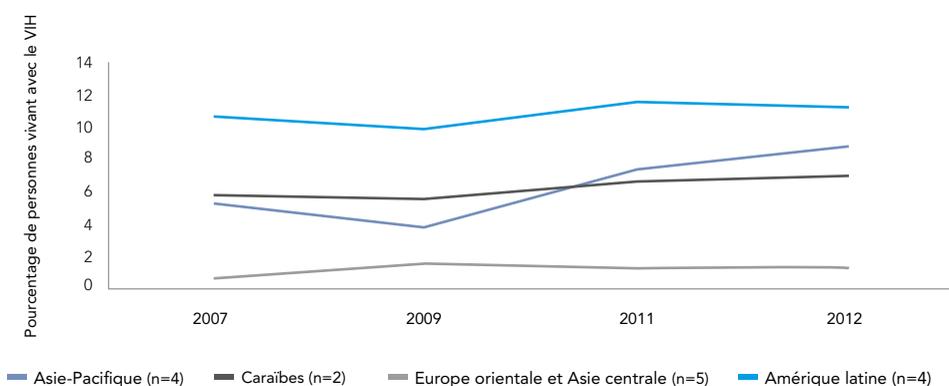


Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Voir note de bas de page correspondant à la figure 1.5. Quarante-trois pays ont communiqué des données.

D'après les données communiquées par 20 pays en 2009 et 2012, le pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes bénéficiant des programmes de prévention du VIH était relativement stable, avec une moyenne de 52 % et 54 % respectivement. La couverture médiane a sensiblement augmenté dans la région Asie-Pacifique ainsi qu'en Europe orientale et en Asie centrale (34 % contre 56 % et 43 % contre 64 % respectivement). En Amérique latine, le taux médian reste inchangé à 51 %. D'après des données communiquées par 43 pays, le taux médian d'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel anal (57%) n'a pas changé au cours de la même période (voir figure 1.10). Seuls 20 pays communiquent des données sur la couverture en matière de prévention du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les chiffres déclarés peuvent

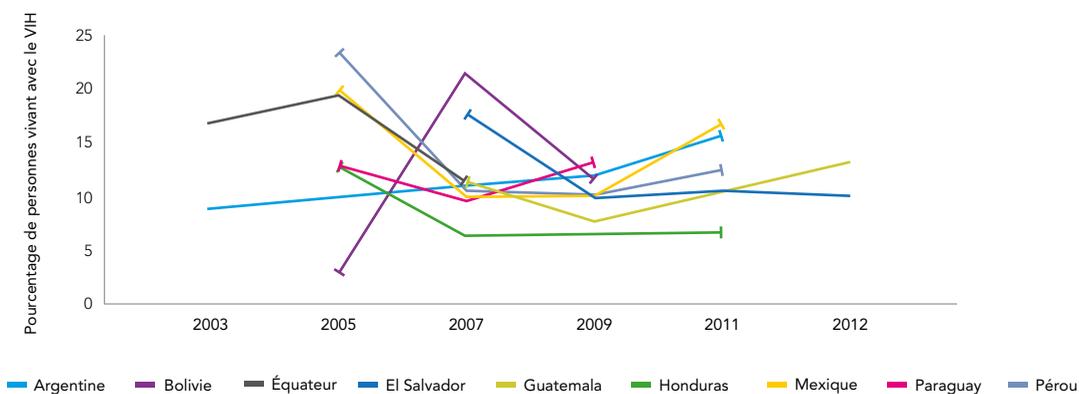
FIGURE 1.10
Prévalence médiane du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par région, 2007–2012*



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Voir note de bas de page correspondant à la figure 1.5.

FIGURE 1.11
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH dans une sélection de pays d'Amérique latine, 2003–2012*

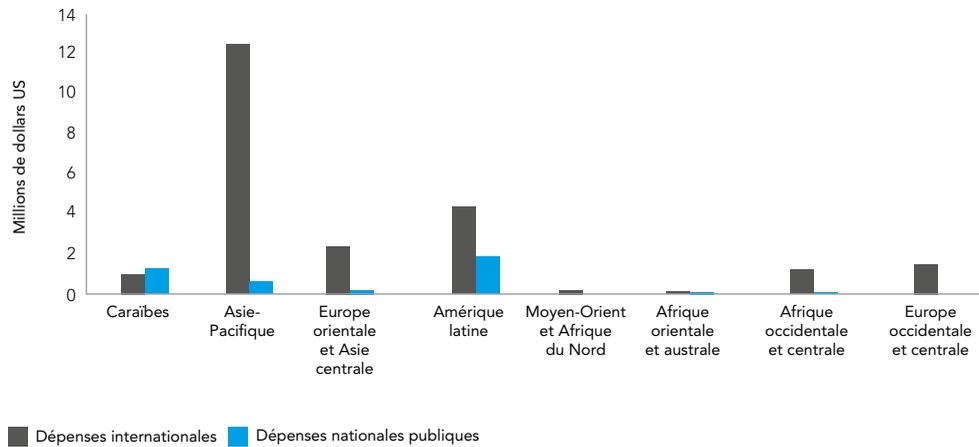


Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Voir note de bas de page correspondant à la figure 1.5.

FIGURE 1.12

Dépenses internationales et dépenses nationales publiques destinées aux programmes en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région, dernières données disponibles (2007-2012)



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

donc ne pas être représentatifs de la couverture mondiale. En raison de l'insuffisance des informations fournies par les pays dans le cadre des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde, les estimations relatives à la couverture en matière de prévention du VIH des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont beaucoup plus élevées que les autres estimations, une étude internationale concluant que moins d'un de ces hommes sur dix bénéficie des mesures élémentaires de prévention du VIH³⁵. Il est possible que les rapports d'activité surestiment la portée des programmes dans la mesure où les pays qui ne se sont pas engagés en faveur de la prévention du VIH chez cette population ne fournissent aucun rapport.

L'insuffisance des ressources entrave les efforts déployés pour atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leur offrir les services essentiels de prévention du VIH. De manière générale, dans l'ensemble des régions à l'exception des Caraïbes, le financement des services de prévention ciblés en faveur de cette population provient majoritairement de fonds internationaux plutôt que nationaux. Le financement de ces services est particulièrement limité en Asie de l'Est, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi que dans toute l'Afrique subsaharienne (voir figure 1.12).

Les conséquences de cette situation sont aggravées par d'autres difficultés, notamment les effets dissuasifs de l'homophobie sur la capacité ou la volonté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de solliciter les services essentiels en matière de VIH. Les lois punitives relatives aux relations sexuelles entre personnes du même sexe, une question largement abordée dans la section 8, créent également un climat de crainte et d'intolérance en contradiction avec une riposte fondée sur les droits et les données factuelles.

CAP SUR 2015

Un engagement politique et une action stratégique sont nécessaires pour réduire le nombre d'adultes exposés au risque d'infection à VIH par voie sexuelle. Le monde n'est pas en passe de réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle d'ici 2015.

Ce constat vise particulièrement plusieurs pays à forte prévalence. Il est impératif de redonner un nouvel élan à cet objectif. En particulier, il est essentiel d'intensifier et d'associer de manière stratégique les composantes clés des programmes de prévention du VIH, notamment les approches socio-comportementales (grâce à des incitations financières, le cas échéant), la promotion des préservatifs et des lubrifiants, la circoncision masculine ainsi que les programmes de prévention du VIH axés sur les populations clés (p. ex., hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleurs du sexe), afin de maximiser l'impact des financements limités. Il est essentiel d'associer l'intensification de ces composantes clés à un déploiement continu du traitement contre le VIH pour maximiser le nombre de nouvelles infections évitées.

Il semble qu'il existe un fort engagement sur lequel s'appuyer. Parmi les 109 pays qui ont communiqué les résultats des examens à mi-parcours, tous ont inclus la nécessité de réduire la transmission du VIH par voie sexuelle au rang des priorités nationales et intégré cet objectif dans l'ensemble des plans stratégiques nationaux en matière de VIH.

Il est impératif de mieux coordonner les programmes socio-comportementaux et d'en cibler davantage la stratégie. Des efforts accrus doivent être déployés afin de s'assurer que ces programmes s'appuient sur des données factuelles, font l'objet d'évaluations rigoureuses, tiennent compte des sexes et des jeunes, et abordent les facteurs clés de l'épidémie, notamment les autres relations qu'entretiennent les partenaires sexuels. Les zones de forte transmission sont réparties de façon disparate dans les pays, que la transmission par voie sexuelle soit principalement observée chez les hétérosexuels, les partenaires entretenant des rapports sexuels non tarifés, les travailleurs du sexe et leurs clients ou les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il est impératif que les ripostes nationales prennent en compte la répartition de l'infection à VIH afin de concentrer les ressources sur les zones géographiques et les populations les plus exposées aux risques de transmission. Dans le cas des épidémies concentrées, il est également important de reconnaître les manques de données et de structurer la riposte nationale de façon à déceler d'autres zones à forte transmission encore non recensées. Il est urgent d'intensifier les approches d'autonomisation structurelle et financière et de les associer en synergie aux autres actions de prévention du VIH.

Toutes les parties prenantes, notamment les donateurs internationaux et les ministères de la Santé, doivent œuvrer de manière à élargir l'accès aux préservatifs masculins et féminins, ainsi qu'aux lubrifiants, et à accroître leur utilisation. Il est essentiel de prendre des mesures visant à assurer la régularité et la fiabilité des approvisionnements en préservatifs et en lubrifiants. Outre le fait que les actions spécifiques doivent veiller à fournir des préservatifs en nombre suffisant aux jeunes et aux populations clés, il est impératif d'exploiter les connaissances en marketing des autres domaines afin d'élargir la portée et l'efficacité des programmes de promotion des préservatifs.

Les pays prioritaires où l'intensification de la circoncision médicale volontaire est faible doivent prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour promouvoir et diffuser cette méthode essentielle de prévention du VIH, en s'appuyant sur l'expérience des régions qui y sont parvenues. De manière générale, des efforts accrus doivent être déployés dans les pays prioritaires afin d'atteindre les hommes âgés de 20 à 40 ans, qui sont actuellement moins susceptibles de solliciter la circoncision que les hommes plus jeunes.

Il est essentiel que les pays, une fois reconnus les besoins en matière de prévention du VIH des travailleurs du sexe, de leurs clients et de leurs partenaires, concrétisent l'intensification des programmes fondés sur les données factuelles et les droits. Selon l'examen à mi-parcours du Malawi, la prévalence du VIH est forte chez les travailleurs du sexe. Cependant, l'approche de prévention nationale répertorie huit catégories de populations clés en matière de prévention du VIH, notamment les chauffeurs de poids lourds, les enseignants ainsi que les vendeurs de sexe

masculin, mais pas les consommateurs de drogues injectables. Les programmes de prévention destinés à ces derniers doivent tenir compte du fait que, dans certains pays, nombre d'entre eux sont également impliqués dans le commerce du sexe.

Les engagements nationaux de lutte contre l'épidémie de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont pris du retard par rapport à ceux destinés aux autres populations clés. Les données recueillies disponibles indiquent que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont généralement lourdement touchés par l'infection à VIH. Dans de nombreux pays, les données de prévalence du VIH au sein de cette population sont inexistantes. Les pays doivent entreprendre davantage d'actions concertées afin de mesurer l'étendue de l'épidémie chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes tout en développant des services complets capables de lever les obstacles à l'accès aux préservatifs, entre autres. La stigmatisation, la discrimination et les systèmes juridiques oppressifs qui caractérisent de nombreuses régions du monde dissuadent ces hommes de solliciter le test de dépistage du VIH et de s'adresser aux services de prévention, de prise en charge et de traitement appropriés et de qualité. Il est impératif que les programmes nationaux s'efforcent de supprimer les obstacles juridiques aux pratiques homosexuelles, d'accroître la prise en compte des besoins en matière de santé des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, d'améliorer l'accès aux services de santé et de développer des programmes visant à intensifier les comportements préventifs au sein de cette population, en améliorant l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants et en faisant de la sexualité à moindre risque une norme culturelle. Il est également impératif que les programmes envisagent d'utiliser les services de lutte contre les IST destinés aux hommes pour contribuer à améliorer la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Parallèlement, les pays doivent utiliser la thérapie antirétrovirale à des fins de prévention en accélérant l'intensification du traitement et en prenant des mesures visant à mettre en œuvre les directives 2013 de l'OMS sur le traitement antirétroviral (abordées à la section 4).

Des ressources importantes doivent être consacrées aux facteurs déterminants et aux synergies de développement qui réduisent la vulnérabilité et améliorent l'efficacité, l'efficience et la portée des actions de prévention. Ces approches doivent comprendre la mise en place de réformes et de services juridiques, la réduction de la stigmatisation, la connaissance des droits, la sensibilisation de la police et la formation des professionnels de la santé. Parmi les nombreuses populations qui pourraient bénéficier des facteurs déterminants et des synergies de développement, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les autres groupes marginalisés exposés à un risque élevé d'infection à VIH ont un besoin de financements particulièrement élevé.

Intensification rapide de la circoncision masculine médicale volontaire en République-Unie de Tanzanie

Bénéficiant du fort engagement de sa classe politique, du regroupement stratégique des services, de stratégies marketing innovantes et de la mise en œuvre des stratégies recommandées en matière de ressources humaines, la République-Unie de Tanzanie a effectué de rapides progrès en vue de fournir des services de circoncision médicale volontaire à 80 % minimum des hommes adultes non circoncis. En procédant à la circoncision de 1,4 million d'hommes, la République-Unie de Tanzanie pourrait prévenir près de 200 000 nouvelles infections à VIH d'ici 2025.

La campagne de circoncision dans le pays cible les régions d'Iringa et de Njombe, où la prévalence du VIH (estimée à 16 %) est trois fois plus élevée que la moyenne nationale. Seul un homme sur trois y est circoncis. Les systèmes d'information géographique et d'autres méthodes ont été employés pour assurer le suivi de l'utilisation des services et identifier le retard accusé par certaines zones, permettant aux responsables de la mise en œuvre des programmes de réaffecter les ressources humaines et financières selon les besoins.

Les campagnes ponctuelles en faveur des services de circoncision ont rencontré un vif succès et, atteint de nombreux hommes. Une campagne de six semaines menée en 2010 à Iringa a permis de réaliser plus de 10 000 circoncisions, dépassant de 72 % l'objectif initial³⁶.

La délégation de tâches dans les structures de services a favorisé l'intensification de la circoncision masculine médicale volontaire, réduisant ainsi la demande qui pesait sur les chirurgiens, dont les effectifs sont limités. D'après l'Agence américaine pour le développement international (USAID), le personnel infirmier représente 70 % des 200 prestataires de soins impliqués dans l'intensification de la circoncision.

Les résultats obtenus ces dernières années sont impressionnants, et témoignent de la faisabilité d'une intensification rapide. À mesure que celle-ci s'est accélérée, le nombre annuel d'hommes circoncis en République-Unie de Tanzanie est passé de 1 033 en 2009 à 183 480 en 2012.

2. RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI 2015

D'après des données récentes, peu de changements ont été constatés chez les consommateurs de drogues injectables, qui continuent d'être lourdement touchés par l'infection à VIH. L'incidence du VIH chez cette population reste élevée, les consommateurs de drogues injectables représentant plus de 40 % des nouvelles infections dans certains pays.

L'impact de la consommation de drogues injectables sur l'épidémie nationale de VIH varie d'un pays à l'autre. Ce constat résulte en partie des différences importantes observées en matière de prévalence de la consommation de drogues injectables dans le monde. Selon les estimations de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), la prévalence régionale de la consommation de drogues injectables chez les adultes varie de moins de 0,2 % en Afrique subsaharienne à environ 1,3 % en Europe orientale et en Asie centrale. À l'échelle mondiale, au moins 158 pays ont communiqué des données sur l'utilisation de drogues injectables et 120 pays ont recueilli des informations sur le VIH chez les consommateurs de ce type de drogues¹. D'après une analyse récente des modes de transmission, les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels représentaient 68 % des nouvelles infections en Iran (fourchette d'incertitude comprise entre 57 et 78 %), 40 % dans les pays d'Europe orientale où ont été réalisées ces études et 36 % aux Philippines².

Dans plusieurs régions du monde où cette population représente une part notable de l'épidémie nationale, la riposte énergique requise face au défi que représente le VIH pour la santé publique continue de faire défaut. Ces pays manquent non seulement d'un fort engagement politique et programmatique visant à réduire la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, mais aussi de données pertinentes. Sur les quatre principaux pays qui représentent environ 45 % de la population mondiale des consommateurs de drogues injectables³, seuls la Chine et le Brésil ont communiqué des données cette année. En l'absence de données de la part de la Russie et des États-Unis, il est difficile de formuler des affirmations générales et précises à ce sujet. Pour parvenir à réduire de moitié le nombre de nouvelles infections à VIH chez les consommateurs de drogues injectables, la communauté internationale devra déployer beaucoup plus d'efforts afin de mettre en œuvre des stratégies fondées sur des données factuelles et des cadres politiques avisés.

IMPACT DURABLE DE L'ÉPIDÉMIE SUR LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Bien que les consommateurs de drogues injectables constituent, selon les estimations, 0,2 à 0,5 % de la population mondiale, ils représentent environ 5 à 10 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH^{4,5}. Toutes les régions signalent une forte prévalence du VIH au sein de cette population malgré une variation de la gravité de l'épidémie. La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables a varié de 5 % en Europe orientale à 28% en Asie.

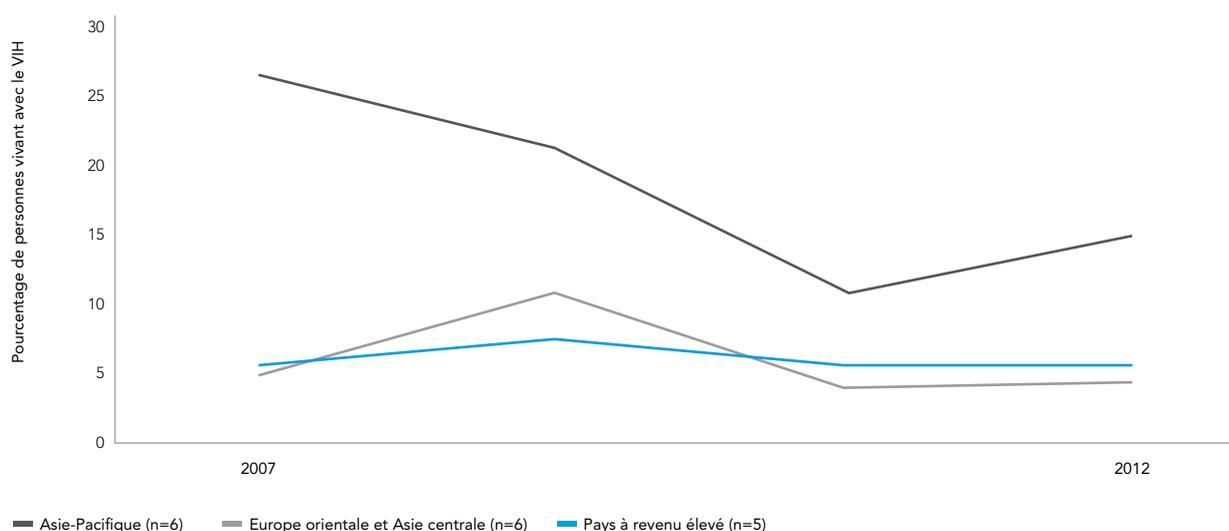
Le suivi de la prévalence du VIH au sein de cette population est une tâche difficile. Les données de prévalence communiquées par les pays varient souvent d'une année à l'autre et peuvent s'appuyer sur des enquêtes aux méthodologies différentes. De plus, il peut être difficile d'appliquer des études spécifiques à un environnement au cadre national.

Cinquante-et-un pays ont communiqué des données sur la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables en 2012. Cependant, ces données proviennent généralement d'enquêtes locales qui ne sont pas représentatives du pays. En tenant compte des difficultés méthodologiques, il semble que la prévalence régionale du VIH au sein de cette population ait quelque peu évolué, malgré la situation préoccupante observée dans la région Asie-Pacifique (voir figure 2.1).

L'ensemble des pays qui communiquent régulièrement des données depuis 2009 a enregistré une baisse de la prévalence du VIH. En Europe orientale et en Asie centrale, par exemple, où la transmission du VIH liée à des pratiques d'injection favorise de nombreuses épidémies nationales, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables semble avoir diminué de plus de moitié en Ukraine entre 2007 et 2012, bien que cette diminution soit probablement due aux nouvelles méthodes d'enquête. Le nombre d'infections à VIH communiquées pour cette population en Ukraine est resté relativement stable, soit 6 500 à 7 000 cas par an au cours de la même période⁶. La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables semble être demeurée stable dans les autres pays d'Europe orientale et d'Asie centrale (voir figure 2.2). La prévalence médiane du VIH était de 3 % chez les jeunes consommateurs de drogues injectables de moins de 25 ans et de 6 % chez les consommateurs plus âgés ; en Asie, elle s'élevait à 9 % et 19 % respectivement.

Toujours en Asie, les données factuelles disponibles indiquent que la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables a diminué depuis la période 2005-2007 dans plusieurs pays, notamment le Myanmar, le Népal et le Viet Nam. D'après les données communiquées par la Malaisie, les Philippines et la Thaïlande, la prévalence du VIH a augmenté au sein de cette population tandis qu'elle semble être restée stable dans les autres pays asiatiques.

FIGURE 2.1
Prévalence médiane du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, par région, 2007–2012*

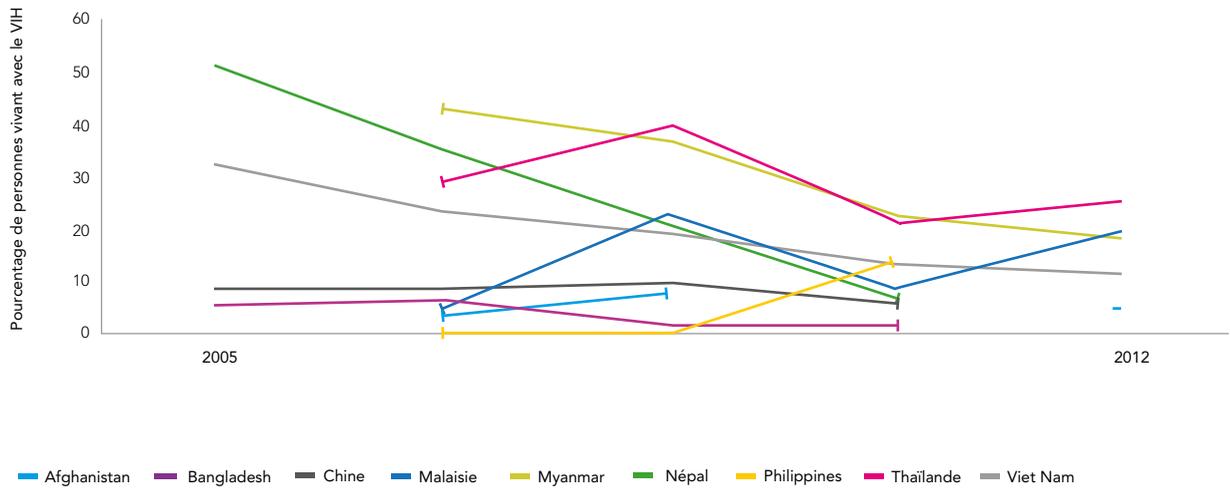
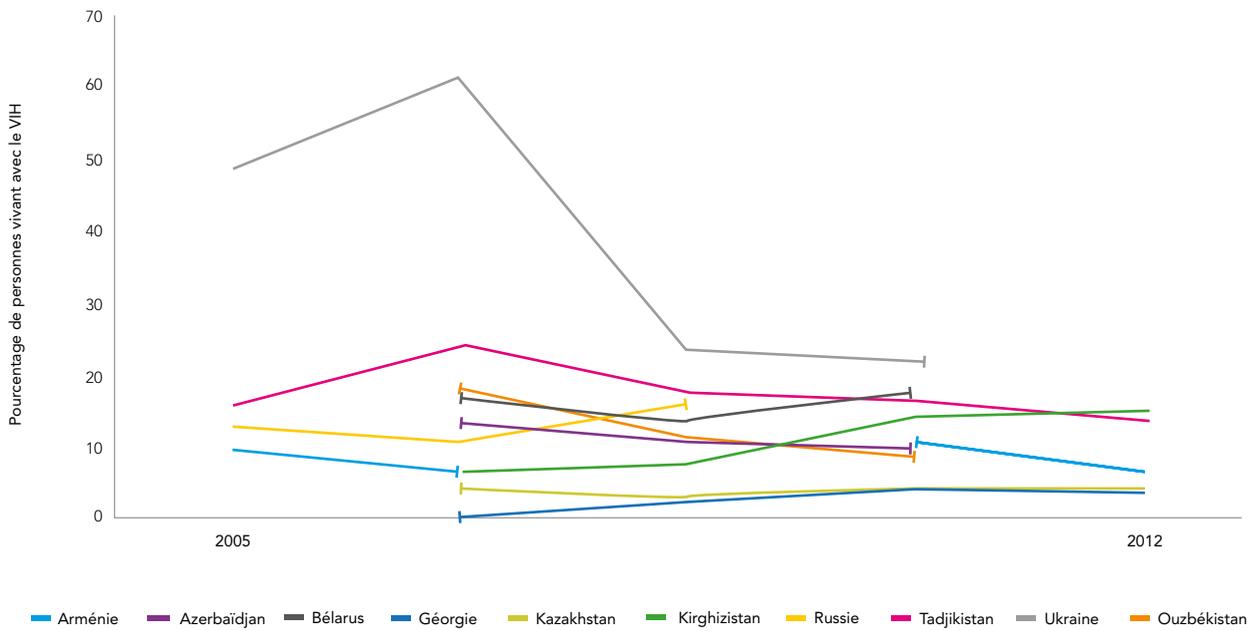


Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Voir note de bas de page correspondant à la figure 1.5.

FIGURE 2.2

Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables en Europe orientale et en Asie centrale, orientale et du Sud-Est, sélection de pays, 2005–2012*



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Voir note de bas de page correspondant à la figure 1.5.

LE POINT SUR LES SERVICES DE PRÉVENTION DESTINÉS AUX CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Il est recommandé de mettre en place un ensemble de services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH afin de prévenir l'apparition de nouvelles infections à VIH chez les consommateurs de drogues injectables⁷. Ces services comprennent l'accès aux tests de dépistage et aux conseils en matière de VIH, au matériel d'injection stérile (par le biais des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues), au traitement de substitution aux opiacés, à la thérapie antirétrovirale ainsi qu'aux autres services sanitaires et sociaux. Des actions en matière de conseil, d'éducation et de comportement leur sont nécessaires ainsi qu'à leurs partenaires sexuels, de même qu'un accès aux préservatifs afin de prévenir toute transmission du VIH par voie sexuelle.

La couverture des services de prévention du VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables est assez faible. Quant à la distribution de seringues, seuls les pays à revenu élevé se conforment à la recommandation mondiale, soit 200 seringues par an et par personne. Parmi les 32 pays à revenu faible et intermédiaire qui ont communiqué des données sur la distribution d'aiguilles en 2011 et 2012, seuls deux pays où l'épidémie est particulièrement forte chez les consommateurs de drogues injectables, à savoir le Bangladesh et la Malaisie, ont déclaré avoir distribué plus de 200 seringues par an (voir figure 2.3). Dans l'ensemble, la distribution d'aiguilles est plus élevée dans les pays d'Asie que dans les autres régions. Quant aux pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, ils enregistrent une augmentation du nombre d'aiguilles distribuées par consommateur, avec des progrès signalés en Afghanistan, en Iran et au Maroc. D'après les données disponibles, la couverture globale des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ne semble pas avoir augmenté de manière significative entre 2011 et 2012.

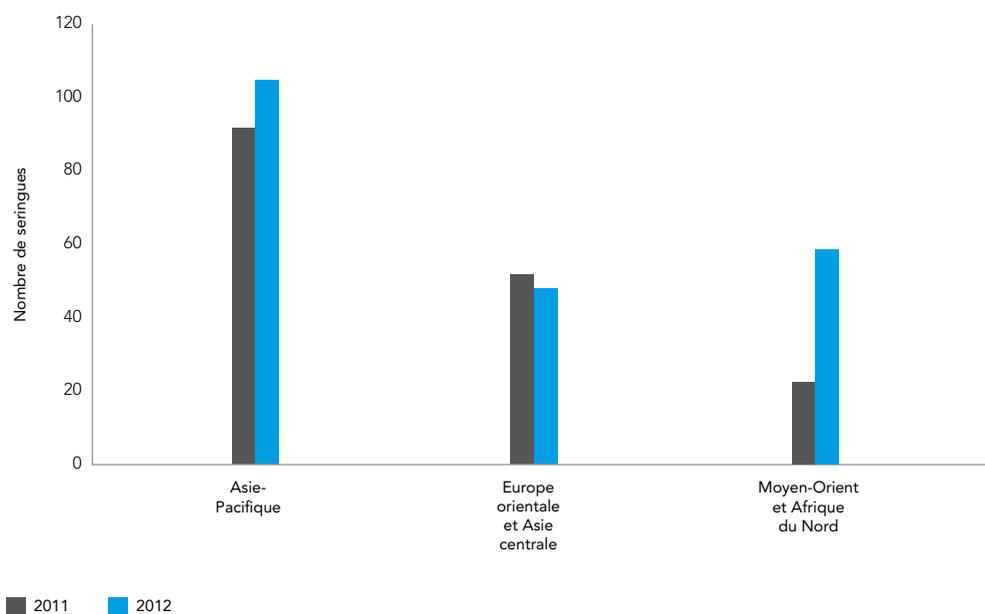
D'après les données communiquées par 35 pays (11 en Asie et 15 en Europe orientale et en Asie centrale) sur le traitement de substitution aux opiacés, plus de 400 000 personnes sont actuellement sous méthadone. Parmi les 20 pays qui communiquent des estimations sur la couverture du traitement de substitution aux opiacés, celle-ci varie de moins de 1 % dans plusieurs pays à 26 % en Malaisie. À l'exception de quatre pays, tous ont déclaré une couverture inférieure à 10 %.

Bien que le faible taux de couverture des programmes persiste, les enquêtes indiquent que le nombre des consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel stérile lors de la dernière injection augmente. Il est possible que les consommateurs de drogues injectables aient accès à du matériel stérile par le biais d'autres filières que les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues. À l'exception de l'Amérique latine, de l'Asie et du Pacifique, les données d'enquête indiquent qu'au moins 70 % de cette population ont utilisé du matériel stérile lors de leur dernière injection. En 2012, sur 40 pays déclarants, 23 ont signalé avoir atteint l'objectif mondial de 80 % fixé pour l'utilisation de matériel d'injection stérile.

Dans l'ensemble des régions, la part médiane des consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel était inférieure à 50 %. Les consommateurs de drogues injectables doivent bénéficier davantage de stratégies efficaces de réduction des risques sexuels, afin de prévenir la transmission du VIH à leurs partenaires sexuels.

FIGURE 2.3

Nombre de seringues distribuées par les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, par consommateur de drogues injectables, par région, 2011–2012*



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

* Voir note de bas de page correspondant à la figure 1.5.

ENJEUX LIÉS AUX RESSOURCES ET RIPOSTE EFFICACE AU VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

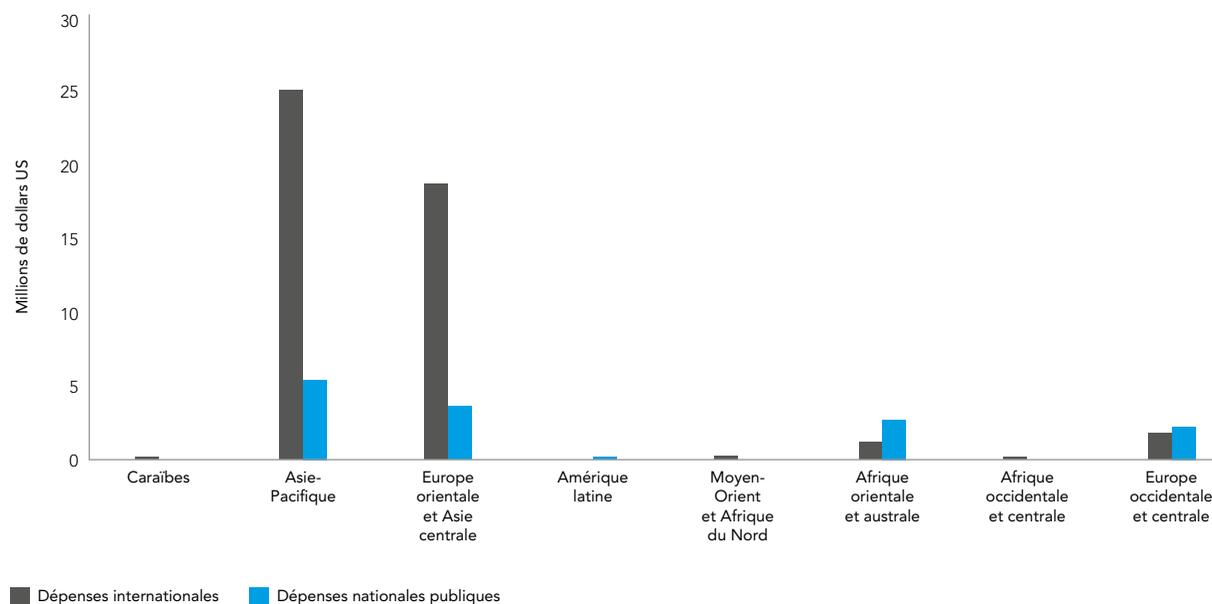
Vu la gravité du problème, les ressources des programmes de prévention du VIH destinés aux consommateurs de drogues sont largement insuffisantes. Seules l'Europe orientale et l'Asie du Sud et du Sud-Est disposent de financements à grande échelle destinés aux services de réduction des risques. Dans ces régions, ainsi qu'au niveau mondial, les donateurs internationaux fournissent la vaste majorité de ces financements (voir figure 2.4).

Le niveau des financements nationaux destinés aux services de réduction des risques est étroitement lié à celui du revenu national. Les financements nationaux représentent 10 % des ressources destinées à ces services dans les pays à faible revenu, contre 18 % dans les pays à revenu intermédiaire de tranche inférieure et 36 % dans ceux de tranche supérieure.

Plusieurs pays ont attribué une part substantielle des dépenses nationales en matière de VIH aux services de réduction des risques. Les programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables représentent 31 % des dépenses en matière de VIH en Macédoine, 23 % au Pakistan, 18 % en Géorgie et 16 % au Bangladesh.

FIGURE 2.4

Dépenses internationales et dépenses nationales publiques destinées aux programmes de réduction des risques en faveur des consommateurs de drogues injectables dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région, dernières données disponibles (2007-2012)



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

Cependant, les financements sont très insuffisants dans un certain nombre de pays à forte prévalence du VIH chez cette population. Dix pays où celle-ci est supérieure à 10 % attribuent moins de 5 % des dépenses en matière de VIH aux programmes de réduction des risques.

CAP SUR L'AVENIR

Parmi les 109 pays qui ont communiqué les résultats des examens à mi-parcours, 45 considèrent la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues comme une priorité nationale. À l'exception d'un pays, tous ont inclus cet objectif dans leurs plans stratégiques nationaux. La majorité de ces 45 pays (27, soit 60 %) déclare être en passe de réduire de moitié le nombre de nouvelles infections chez cette population d'ici 2015, une conclusion que ne semblent pas étayer les données disponibles sur la prévalence du VIH et les indicateurs liés à la prévention.

Les pays qui ont réalisé des examens à mi-parcours ont signalé de nombreux obstacles à la prévention efficace du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Même dans les pays où cette population est majoritairement affectée par l'épidémie de VIH, il n'existe souvent pas d'estimations fiables quant à sa taille. Le recours au dépistage volontaire et

aux conseils en matière de VIH est extrêmement faible chez les consommateurs de drogues injectables ; la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination les dissuadent de solliciter ces services.

Leur financement risque de poser un problème particulier. Plusieurs pays, tels que l'Arménie, reçoivent actuellement des subventions pour les services de réduction de risques de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme mais il est prévu que cette aide se termine en 2015. De nombreux pays où l'épidémie se transmet principalement par la consommation de drogues injectables sont des pays à revenu intermédiaire. C'est pourquoi les autres sources de financement international destinées aux programmes de lutte contre le VIH sont probablement assez limitées. Il est essentiel que les pays reconnaissent l'importance de ces programmes pour la santé publique et se procurent de nouveaux financements afin de progresser.

L'appropriation nationale de la riposte au VIH en faveur des consommateurs de drogues injectables est cruciale. Actuellement, de nombreux pays doivent encore faire face à l'écart entre l'objectif convenu de réduire de moitié le nombre de nouvelles infections au sein de cette population d'ici 2015 et les actions menées sur le terrain. En Asie centrale par exemple, 7 pays sur 8 déclarent qu'ils sont en passe d'atteindre cet objectif bien que d'importants obstacles politiques et législatifs alliés à une faible couverture des services nuisent à une prévention efficace du VIH chez de nombreux consommateurs de drogues injectables dans beaucoup de pays de la région.

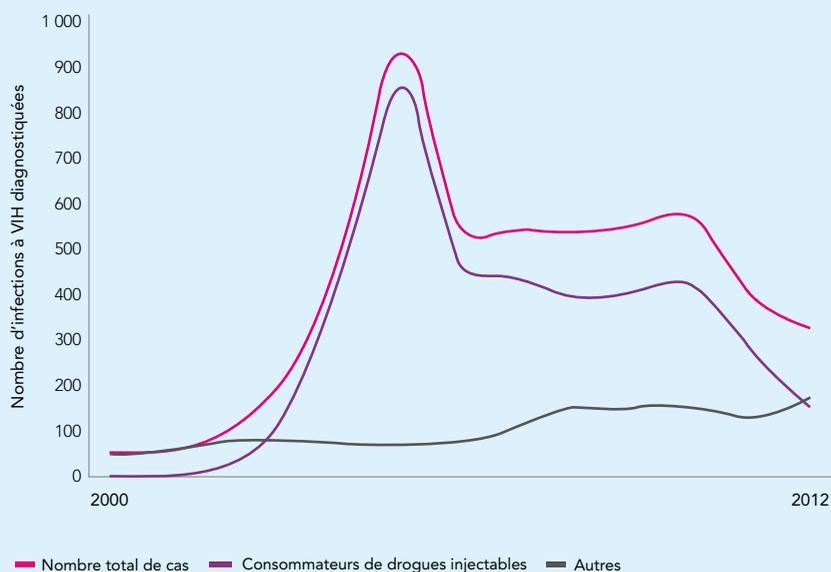
Les pays qui ont mis en place des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, des traitements de substitution aux opiacés ainsi que d'autres composantes de réduction des risques méritent d'être félicités. Cependant, il est urgent à présent de se concentrer sur l'intensification de ces services. En Azerbaïdjan, 68 personnes seulement bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés. En Géorgie et au Kazakhstan, ce chiffre est de 650 et 207 respectivement, soit une proportion infime du nombre de personnes ayant besoin de ce service.

Intensification des mesures de réduction des risques à Maurice

À Maurice, la consommation de drogues injectables influe sensiblement sur la transmission du VIH et l'évolution de l'épidémie (voir figure 2.5). D'après les estimations, 51,6 % des 10 000 consommateurs de drogues injectables que compte le pays vivaient avec le VIH en 2011, avec une concentration particulièrement forte à Port Louis. En 2012, une autre étude a déterminé que 22,3 % des 9 125 travailleurs du sexe à Maurice vivaient avec le VIH, 40 % d'entre eux consommant également des drogues injectables. Les consommateurs de drogues injectables représentent 40 % des détenus, population dont la prévalence du VIH était estimée à 24,8 % en 2012.

Maurice fait preuve de la volonté politique nécessaire pour accélérer l'intensification des services de réduction des risques et améliorer considérablement l'état de santé des consommateurs de drogues injectables. Suite à l'instauration de mesures de réduction des risques à grande échelle en 2006, la proportion du nombre estimé de cas de transmission du VIH dus à la consommation de drogues injectables a baissé, passant de 92 % en 2005 à 47 % en 2012. La couverture de ces mesures est beaucoup plus élevée à Maurice que dans de nombreux autres pays : 25 % pour les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, 60 % pour les traitements de substitution aux opiacés et 75 % pour les thérapies antirétrovirales.

FIGURE 2.5
Infections à VIH diagnostiquées chez les consommateurs de drogues injectables et d'autres populations, Maurice, 2000–2012



Source : Mauritius National AIDS Secretariat (2013). National Strategic Framework for HIV and AIDS 2013–2016 (en anglais), p. 30.

3. ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Suite aux progrès durables de l'intensification des services visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant, les composantes clés de la réussite sont à notre portée. Si l'intensification se poursuit, il sera possible de fournir des services à 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH d'ici 2015 afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant. En cas d'accélération des autres services visant à mettre fin à la transmission verticale et à protéger la santé maternelle (voir encadré ci-dessous), il sera possible de réduire le nombre de nouvelles infections chez les enfants de 90 %. Afin d'assurer le maintien en vie et en bonne santé des mères, il est nécessaire d'améliorer durablement l'intensification de la thérapie antirétrovirale.

PROGRÈS DE L'INTENSIFICATION DE LA COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

En décembre 2012, plus de 900 000 femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde ont bénéficié d'une prophylaxie ou d'un traitement antirétroviral. La couverture des programmes antirétroviraux destinés à prévenir la transmission de la mère à l'enfant (à l'exception des traitements de névirapine à dose unique qui sont moins efficaces) est passée de 57 % (51-64 %) en 2011 à 62 % (57-70 %) en 2012. Quatre pays prioritaires (le Botswana, le Ghana, la Namibie et la Zambie) sont déjà parvenus à fournir des médicaments antirétroviraux à 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH.

Liste des pays prioritaires du Plan mondial en vue d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie :

1. Afrique du Sud
2. Angola
3. Botswana
4. Burundi
5. Cameroun
6. Côte d'Ivoire
7. Éthiopie
8. Ghana
9. Inde
10. Kenya
11. Lesotho
12. Malawi
13. Mozambique
14. Namibie
15. Nigéria
16. Ouganda
17. Rép. démocratique du Congo
18. République-Unie de Tanzanie
19. Swaziland
20. Tchad
21. Zambie
22. Zimbabwe

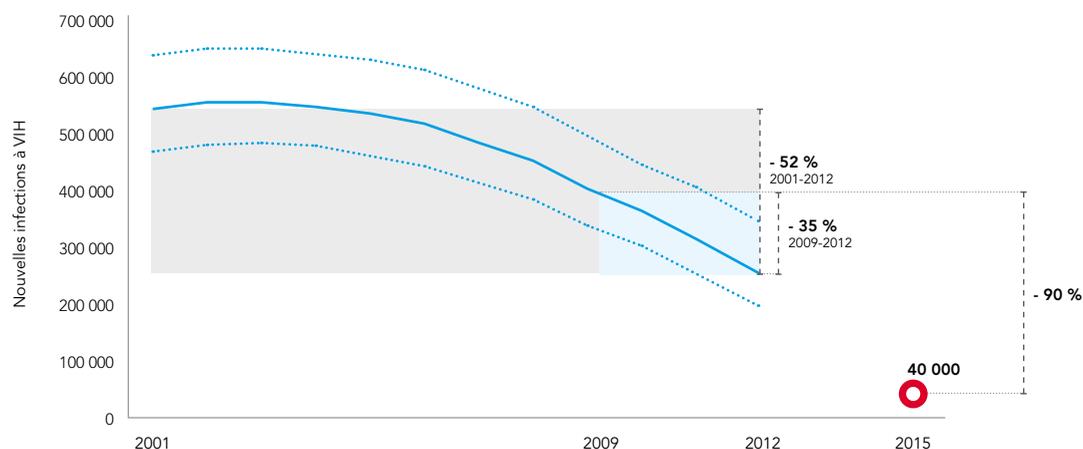
IMPACT DE L'INTENSIFICATION DES SERVICES DE PRÉVENTION ANTIRÉTROVIRALE

Suite à l'intensification des services de prévention du VIH, 260 000 (230 000-320 000) nouvelles infections ont été détectées chez les enfants en 2012 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit 35 % de moins qu'en 2009 (voir figure 3.1). De 2001 à 2012, le nombre de nouvelles infections chez les enfants a enregistré une baisse de 52 %. L'accès élargi aux services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant a permis de prévenir l'infection à VIH de plus de 670 000 enfants au cours de la période 2009-2012. Afin d'atteindre l'objectif mondial qui consiste à réduire d'au moins 90 % le nombre de nouvelles infections chez les enfants d'ici 2015 (2009 étant l'année de référence), il faudra impérativement accélérer l'expansion des programmes.

Les pays à revenu faible et intermédiaire qui ont assuré une forte couverture des services destinés aux femmes enceintes vivant avec le VIH afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant, sont désormais proches du faible taux de transmission du VIH chez les enfants observé dans les pays à revenu élevé. Au Ghana par exemple, la probabilité qu'une femme vivant avec le VIH transmette le virus à son enfant a chuté de 31 % en 2009 à 9 % (7-11 %) en 2012. La couverture de ces services, mis en place pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant au Ghana, a augmenté de manière considérable, passant de 32 % (27-38 %) en 2009 à plus de 90 % en 2012.

FIGURE 3.1

Nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 2001–2012 et objectif de 2015



Source : estimations de l'ONUSIDA 2012.

Éléments clés de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et du maintien de leurs mères en vie.

Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie recommande un ensemble d'actions prioritaires dans le cadre de quatre composantes programmatiques clés :

1. Prévenir les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer.
2. Aider les femmes vivant avec le VIH à éviter les grossesses non désirées.
3. S'assurer que les femmes enceintes ont accès au dépistage du VIH, à un accompagnement, et à des médicaments antirétroviraux en cas de séropositivité afin de prévenir la transmission au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement.
4. Assurer une prise en charge, un traitement et un soutien aux femmes et aux enfants vivant avec le VIH ainsi qu'à leurs familles.

Le Plan mondial privilégie l'intensification dans 22 pays prioritaires où vivent près de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH.

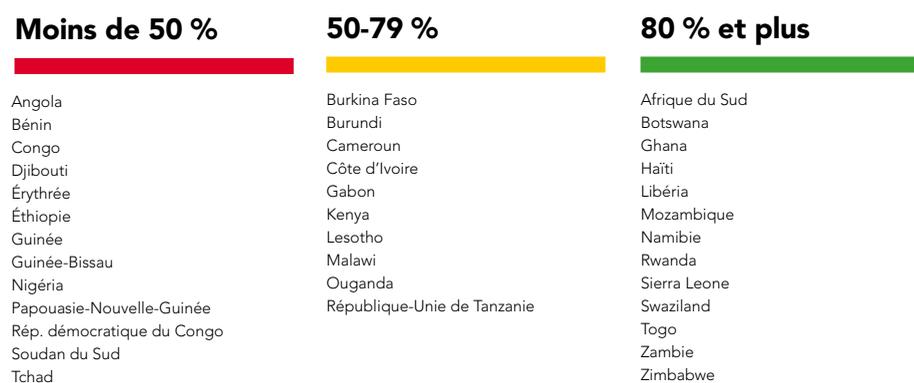
INSUFFISANCE DE LA COUVERTURE DES SERVICES DE PRÉVENTION ANTIRÉTROVIRALE POUR LES FEMMES ENCEINTES

La couverture des services de prévention destinés aux femmes enceintes vivant avec le VIH varie considérablement d'une région à l'autre. La couverture la plus élevée a été observée en Europe orientale, en Europe centrale et dans les Caraïbes (couverture supérieure à 90 %). Elle est beaucoup plus faible dans la région Asie-Pacifique ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (couverture inférieure à 20 %). Dans les 21 pays

d'Afrique subsaharienne considérés comme prioritaires par le Plan mondial, des médicaments antirétroviraux ont été fournis à 65 % (57-70 %) des femmes enceintes vivant avec le VIH au cours de leur grossesse afin de prévenir les nouvelles infections chez les enfants. En comparaison, ce pourcentage est de 62 % (57-70 %) dans l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire (voir tableau 3.1).

TABLEAU 3.1

Couverture des services de prévention antirétrovirale pour les femmes enceintes vivant avec le VIH dans des pays touchés par une épidémie généralisée, 2012



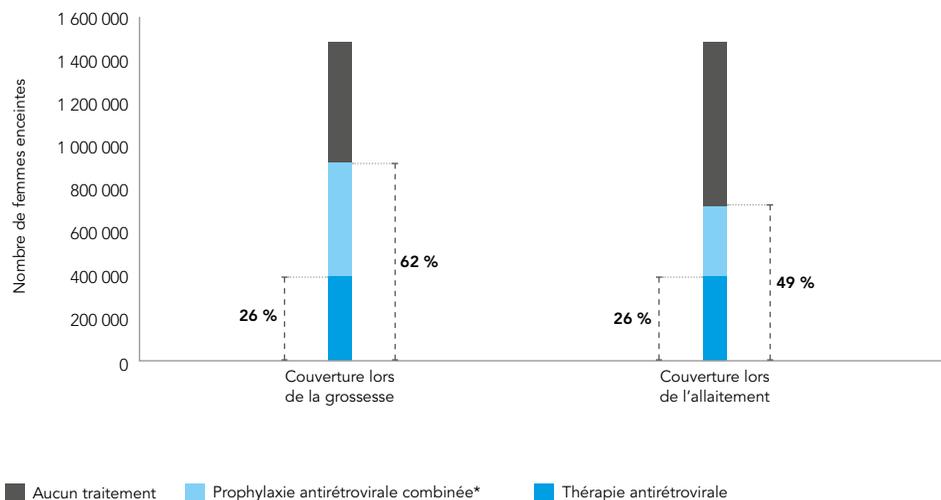
Source : estimations de l'ONUSIDA 2012.

De nombreux pays ont réalisé des progrès notables en élargissant l'accès des femmes enceintes vivant avec le VIH aux antirétroviraux. Cependant, ces progrès sont beaucoup plus lents dans les autres pays. En décembre 2012, dans 13 pays touchés par une épidémie généralisée, notamment 5 pays prioritaires (l'Angola, l'Éthiopie, le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Tchad), moins de 50 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié de médicaments antirétroviraux afin de prévenir la transmission verticale. La couverture en matière de prévention de la transmission verticale chez les femmes enceintes vivant avec le VIH enregistre habituellement des tendances à la hausse, même dans les milieux où la couverture est sous-optimale. Des baisses notables ont cependant été observées au Lesotho (de 75 % en 2011 à 58 % en 2012) et au Kenya (de 66 % à 53 %). La couverture n'a pas évolué en Angola (17 % en 2011 et 2012).

Il est recommandé aux femmes vivant avec le VIH de suivre un traitement antirétroviral au cours de l'allaitement. En 2012, la couverture antirétrovirale était sensiblement plus faible pendant l'allaitement (49 %) que pendant la grossesse et l'accouchement (62 %). Selon les estimations actuelles, la moitié du nombre total de nouveaux cas de transmission du VIH à l'enfant survient au cours de l'allaitement, la majorité des femmes allaitantes ne bénéficiant pas de la prophylaxie nécessaire à la prévention de la transmission (voir figure 3.2).

FIGURE 3.2

Nombre et pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire ayant reçu des médicaments antirétroviraux afin de prévenir les nouvelles infections à VIH chez les enfants, lors de la grossesse et de l'allaitement, 2012



Source : estimations de l'ONUSIDA 2012.

* Les directives 2006 de l'OMS ont proposé de démarrer la prophylaxie antirétrovirale au cours du troisième trimestre de grossesse, associée à un traitement de zidovudine (AZT) deux fois par jour, un traitement de névirapine (NVP) à dose unique lors des premières contractions, une association de AZT + 3TC au cours de l'accouchement et une semaine après, ainsi qu'une prophylaxie d'une semaine chez les nourrissons après la naissance. Les directives 2010 ont présenté les options A et B, qui doivent commencer à des stades antérieurs de la grossesse. L'option A consiste à administrer à la mère et au nourrisson un traitement prophylactique à base d'AZT deux fois par jour, en association avec une prophylaxie quotidienne à base de NVP pour le nourrisson jusqu'à une semaine après la fin de la période d'allaitement, ou un traitement de six semaines à base d'AZT ou de NVP après la naissance en cas de non allaitement. L'option B consiste à administrer à la mère un traitement prophylactique basé sur trois médicaments pris pendant la grossesse et tout au long de la période d'allaitement et une prophylaxie infantile au cours des six semaines qui suivent la naissance, que l'enfant soit allaité ou non. Voir <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/PMTCTfactsheet/en/> (en anglais).

ÉLÉMENTS CLÉS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT : DES LACUNES PERSISTANTES

Malgré une amélioration de l'accès aux antirétroviraux visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les autres aspects des programmes du Plan mondial, notamment la prévention primaire du VIH chez les femmes, ont enregistré des progrès plus modestes. De 2009 à 2012, le nombre de nouvelles infections à VIH chez les femmes a baissé de 44 % au Ghana, 23 % en Ouganda et 21 % en Afrique du Sud. Dans les autres pays prioritaires cependant, il a baissé plus lentement voire stagné, et demeure élevé. À l'échelle mondiale, cette baisse a ralenti depuis 2008, soulignant la nécessité de déployer des efforts accrus pour prévenir l'apparition de nouvelles infections chez les femmes et leurs partenaires sexuels.

Les besoins non satisfaits des femmes vivant avec le VIH en matière de planification familiale continuent de freiner l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants. Selon un examen récent des enquêtes représentatives des pays, les besoins non satisfaits des femmes à l'échelle mondiale en matière de planification familiale ont baissé, passant de 15,4 % en 1990 à 12,3 % en 2010¹. En Afrique orientale et occidentale cependant, les besoins de plus de 20 % des femmes n'ont pas été satisfaits dans ce domaine. Aucune baisse de ces besoins

non-satisfaits n'a été signalée pour la période 1990-2010. Cela signifie que plus d'une femme sur cinq dans la région souhaite retarder ou interrompre sa grossesse mais n'utilise aucun moyen de contraception. En plus de réduire les risques d'infection à VIH chez les enfants, la prévention des grossesses non désirées fondée sur les droits permet également de réduire le taux de morbidité et de mortalité maternelle.

INSUFFISANCE DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

En 2012, 58 % des femmes enceintes qui avaient besoin d'une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé en ont bénéficié, ce qui est inférieur au taux de couverture chez l'ensemble des adultes (64 % (61-69 %)). Dans 10 pays prioritaires en 2012, moins de la moitié des femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant une numération de CD4 égale ou inférieure à 350 cellules par microlitre (seuil fixé pour le démarrage d'un traitement contre le VIH dans le cadre des directives 2010 sur le traitement antirétroviral de l'Organisation mondiale de la Santé) ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé. Cependant, la publication de nouvelles directives insistant sur l'importance du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes a permis de réduire l'écart entre le taux de couverture des femmes enceintes et celui de l'ensemble des adultes.

Afin d'accélérer l'intensification du traitement, le Malawi a commencé à proposer systématiquement aux femmes enceintes vivant avec le VIH une thérapie antirétrovirale à vie (option B+) permettant de multiplier par 7,5 le nombre de femmes enceintes sous thérapie sur une période de 15 mois en 2011-2012². En 2013, l'OMS a publié de nouvelles directives combinées sur l'utilisation des antirétroviraux dans le cadre du traitement et de la prévention de l'infection à VIH, qui recommandent une thérapie antirétrovirale à vie pour toutes les femmes enceintes et allaitantes séropositives, indépendamment de leur numération de CD4.

En raison de divers problèmes de suivi, notamment l'absence fréquente de systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et le manque de fiabilité des informations concernant la cause du décès consignées dans ces systèmes (lorsqu'ils existent), les pays disposent rarement de données empiriques sur la mortalité maternelle. Les pays continuent de s'appuyer majoritairement sur les études de modélisation pour estimer le taux de mortalité maternelle, tandis que l'ONUSIDA collabore avec des partenaires afin d'améliorer les estimations relatives au nombre excessif de décès liés à la grossesse et associés au VIH. Cependant, les données actuelles indiquent que, dans les pays à forte prévalence, le VIH contribue sensiblement à la mortalité liée à la grossesse. De plus, elles soulignent la nécessité urgente de s'assurer que les femmes vivant avec le VIH éligibles bénéficient d'un traitement complet et que les services de traitement du VIH sont intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive. D'après des études récentes, la thérapie antirétrovirale permettrait de réduire sensiblement la mortalité maternelle dans les pays lourdement touchés par l'infection à VIH³.

INSUFFISANCE DE LA COUVERTURE DU TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS

Les enfants vivant avec le VIH continuent d'être affectés par les lacunes persistantes en matière de traitement. En 2012, 647 000 enfants de moins de 15 ans bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale. Cette même année, la couverture du traitement du VIH était deux fois moins importante chez les enfants (34 % (31-39 %)) que chez les adultes (64 % (61-69 %)). Bien que le nombre d'enfants sous thérapie antirétrovirale ait augmenté de 14 % en 2012 par rapport à 2011, l'intensification des services de traitement s'avère beaucoup plus lente que chez les adultes (21 %). Dans les pays prioritaires, trois enfants sur dix seulement reçoivent un traitement contre le VIH.

L'absence d'amélioration de l'accès au diagnostic précoce chez les nourrissons dans de nombreux environnements explique amplement l'inégalité du taux de couverture entre les enfants et les adultes. En 2012, une couverture inférieure à 5 % a été signalée dans trois pays prioritaires concernant les services de diagnostic précoce chez les nourrissons.

AMÉLIORER LES PERFORMANCES ET LES RÉSULTATS DES PROGRAMMES

Depuis le lancement des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, les responsables de programmes luttent pour trouver des stratégies efficaces et minimiser le nombre de femmes enceintes qui abandonnent le traitement. Jusqu'à récemment, seule l'administration de médicaments antirétroviraux destinés à prévenir la transmission du VIH avait tendance à faire l'objet d'un suivi régulier. Même si les programmes ont aujourd'hui des aspirations plus larges, l'objectif étant d'assurer la survie des enfants en les protégeant du VIH, les systèmes de suivi n'ont pas toujours progressé au même rythme. Les aspects clés de la chaîne des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, lesquels nécessitent chacun le recueil et l'analyse rigoureux de données, comprennent le recours aux soins prénatals, la communication des résultats du dépistage, l'administration de médicaments antirétroviraux lors de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, des conseils en matière d'alimentation des nourrissons, le diagnostic précoce des nouveau-nés exposés au VIH, la prise en charge des nouveau-nés séropositifs, et la survie des enfants vivant avec le VIH.

L'amélioration à court et long terme de la santé des femmes enceintes vivant avec le VIH et de leurs enfants nécessite la mise en œuvre de systèmes et de protocoles assurant le recueil régulier, l'analyse et l'utilisation stratégique des données dans l'ensemble des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Grâce à cette approche fondée sur les données, des pays tels que le Malawi ont acquis une meilleure compréhension de l'impact de la chaîne des services et ont pu étayer l'élaboration et la mise en œuvre des programmes.

CAP SUR 2015

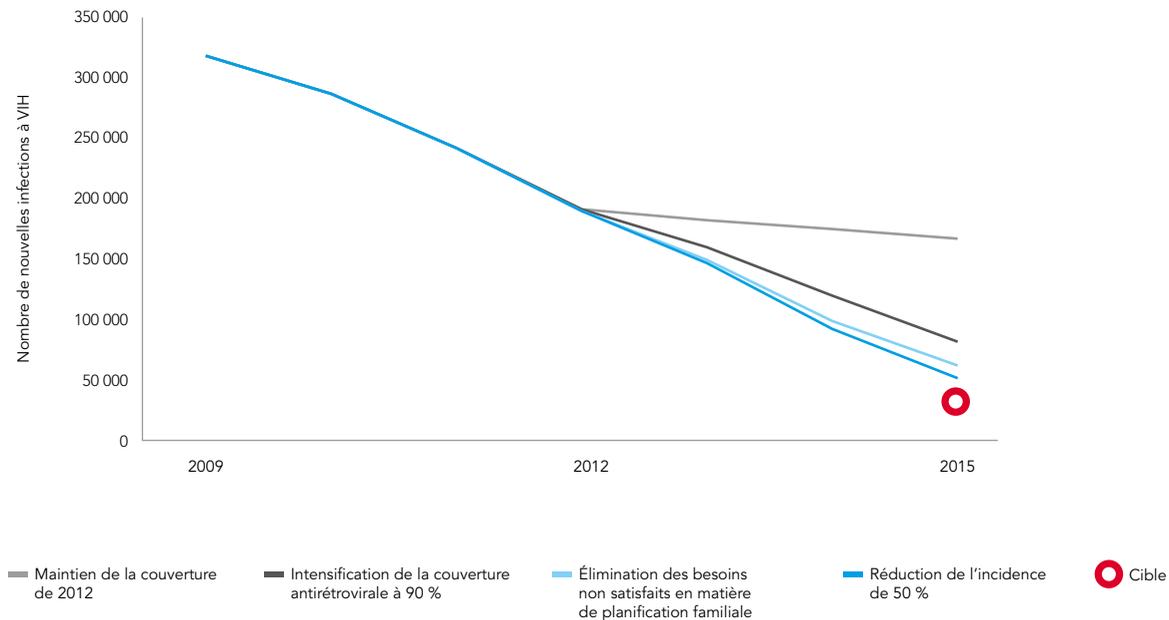
Parmi les 109 pays qui ont communiqué des résultats dans les examens à mi-parcours, tous, à l'exception de deux, ont inscrit l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants ainsi que la réduction substantielle du taux de mortalité maternelle liée au sida au rang des priorités nationales, et ont intégré cet élément dans leurs plans stratégiques nationaux. La plupart des examens à mi-parcours élaborés dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial indiquent que ces pays sont en passe d'atteindre l'objectif de 2015 en matière d'élimination des nouvelles infections. Le rapport d'avancement sur le Plan mondial 2013 précise quant à lui que seule la moitié des pays prioritaires réunit les conditions favorables. D'après les conclusions du rapport, un certain nombre de mesures sont nécessaires pour améliorer la situation, notamment : réduire le nombre de femmes infectées par le VIH, diminuer les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, améliorer l'accès sûr et volontaire au dépistage, accroître la disponibilité des médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, et améliorer le diagnostic et le traitement du VIH chez les enfants⁴.

Une analyse actualisée portant sur les mesures à mettre en place pour permettre de réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections chez les enfants entre 2009 et 2015 indique qu'étant donné les réalisations observées en 2012 dans les 21 pays prioritaires du Plan mondial situés en Afrique subsaharienne, des efforts et des innovations importants seront nécessaires pour atteindre cet objectif. Si 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral combiné (50 % démarrant le traitement lors de la grossesse et 40 % avant la grossesse) et 100 % d'entre elles bénéficiaient d'une prophylaxie au cours de l'allaitement, si l'incidence du VIH diminuait de 50 % chez les femmes en âge de procréer

et si les femmes vivant avec le VIH étaient en mesure de satisfaire leurs besoins en matière de planification familiale, le nombre de nouvelles infections chez les enfants ne diminuerait seulement que de 83 % en 2015 par rapport au niveau de 2009. Il est nécessaire de déployer des efforts supplémentaires afin de réduire les besoins non satisfaits des femmes vivant avec le VIH en matière de planification familiale et d'augmenter la couverture antirétrovirale, en vue d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants (voir figure 3.3).

FIGURE 3.3

Projection de l'impact des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant sur les nouvelles infections à VIH chez les enfants, 21 pays prioritaires du Plan mondial, Afrique subsaharienne, 2009–2015



Source : analyse 2013 de l'ONUSIDA. Les données de la période 2013-2015 sont des projections.

Les examens à mi-parcours nationaux ont noté plusieurs difficultés à atteindre l'objectif qui consiste à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et à améliorer sensiblement la santé des femmes enceintes vivant avec le VIH. Sont incluses des questions opérationnelles (méconnaissance de ces services de la part des femmes, interruption de la prise en charge des mères et de leurs enfants, participation insuffisante des hommes, incapacité à identifier les nombreux enfants exposés au VIH, ruptures de stocks des produits essentiels, difficultés à mettre en œuvre les changements politiques recommandés en matière d'alimentation des nourrissons, manque d'effectifs et de ressources financières indispensables, intégration et décentralisation insuffisantes des services, etc.), des questions relatives à la portée des programmes (diagnostic tardif de nombreuses femmes enceintes, accès insuffisant à un suivi sûr pendant et après l'accouchement, beaucoup d'accouchements à domicile dans de nombreux pays, etc.) et des questions politiques (effets dissuasifs de la stigmatisation et de la discrimination, etc.). Le Plan mondial offre un cadre permettant aux pays d'examiner de manière critique les obstacles existants et d'améliorer la prestation de services et la santé des mères vivant avec le VIH ainsi que celle de leurs enfants.

Au cours des examens à mi-parcours, les pays ont reconnu la nécessité d'agir afin d'accélérer l'intensification et d'aborder les lacunes des programmes. Parmi les actions clés figurent la formation ciblée et le soutien au renforcement des capacités pour les professionnels de la santé, l'intégration et la décentralisation accrues des services, l'accès élargi au diagnostic précoce chez les nourrissons, la mise en œuvre de la délégation des tâches et des autres mesures pour améliorer les ressources humaines, ainsi que les investissements dans les programmes afin de générer une plus grande demande dans le domaine des services. Les pays ont également cité la nécessité de renforcer les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements, d'améliorer l'engagement communautaire, de promouvoir davantage la reconnaissance des droits humains des femmes et d'accroître les investissements des gouvernements nationaux dans les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et dans les services généraux de santé maternelle et infantile. Un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne ont fait part de leur intention de proposer l'option B+ permettant aux femmes enceintes vivant avec le VIH de bénéficier d'un traitement à vie.

Bien que les pays se soient surtout concentrés sur l'intensification du dépistage jusqu'à présent, de l'accompagnement et de la prophylaxie antirétrovirale dans les centres de soins prénatals, ils reconnaissent qu'il est impératif d'améliorer les résultats liés aux autres aspects clés du Plan mondial. Ils ont notamment insisté sur l'importance des points suivants : prévention primaire du VIH, réduire les besoins non satisfaits des femmes vivant avec le VIH en matière de planification familiale, et proposer des services de prévention aux femmes allaitantes séropositives. D'après une étude de modélisation commandée par l'ONUSIDA, le fait d'associer à l'intensification continue de la prophylaxie antirétrovirale des progrès tels que le renforcement de la prévention primaire, une couverture suffisante en matière de prévention chez les femmes allaitantes et l'élimination des besoins non satisfaits dans le domaine de la planification familiale, permettrait d'accroître la probabilité de réussite par rapport à une approche isolée.

Stratégie « Boosted Linked Response » au Cambodge

En 2008, le Cambodge a lancé l'initiative « Linked Response » qui vise à atteindre l'ensemble des femmes enceintes en développant et en s'appuyant sur le rapprochement des services de traitement du VIH et des IST, d'une part, et les services de santé reproductive, d'autre part, et en mobilisant les organismes communautaires existants. Fort de la réussite de cette initiative, le pays a lancé en 2013 la stratégie « Boosted Linked Response » afin d'accélérer le recours aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de freiner l'interruption de la prise en charge préventive, d'améliorer la qualité des services et la santé des femmes vivant avec le VIH et celles de leurs enfants, ainsi que de réduire le nombre de décès chez les mères vivant avec le VIH et les enfants qui y sont exposés. Le principal objectif de cette stratégie est de réduire le taux de transmission de la mère à l'enfant à moins de 5 % en 2015 et moins de 2 % d'ici 2020, pour parvenir à la quasi-élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants. Un autre objectif consiste à réduire l'incidence de la syphilis congénitale à 0,5 cas pour 1 000 naissances vivantes.

Les programmes doivent être ciblés⁵ afin :

- d'améliorer l'accès des femmes enceintes aux soins prénatals ;
- d'accroître la couverture du dépistage du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes ;
- d'améliorer le recours précoce aux services ainsi que le taux d'observance des femmes enceintes infectées par le VIH et/ou la syphilis dans l'ensemble des services de prévention ;
- d'améliorer la santé et la dignité des femmes vivant avec le VIH ou fortement exposées au virus ainsi que leur accès aux services de prévention ;
- de réduire l'interruption de la prise en charge chez les nourrissons exposés au VIH afin d'optimiser la prophylaxie antirétrovirale et de garantir un diagnostic du VIH précoce grâce aux tests ADN par PCR (réaction de polymérisation en chaîne) ;
- d'assurer l'inscription rapide des nourrissons vivant avec le VIH dans les centres de soins pédiatriques spécialisés dans le traitement du virus.

4. ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Grâce aux progrès durables réalisés pour améliorer l'accès au traitement du VIH, les pays sont désormais en passe de parvenir à fournir une thérapie antirétrovirale à 15 millions de personnes d'ici 2015. Cependant, l'accès au traitement varie considérablement d'un pays ou d'une région à l'autre, la couverture étant particulièrement faible chez les enfants.

La thérapie antirétrovirale peut aider à prévenir les décès liés au sida, l'apparition de la tuberculose et d'autres maladies, ainsi que la transmission de la tuberculose et du VIH chez les personnes vivant avec le VIH, des perspectives favorisées par un démarrage plus rapide du traitement, selon les nouvelles données scientifiques. Publiées en juin 2013, les nouvelles directives sur le traitement du VIH de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommandent de démarrer le traitement lorsque la numération de CD4 chute en dessous de 500 cellules par microlitre, et de l'administrer immédiatement chez les femmes enceintes, les partenaires séropositifs des couples sérodiscordants, les enfants de moins de 5 ans ainsi que les personnes touchées par la tuberculose et l'hépatite B liées au VIH. Les directives 2013 de l'OMS exigeront une intensification beaucoup plus rapide, l'innovation et l'adaptation des programmes, afin d'assurer la mise sous traitement des personnes éligibles.

En juillet 2013, l'ONUSIDA s'est joint à l'OMS, au Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que d'autres partenaires afin de lancer l'initiative « Traitement 2015 » qui vise à garantir le succès des objectifs de 2015 en matière de traitement du VIH, en vue de parvenir à l'accès universel au traitement. Cette initiative met l'accent sur la *rapidité* de l'intensification, le renforcement des *orientations* stratégiques afin d'accélérer l'intensification dans les zones géographiques et les populations clés, et l'*innovation* de la planification des programmes et la prestation de services.

Liste des pays où vivent 90 % des personnes dont les besoins en matière de traitement antirétroviral ne sont pas satisfaits :

1. Afrique du Sud
2. Angola
3. Brésil
4. Cameroun
5. Chine
6. Colombie
7. Côte d'Ivoire
8. Éthiopie
9. Fédération de Russie
10. Ghana
11. Inde
12. Indonésie
13. Kenya
14. Lesotho
15. Malawi
16. Mozambique
17. Myanmar
18. Nigéria
19. Ouganda
20. Rép. démocratique du Congo
21. République centrafricaine
22. République-Unie de Tanzanie
23. Soudan du Sud
24. Tchad
25. Thaïlande
26. Togo
27. Ukraine
28. Viet Nam
29. Zambie
30. Zimbabwe

DES PROGRÈS DURABLES EN 2012

D'après les estimations, 9,7 millions de personnes vivant dans les pays à revenu faible et intermédiaire bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale en décembre 2012, soit une augmentation de 1,6 million par rapport à 2011. Les pays du monde ont donc parcouru près des deux tiers du chemin vers l'objectif de 2015 qui consiste à garantir à 15 millions de personnes l'accès à un traitement antirétroviral. Dans le cadre des directives 2010 de l'OMS, 61 % (57-66 %) du nombre total des personnes éligibles au traitement du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire suivaient une thérapie antirétrovirale en 2012 (voir figure 4.1). En incluant les 875 000 personnes qui bénéficient d'une thérapie antirétrovirale dans les pays

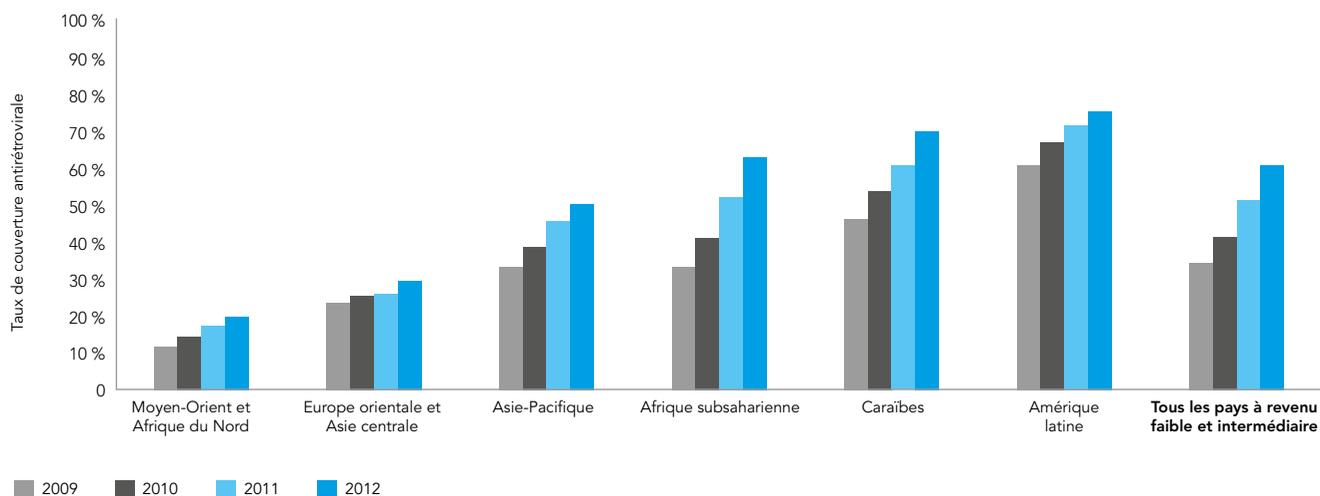
à revenu élevé, 10,6 millions de personnes au total étaient sous traitement en décembre 2012. Cependant, dans le cadre des directives 2013 de l’OMS, les 9,7 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire ne représentent que 34 % (32-37 %) des 28,6 (26,5-30,9 %) millions de personnes éligibles à un traitement en 2013.

La nécessité d’offrir un traitement à toutes les personnes infectées par le VIH est de plus en plus évidente. Avec un nombre estimé de 35,3 (32,2–38,8) millions de personnes vivant actuellement avec le VIH, il est impératif d’intensifier le dépistage et le traitement du VIH tout en continuant d’investir dans la prévention et les autres programmes afin de lutter contre les nouvelles infections.

À l’échelle mondiale, le nombre de personnes bénéficiant d’un traitement antirétroviral a triplé ces cinq dernières années. Depuis 2005, leur nombre a fortement augmenté dans toutes les régions du monde, à l’exception de l’Europe orientale, de l’Asie centrale, du Moyen-Orient et de l’Afrique du Nord.

Les examens à mi-parcours nationaux ont mis en évidence plusieurs approches qui se sont avérées efficaces pour accélérer l’intensification du traitement du VIH. La mise à proximité des services grâce à la décentralisation a favorisé le recours au traitement ; l’établissement et la mise à jour de protocoles cliniques ont amélioré la qualité de la prise en charge et renforcé la capacité de traitement du VIH. Face au manque d’effectifs, de nombreux pays ont mis en œuvre avec succès la délégation des tâches dans les établissements médicaux, permettant ainsi au personnel infirmier d’administrer les traitements antirétroviraux. Les efforts destinés à optimiser le travail du personnel de santé doivent s’accompagner d’une intensification de la formation et du déploiement de nouveaux médecins, personnels infirmiers et agents de santé communautaires, sans oublier les autres professions de santé.

FIGURE 4.1
Pourcentage des personnes éligibles recevant une thérapie antirétrovirale (basé sur les directives 2010 de l’OMS) dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région, 2009-2012



Source : estimations de l’ONUSIDA 2012.

INSUFFISANCES PERSISTANTES EN MATIÈRE DE COUVERTURE

Les avancées de l’intensification du traitement du VIH sont indéniables. Cependant, les progrès de santé obtenus grâce à la thérapie antirétrovirale se répartissent de manière inégale en raison des conditions d’accès au traitement qui varient entre les pays ou les régions.

Comme expliqué à la section 3, la couverture du traitement du VIH chez les enfants représente un peu plus de la moitié de celle des adultes. Dans 9 des 22 pays considérés comme prioritaires par le Plan mondial pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015 et le maintien en vie de leurs mères, le taux de couverture des enfants éligibles au traitement n'a pas dépassé 25 % en 2012.

Dans la plupart des régions, notamment l'Afrique subsaharienne, la couverture du traitement du VIH est plus faible chez les hommes que chez les femmes. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 57 % des hommes éligibles ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale en 2012 contre 73 % des femmes.

Les populations clés rencontrent également des obstacles majeurs au traitement du VIH, généralement parce qu'elles craignent d'être confrontées à la discrimination si elles s'adressent aux établissements de santé classiques. Il n'existe pas d'estimations fiables concernant le traitement du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe ou les personnes transsexuelles. Cependant, d'après les rapports précédents, ces populations connaissent de nombreuses difficultés d'accès aux services de santé essentiels et enregistrent une couverture du traitement du VIH extrêmement basse. L'insuffisance d'engagements clairs en faveur de l'intensification de la couverture chez les populations clés a contribué à l'omission de leurs besoins dans le cadre de l'établissement et l'expansion des services de traitement du VIH.

Les crises humanitaires entraînent des difficultés spécifiques en matière d'accès aux soins de santé (notamment, manque de confidentialité, refus d'accès aux procédures de demande d'asile, craintes d'être expulsé ou de se voir imposer des restrictions de liberté de mouvement). À l'échelle mondiale, le nombre de réfugiés était estimé à 45,2 millions en 2012, dont 26,4 millions de personnes déplacées¹. Les adolescents (10-19 ans) représentent la seule tranche d'âge ayant enregistré une augmentation du nombre de décès liés au sida entre 2001 et 2012. Le manque de prise en compte des adolescents dans les plans stratégiques d'intensification du traitement du VIH et l'insuffisance du dépistage et des conseils expliquent cette tendance.

IMPACT DE L'INTENSIFICATION DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

En réduisant la circulation du virus au sein d'un environnement ou d'une population, l'intensification de la thérapie antirétrovirale permet de diminuer le nombre de nouvelles infections à VIH. De 1995 à 2012, elle a permis d'éviter 6,6 millions de décès liés au sida dans le monde, dont 5,5 millions de décès dans les pays à revenu faible et intermédiaire (voir figure 4.2).

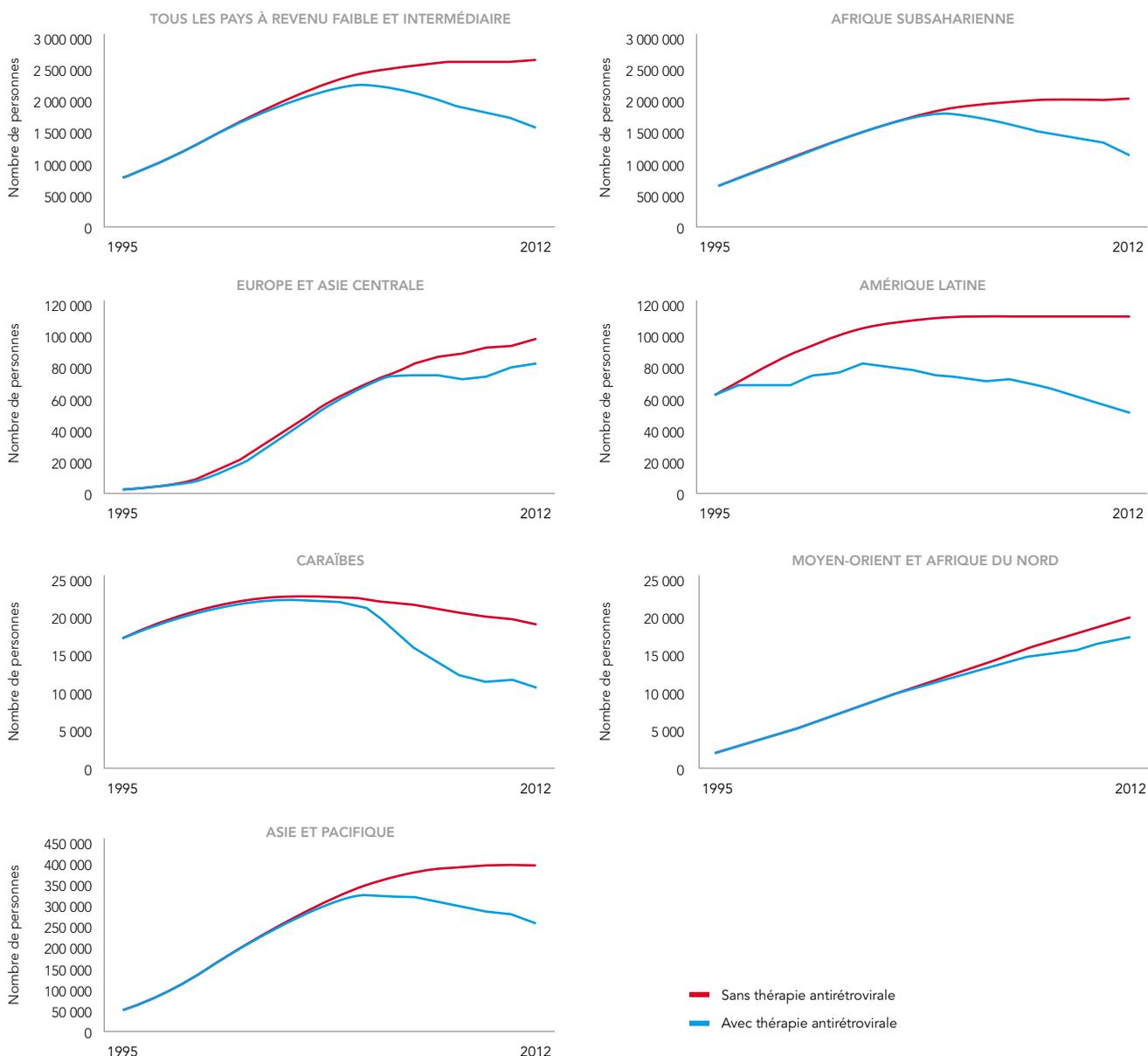
La situation de toutes les régions ayant bénéficié de ces mesures a nettement progressé. En 2011, l'espérance de vie dans la province de KwaZulu-Natal en Afrique du Sud avait gagné 11,3 années par rapport à 2003, année où l'intensification du traitement du VIH a démarré².

En plus d'être rentables, les investissements en matière de thérapie antirétrovirale permettent également d'engendrer des économies de coût. D'après une récente analyse économique, les investissements dans les services de traitement du VIH génèrent trois fois plus de retombées économiques en raison de la hausse de l'emploi et de la productivité, ainsi que de la suppression ou du report des futures dépenses en matière de services médicaux et de prise en charge des orphelins³.

La diminution du nombre annuel de décès liés au sida illustre les avantages considérables de l'intensification du traitement antirétroviral dans le domaine de la santé. Ce nombre a chuté à 1,6 (1,4-1,9) million en 2012, après avoir atteint un pic de 2,3 (2,1-2,6) millions en 2005. Malgré la faible augmentation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants de 0 à 14 ans, le nombre de décès liés au sida dans cette catégorie de la population a baissé plus rapidement en raison de l'impact des efforts déployés pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. En 2012, 210 000 (190 000-250 000) enfants sont décédés d'une cause liée au sida contre 320 000 (290 000-360 000) en 2005.

L'intensification de la thérapie antirétrovirale peut modifier considérablement la trajectoire d'une épidémie nationale, en diminuant les charges virales au sein des communautés, freinant ainsi la propagation du VIH. Une intensification accrue sera nécessaire afin de maximiser l'impact du traitement du VIH et d'aider à jeter les bases de l'éradication de l'épidémie de sida. D'après les estimations d'une récente analyse réalisée par le Futures Institute, si la couverture du traitement atteignait 80 % du taux recommandé par les directives 2013 sur le traitement antirétroviral, cela permettrait de faire passer le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adultes de 2,4 millions en 2011 à 800 000 en 2025 (par rapport au 1,25 million envisagé par les directives de 2010)⁴.

FIGURE 4.2
Estimations des décès liés au sida, avec et sans thérapie antirétrovirale, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région, 1995-2012



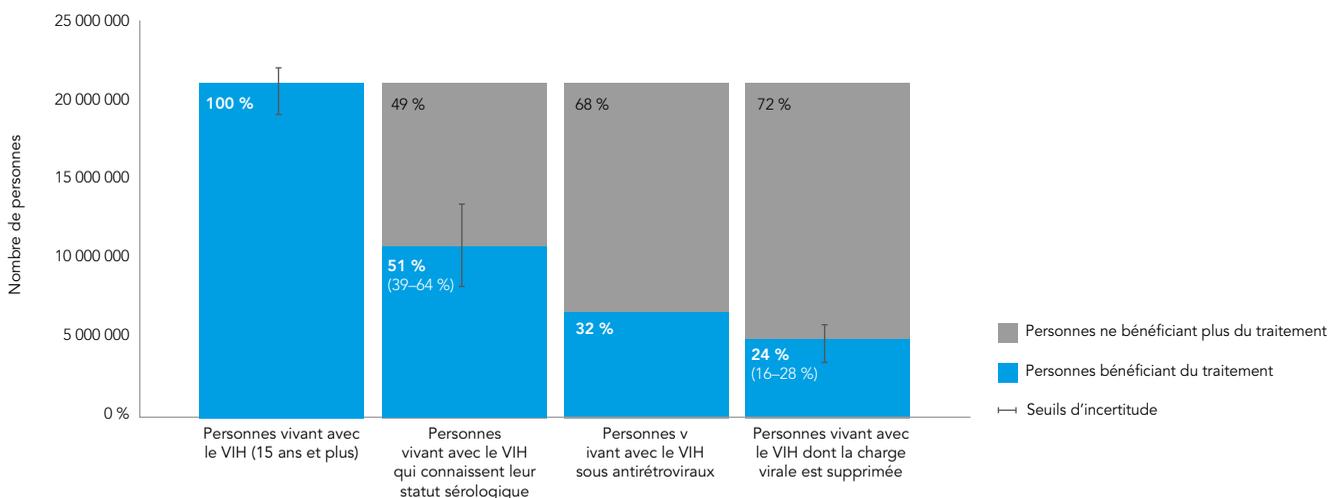
Source : estimations de l'ONUSIDA 2012.

AMÉLIORER LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE POUR EN MAXIMISER L'IMPACT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Désormais, l'objectif du traitement antirétroviral inclut non seulement la prévention de la morbidité et de la mortalité liées au sida mais aussi la prévention de la transmission du VIH. L'objectif clinique et de santé publique consiste à s'assurer que toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, accèdent à la prise en charge et au traitement, et parviennent à supprimer durablement leur charge virale. Cependant, malgré l'intensification en cours de la thérapie antirétrovirale, la mortalité liée à la transmission du VIH et du sida demeure élevée dans de nombreuses régions du monde. Aux fins d'optimisation du traitement du VIH, la chaîne des services liés au VIH s'est imposée comme un outil important qui permet d'illustrer sous forme graphique les transitions clés du continuum thérapeutique, ainsi que l'influence exercée par chaque étape sur l'objectif final de suppression de la charge virale.

Afin de parvenir à supprimer la charge virale, toute personne diagnostiquée séropositive doit être prise en charge sans interruption et bénéficier d'une thérapie antirétrovirale sur ordonnance médicale le cas échéant. Bien que le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale continue d'augmenter en Afrique subsaharienne, contribuant ainsi à réduire le taux de morbidité et de mortalité liées au VIH, la région n'a pas encore pleinement bénéficié des avantages potentiels qu'offre le traitement du VIH. En Afrique subsaharienne, près des trois quarts des adultes vivant avec le VIH ne seraient pas parvenus à supprimer leur charge virale en raison de lacunes et d'insuffisances observées aux différentes étapes du processus de traitement (voir figure 4.3).

FIGURE 4.3
Présentation succincte du processus thérapeutique en Afrique subsaharienne, 2012



Sources : 1. Estimations de l'ONUSIDA 2012.

2. Enquêtes démographiques et de santé, 2007–2011 (www.measuredhs.com) et enquête communautaire réalisée en Afrique du Sud (Kranzer, K., van Schaik, N., et al. (2011). High prevalence of self-reported undiagnosed HIV despite high coverage of HIV testing: a cross-sectional population based serosurvey in South Africa (en anglais). *PLoS ONE* 6(9): e25244.) 51 % est le pourcentage médian entre le seuil bas et le seuil élevé. Le seuil bas (39 %) représente le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent très probablement leur statut sérologique, celles-ci ayant été diagnostiquées séropositives lors de l'enquête et déclarant avoir reçu les résultats d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois. Le seuil élevé (64 %) représente le pourcentage de personnes diagnostiquées séropositives lors de l'enquête et ayant elles-mêmes déclaré avoir subi au moins un test de dépistage du VIH (le test réalisé lors de l'enquête n'est pas divulgué aux répondants). Les 36 % restants sont constitués de personnes déclarant n'avoir jamais subi de test de dépistage du VIH et qui ne connaissent pas leur statut sérologique.

3. Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012.

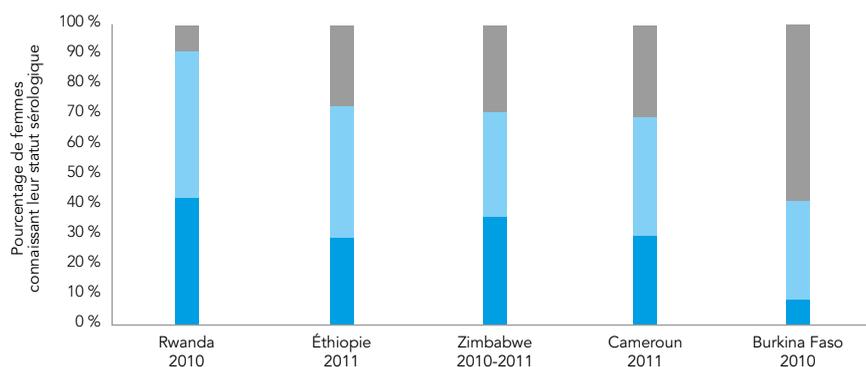
4. Barth R.E., van der Loeff M.R., et al. (2010). Virological follow-up of adult patients in antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review. (en anglais) *Lancet Infect Disease* 10(3): 155-166.

Remarques : il n'existe aucune donnée systématique concernant la proportion de personnes vivant avec le VIH orientées vers les services de prise en charge, bien qu'il s'agisse d'une étape essentielle en vue de la suppression de la charge virale au sein de la communauté.

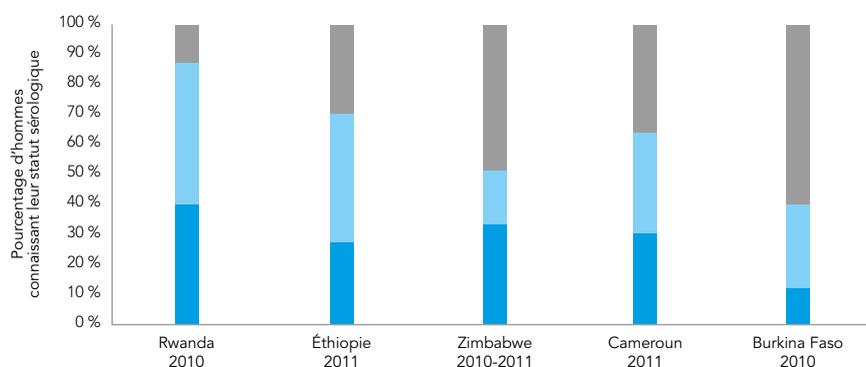
L'obstacle majeur, qui empêche d'atteindre l'objectif de zéro décès lié au sida et de supprimer massivement la charge virale des personnes vivant avec le VIH, survient au début du processus thérapeutique. Malgré une intensification considérable du dépistage du VIH en Afrique subsaharienne ces dix dernières années, 15 enquêtes réalisées auprès des ménages entre 2007 et 2011 dans cette région ont révélé que 36 % de la population n'avaient jamais subi de test de dépistage du VIH. Les habitants d'Afrique subsaharienne ayant subi un test de dépistage au cours des douze derniers mois (39 % selon les estimations) connaissent probablement leur statut sérologique, ce qui n'est pas forcément le cas des autres personnes l'ayant effectué au cours des années précédentes (25 %) (voir figure 4.4). Le dépistage annuel du VIH est recommandé chez les personnes séronégatives dans les régions et au sein des populations à forte prévalence.

FIGURE 4.4
Connaissance du statut sérologique chez les hommes et les femmes vivant avec le VIH, sélection de pays, 2010–2011

A Femmes vivant avec le VIH



B Hommes vivant avec le VIH



■ Personnes connaissant probablement leur statut sérologique : dépistage effectué au cours des 12 derniers mois

■ Personnes dont on ne sait pas si elles connaissent leur statut sérologique

■ Personnes ne connaissant pas leur statut sérologique : n'ont jamais subi de test

Source : enquêtes démographiques et de santé 2010–11

En raison de l'insuffisance de l'accès au dépistage, une personne sur quatre qui entame une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire a une numération de CD4 inférieure à 100, signe d'un diagnostic tardif et donc d'un risque élevé de maladie et de décès liés au VIH⁵.

Dans toutes les régions, les femmes ont plus de chances d'avoir subi un test de dépistage que les hommes. Cela s'explique probablement par la mise en œuvre de l'offre systématique du dépistage du VIH dans les centres de soins prénatals. Le nombre de tests de dépistage réalisés dans 76 pays ayant communiqué des données pertinentes dans leur rapport d'activité sur la riposte au sida a augmenté de près de 12 % en 2012. Cependant, le taux de participation au dépistage doit encore sensiblement augmenter, afin d'accroître la proportion de personnes vivant avec le VIH ayant accès au traitement.

Jusqu'à récemment, les établissements autonomes de conseil et de dépistage volontaires constituaient la principale filière de dépistage dans de nombreux pays. En 2004, l'ONUSIDA a renforcé son travail d'information auprès des initiatives de dépistage des prestataires ; des directives détaillées de l'OMS et de l'ONUSIDA sur le dépistage à l'initiative des prestataires ont été publiées en 2007. D'après certaines études nationales, les conseils et le dépistage à l'initiative des prestataires ont permis d'améliorer la couverture du dépistage du VIH⁶. En Afrique subsaharienne, il a été démontré récemment que le dépistage à domicile en porte à porte augmente le champ d'action des services de dépistage du VIH^{7,8}. L'utilisation de tests de dépistage rapides permet d'obtenir un premier résultat en moins de 30 minutes, accélérant ainsi potentiellement l'orientation de la personne vers les informations, les services et le soutien nécessaires. Ces tests ont donné des résultats prometteurs au sein des populations difficiles à atteindre.

Des limites ont été observées concernant ces approches, notamment la sous-utilisation des services de conseil et de dépistage autonomes et dispensés dans les établissements, le faible pourcentage de dépistage à l'initiative des patients chez les populations clés⁹, les coûts élevés et les inquiétudes liées à l'anonymat dans le cadre des campagnes de porte à porte, ainsi que le manque d'accès des hommes, des populations rurales et des personnes pauvres à ces services¹⁰. De nombreux pays admettent qu'il est nécessaire d'accroître la connaissance du statut sérologique et d'encourager le diagnostic précoce de l'infection, et offrent le dépistage aux partenaires/couples ainsi que d'autres approches de dépistage innovantes.

En plus d'être adaptés aux services dispensés dans les établissements et les centres communautaires, les tests de diagnostic rapides peuvent être utilisés par une personne pour l'autodépistage à domicile en toute intimité. En 2012, un test de diagnostic rapide du VIH par la salive a été approuvé par la United States Food and Drug Administration (US FDA) et mis en vente libre aux États-Unis. Ce test bénéficie de l'autorisation préalable de l'OMS depuis 2004 mais reste relativement cher. Grâce à l'anonymat que garantit l'autodépistage et à la bonne acceptabilité mise en évidence par les études pilotes dans les milieux touchés par des épidémies concentrées et généralisées, cette démarche offre la possibilité de repenser les approches et les hypothèses de dépistage conventionnelles. Un certain nombre d'analyses étudient actuellement l'impact de l'autodépistage sur l'orientation vers les services de prise en charge. D'après les résultats préliminaires d'un essai aléatoire en grappes important effectué au Malawi, le recours au traitement du VIH dans les communautés au cours de la période de suivi initial (quatre mois) n'était guère meilleur que dans le groupe témoin lorsque l'autodépistage était proposé seul. Par contre, il a plus que doublé lorsque l'autodépistage s'accompagnait d'une initiation assistée à la thérapie antirétrovirale au domicile du patient.

Afin d'assurer un diagnostic précoce, il est nécessaire d'intensifier le dépistage du VIH dans les dispensaires et les centres communautaires. L'Afrique du Sud, le Brésil, le Kenya, le Malawi, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie ont intégré la promotion du dépistage du VIH dans des campagnes communautaires qui offrent des services de dépistage et de prévention pour plusieurs maladies (distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, filtres à eau, dépistage du diabète, de l'hépatite et/ou des infections sexuellement

transmissibles, etc.). Au milieu des années 2000, les organisations communautaires locales ont sensiblement contribué à accroître le recours au dépistage au Zimbabwe¹¹. D'après Project Accept (HPTN 043), un vaste essai aléatoire mené à l'échelle communautaire, l'engagement de la communauté, le dépistage mobile et les services ultérieurs proposés ont engendré un recours plus élevé au dépistage que les conseils et le dépistage volontaires habituels proposés dans les dispensaires. Un examen et une méta-analyse systématiques des données factuelles relatives au dépistage du VIH et à l'accompagnement communautaires ont montré que ce type de dépistage était extrêmement populaire ; il permet d'atteindre les personnes vivant avec le VIH ayant une forte numération de CD4 et de les orienter vers les services de prise en charge¹².

Il existe peu de données systématiques sur la proportion de personnes vivant avec le VIH qui sont orientées vers les services de prise en charge¹³. Les conclusions concernant l'observance thérapeutique une fois la prise en charge effectuée sont mitigées. D'après des données issues de 18 pays, le taux d'observance du traitement diminue au fil du temps : il est respectivement de 86 % et 72 % sur 12 et 60 mois. Les taux d'observance communiqués par les pays varient considérablement. Il est avéré que l'aide alimentaire contribue à la réussite du traitement du VIH, notamment l'observance et le maintien thérapeutique¹⁴.

Améliorer l'observance thérapeutique grâce à l'engagement communautaire

Catholic Relief Services (CRS), une organisation membre de Caritas Internationalis, a travaillé avec un groupement de partenaires à la mise en œuvre d'AIDSRelief, un programme de prise en charge et de traitement du VIH financé par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) depuis 2004. Ce programme a permis de soutenir l'intensification rapide des services de prise en charge et de traitement du VIH en faveur des populations pauvres et mal desservies dans dix pays d'Afrique, des Caraïbes et d'Amérique latine. Il a fonctionné principalement avec des partenaires confessionnels locaux, notamment des hôpitaux, des cliniques, des dispensaires ainsi que des groupes locaux communautaires, dont les personnes vivant avec le VIH.

L'approche élaborée par AIDSRelief a permis une forte observance du traitement, grâce à l'engagement familial et communautaire, au choix optimal des médicaments, à l'utilisation continue des dossiers médicaux et à la fourniture d'une aide médicale, de laboratoire, communautaire et pharmaceutique qualifiée. AIDSRelief est parvenu non seulement à traiter les patients de façon à optimiser les résultats individuels, mais aussi à élargir ce modèle afin de l'appliquer à des dizaines de milliers de personnes sans transiger sur la qualité ou plafonner le nombre d'inscriptions de patients. Catholic Relief Services et ses partenaires ont volontairement renforcé les capacités locales, puis ont transféré le programme AIDSRelief aux communautés pour une appropriation locale. Lorsque le programme a pris fin en février 2013, plus de 700 000 patients avaient été inscrits aux services de prise en charge, dont 395 000 étaient sous thérapie antirétrovirale. Le taux d'interruption de la prise en charge était de 10,6 %, le taux d'observance de 85 %, le taux de mortalité de 7,8 % et celui de suppression virale de 88,2 %.

De récentes analyses de la chaîne des services réalisées au Brésil, en Chine, au Malawi et au Viet Nam confirment que la prise en charge de nombreuses personnes cesse à diverses étapes du continuum du traitement, réduisant ainsi la proportion de personnes qui parviennent à supprimer la charge virale et bénéficient des autres avantages du traitement¹⁵. Ces analyses peuvent aider les responsables nationaux de la planification et de la mise en œuvre des programmes à établir des interventions ciblées afin d'améliorer les résultats. Elles fournissent également des conseils utiles pour la planification et la mise en œuvre d'études visant à identifier les facteurs de risque relatifs à la non observance et à évaluer les interventions destinées à réduire l'interruption de la prise en charge des patients au cours du processus thérapeutique. Les groupes communautaires et les aidants non professionnels peuvent jouer un rôle important dans l'observance du traitement. Dans le cadre du suivi des résultats dans l'ensemble du processus thérapeutique, la population totale des personnes vivant avec le VIH, diagnostiquées et non diagnostiquées, doit être utilisée comme dénominateur pour les analyses.

La continuité de la prise en charge est particulièrement difficile pour les personnes vivant avec le VIH touchées par des crises humanitaires. D'après les conclusions de travaux de cartographie réalisés en 2013 par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), de nombreuses personnes sous thérapie antirétrovirale vivant en République centrafricaine ont été contraintes de fuir en raison du conflit. Plusieurs milliers ont dû interrompre leur traitement à cause de l'insuffisance opérationnelle des services de santé dans les zones où elles se sont réfugiées.

En complément des analyses, les pays peuvent juger utile d'estimer la proportion de la population totale adulte non traitée. Dans les pays où la couverture du traitement du VIH est très faible, cette proportion sera à peu près équivalente à la prévalence du VIH chez les adultes. Cependant, la proportion des personnes dont la charge virale n'a pas été supprimée est amenée à diminuer au fur et à mesure de l'intensification du traitement du VIH, traduisant ainsi un environnement plus sûr au niveau de la population et un recul des risques de transmission. La prévalence du VIH devrait augmenter en raison de l'allongement de la durée de vie des patients grâce au traitement. Il se peut donc que le pourcentage de personnes dont la charge virale n'a pas été supprimée devienne un indicateur plus utile du potentiel de transmission du VIH.

RENFORCER LA DURABILITÉ ET L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DU VIH

Le traitement du VIH est administré à vie et permet généralement d'atteindre une espérance de vie quasi normale. À cette fin, il est impératif d'optimiser la durabilité du traitement afin de retarder l'émergence de la pharmacorésistance, qui signale l'échec du traitement et nécessite d'en changer. Selon des évaluations précédentes, 6 % du nombre total de personnes sous thérapie antirétrovirale de première intention en Afrique subsaharienne ont dû entamer un traitement de deuxième intention, toutes années confondues. Malgré les lacunes du processus thérapeutique, il est possible d'obtenir d'excellents résultats. Récemment, le Rwanda a indiqué que 86 % des personnes ayant entamé une thérapie antirétrovirale ne présentaient plus aucune charge virale au bout de 18 mois. Quant au Sénégal, il a indiqué que 80 % des personnes sous thérapie ont vu leur charge virale supprimée au bout de cinq ans¹⁶.

Afin d'accroître la durabilité du traitement du VIH, de simplifier le processus d'achat, de réduire les coûts, de minimiser les effets secondaires et d'améliorer l'observance thérapeutique, les directives 2013 de l'OMS sur le traitement antirétroviral recommandent que les patients éligibles bénéficient, le cas échéant, d'un traitement simplifié à dose unique quotidienne. Selon les recommandations de l'OMS, les patients qui suivent actuellement un traitement plus complexe doivent passer à un traitement plus simple ; les professionnels de la santé doivent également s'attacher à modifier le régime thérapeutique des patients sous traitement à base de d4T (stavudine), en raison d'effets secondaires parfois graves. En 2012, l'utilisation de traitements quotidiens à dose unique au Viet Nam a permis une augmentation de l'observance thérapeutique.

L'utilisation de traitements optimisés plus durables est une composante clé de l'approche « Traitement 2.0 », qui vise à renouveler l'approche thérapeutique et la prise en charge du VIH. D'après des rapports à mi-parcours, certains pays d'Amérique latine, de la région Asie-Pacifique, d'Europe orientale et d'Asie centrale utilisent actuellement cette approche afin de définir et mettre en œuvre des politiques et des programmes de traitement adaptés au contexte local. Certains aspects de l'approche « Traitement 2.0 », tels que la simplification des diagnostics de laboratoire, sont en cours d'élaboration. Les technologies de numération de CD4 pouvant être utilisées au point de prise en charge sont actuellement déployées dans certains pays, comme la Jamaïque. Cependant, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour être en mesure d'assurer le suivi du traitement grâce aux tests de charge virale. Conformément à l'objectif du « Traitement 2.0 » qui consiste à tirer parti de l'engagement communautaire afin d'accroître le recours au traitement du VIH, l'Argentine a renforcé les liens entre les centres de traitement et les groupes communautaires afin d'améliorer l'observance thérapeutique.

Traitement 2015 : rapidité, orientation, innovation

L'initiative « Traitement 2015 » vise à favoriser des progrès plus rapides vers l'accès universel au traitement du VIH, qui nécessitent de nouveaux modes de pensée et de fonctionnement. Afin d'améliorer l'accès au traitement du VIH, l'initiative s'appuie sur divers travaux antérieurs, notamment la stratégie « 3x5 », le schéma directeur du PEPFAR pour la création d'une génération sans sida (Blueprint: creating an AIDS-free generation), l'initiative « Traitement 2.0 » ainsi que le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. L'initiative « Traitement 2015 » met l'accent sur trois éléments essentiels de réussite :

Rapidité. Une intensification rapide permet aux ripostes de modifier l'épidémie elle-même : la prévalence augmente à mesure de l'allongement de la durée de vie et de l'amélioration de l'état de santé d'un plus grand nombre de personnes, tandis que les nouvelles infections à VIH au sein des communautés régressent. Dans bon nombre de pays et de régions, l'intensification rapide du traitement a provoqué une forte baisse du nombre de décès liés au sida. Une forte couverture antirétrovirale contribue quant à elle à faire baisser le taux de nouvelles infections à VIH.

Orientation. Les personnes actuellement sous thérapie sont probablement les plus faciles à atteindre. Pour se rapprocher de l'accès universel, il sera nécessaire de proposer davantage de services de prise en charge et de traitement du VIH aux personnes qui n'en bénéficient pas pour le moment. L'initiative « Traitement 2015 » invite tous les pays à utiliser sans délai les données disponibles pour identifier les zones géographiques et les populations clés à forte prévalence du VIH et dont les besoins non satisfaits en matière de traitement sont importants. À l'échelle mondiale, l'initiative incite à privilégier en particulier les 30 pays dans lesquels vivent 90 % des personnes dont les besoins en matière de traitement du VIH ne sont pas satisfaits.

Innovation. Il est nécessaire d'adopter de nouvelles approches afin de concrétiser plus rapidement les avancées scientifiques dans les divers pays. De plus, il est impératif de donner libre cours à l'innovation afin de repenser le dépistage du VIH, d'orienter les patients vers des services complets de traitement et de prise en charge au début de l'infection, et de renforcer les systèmes.

FINANCEMENT DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

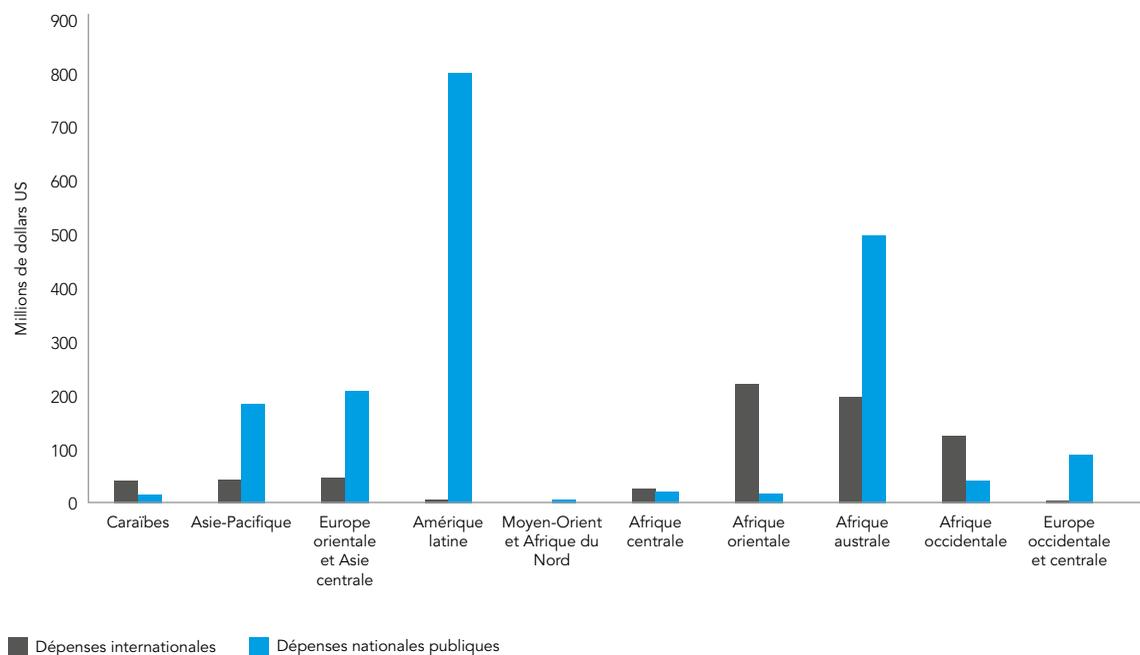
Selon les estimations, les services de traitement et de prise en charge du VIH ont bénéficié de 9,9 milliards de dollars US en 2012 dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Dans la plupart des régions, les dépenses nationales représentent la source de financement la plus importante des programmes de traitement du VIH. Cependant, de nombreux pays, en particulier les pays d'Afrique orientale, centrale et occidentale, dépendent encore largement des financements internationaux pour leurs programmes de traitement (voir figure 4.5). Plusieurs pays étudient actuellement des stratégies innovantes afin de diversifier les sources de financement et de générer des sources de financement renouvelables pour les programmes liés au VIH. Cette question est abordée plus en détail à la section 6.

Une des stratégies visant à réduire la dépendance vis-à-vis des financements internationaux consiste à renforcer les capacités dans les pays à revenu faible et intermédiaire afin qu'ils puissent importer et fabriquer eux-mêmes les médicaments indispensables. La *Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique*, rédigée par l'Union africaine, appelle à investir dans la création de laboratoires pharmaceutiques régionaux, à œuvrer en vue de garantir le transfert des connaissances et des technologies à la région, à harmoniser les systèmes réglementaires et à tirer pleinement parti de la souplesse des conditions de l'ADPIC (Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce).

FIGURE 4.5

Dépenses internationales et dépenses nationales publiques en matière de thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région, plusieurs années jusqu'à 2013



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

Bien que plusieurs pays aient misé avec succès sur la souplesse des conditions de l'ADPIC pour accroître l'accessibilité financière des antirétroviraux essentiels, leur utilisation en vue de réduire les coûts des médicaments demeure insuffisante. Bien que les examens à mi-parcours nationaux aient reconnu l'impact des droits de propriété intellectuelle sur l'accès aux médicaments, seul un très petit nombre de pays d'Asie-Pacifique et d'Amérique latine a mentionné des actions concrètes en vue de mettre à profit la souplesse des conditions de l'ADPIC. Certains pays ont exprimé leur inquiétude concernant l'incidence potentielle des accords bilatéraux et multinationaux de libre échange sur la disponibilité des médicaments abordables. Cependant, les rapports d'activité des pays signalent également que le manque de connaissance et d'expertise constitue un obstacle au développement d'environnements législatifs favorables visant à réduire au minimum les obstacles relatifs à la propriété intellectuelle qui entravent l'accès aux médicaments essentiels.

CAP SUR L'AVENIR

Les 109 pays ayant communiqué les résultats de leur examen à mi-parcours en août 2013 ont tous inclus le traitement du VIH dans les priorités de leur plan stratégique national. Sur ces 109 pays, 15 déclarent ne pas être en passe d'atteindre les objectifs de 2015 dans ce domaine. Bien que l'objectif consistant à offrir un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes soit réalisable, il est nécessaire d'accélérer le rythme de l'intensification à l'échelle mondiale pour y parvenir. Si tous les pays à revenu faible et intermédiaire adoptent les directives 2013 de l'OMS, le nombre estimé de personnes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale augmentera pour atteindre 30,7 millions en 2015.

Les examens à mi-parcours nationaux ont relevé plusieurs obstacles à l'accélération de l'intensification du traitement du VIH : difficultés à inciter les personnes à connaître leur statut sérologique ; effets dissuasifs de la stigmatisation et de la discrimination ; fréquentes ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux ; insuffisance des capacités de laboratoire en matière de suivi des CD4, de la charge virale et de la pharmacorésistance. Autre inquiétude de taille : les pays ont exprimé leur préoccupation quant à la pérennité des programmes de traitement du VIH, invoquant la nécessité de réduire davantage le prix des médicaments antirétroviraux (notamment, mais pas exclusivement, les traitements de deuxième et de troisième intention) et de promouvoir le financement durable. Un certain nombre de pays d'Amérique latine, de la région Asie-Pacifique, d'Afrique occidentale et d'Afrique centrale ont exprimé leurs inquiétudes concernant l'implication financière de la mise en œuvre des directives 2013 de l'OMS sur le traitement antirétroviral, qui accroissent considérablement le nombre de personnes éligibles au traitement du VIH.

Les examens à mi-parcours ont identifié plusieurs stratégies clés dans le but d'atteindre l'objectif de 2015. Les rapports ont souligné l'importance stratégique d'un engagement politique fort et durable afin de garantir les investissements nécessaires à la poursuite de l'intensification. Il faut s'efforcer d'impliquer la société civile dans la création de la demande, la prestation de services, l'élaboration de documents d'information relatifs au traitement, et le développement de systèmes d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stocks d'antirétroviraux. Les pays ont appelé les initiatives régionales et mondiales à supprimer les goulets d'étranglement sur le marché pharmaceutique, notamment les aspects réglementaires tels que le contrôle qualité des médicaments, la gestion des droits de propriété intellectuelle, la fixation optimale des prix des médicaments et la production locale d'antirétroviraux. De nombreux rapports d'activité ont également souligné la nécessité d'intégrer davantage la riposte contre le VIH dans le secteur de la santé et les autres secteurs.

Le cadre « Traitement 2015 » indique clairement la voie à suivre pour accélérer les progrès en matière d'intensification du traitement du VIH. En utilisant l'objectif de 2015 comme jalon clé pour l'intensification, l'initiative « Traitement 2015 » offre un cadre pour en favoriser l'accélération et parvenir à l'accès universel. Afin de générer une demande solide dans le domaine du traitement du VIH, il est impératif que les pays renvoient le processus de dépistage et adoptent plusieurs stratégies proactives (l'objectif étant d'encourager les personnes à connaître leur statut sérologique), investissent dans les initiatives d'éducation communautaire, lèvent les obstacles à l'accès au traitement, et mettent l'accent sur ses avantages préventifs et thérapeutiques. Pour garantir les investissements visant à accélérer l'intensification du traitement, il est nécessaire d'accroître les contributions nationales et internationales, de continuer à améliorer l'efficacité des programmes de traitement du VIH, de renforcer les systèmes de santé et les systèmes communautaires, d'encourager l'innovation des programmes en vue de stimuler une intensification plus rapide, et de permettre la fabrication des médicaments antirétroviraux en Afrique. Enfin, il est impératif de prendre des mesures pour garantir une prestation de services efficace grâce à la mise en œuvre de modèles performants et innovants, assurer un accès équitable au traitement, promouvoir la responsabilité par le biais d'une évaluation rigoureuse des résultats, et établir des partenariats stratégiques en matière de traitement du VIH qui tirent parti de l'expérience et de l'expertise uniques des diverses parties prenantes.

L'initiative « Traitement 2015 » incite à se concentrer davantage sur l'accélération de l'intensification du traitement¹⁷. Bien que le cadre soit applicable dans tous les pays et régions, il vise plus particulièrement les 30 pays où vivent neuf personnes sur dix ayant des besoins thérapeutiques non satisfaits, à savoir l'Afrique du Sud, l'Angola, le Brésil, la Chine, le Cameroun, la Colombie, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, la Fédération de Russie, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Myanmar, le Nigéria, l'Ouganda, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie, le Soudan du Sud, le Tchad, la Thaïlande, le Togo, l'Ukraine, le Viet Nam, la Zambie et le Zimbabwe.

Le traitement du VIH dépend de l'intensification des diagnostics. De même, la simplification, l'amélioration et la disponibilité du traitement, sans oublier les nouveaux critères standards d'éligibilité et l'intensification de l'accès au traitement, ont des incidences profondes sur le dépistage du VIH et ce qu'implique la connaissance du statut sérologique. Permettre aux personnes de connaître leur statut sérologique nécessite de simplifier les technologies de dépistage et les modalités d'accès aux services.

LEADERSHIP ET INNOVATION DANS LE CADRE DE L'INTENSIFICATION DU TRAITEMENT DU VIH

Partout dans le monde, les pays ont pris des mesures audacieuses afin d'offrir des services de traitement du VIH aux personnes qui en ont besoin. Par exemple, le Viet Nam procède actuellement à une intensification rapide du traitement. Les nouveaux patients représentent 23 % des 72 711 personnes ayant bénéficié d'une thérapie antirétrovirale en 2012. Le pays a étendu la couverture antirétrovirale aux environnements fermés (tels que les centres d'éducation et les établissements pénitentiaires) et atteint un taux d'observance supérieur à 80 %. Il a également mis en œuvre des projets dans deux districts afin de permettre le démarrage précoce de la thérapie antirétrovirale.

Plusieurs pays ont travaillé afin d'optimiser le travail du personnel de santé. Le Malawi, par exemple, a été le premier à autoriser le personnel infirmier à administrer la thérapie antirétrovirale et à intégrer les agents de santé communautaires dans les divers services de traitement du VIH, permettant notamment aux agents de santé communautaires spécialisés d'administrer le traitement.

Des mesures innovantes permettent également d'améliorer la qualité des services de traitement. Le Mozambique, par exemple, est l'un des pionniers de l'utilisation des nouveaux outils de diagnostic tels que les dispositifs sur les lieux de prise en charge, qui sont déjà utilisés pour l'évaluation des taux de CD4 et sont en cours d'étude pour le suivi de la charge virale. L'utilisation de la technologie mobile au Mozambique permet d'accroître le taux d'observance thérapeutique, de fournir une aide à l'observance et d'améliorer la gestion des informations.

L'Argentine a établi des systèmes d'alerte précoce afin d'assurer le suivi de la résistance virale et d'encourager l'observance thérapeutique. Les équipes interdisciplinaires au sein des hôpitaux et des centres de santé collaborent avec les organisations de la société civile dans le but d'améliorer l'efficacité du traitement.

Quant à l'Afrique du Sud, elle améliore actuellement la durabilité à long terme de son programme de traitement du VIH. En 2012, un appel d'offres de près de 700 millions de dollars US pour des traitements antirétroviraux à dose fixe a permis de réduire de 38 % le prix d'une association médicamenteuse à dose fixe (ténofovir, emtricitabine et éfavirenz), engendrant des économies estimées à 260 millions de dollars US sur la période 2013-2014.

Garantir l'accès universel au traitement antirétroviral dans les pays à revenu intermédiaire

Les efforts déployés pour améliorer l'accès à la thérapie antirétrovirale se sont principalement concentrés sur les pays à faible revenu. Cependant, la garantie de l'accès universel au traitement du VIH dans les pays à revenu intermédiaire reste un enjeu majeur. En juin 2013, les délégués de plus de 20 pays à revenu intermédiaire, originaires de toutes les régions, se sont joints à des représentants de la société civile et des organisations internationales au Brésil afin d'étudier des stratégies visant à améliorer l'accès au traitement du VIH dans les pays à revenu intermédiaire. La réussite de cette démarche dans les pays à revenu intermédiaire jouera un rôle fondamental en vue de l'accès universel car, selon les projections, la plupart des personnes vivant avec le VIH habiteront dans ces pays d'ici 2020.

De plus en plus considérés comme des marchés pharmaceutiques potentiellement lucratifs, les pays à revenu intermédiaire ne bénéficient généralement pas des initiatives internationales d'accès aux médicaments. Le prix des médicaments antirétroviraux y est souvent élevé. Bien que ce constat touche particulièrement les médicaments utilisés dans les traitements de deuxième et de troisième intention, certaines associations thérapeutiques de première intention à dose fixe recommandées par l'OMS sont également inabordables pour certains pays à revenu intermédiaire. Actuellement, le financement du traitement antirétroviral dans les pays à revenu intermédiaire est assuré grâce à l'association d'allocations budgétaires nationales et de dépenses non remboursées. L'augmentation de la demande en traitement, due en partie à l'élargissement des critères d'éligibilité dans le cadre des directives combinées 2013 de l'OMS sur le traitement antirétroviral, pourrait compromettre l'accès aux traitements abordables.

La réunion qui s'est tenue à Brasilia a comporté de nombreuses discussions et analyses relatives aux marchés et à la fixation des prix des médicaments antirétroviraux, à leur statut réglementaire dans divers pays, ainsi qu'aux stratégies actuellement mises en œuvre pour garantir une gestion des droits de propriété intellectuelle qui soit axée sur la santé publique. L'importance du partage d'informations et du soutien technique entre les pays à revenu intermédiaire a été soulignée, notamment par le biais de la création et l'amélioration de plateformes d'échange d'informations sur les prix et les brevets. Les participants ont formulé des recommandations sur la manière dont les pays et les organismes multilatéraux pourraient collaborer afin de supprimer les goulets d'étranglements liés aux mécanismes de fixation des prix, aux questions réglementaires, à la gestion des droits de propriété intellectuelle ainsi qu'à la mobilisation communautaire¹⁸ :

- Cartographie des mécanismes de fixation des prix.
- Plateformes d'échange d'informations sur la fixation des prix et les brevets.
- Soutien à la société civile relatif au plaidoyer sur la propriété intellectuelle.
- Transparence accrue des accords de licence.
- Renforcement de la collaboration entre l'OMS et les organismes nationaux de réglementation des médicaments concernant le contrôle de la qualité dans le cadre du programme de préqualification de l'OMS.
- Organisation de campagnes sur la qualité des médicaments génériques.

5. RÉDUIRE DE MOITIÉ LE NOMBRE DE DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

La tuberculose demeure la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. D'après les estimations, en 2012, ce groupe représentait 1,1 million (13 %) des 8,7 millions de personnes atteintes de tuberculose dans le monde. Sur les 2,8 millions de personnes souffrant de cette maladie qui ont effectué un test de dépistage du VIH en 2012, 20 % ont été déclarées séropositives, dont 42 % en Afrique subsaharienne. Plus de 75 % du nombre estimé de personnes séropositives ayant contracté la tuberculose vivent dans seulement dix pays (Afrique du Sud, Éthiopie, Inde, Kenya, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe).

Grâce aux efforts soutenus visant à répondre aux besoins des patients tuberculeux vivant avec le VIH, le monde est en passe de parvenir à réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015. On constate cependant une perte de vitesse des progrès. Les pays doivent par conséquent continuer à intensifier leurs efforts.

Il est urgent de mettre en œuvre des stratégies de prévention et de traitement éprouvées pour lutter contre la co-infection VIH/tuberculose. L'accélération des progrès requiert l'élargissement de l'accès aux thérapies antirétrovirales. Si les efforts ciblés visant la fourniture d'une thérapie antirétrovirale à toutes les personnes séropositives atteintes de tuberculose sont cruciaux, l'accès élargi au traitement du VIH peut également contribuer à réduire le nombre de personnes atteintes de tuberculose active, et ainsi parvenir à atteindre l'objectif mondial. Afin de renforcer les efforts de prévention, les « *Trois I* » de la lutte contre la co-infection VIH/tuberculose – Intensification du dépistage de la tuberculose, traitement préventif à l'Isoniazide et lutte contre l'Infection dans les contextes cliniques – doivent être efficacement mis en œuvre.

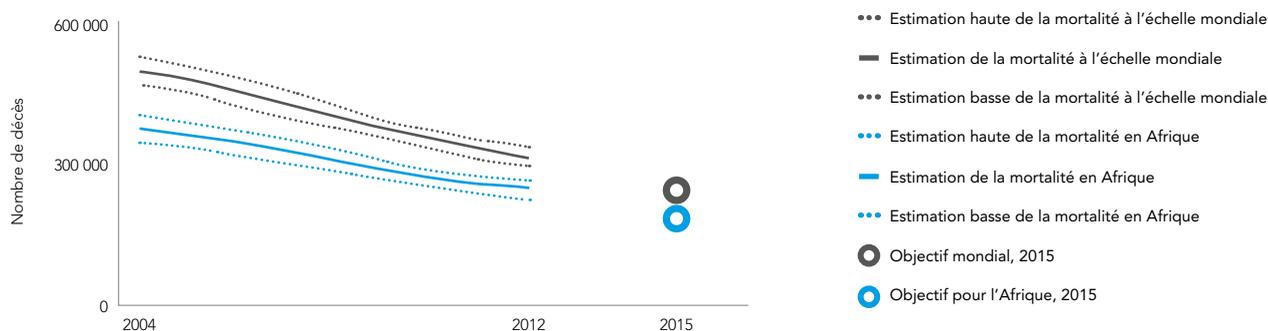
PROGRÈS ACCOMPLIS EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE

L'objectif mondial consiste à réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015 (soit moins de 250 000 décès). Le monde a progressé de manière notable vers cet objectif (voir figure 5.1) Depuis 2004, les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ont reculé de 36 % à l'échelle mondiale, à l'exception de l'Afrique, qui concentre 75 % des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, où le recul a été légèrement moins prononcé. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'intensification des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (y compris le dépistage du VIH, la thérapie antirétrovirale et les *Trois I*) a permis d'éviter le décès d'environ 1,3 million de personnes entre 2005 et 2012.

On estime que 17 des 41 pays lourdement touchés par la co-infection ont réduit de plus de moitié les décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, ce pourcentage étant de 25 à 50 % dans neuf autres pays. Toutefois, la mortalité a moins reculé voire augmenté dans certains pays.

FIGURE 5.1

Estimation des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans le monde et en Afrique, 2004–2012



Source : Global tuberculosis report 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (Les estimations détaillées par pays sont disponibles dans le rapport de l'OMS.).

TABLEAU 5.1

Estimation de l'évolution des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans 41 pays lourdement touchés par la co-infection tuberculose/VIH, 2004–2012

Réduction > 50 %

Botswana
Burkina Faso
Burundi
Cambodge
Côte d'Ivoire
Éthiopie
Ghana
Haïti
Malawi
Myanmar
Namibie
Nigéria
Ouganda
République centrafricaine
Rwanda
Thaïlande
Zimbabwe

Réduction de 25 % – 50 %

Cameroun
Chine
Djibouti
Inde
Kenya
Mali
République-Unie de Tanzanie
Tchad
Zambie

Réduction < 25 %

Afrique du Sud
Angola
Brésil
Congo
Fédération de Russie
Indonésie
Lesotho
Mozambique
Rép. dém. du Congo
Sierra Leone
Soudan
Swaziland
Togo
Ukraine
Viet Nam

ÉLARGIR L'ACCÈS À LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE AFIN DE PRÉVENIR LES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

La thérapie antirétrovirale réduit de 65 % le risque pour une personne vivant avec le VIH de contracter la tuberculose¹ ; le traitement du VIH réduit d'environ 50 % le risque de décès chez les personnes vivant avec le VIH atteintes de tuberculose. Chez les personnes présentant une co-infection VIH/tuberculose latente, la thérapie antirétrovirale renforce le système immunitaire affecté par le VIH et prévient l'apparition d'une tuberculose active. Lorsque la tuberculose latente devient active, la thérapie antirétrovirale stimule la capacité de l'organisme à lutter contre la maladie. Reconnaisant le rôle essentiel de la thérapie antirétrovirale pour prévenir les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, la Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH ainsi que les directives 2013 sur le traitement

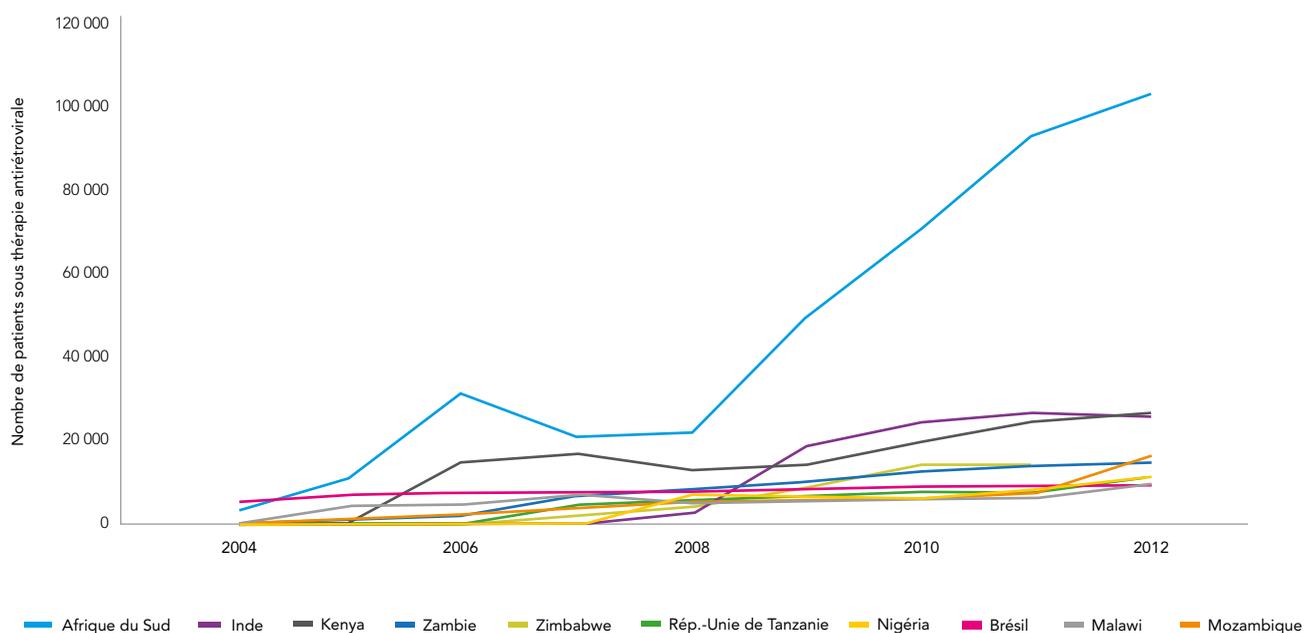
antirétroviral recommandent le démarrage immédiat du traitement du VIH pour toutes les personnes vivant avec le VIH qui contractent la tuberculose, indépendamment de leur taux de CD4.

Parmi les dix pays recensant le plus grand nombre de patients tuberculeux vivant avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale, les efforts de l'Afrique du Sud en vue d'élargir l'accès au traitement sont les plus notables : en 2012, plus de 100 000 personnes vivant avec le VIH et la tuberculose y ont reçu un traitement antirétroviral. D'après les estimations, le pourcentage de personnes atteintes d'une tuberculose associée au VIH ayant bénéficié d'une thérapie antirétrovirale en 2012 était de 59 % au Kenya, 57 % au Malawi, 41 % en Zambie et 34 % en République-Unie de Tanzanie. Parmi ces pays, ceux qui affichent la meilleure progression du taux de couverture de la thérapie antirétrovirale en 2012 sont le Mozambique (hausse de 101 %), le Malawi (48 %), la République-Unie de Tanzanie (43 %) et le Nigéria (29 %) (voir figure 5.2).

En dépit de ces progrès, la couverture reste insuffisante dans les pays les plus durement touchés par la co-infection VIH/tuberculose. D'après les estimations, parmi les dix pays déclarants qui affichaient en 2012 le plus grand nombre de personnes vivant avec la co-infection et recevant une thérapie antirétrovirale, seuls le Kenya et le Malawi atteignaient plus de 50 % des personnes séropositives ayant contracté la tuberculose. On constate un nivellement global du rythme de l'élargissement de l'accès des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose aux traitements dans les dix pays les plus lourdement touchés par la co-infection.

À l'échelle mondiale, la couverture du traitement antirétroviral pour les personnes présentant la co-infection VIH/tuberculose reste insuffisante (voir tableau 5.2). Si en 2012, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH éligibles au traitement qui suivaient une thérapie antirétrovirale était de 65 %, il n'était que de 57 % chez les personnes ayant contracté la co-infection VIH/tuberculose. En 2012, parmi les 41 pays visés en priorité par les activités conjointes

FIGURE 5.2
Nombre de patients séropositifs atteints de tuberculose recevant une thérapie antirétrovirale, d'après les données fournies par dix pays, 2004–2012



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013, ONUSIDA ; Global tuberculosis report 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

de lutte contre la tuberculose et le VIH, seuls quatre (Brésil, Kenya, Malawi et Ukraine) affichaient une couverture thérapeutique d'au moins 50 % des nouveaux cas estimés de co-infection. Notons qu'au Congo et au Soudan, ce pourcentage est extrêmement bas (5 %). Le coût des médicaments indispensables peut être élevé, notamment dans les régions à forte prévalence de la tuberculose multi-résistante, soulignant l'importance des médicaments génériques pour garantir l'accessibilité économique de la riposte au VIH et à la tuberculose.

DÉPISTAGE DU VIH : UN OBSTACLE MAJEUR

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les patients atteints de tuberculose est indispensable à l'efficacité du traitement du VIH. Le nombre de personnes séropositives atteintes de tuberculose augmente chaque année, mais la disponibilité des conseils et du dépistage systématique du VIH reste insuffisante dans les établissements spécialisés dans le traitement de la tuberculose et entrave d'autant plus l'amélioration de l'accès des personnes séropositives atteintes de tuberculose au traitement antirétroviral indispensable.

Entre 2011 et 2012, la proportion de personnes atteintes de tuberculose ayant bénéficié du dépistage du VIH a augmenté de 14 %, soit 2,8 millions de cas. Les progrès les plus notables ont été enregistrés en Afrique subsaharienne, où en 2012, 75 % des personnes atteintes de tuberculose dont le cas a été signalé ont fait un test de dépistage du VIH (voir tableau 5.3).

Cependant, la couverture globale du dépistage du VIH demeure insuffisante : en 2012, seuls 46 % des cas de tuberculose signalés ont fait l'objet d'un test de dépistage. En Asie de l'Est et en Asie du Sud et du Sud-Est, où vivent environ 16,6 % des personnes séropositives atteintes de tuberculose à l'échelle mondiale, la couverture du dépistage du VIH chez les personnes vivant avec le virus est particulièrement faible (respectivement 31 % et 36 % en 2012).

TABLEAU 5.2

Pourcentage de patients séropositifs ayant contracté la tuberculose qui suivent une thérapie antirétrovirale

> 50 %		50–25 %		< 25 %	
Ukraine	92	Botswana	49	Viet Nam	24
Kenya	59	Rwanda	48	Sierra Leone	24
Malawi	57	Chine	47	Nigéria	24
Brésil	57	Cambodge	47	Burundi	24
		Namibie	46	Myanmar	22
		Lesotho	42	Cameroun	22
		Zambie	41	Angola	21
		Togo	40	Inde	20
		Ghana	37	Mozambique	19
		Mali	35	Djibouti	15
		Éthiopie	35	Tchad	15
		Rép.-Unie de Tanzanie	34	Rép. dém. du Congo	14
		Burkina Faso	31	Congo	4
		Afrique du Sud	31	Soudan	1
		Côte d'Ivoire	30		
		Thaïlande	30		
		Haïti	29		
		Swaziland	29		
		Ouganda	28		

Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013, ONUSIDA ; Global tuberculosis report 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

Remarque : compte tenu de la disparité des données du programme indonésien de lutte contre le VIH et la tuberculose, la couverture en Indonésie n'est pas disponible.

TABLEAU 5.3

Dépistage du VIH, traitement des patients séropositifs atteints de tuberculose et prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, régions couvertes par l'ONUSIDA, 2012*

	ESTIMATION DES NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE SURVENUS CHEZ LES PERSONNES SÉROPOSITIVES	ESTIMATION		NOMBRE DE PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE DONT LE STATUT SÉROLOGIQUE EST CONNU	POURCENTAGE DE PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE DONT LE CAS A ÉTÉ SIGNALÉ AYANT FAIT L'OBJET D'UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH	POURCENTAGE DE PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE AYANT FAIT L'OBJET D'UN TEST DE DÉPISTAGE ET DÉCLARÉES SÉROPOSITIVES	POURCENTAGE DE PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE ET DÉCLARÉES SÉROPOSITIVES AYANT ENTAMÉ/ POURSUIVI UNE THÉRAPIE ANTI-RÉTROVIRALE	NOMBRE DE PERSONNES SÉROPOSITIVES AYANT FAIT L'OBJET D'UN TEST DE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE
	ESTIMATION OPTIMALE	BASSE	HAUTE					
Caribes	5	4,2	5,8	17,4	77	20	47	3,97
Asie de l'Est	7,8	6,9	8,7	317	31	1,9	59	295
Europe orientale et Asie centrale	16	14	18	175	65	6,7	74	23,3
Amérique latine	25	22	28	103	52	16	83	0,52
Moyen-Orient et Amérique du Nord	7	6,2	7,8	36,2	26	4	56	12,8
Amérique du Nord	1,2	1,1	1,3	8,93	79	7,6	...	...
Océanie	1,1	0,73	1,5	5,38	21	7,1	89	2,86
Asie du Sud et du Sud-Est	190	170	200	1 050	36	6,1	60	1 360
Afrique subsaharienne	830	760	900	1 050	75	43	55	2 390
Europe occidentale et centrale	2,7	2,6	2,9	28,8	43	4,1	78	0,22
Monde	1 100	1 000	1 200	2 790	46	20	57	4 090

* Les nombres sont exprimés en milliers à l'exception des pourcentages.

PRÉVENTION EFFICACE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

En raison notamment de la mise en œuvre incomplète de la stratégie des *Trois I*, la tuberculose demeure la cause principale de décès chez les personnes vivant avec le VIH. En 2012, 42 pays ont déclaré avoir fourni un traitement préventif à l'isoniazide à près de 520 000 personnes vivant avec le VIH. Cette tendance à l'élargissement de l'accès au traitement préventif est encourageante, mais il n'en reste pas moins que seule une fraction des personnes séropositives éligibles semble en bénéficier actuellement. Les 30 pays fournissant des données sur les dénominateurs et les numérateurs relatifs au traitement préventif signalent que 30 % des nouveaux cas pris en charge ont bénéficié d'un traitement préventif à l'isoniazide.

Les établissements fournissant des services liés au VIH intègrent de plus en plus le dépistage de la tuberculose. Entre 2010 et 2012, le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale ayant fait un test de dépistage de la tuberculose est passé de 2,4 à 4,1 millions, soit une hausse de plus de 70 %.

MESURER LES INDICATEURS CLÉS DU VIH ET DE LA TUBERCULOSE

Les données disponibles, résumées dans les Rapports d'activité présentés par les pays, fournissent un aperçu général de l'interaction actuelle entre le VIH et la tuberculose et renseignent sur les tendances concernant les personnes séropositives atteintes de tuberculose. En raison des doutes pesant sur les données d'entrée et la fiabilité des extrapolations visant à compenser le manque de données, les informations disponibles sur l'incidence, la prévalence et la mortalité de la tuberculose, la tuberculose associée au VIH et la tuberculose multi-résistante sont susceptibles de renfermer des inexactitudes. Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui décèdent des suites d'une tuberculose demeure flou et les résultats des autopsies suggèrent une proportion plus élevée que celle avancée dans les rapports. En raison des difficultés inhérentes au diagnostic, les informations sur les cas de tuberculose chez les enfants vivant avec le VIH restent rares. *Le suivi de la mise en œuvre de la stratégie des Trois I* est inadéquat ; on manque en outre d'informations sur la prévalence de la séropositivité parmi les 500 000 cas de tuberculose multi-résistante signalés. Les données fournies par les régions sur des indicateurs clés comme le dépistage du VIH ou de la tuberculose, la thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose et les services de prévention sont de qualité variable et reflètent la faiblesse des informations communiquées, le manque de rapports, les erreurs de classement ou le double emploi des données².

Des efforts doivent être déployés pour améliorer l'exhaustivité et la précision des données stratégiques sur le VIH et la tuberculose. Parmi les problèmes pratiques auxquels se heurtent le suivi et l'évaluation, citons le fait que les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose interprètent de manière différente les indicateurs de traitement, d'où des écarts considérables entre les données. Le renforcement de l'intégration et de la cohérence des systèmes de recueil des données sur le VIH et la tuberculose peut contribuer à améliorer la qualité des informations tout en renforçant simultanément les liens entre les services liés au VIH et à la tuberculose pour les personnes vivant avec ces deux maladies.

CAP SUR L'AVENIR

Presque tous les pays (103 sur 109) ayant présenté les résultats des examens à mi-parcours considèrent que la réduction des décès dus à la tuberculose est une priorité nationale. Cent un pays déclarent avoir intégré cet objectif dans leur plan stratégique national.

Bien que le monde semble en passe de pouvoir réduire les décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015, les progrès ne sont pas uniformes et 26 pays progressent trop lentement. L'objectif de 2015 ne représente en fait qu'une étape provisoire vers l'objectif ultime, à savoir le contrôle et, à terme, l'élimination de la tuberculose. Le niveau élevé persistant de morbidité et mortalité associées à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH peut et doit être réduit. La tuberculose est totalement évitable, y compris pour les personnes vivant avec le VIH. Aucun décès dû à une maladie évitable et guérissable ne devrait survenir.

Parmi les outils disponibles, la thérapie antirétrovirale est la plus efficace contre la co-infection VIH/tuberculose et permet de réduire le risque de décès de 54 à 95 %³. Il est crucial d'améliorer l'accès des personnes séropositives au diagnostic précoce du VIH et à la thérapie antirétrovirale afin de réduire le nombre de décès dus à la tuberculose au sein de cette population. À cet égard, il est préoccupant de constater qu'aucun rapport national sur les examens à mi-parcours ne considère la thérapie antirétrovirale comme une stratégie capable de réduire la mortalité liée à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Tous les outils disponibles doivent être mobilisés. Parmi eux, citons les mesures de prévention efficaces, y compris le renforcement du dépistage et du diagnostic, le traitement préventif à l'isoniazide (parfois à vie) et un contrôle adéquat de l'infection. Les personnes en contact avec des patients adultes atteints de tuberculose doivent suivre un traitement préventif à l'isoniazide. Il est également urgent de mettre en place des programmes de santé sur le lieu de travail pour que les professionnels de la santé exposés à la tuberculose bénéficient de mesures de prévention.

La mise en œuvre complète et rapide des directives 2013 sur le traitement antirétroviral de l'OMS et des recommandations précédentes sur les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH est essentielle. À cet égard, une action immédiate s'impose afin de renforcer les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, et de mettre en œuvre les politiques et les protocoles régularisant la fourniture d'une thérapie antirétrovirale à toutes les personnes séropositives atteintes de tuberculose, indépendamment de leur taux de CD4.

Des efforts ciblés s'imposent pour éliminer les obstacles identifiés par les examens nationaux à mi-parcours et qui entravent la lutte contre la co-infection VIH/tuberculose. Ces obstacles sont entre autres le nombre limité des interventions de prévention et de traitement, le manque de directives claires sur le démarrage immédiat de la thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH atteintes de tuberculose, l'absence de dépistage du VIH dans de nombreux établissements spécialisés dans le traitement de la tuberculose, et l'absence de contrôle adéquat de l'infection.

Il est urgent d'innover afin d'améliorer l'étendue, la rapidité et l'efficacité des programmes de dépistage et de traitement de la tuberculose destinés aux personnes vivant avec le VIH. Il faut encourager les planificateurs et les responsables de la mise en œuvre des programmes à adopter des stratégies de dépistage et de prestation innovantes ; les communautés doivent contribuer en tant que partenaires aux efforts visant à réduire les décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. En Afrique du Sud et en Zambie, l'étude ZAMSTAR a révélé en 2010 qu'une approche intégrée du VIH et de la tuberculose dans les foyers a fait reculer la tuberculose et la transmission au sein des communautés⁴. Il faut également concevoir et mettre en œuvre rapidement de nouvelles technologies. Le test rapide de diagnostic moléculaire automatisé GeneXpert MTB/RIF, qui permet de détecter la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante, est en cours de déploiement dans de nombreux pays. Il est le fruit de nouvelles réflexions et illustre le potentiel de transformation des nouveaux outils de santé.

Leadership et innovation en matière de VIH et de tuberculose : le cas de l'Afrique du Sud

En Afrique du Sud, les épidémies de VIH et de tuberculose sont indissociables : d'après les estimations, sur les 520 000 personnes ayant récemment contracté la tuberculose, 330 000 vivent avec le VIH. Avec 87 000 (76 000-100 000) décès en 2011, la tuberculose reste d'ailleurs la cause principale de décès chez ce groupe. Cette maladie pose d'autant plus de problèmes en Afrique du Sud que la tuberculose multi-résistante (TB-MR) et la tuberculose ultra-résistante (TB-UR) y sont très répandues ; en 2011, on a relevé 8 100 cas de tuberculose multi-résistante parmi les cas de tuberculose pulmonaire signalés, et seuls 5 643 patients (70 %) étaient sous traitement. Parmi les personnes atteintes de tuberculose multi-résistante ayant entamé un traitement en 2009, 42 % ont survécu et 18 % sont décédées. Pour la tuberculose ultra-résistante, le taux d'échec est plus important.

Afin de surmonter ce problème sanitaire, l'Afrique du Sud a adopté une série de mesures de santé publique visant à prévenir la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH en privilégiant notamment une approche intégrée du VIH et de la tuberculose ; les stratégies de lutte contre ces deux maladies sont intégrées et les programmes sont étroitement associés en termes de gestion.

La riposte de l'Afrique du Sud à cette co-infection a été renforcée par l'expansion massive des services de dépistage et de traitement du VIH. Suite au lancement d'une grande campagne nationale de dépistage, le nombre de personnes sous traitement antirétroviral s'élevait à plus de 2,15 millions en 2012, soit une couverture de 83 % suivant les directives 2010 sur le traitement du VIH, et une augmentation de 27 % depuis 2011. La thérapie antirétrovirale est proposée aux personnes ayant contracté le VIH et la tuberculose ; en 2012, 101 937 patients en ont bénéficié (soit 31 % du nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose survenus chez les personnes séropositives).

L'Afrique du Sud assure également le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Pour surmonter les problèmes que soulève cette initiative, le pays a conçu et lancé un plan national prévoyant la mise en œuvre échelonnée de l'essai du test Xpert MTB/RIF afin de remplacer le diagnostic initial par examen microscopique. S'appuyant sur les centres de microscopie existants, l'Afrique du Sud a distribué plus de 290 machines GeneXpert à plus de 140 établissements, qui ont réalisé près de 1,2 million de tests dans neuf provinces jusqu'en mars 2013. Il est prévu d'équiper d'autres centres. Comparé à l'examen microscopique des frottis, GeneXpert a permis de doubler le nombre des cas de tuberculose confirmés en laboratoire et a détecté 7 % de résistance à la rifampicine, ce qui a permis aux cliniciens d'adapter les traitements aux besoins de chaque patient⁵.

L'amélioration du dépistage a également permis d'élargir l'accès au traitement préventif à l'isoniazide. En 2012, près de 370 000 personnes vivant avec le VIH en ont bénéficié et l'Afrique du Sud est désormais le principal fournisseur mondial de traitement prophylactique.

6. RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Les ressources financières consacrées à la riposte au sida ont atteint un niveau sans précédent en 2012, grâce à l'augmentation des contributions nationales et celles des donateurs internationaux. Suite à la hausse des financements enregistrés en 2011 et 2012, le monde est désormais en mesure de parvenir à consacrer 22-24 milliards de dollars US annuels à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici 2015. Des fonds supplémentaires importants seront cependant nécessaires pour atteindre cet objectif.

Si la mobilisation des ressources contre le sida a enregistré des progrès notables, la recrudescence des nouvelles infections dans de nombreux pays et régions, ainsi que la stagnation prévue de l'aide internationale à la riposte au VIH au cours des prochaines années, tendent à indiquer qu'il faudra s'appuyer sur des mécanismes de financement innovants et de nouvelles ressources nationales pour intensifier l'élargissement des services vitaux. Pour leur part, les donateurs internationaux doivent renouveler leur engagement dans la lutte contre le VIH conformément aux principes de la responsabilité partagée et de la solidarité mondiale.

LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH S'ACCROÎT, MAIS DEMEURE INSUFFISANT

En 2012, d'après les estimations, 18,9 (16,6-21,2) milliards de dollars US ont été mobilisés pour les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire (voir figure 6.1), soit une hausse de 10 % par rapport à 2011 – 17,1 (15,7-18,5) milliards de dollars US – d'après des estimations mises à jour. Cela signifie qu'une augmentation sensible des investissements est nécessaire pour atteindre l'objectif de 2015.

Pour la deuxième année consécutive, les sources nationales contribuent majoritairement au financement de la lutte contre le VIH, soit d'après les estimations 9,9 (7,7-12,2) milliards de dollars US, qui représentent 53 % des ressources mondiales disponibles en 2012*. Les dépenses internationales dans ce domaine ont elles aussi légèrement augmenté en 2012, égalant le pic de financement atteint en 2009 au début de la récession économique et financière mondiale.

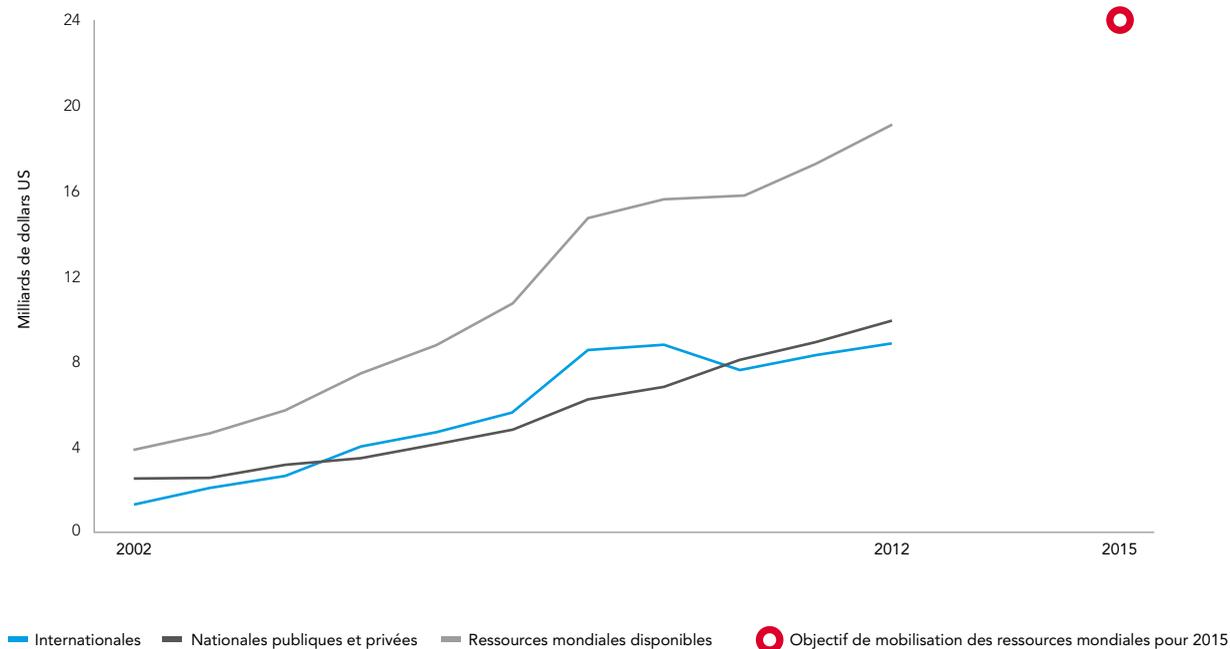
Toutes sources confondues, en 2012, l'Afrique orientale et l'Afrique australe ont concentré 47 % des dépenses totales consacrées à la riposte au VIH et l'Amérique latine 17 %. Les autres régions ont mobilisé moins de 10 % de ces dépenses.

Si l'objectif de 2015 est à notre portée, les directives 2013 sur le traitement antirétroviral de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) prévoient cependant une légère hausse du volume total de ressources nécessaires liées à la riposte au VIH. D'après les estimations, il faudra augmenter de 5-10 % les fonds totaux alloués à la lutte contre le VIH afin d'assurer la mise en œuvre complète des nouvelles directives, qui prévoient une hausse du nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale et recommandent l'utilisation de traitements de première intention standards.

* En matière de dépenses consacrées à la riposte au VIH, les données relatives à toute année couverte sont disponibles pour 136 des 141 pays à revenu faible et intermédiaire, 43 pays ayant transmis des données pour 2012. Les tendances en matière de financement national public de la lutte contre le VIH sont issues d'études de modélisation basées sur les données soumises par les Rapports mondiaux d'avancement sur la lutte contre le sida. Les dépenses nationales privées font l'objet d'estimations séparées.

FIGURE 6.1

Ressources disponibles pour la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 2002–2012 et objectif pour 2015*



Source : estimations de l'ONUSIDA.

* La Déclaration politique sur le VIH et le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies (2011) vise 22–24 milliards de dollars US pour 2015.

LEADERSHIP DES PAYS EN MATIÈRE DE MOBILISATION DES RESSOURCES

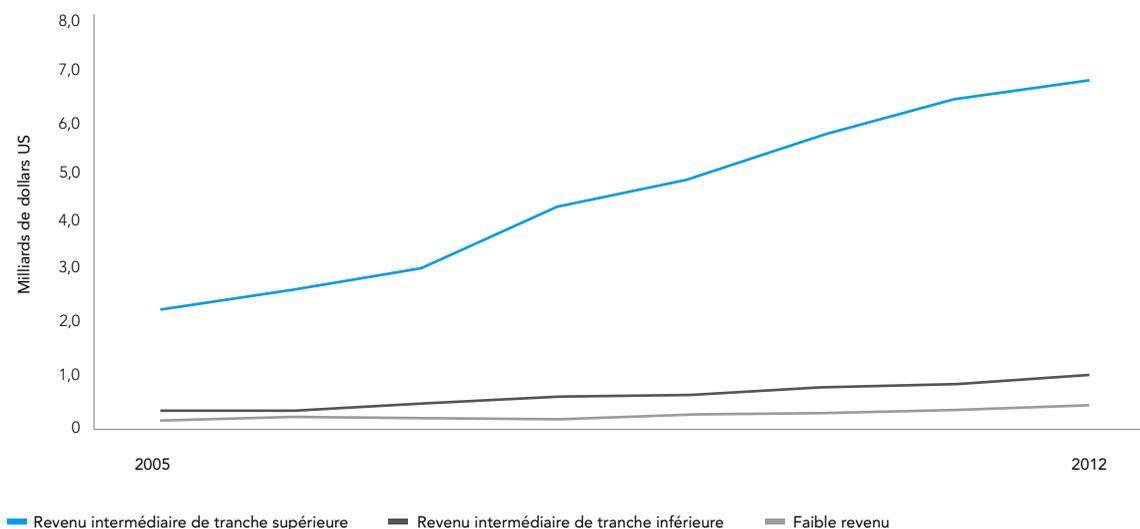
Les pays à revenu faible et intermédiaire déploient et dirigent les efforts de mobilisation des ressources pour la riposte au VIH. Parmi les pays ayant réalisé des examens à mi-parcours, 90 % déclarent que la mobilisation des ressources constitue une priorité nationale. Cette question est d'ailleurs présente dans plus de 90 % des plans stratégiques nationaux. De nombreux pays d'Afrique subsaharienne, dont l'Afrique du Sud, le Kenya, le Togo et la Zambie, ont sensiblement augmenté leurs dépenses nationales contre le VIH¹.

Si l'on tient compte du montant total des fonds levés, la tendance à la hausse du financement national de la lutte contre le VIH est particulièrement visible chez les pays à revenu intermédiaire de tranche supérieure, qui financent généralement une part plus importante des services de santé grâce aux ressources nationales (voir figure 6.2). Cependant, proportionnellement, la hausse estimée pour 2012 a été plus prononcée dans les pays à faible revenu (29 %), suivis des pays à revenu intermédiaire de tranche inférieure (26 %) et de ceux de tranche supérieure (6 %).

Parmi les 43 pays à revenu faible et intermédiaire ayant fourni des données sur les dépenses consacrées à la lutte contre le sida en 2012, plus des deux tiers ont signalé une hausse des dépenses nationales. Celles-ci ont plus que doublé en : Guinée, au Kirghizistan, en Sierra Leone et au Tchad.

FIGURE 6.2

Financement national public de la riposte au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par catégorie de revenu, 2005–2012



Source : estimations de l'ONUSIDA.

REDRESSEMENT DE L'AIDE INTERNATIONALE À LA LUTTE CONTRE LE VIH

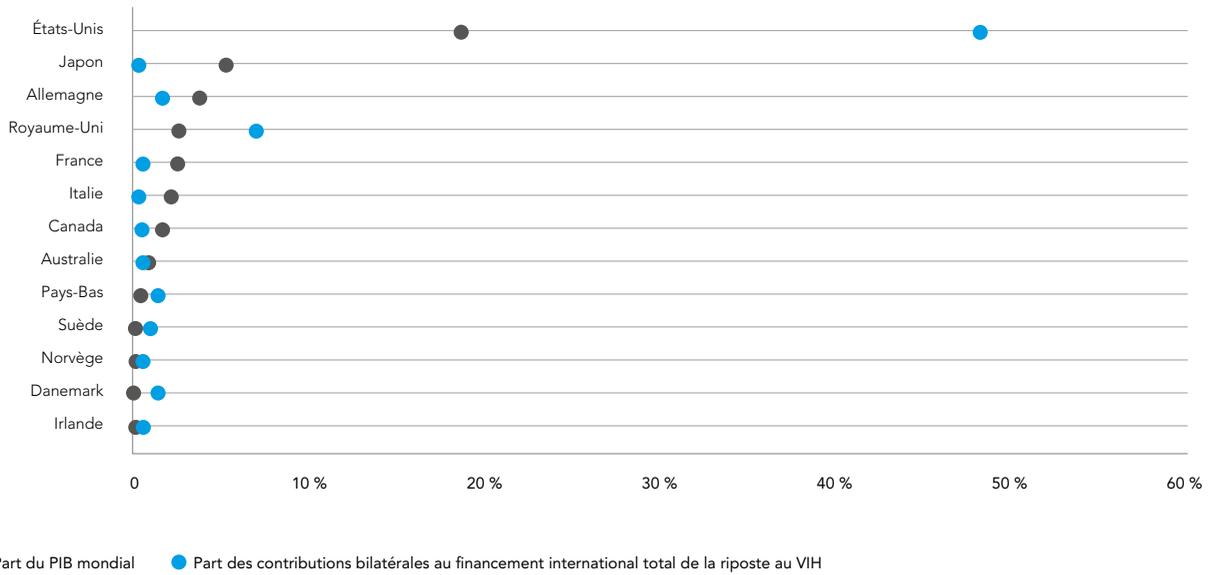
Les investissements internationaux dans les programmes de lutte contre le VIH se sont élevés à environ 8,9 milliards de dollars US en 2012, soit une hausse de 8 % par rapport à 2011 (voir figure 6.3). L'aide bilatérale (à savoir les fonds alloués directement par un pays donateur à un pays bénéficiaire) a représenté environ 67 % des contributions internationales, le reste étant couvert par l'aide multilatérale (28 %) et des organismes philanthropiques (5 %).

En 2012, les décaissements bilatéraux et multilatéraux pour la lutte contre le VIH issus des gouvernements donateurs et des organismes philanthropiques privés ont stagné en termes réels en dépit d'une augmentation nominale. Celle-ci est principalement due à l'accélération des décaissements bilatéraux du gouvernement des États-Unis. La plupart des dernières études de suivi des ressources signalent que la majorité des gouvernements donateurs européens ont réduit leur contribution à la riposte au VIH en 2012. Sans un engagement renouvelé de la part des donateurs internationaux, tout porte à croire que le financement international des activités de lutte contre le VIH n'augmentera pas au cours des prochaines années.

Comme l'illustre la figure 6.4, en 2012, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), un programme d'aide bilatérale, a assuré environ 73 % de la totalité de l'aide bilatérale consacrée à la lutte contre le VIH, près de la moitié (48,7 %) des contributions internationales et 23 % du financement disponible, toutes sources confondues (y compris les sources internationales, nationales, publiques et privées). Le Royaume-Uni a apporté environ 10,7 % du financement bilatéral disponible en 2012, suivi par les Pays-Bas (2,8 %), le Danemark (2,6 %) et l'Allemagne (2,4 %). La part de financement international de la lutte contre le VIH engagée par plusieurs pays, dont le Danemark, les États-Unis, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, est supérieure à leur participation au produit intérieur brut mondial.

FIGURE 6.3

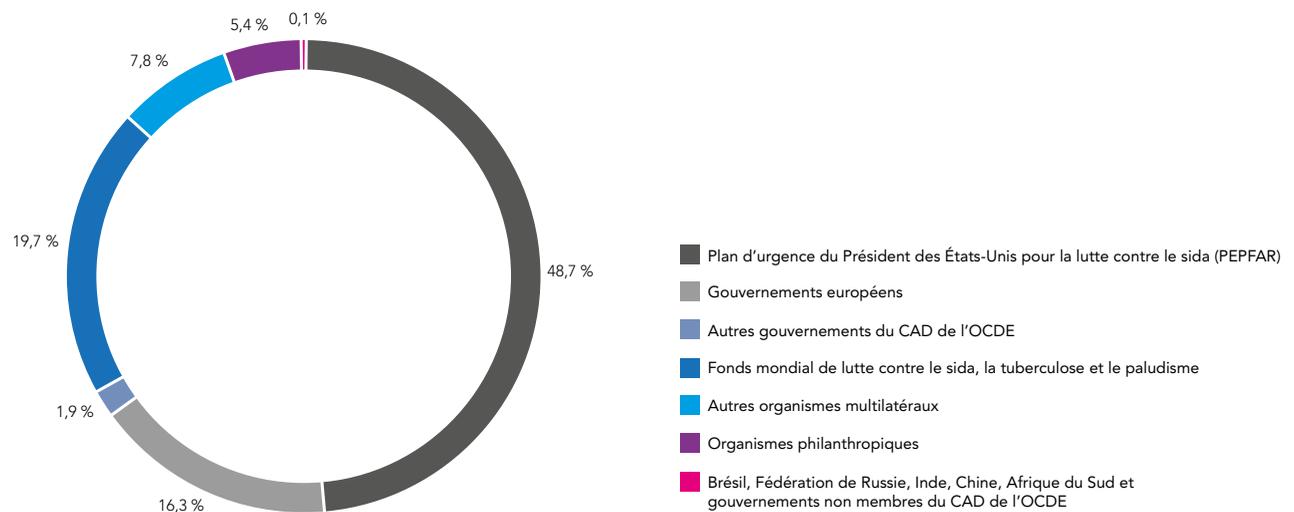
Comparaison de la part du financement international de la riposte au VIH et la part du PIB national, sélection de pays, 2012



Source : FMI pour la part du PIB mondial ; estimations de l'ONUSIDA sur la part des investissements internationaux.

FIGURE 6.4

Financement de l'aide internationale à la riposte au VIH, 2012



Source : estimations de l'ONUSIDA.

Une part importante (28 %) de l'ensemble de l'aide internationale est fournie par le biais d'institutions multilatérales, comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'organisation mondiale du domaine de la santé UNITAID et les organismes des Nations Unies. Les fonds multilatéraux ont représenté 13 % du financement total disponible pour les activités de lutte contre le VIH, toutes sources confondues (y compris les sources internationales, nationales, publiques et privées). En 2012, les organismes philanthropiques privés des États-Unis et de l'Union européenne ont fourni plus de 5 % de l'aide internationale.

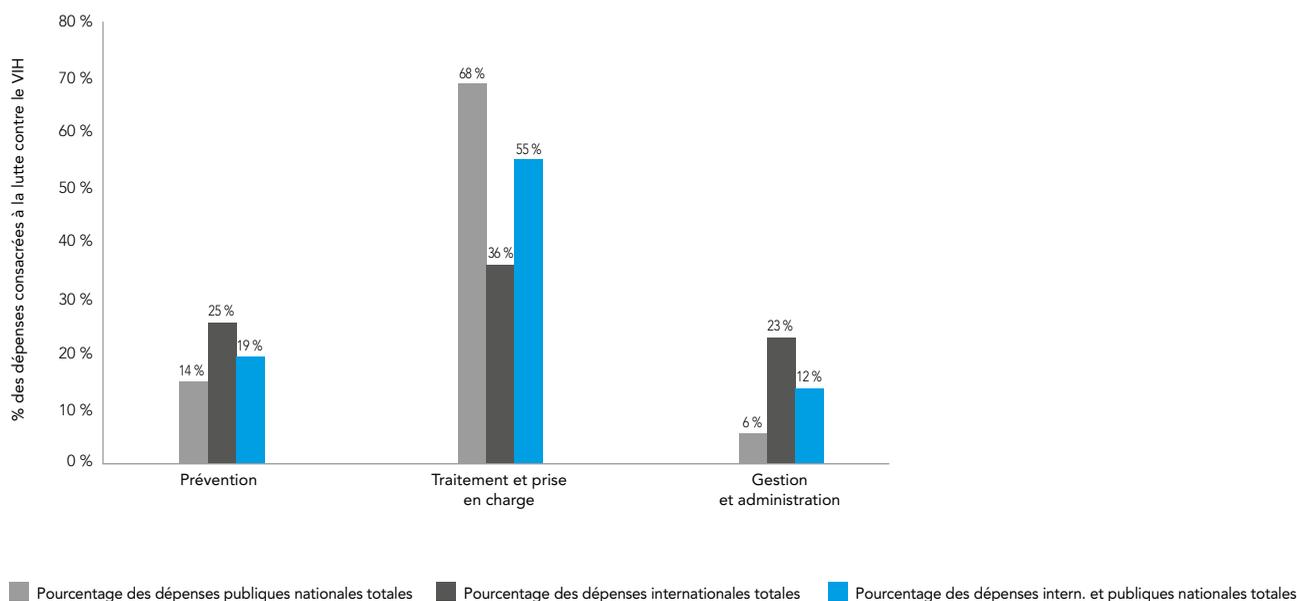
DÉPENSES DE LUTTE CONTRE LE VIH : QUI PAIE QUOI ?

Plus de la moitié (55 %) des dépenses consacrées à la lutte contre le VIH en 2012 ont été destinées aux services de prise en charge et de traitement, et 19 % aux programmes de prévention, un pourcentage qui n'a pratiquement pas varié au cours des dernières années (voir figure 6.5). Une part importante des dépenses (12 %) a soutenu la gestion et l'administration des programmes.

Les ressources nationales couvrent la majorité des dépenses liées au traitement et à la prise en charge, tandis que les fonds internationaux subventionnent la plupart des efforts de prévention. Près d'un quart (23 %) des dépenses internationales en matière de VIH soutiennent la gestion et l'administration des programmes. Il convient cependant de noter qu'elles couvrent également les investissements dans les systèmes de santé, par exemple en renforçant les systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments.

FIGURE 6.5

Distribution des dépenses consacrées à la riposte au VIH par catégorie de programme et source de financement, pays à revenu faible et intermédiaire, données les plus récentes disponibles en 2013



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

DÉPENDANCE PERSISTANTE À L'ÉGARD DU FINANCEMENT INTERNATIONAL

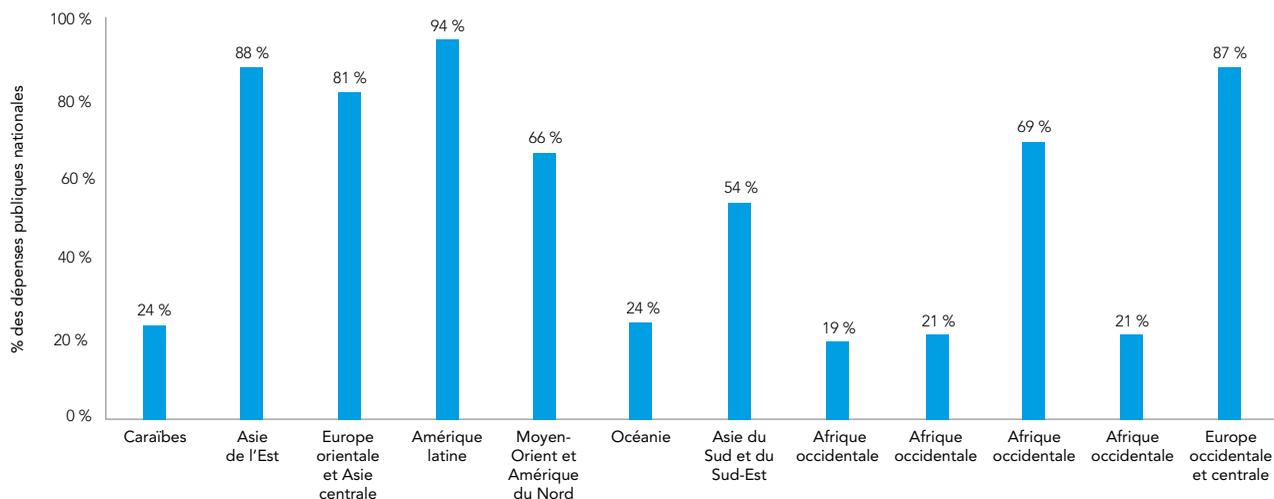
Les données officielles les plus récentes transmises à l'ONUSIDA indiquent que les pays à faible revenu ont perçu 56 % des dépenses internationales consacrées à la lutte contre le VIH, suivis par les pays à revenu intermédiaire de tranche inférieure (26 %) et les pays à revenu intermédiaire de tranche supérieure (18 %). Comme l'illustrent ces pourcentages, la riposte au VIH des pays à faible revenu demeure la plus tributaire du financement international ; seuls 16 % du financement proviennent de ressources nationales. La dépendance à l'égard des donateurs mine également la pérennité de la riposte des pays à revenu intermédiaire de tranche inférieure, où les ressources nationales ne représentent que 27 % du financement. À l'inverse, les pays à revenu intermédiaire de tranche supérieure couvrent eux-mêmes 88 % des coûts liés aux activités de lutte contre le VIH.

Les différents modes de financement basés sur le revenu national sont reflétés dans les écarts régionaux propres à la diversité des financements. En Amérique latine, Asie de l'Est, Europe orientale et Asie centrale, les sources nationales couvrent plus de 80 % des dépenses consacrées à la lutte contre le VIH (voir figure 6.6), et en Afrique australe, 69 % ; les fondements d'une riposte pérenne ont été établis dans de nombreux pays, en particulier ceux à revenu intermédiaire de tranche supérieure touchés de plein fouet par l'épidémie.

En 2012, cinquante et un pays à revenu faible et intermédiaire ont fait appel à l'aide internationale pour couvrir 75 % ou plus du financement de la lutte contre le VIH. Vingt-neuf pays l'ont financée grâce aux ressources nationales à hauteur d'au moins 75 % (voir tableau 6.1).

FIGURE 6.6

Dépenses publiques nationales en pourcentage des dépenses internationales et publiques nationales totales dans les pays à revenu faible et intermédiaire, données les plus récentes disponibles en 2013



Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

TABLEAU 6.1

Dépendance de la riposte nationale au VIH à l'égard du financement international

Pourcentage du financement provenant de sources internationales par rapport au financement public national et international total dans les pays à revenu faible et intermédiaire, données les plus récentes disponibles en 2013

0-24 %

Afrique du Sud 2009
Algérie 2012
Argentine 2010
Botswana 2011
Brésil 2010
Chili 2012
Chine 2012
Colombie 2011
Costa Rica 2010
Cuba 2011
Dominique 2011
Équateur 2010
Fédération de Russie 2008
Gabon 2012
Iran (République islamique d') 2009
Kazakhstan 2012
Lettonie 2011
Lituanie 2012
Malaisie 2012
Mexique 2009
Panama 2010
République arabe syrienne 2011
République populaire démocratique de Corée 2011
Roumanie 2012
Seychelles 2012
Thaïlande 2011
Turquie 2012
Uruguay 2007
Vénézuéla (République bolivarienne du) 2011

25-49 %

Angola 2011
Azerbaïdjan 2011
Bulgarie 2011
Cap-Vert 2012
Égypte 2008
El Salvador 2012
Ex-République yougoslave de Macédoine 2010
Grenade 2011
Guatemala 2012
Honduras 2010
Îles Marshall 2012
Liban 2011
Maroc 2012
Maurice 2010
Namibie 2010
Ouzbékistan 2012
Pérou 2010
Philippines 2011
Samoa 2011
Serbie 2012
Sri Lanka 2010
Ukraine 2010

50-74 %

Albanie 2005
Antigua-et-Barbuda 2012
Biélorus 2011
Belize 2010
Bénin 2012
Cameroun 2010
Congo 2010
Géorgie 2012
Indonésie 2010
Jamaïque 2010
Kirghizistan 2012
Madagascar 2012
Mongolie 2011
Nicaragua 2010
Niger 2012
Nigéria 2010
Pakistan 2010
Palaos 2011
Paraguay 2011
République de Moldova 2012
République dominicaine 2008
République-Unie de Tanzanie 2005
Saint-Vincent-et-les Grenadines 2012
Suriname 2011
Swaziland 2009
Tchad 2012
Togo 2012
Yémen 2011

75-100 %

Afghanistan 2012
Arménie 2012
Bangladesh 2012
Bolivie (État plurinational de) 2011
Bosnie-Herzégovine 2009
Burkina Faso 2010
Burundi 2012
Cambodge 2012
Comores 2012
Côte d'Ivoire 2009
Djibouti 2012
Érythrée 2009
Éthiopie 2008
Fidji 2012
Gambie 2008
Ghana 2011
Guinée 2012
Guinée-Bissau 2010
Haïti 2011
Îles Salomon 2011
Jordanie 2012
Kenya 2011
Kiribati 2012
Libéria 2011
Malawi 2011
Mali 2010
Mauritanie 2012
Micronésie (États fédérés de) 2012
Monténégro 2009
Mozambique 2008
Myanmar 2011
Népal 2009
Ouganda 2008
Papouasie-Nouvelle-Guinée 2010
République centrafricaine 2011
République démocratique du Congo 2010
République démocratique populaire lao 2011
Rwanda 2009
Sainte-Lucie 2007
Sao Tomé-et-Principe 2012
Sénégal 2011
Sierra Leone 2009
Somalie 2009
Tadjikistan 2011
Timor-Leste 2009
Tunisie 2011
Tuvalu 2011
Vanuatu 2012
Viet Nam 2010
Zambie 2006
Zimbabwe 2012

Rapport non remis ou aucune donnée ventilée récente

Inde 2011
Lesotho 2010
Tonga 2011
Bhoutan
Guyana
Iraq
Libye
Maldives
Slovaquie
Turkménistan

Source : rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

CAP SUR L'AVENIR

99 des 109 pays ayant présenté les résultats de leur examen à mi-parcours ont inclus l'élimination du déficit des ressources consacrées à la riposte au sida au rang des priorités nationales et 91 pays l'ont intégrée aux plans stratégiques nationaux. Quarante pour cent des pays (39 sur 99) qui ont officiellement établi cette priorité déclarent qu'ils ne sont pas en passe d'atteindre leurs objectifs en matière de mobilisation des ressources d'ici 2015.

Pour y arriver, il faudrait lever au moins 2,9-5,4 milliards de dollars US supplémentaires par an. Dans leur examen à mi-parcours, les pays ont identifié plusieurs stratégies pour combler ce déficit, les approches prioritaires variant peu en fonction du contexte régional, socio-économique ou du type d'épidémie.

En premier lieu, les pays sont conscients qu'ils doivent compter sur un engagement et un leadership pérennes et de haut niveau susceptibles de garantir des investissements nationaux suffisants adaptés à la capacité de paiement du pays, à la charge de morbidité et au taux de croissance économique. Les examens à mi-parcours soulignent qu'il est important de mettre en place des plans de mobilisation des ressources identifiant clairement les sources de financement nationales et internationales potentielles. Parmi les stratégies clés pour combler le déficit de ressources, les pays insistent sur le besoin de nouer et de renforcer des partenariats public-privé pour mobiliser les ressources du secteur privé, ainsi que des mécanismes innovants afin d'assurer un financement pérenne (mise en commun des fonds, intégration des services liés au VIH au sein des systèmes nationaux de protection sociale et d'assurance maladie, recours à différents impôts et taxes pour lever de nouveaux fonds).

Les examens à mi-parcours demandent expressément à la communauté internationale de ne pas abandonner sa contribution à la riposte au VIH, pour ne pas compromettre ces avancées remarquables par des incertitudes de financement. Même si les fonds nationaux augmentent, certains pays, notamment ceux qui manquent de ressources et sont lourdement frappés par le VIH, ne pourront pas combler leur déficit de ressources sans l'aide extérieure. Ainsi, le Malawi estime que ses ressources nationales ne suffisent qu'à couvrir 30 % de son déficit. De même, le Viet Nam, qui s'est engagé à accroître de 20 % le financement national annuel de la riposte au VIH sur la période 2012-2020, estime cependant qu'il aura besoin d'une aide extérieure à hauteur de 100 millions de dollars US par an pour assurer une riposte efficace.

L'ONUSIDA exhorte les pays à aborder le financement du VIH comme un investissement, en consacrant des ressources limitées aux interventions, environnements et populations où ces ressources auront un impact maximal. Conscients des problèmes pesant sur les financements internationaux et du besoin urgent d'établir une riposte pérenne, un nombre croissant de pays élaborent des « dossiers d'investissement » appelant à la mobilisation de ressources suffisantes pour faire « le nécessaire » à « l'échelle adéquate » en vue de maximiser les effets et de minimiser les coûts futurs. La Jamaïque, le Nigéria et la Thaïlande ont déjà mis en place leur dossier d'investissement ; d'autres pays les préparent également.

Pérennité du financement de la lutte contre le VIH – augmentation du financement national par le biais de mécanismes innovants

En 2012, l'Union africaine (UA) eu l'idée novatrice d'élaborer la Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique². Le premier pilier sur lequel elle s'appuie souligne la nécessité de pérenniser le financement de la lutte contre le VIH en diversifiant les sources de financement des programmes liés au sida, à la tuberculose et au paludisme dans la région.

Fidèles à l'importance accordée par la Feuille de route de l'UA aux approches innovantes de mobilisation des ressources, plusieurs pays africains ont étudié diverses stratégies visant à créer un financement national substantiel en faveur de la riposte au VIH. Certains, comme l'Éthiopie, le Malawi et la Namibie, ont opté pour « l'intégration » de ce financement et exigent de diverses instances gouvernementales qu'elles consacrent au moins 2 % de leur budget à la riposte. Le Kenya, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie envisagent d'établir des fonds d'affectation spéciale pour le VIH. Depuis 12 ans, le Zimbabwe prélève une taxe nationale pour le VIH et le sida dans le cadre du système national d'imposition et étudie comment y faire contribuer les secteurs privé et informel. Afin de diversifier et d'augmenter les investissements nationaux dans la lutte contre le sida, le Malawi prévoit de consacrer aux programmes liés au VIH 1 % du prélèvement actuel de 5 % sur les excédents d'exploitation des sociétés de télécommunication, ce qui devrait rapporter jusqu'à 2,4 millions de dollars US en 2013. En outre, la mise en place d'une taxe de 3 centimes/minute sur les appels téléphoniques à destination du Malawi pourrait permettre de récolter 5,3 millions de dollars US en 2013. De même, la Namibie compte générer 4,1 millions de dollars US d'ici 2020 grâce à une taxe aérienne de 5 dollars US par passager sur les vols au départ du pays.

Bien qu'il soit particulièrement urgent de réduire la dépendance de la lutte contre le VIH à l'égard des fonds internationaux en Afrique subsaharienne, des pays d'autres régions s'efforcent également d'instaurer un financement pérenne de leur riposte en intégrant le VIH au sein d'instruments financiers du secteur de la santé en général. Ainsi, dans le cadre de son système national d'assurance maladie lancé en 2004, la République de Moldova fournit des traitements contre le VIH et les infections opportunistes. Depuis 2005, la Thaïlande assure également l'accès gratuit à la thérapie antirétrovirale et aux services de conseil et dépistage volontaires dans le cadre de son système d'assurance maladie universelle. Pour leur part, l'Inde et la Géorgie œuvrent à intégrer les services essentiels liés au VIH aux prestations standards de leur système d'assurance maladie universelle.

Le dossier d'investissement du Nigéria

Pour mettre en œuvre les engagements compris dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies (2011) et accélérer les progrès vers l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien en matière de VIH, le pays a élaboré un plan global d'intervention contre le VIH à l'initiative du Président (PCRP, President's Comprehensive Response Plan)³. Le pays compte la deuxième plus grande population de personnes vivant avec le VIH, mais seulement un tiers des personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale en bénéficie et seules 18 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des médicaments antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant.

Le PCRP vise à résorber l'écart actuel entre la prestation de services et les fonds alloués grâce à un dossier d'investissement pour le financement des activités liées au VIH. Le dossier d'investissement évalue les besoins et les lacunes, identifie les domaines d'action, quantifie le niveau d'intensification nécessaire pour combler les lacunes, prévoit le financement requis et analyse les répercussions escomptées quant au nombre de vie sauvées, aux nouvelles infections évitées et aux économies effectuées.

Les mesures d'intensification ciblées par le PCRП au cours des trois prochaines années sont la prévention de la transmission par voie sexuelle chez les jeunes et les populations clés les plus exposées, le conseil et le dépistage du VIH, la fourniture d'un traitement et d'une prise en charge aux personnes concernées et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Le PCRП a établi des objectifs de couverture pour les interventions prioritaires ; par exemple, augmentation de 140 % des efforts de prévention du VIH chez les populations clés et hausse de 400 % de la couverture antirétrovirale aux femmes enceintes.

En mettant en œuvre ce plan, le Nigéria compte sauver 46 000 vies et éviter 105 000 nouvelles infections d'ici 2015. Le PCRП pourrait permettre d'éviter 55 000 nouvelles infections et de sauver la vie de 13 000 enfants. On estime à 1,65 milliard de dollars US les économies réalisées en termes de coûts des traitements retardés ou évités.

Des fonds sont nécessaires pour mettre en œuvre ce plan. On prévoit que les investissements totaux en matière de VIH au Nigéria devront augmenter de 37 %. Le PCRП requiert une hausse des investissements nationaux de 73 %, faisant passer la contribution nationale totale de 25 à 45 % au cours de la période 2014-2015. Cependant, les seules dépenses nationales ne suffiront pas à combler le déficit national de ressources. Afin d'accentuer la mobilisation des ressources nécessaires, le PCRП suggère de réduire les frais de gestion des programmes, ce qui permettrait d'économiser 27,3 millions de dollars US et de les réinvestir dans les activités de prévention.

7. ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES À SE PROTÉGER DU VIH

Les inégalités fondées sur le sexe et les normes sexistes néfastes qui encouragent les rapports sexuels non protégés et entravent l'accès des hommes, des femmes et des personnes transgenres aux services de santé sexuelle et reproductive et aux services liés au VIH continuent d'alimenter l'épidémie de sida, qui touche en particulier les femmes et les filles. Outre leur vulnérabilité physiologique accrue à l'infection à VIH, les multiples désavantages sociaux, juridiques et économiques que subissent les femmes entravent leur capacité à se protéger contre l'infection et réduisent leur accès aux services en matière de VIH et de santé reproductive, en particulier pour les femmes vivant avec le VIH. Les femmes et les filles sont également chargées de prodiguer les soins de base vitaux à leur entourage, sans pour autant recevoir une quelconque compensation. Bien que les rapports des pays reconnaissent que l'égalité des sexes joue un rôle clé quant à l'efficacité de la riposte au VIH, des investissements ciblés et le renforcement du leadership politique seront nécessaires pour atteindre le double objectif mondial d'éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes, et d'accroître la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH.

RÉPERCUSSIONS DURABLES DE L'INÉGALITÉ FONDÉE SUR LE SEXE SUR LES ÉPIDÉMIES DE VIH

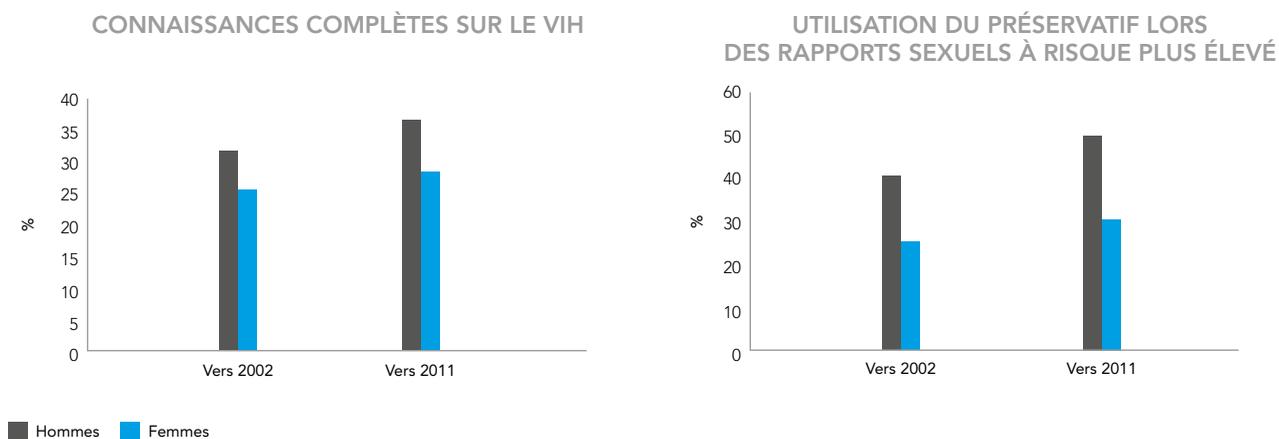
Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 52 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et 48 % des hommes, sauf en Afrique subsaharienne, épice de l'épidémie mondiale, où le pourcentage des femmes continue d'avoisiner les 57 %.

Outre la vulnérabilité physiologique particulière des femmes au VIH, les inégalités fondées sur le sexe favorisent leur exposition au viol et aux rapports sexuels avec des hommes plus âgés¹, ainsi qu'un accès inégal à l'éducation² et aux possibilités d'emploi³. Ces facteurs accentuent sensiblement les risques liés au VIH pour les filles et les jeunes femmes. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de contracter le VIH à un âge précoce, et la prévalence mondiale de l'infection parmi les filles et les jeunes femmes est au moins deux fois plus importante que chez leurs compagnons du même âge⁴.

En Afrique subsaharienne, des études nationales révèlent que les connaissances des jeunes femmes (15 à 24 ans) sur le VIH sont moins complètes et précises que celles des hommes du même âge. Elles sont également moins susceptibles de déclarer avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (voir figure 7.1).

FIGURE 7.1

Niveau de connaissances sur le VIH et utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque plus élevé, chez les jeunes hommes et les jeunes femmes (15 à 24 ans), vers 2002 et 2011 en Afrique subsaharienne



Source : données issues des enquêtes démographiques et de santé, pays d'Afrique subsaharienne disposant de données.

Outre ses répercussions directes sur la santé, l'épidémie affecte également le bien-être des femmes de différentes manières. Dans les environnements où la prévalence du VIH est élevée, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans affichent des taux de tuberculose 1,5 à 2 fois plus importants que les hommes de la même tranche d'âge⁵. Les femmes vivant avec le VIH sont davantage exposées au cancer du col de l'utérus ; il est donc urgent de garantir l'accès des femmes au dépistage et au traitement du VIH ainsi qu'à des services complets de santé sexuelle et reproductive⁶. Des obstacles importants, liés à des contraintes économiques et à la discrimination fondée sur le sexe, les empêchent également d'accéder aux services⁷. De plus, la prise en charge, assurée de manière disproportionnée par les femmes et les filles, bloque leurs perspectives économiques et éducatives⁸.

Les femmes issues des populations clés sont particulièrement touchées par le VIH. À l'échelle mondiale, on estime que la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe est de 12 % et d'environ 30 % dans les environnements à forte ou moyenne prévalence⁹. Malgré l'absence de données, un examen mondial des données disponibles révèle que les femmes transgenres sont 49 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les autres ; la prévalence du sida chez ce groupe est de 19 %¹⁰.

En dépit de l'attention particulière portée au besoin d'élaborer des réponses tenant compte des spécificités en Afrique subsaharienne, les femmes, en particulier celles qui sont issues des populations clés, courent un risque important de contracter l'infection à VIH ; dans les contextes d'épidémie concentrée, elles doivent bien davantage faire face aux conséquences socio-économiques de l'infection. Dans la région Asie-Pacifique, où la population vivant avec le VIH est surtout composée d'hommes, les femmes dont la famille est affectée par le virus sont plus susceptibles d'être endettées et de se voir confier les soins¹¹.

Les inégalités fondées sur le sexe accentuent la vulnérabilité des femmes transgenres au VIH. Elles se manifestent, entre autres, par la non-reconnaissance de l'identité de genre, qui entraîne le déni des droits fondamentaux des citoyens, tels que l'accès à des papiers d'identité personnels reflétant l'identité de genre. Par conséquent, les femmes transgenres sont souvent dans l'incapacité d'accéder aux services liés au VIH et sont traitées de façon discriminatoire par les prestataires de services de santé¹².

Les femmes issues des populations clés, comme les consommatrices de drogues, les travailleuses du sexe et les femmes transgenres, sont particulièrement exposées à la violence^{21, 22}. Dans plusieurs pays, des études ont décelé une forte prévalence des viols, de la violence physique et d'autres formes de maltraitance chez les professionnelles du sexe^{23, 24}. Les femmes sont plus vulnérables à la violence sexuelle et aux viols collectifs en cas de conflit²⁵. Les femmes transgenres, dont un grand nombre survit grâce au commerce du sexe, sont souvent victimes de violences et de maltraitance²⁶. Les viols « correctifs » des femmes lesbiennes sont une source supplémentaire de traumatisme et augmentent le risque d'infection à VIH.

Le rapport entre la violence à l'égard des femmes et l'augmentation du risque d'infection est aussi bien d'ordre social, physiologique que psychologique. L'expérience de la violence au cours de l'enfance peut entraîner des comportements à risque à l'âge adulte²⁷. La peur de la violence entrave la capacité des femmes et des filles à négocier des rapports sexuels à moindre risque²⁸. La crainte d'être confrontée à la stigmatisation, à la discrimination, aux mauvais traitements et à la violence les dissuade de solliciter le dépistage du VIH ou d'autres services de santé indispensables. Les blessures physiques et le traumatisme provoqués par les violences sexuelles accroissent leur vulnérabilité physiologique à l'infection à VIH ; celle-ci est plus importante chez les femmes ayant subi des violences sexuelles au cours de leur enfance ou de leur adolescence ou des violences répétées²⁹. Les répercussions des actes de violence peuvent être particulièrement graves pour les travailleuses du sexe, les consommatrices de drogues ou les personnes transgenres en raison des effets conjugués des multiples formes de stigmatisation et de maltraitance.

En Ouganda, une étude révèle que 29 % des femmes vivant avec le VIH interrogées déclarent avoir subi des violences conjugales physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois et que les femmes sous thérapie antirétrovirale sont deux fois plus susceptibles de signaler ce type de violences³⁰. Cette situation peut être en partie attribuée au fait que les femmes se soumettent davantage aux tests de dépistage. Elles sont généralement les premières à apprendre leur statut sérologique et doivent faire face aux reproches de leur entourage.

En dépit de la prévalence préoccupante de la violence sexiste et de ses graves répercussions, les services destinés aux victimes continuent d'être totalement inadaptés. Au Kenya, une étude récente constate que seulement 25 % des femmes et 13 % des hommes âgés de 18 à 24 ans victimes de violence sexuelle avant l'âge de 18 ans savent où solliciter les services nécessaires³¹.

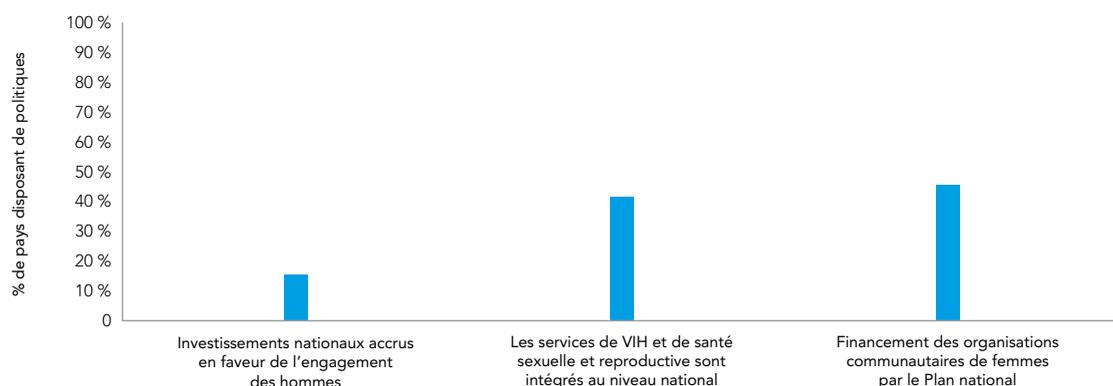
FAVORISER L'ÉGALITÉ DES SEXES GRÂCE AUX POLITIQUES DANS LE CADRE DE LA RIPOSTE AU VIH

La lutte contre le VIH intègre de plus en plus la notion d'égalité des sexes. Cette approche, particulièrement répandue en Afrique subsaharienne, l'est moins dans les pays où l'épidémie affecte surtout les populations clés³². Au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, en Europe orientale et en Asie centrale, les questions relatives à l'égalité des sexes, notamment la violence sexiste, sont souvent ignorées des ripostes nationales. Le recueil des données ventilées par sexe, de même que la participation des femmes aux réseaux et aux groupes de femmes vivant avec le VIH, sont rares.

Les rapports des pays ayant réalisé un examen à mi-parcours de la mise en œuvre de la Déclaration politique sur le VIH et le sida des Nations Unies (2011) reflètent une prise de conscience générale : il est impératif de remédier aux inégalités fondées sur le sexe pour faire bénéficier les femmes d'une riposte efficace. Sur les 109 pays ayant présenté un rapport en 2013, cent déclarent que l'élimination de ces inégalités est une priorité nationale. Cependant, seuls 52 affirment être en passe d'atteindre cet objectif. Certes, les engagements pris par les gouvernements nationaux sont encourageants. Mais il est urgent de les concrétiser de façon énergique et systématique.

La figure 7.3 indique que les politiques nationales et l'allocation des ressources relatives à certains aspects clés de l'action globale en faveur de l'égalité des sexes sont particulièrement à la traîne, notamment la participation des hommes et l'autonomisation des femmes, ainsi que la prestation de services répondant aux besoins et aux droits des femmes en matière de sexualité et de reproduction et leur permettant d'accéder aux services liés au VIH, dont la prévention. À peine 50 % des pays rassemblent des données sur les liens existant entre le VIH et la violence sexiste, et moins d'un quart des plans stratégiques nationaux de riposte au VIH abordent la violence sexiste³³.

FIGURE 7.3
Politiques intégrant les éléments clés des programmes de lutte contre le VIH favorisant l'égalité des sexes dans 72 pays



Source : Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes et du VIH, examen à mi-parcours, rapport soumis au Conseil de coordination du programme (CCP), ONUSIDA, 2012.

CAP SUR L'AVENIR

Pour atteindre l'objectif zéro – zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination –, il faut opposer une tolérance zéro à la violence sexiste. À cette fin, des progrès soutenus sont nécessaires pour éliminer les inégalités fondées sur le sexe. Pour être efficaces, les ripostes au VIH doivent réfuter, et chercher à transformer, les normes sexistes néfastes qui alimentent l'épidémie. Les avancées sont indéniables, mais des investissements nationaux doivent être réalisés dans plusieurs domaines stratégiques avec le soutien de la société civile et des partenaires du développement.

Plus concrètement, les pays doivent s'efforcer de réduire l'infection à VIH chez les filles et les jeunes femmes en les protégeant contre la violence sexuelle et en leur assurant un accès universel aux services complets de protection sociale et d'éducation sexuelle. Certains services devront peut-être disposer de points d'accès indépendants. Des politiques et des programmes doivent être adoptés en vue de faire évoluer les normes sexistes néfastes, et ce faisant prévenir la violence sexiste et fournir des services intégrés aux personnes ayant subi des violences sexistes.

Les services liés au VIH doivent se montrer plus attentifs aux besoins et aux droits sexospécifiques, et à ceux relatifs à la santé sexuelle et reproductive des femmes, des hommes et des personnes transgenres dans toute leur diversité, en particulier les personnes vivant avec le VIH, issues des populations clés plus exposées ou vivant en zone de conflit. Des investissements sont nécessaires pour renforcer le corpus de données factuelles et favoriser efficacement l'égalité des sexes dans le cadre de l'épidémie de VIH. Les circonstances de l'épidémie et la riposte doivent être étudiées sous l'angle sexospécifique et inclure des évaluations participatives et plurielles.

Les besoins des femmes et des filles doivent constituer une priorité dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015. Les objectifs de zéro discrimination, zéro tolérance de la violence sexiste et zéro violation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction doivent être au cœur des politiques de développement à l'échelle nationale et internationale lors des discussions sur les priorités pour l'après-2015.

ENCOURAGER LA PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ TRANSGENRE AU NICARAGUA

D'après les estimations, la communauté de femmes transgenres au Nicaragua compte 3 000 personnes et affiche une prévalence du VIH de 15 à 19 %. Pour répondre aux besoins de ce groupe, neuf organisations ont élaboré ensemble un plan stratégique visant à fournir des soins complets à la population transgenre.

Pour cela, elles ont analysé la situation, hiérarchisé les interventions, et planifié et identifié les ressources. L'examen des données factuelles disponibles sur les facteurs sous-jacents de l'épidémie au sein des populations transgenres a permis de sélectionner les études les plus pertinentes sur les thèmes suivants : facteurs socio-économiques, vie et conditions de travail, services de santé, facteurs biologiques et génétiques, réseaux et comportements sociaux et communautaires.

Le plan vise à atténuer les facteurs sociaux qui favorisent le risque d'infection à VIH et la vulnérabilité des personnes transgenres au Nicaragua. Parmi les mesures clés, citons le plaidoyer en faveur de la révision des lois, la promotion des droits de l'homme, l'obtention de fonds, l'organisation d'ateliers de formation, l'éducation à la santé et la communication visant à faire évoluer les comportements. Le plan est à la fois ambitieux et visionnaire, mais plus de 80 % des personnes transgenres ayant participé à sa planification considèrent que les actions proposées sont réalisables.

Au Libéria et au Rwanda, le leadership politique encourage l'égalité des sexes dans le cadre de la riposte au VIH

Au Libéria, un ensemble d'organisations de la société civile contribue désormais à la riposte au VIH. Citons, entre autres, les églises catholique et luthérienne, le groupe Concerned Muslims of Liberia, les chefs traditionnels et le réseau des femmes libériennes vivant avec le VIH qui œuvre activement aux questions liées au VIH et à l'égalité des sexes. Les femmes vivant avec le VIH et le ministère de l'Égalité des sexes et du Développement sont également représentés au sein du mécanisme de coordination nationale du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le principal organe décisionnel du Fonds mondial à l'échelle nationale.

Une loi visant la création de la Commission nationale sur le sida a également été adoptée. Dirigée par la présidente, elle comprend des représentants des femmes vivant avec le VIH et du ministère de l'Égalité des sexes et du Développement, et dispose d'un budget annuel alloué par le gouvernement. Un bureau de lutte contre le VIH a été créé au sein du ministère de l'Égalité des sexes et du Développement. Majoritairement financé par le gouvernement, il est chargé de coordonner la riposte au sida et les efforts en faveur de l'égalité des sexes. Suite à un amendement, la loi sur la santé protège désormais les droits des personnes vivant avec le VIH, y compris les femmes.

En 2012, l'examen à mi-parcours du plan opérationnel national en faveur des femmes et des filles, de l'égalité des sexes et contre le VIH au Libéria indique que celui-ci a permis d'affermir la riposte nationale au sida, de nouer de nouvelles relations avec les initiatives globales contre la violence sexiste, et de renforcer les capacités au sein du gouvernement. Le processus, lancé en 2010 par la présidente Ellen Johnson Sirleaf, accompagnée du directeur exécutif de l'ONUSIDA Michel Sidibé et de la princesse Mathilde de Belgique, a pour objectif de contribuer à rétablir le système de santé du pays, détruit par la guerre civile, et de mettre un terme aux nombreux viols et actes de violence sexuelle perpétrés à l'égard des filles et des femmes.

8. ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIÉES AU VIH AINSI QUE LES PRATIQUES ET LES LOIS PUNITIVES

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH restent les principaux obstacles à l'efficacité de la riposte dans toutes les régions du monde. L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et d'autres recherches ont évalué et amélioré le niveau de compréhension de la prévalence et des répercussions de la stigmatisation et de la discrimination. Une part importante des personnes vivant avec le VIH a déclaré s'être heurtée à la discrimination en matière d'emploi et s'être vu refuser les services de planification familiale, les soins dentaires et d'autres services de santé (voir tableau 8.1).

LES EFFETS DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

De nombreuses études révèlent que la stigmatisation liée au VIH entraîne son dépistage tardif, la non-divulgence de la séropositivité aux partenaires sexuels et un recours limité aux services liés au VIH^{1,2,3,4}. La stigmatisation et la discrimination persistent au sein de nombreux établissements de soins de santé, où les personnes vivant avec le VIH sont en butte à l'attitude critique et au refus de prise en charge des prestataires. De nombreux cas de stérilisation forcée de femmes vivant avec le VIH ont été signalés ; certains ont donné lieu à des poursuites judiciaires dans plusieurs pays, dont le Chili⁵, le Kenya⁶ et la Namibie⁷.

Les personnes victimes de la stigmatisation et la discrimination mentionnent plusieurs effets négatifs : perte de revenu, isolement au sein de la communauté, absence de participation sociale active en raison du statut sérologique. Selon des études réalisées d'après l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, la stigmatisation et la discrimination causent de profondes blessures psychologiques, qui suscitent des sentiments de culpabilité et de honte et des pensées suicidaires. Leurs effets pernicieux sur les personnes vivant avec le VIH et sur l'efficacité des programmes de lutte contre l'épidémie ont incité la Commission mondiale sur le VIH et le droit à exhorter les pays à prendre des mesures immédiates afin d'abroger les lois punitives et d'interdire la discrimination⁸.

PROTECTION JURIDIQUE CONTRE LA DISCRIMINATION LIÉE AU VIH

Si elles s'appuient sur des ressources adéquates et sont appliquées correctement, les lois protectrices contribuent à élargir l'accès aux services sociaux et aux services de santé essentiels, à améliorer la qualité et l'efficacité des services et à protéger les personnes vivant avec le VIH ou exposées à l'épidémie contre la stigmatisation, la discrimination et la violence. En 2012, 61 % des pays ont déclaré disposer de lois contre la discrimination qui protègent les personnes vivant avec le VIH.

TABLEAU 8.1

Personnes vivant avec le VIH déclarant s'être vu refuser l'accès aux services de santé et à l'emploi au cours des 12 derniers mois en raison de leur statut sérologique, sélection de pays, 2008–2013

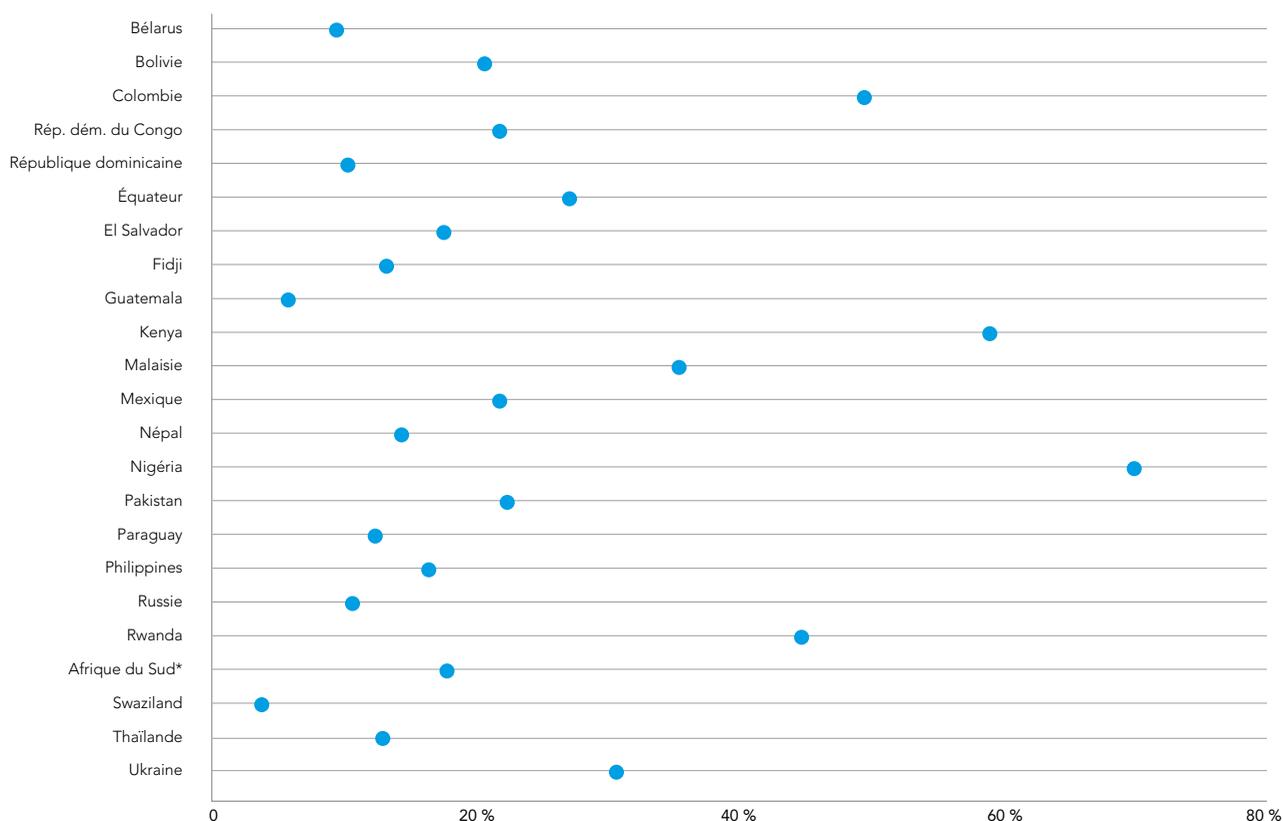
	DÉNI D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET/OU SOINS DENTAIREs (%)	DÉNI D'ACCÈS AUX SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE (%)	PRIVATION D'EMPLOI (%)
Afrique du Sud (Région O. R. Tambo, Cap-Oriental)	5	7	3
Allemagne	19	...	...
Argentine	16	45	13
Bangladesh	4	4	9
Bélarus	18	19	6
Bolivie	19	5	10
Cameroun	2	3	7
Chine	12	...	15
Colombie	27	...	9
El Salvador	8	4	3
Équateur	20	5	10
Éthiopie	7	6	21
Fidji	13	11	14
Guatemala	6	10	3
Jamaïque	3	...	...
Malaisie	...	...	12
Malawi	5	8	...
Mexique	14	2	5
Moldova	13	2	5
Myanmar	10	35	15
Népal	21	3	4
Nigéria	21	6	...
Pakistan	33	3	35
Paraguay	17	4	9
Philippines	8	6	...
Pologne	20	3	11
République démocratique du Congo	6	...	13
République dominicaine	8	2	10
Russie	10	5	3
Rwanda	13	88	37
Sri Lanka	...	...	4
Swaziland	4	1	3
Thaïlande	20	14	26
Ukraine	20	3	8
Zambie	8	10	17

Source : enquêtes basées sur l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, www.stigmaindex.org.

Cependant, les violations des droits des personnes ne font souvent l'objet d'aucune réparation juridique⁹. Dans 17 des 23 pays visés par l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, moins de 30 % des personnes séropositives dont les droits ont été bafoués déclarent avoir eu recours à la justice (indépendamment de l'issue de la procédure) (voir figure 8.1).

Afin de garantir l'accès au droit à une réparation juridique, des services juridiques ciblés doivent être mis à la disposition des personnes vivant avec le VIH. En 2012, 55 % des pays ont déclaré avoir mis en place ce type de services (contre 45 % en 2008), tandis que 57 % ont affirmé que les juges et les magistrats avaient bénéficié d'une formation sur la discrimination liée au VIH (contre 46 % en 2008). En 2012, 52 % des pays ont signalé l'existence de cabinets d'avocats du secteur privé ou de centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduits aux personnes vivant avec le VIH, contre 39 % en 2008 (voir figure 8.2).

FIGURE 8.1
Personnes vivant avec le VIH ayant demandé une réparation par voie judiciaire suite à une violation de leurs droits, sélection de pays, 2008–2013

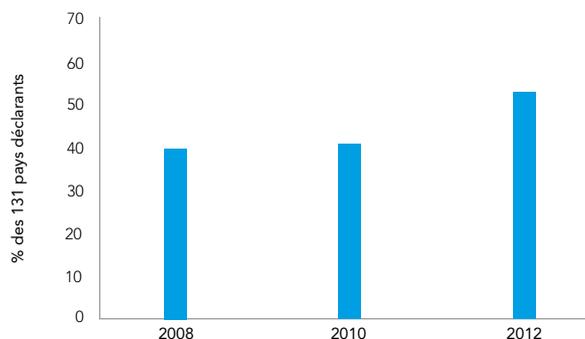


Source : enquêtes basées sur l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, sélection de pays, www.stigmaindex.org.

*Région O.R. Tambo, Cap-Oriental

FIGURE 8.2

Pays possédant des cabinets d'avocats privés ou des centres universitaires offrant des services juridiques gratuits ou à prix réduits aux personnes vivant avec le VIH



Source : rapports des pays sur l'Indice composite des politiques nationales 2008, 2010 et 2012, sources non gouvernementales (www.unaids.org/ncpi).

CRIMINALISATION DE LA TRANSMISSION DU VIH, DE L'EXPOSITION ET DE LA NON-DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITÉ

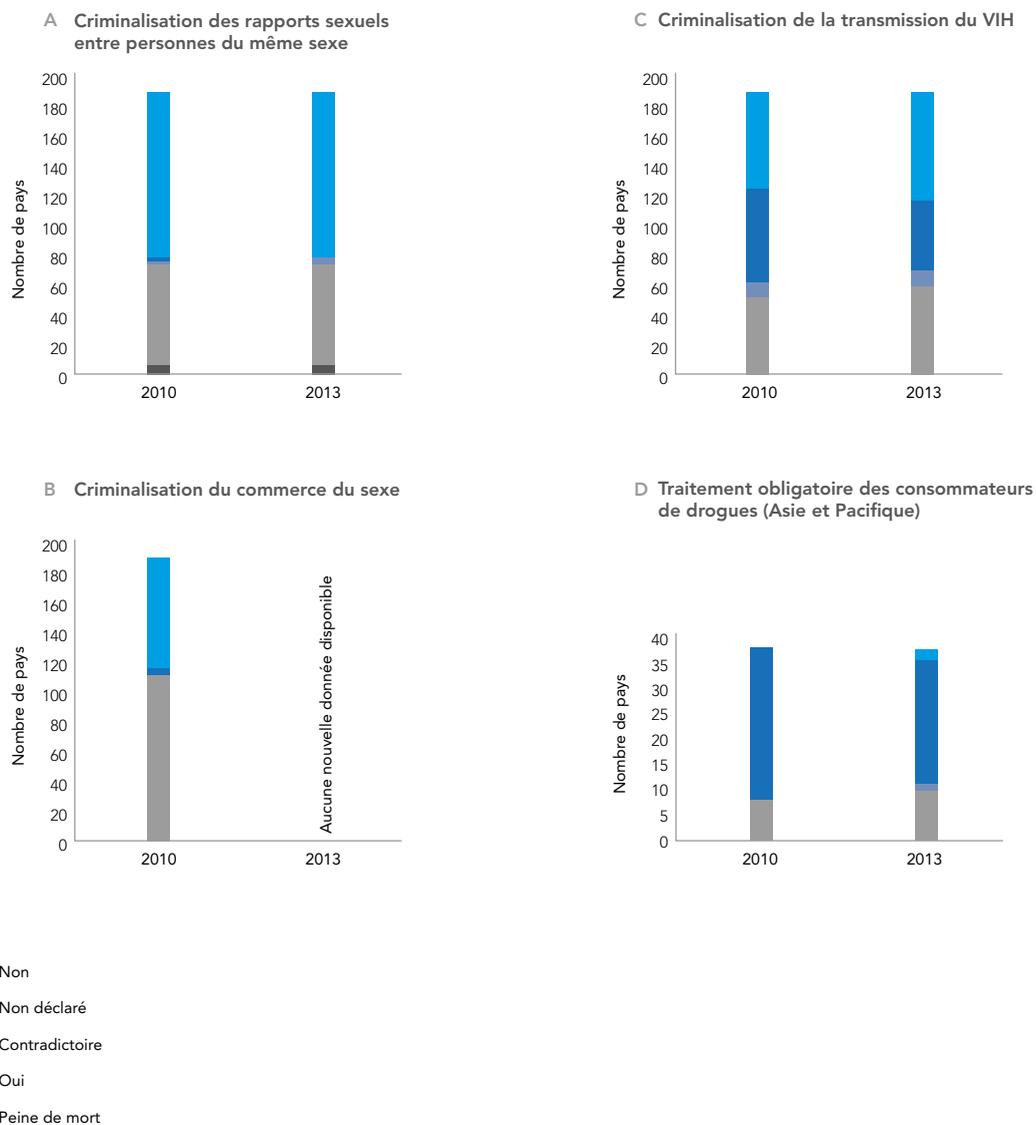
En 2013, 63 pays comptent au moins une juridiction pénalisant spécifiquement la non-divulgence de la séropositivité, l'exposition au VIH ou sa transmission. Dans d'autres pays, des poursuites judiciaires pour non-divulgence de la séropositivité ont été engagées suite à des infractions pénales (agressions sexuelles, lésions corporelles graves, mise en danger d'autrui, homicide ou tentative d'homicide).

L'examen des lois existantes et des poursuites relatives à la transmission du VIH, l'exposition et la non-divulgence, révèle que ces textes s'appuient rarement sur les meilleures données médicales et scientifiques disponibles quant aux modes de transmission du VIH et aux avantages des traitements¹⁰. Il est par ailleurs courant que les lois et les poursuites ne prennent pas en compte les lois pénales et les droits de l'homme généralement applicables. On signale ainsi que des poursuites pour exposition au VIH ont été engagées contre des personnes vivant avec le VIH suite à des actes pourtant sans risque (crachat, morsure)¹¹.

D'autres personnes séropositives ont également été poursuivies bien qu'elles utilisent un préservatif lors des rapports sexuels¹². Ces poursuites viennent contredire des preuves scientifiques et médicales parfaitement avérées et sont susceptibles d'entraîner des erreurs judiciaires. Elles sont en outre contreproductives car elles instaurent un climat de peur qui sape les efforts de santé publique visant à encourager les personnes à solliciter les services de prévention, de dépistage et de traitement volontaires.

Suivant les recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, plusieurs pays ont commencé à revoir ces lois, ont limité leur application ou les ont tout simplement abrogées (voir figure 8.3). Depuis 2011, la pénalisation de la transmission du VIH ou de l'exposition à celui-ci est désormais bannie de la réglementation en vigueur aux Fidji ; le Guyana a fermement rejeté un projet de loi pénale spécifique au VIH ; depuis 2010, au moins quatre pays africains (Congo, Guinée, Sénégal et Togo) autorisent le recours aux lois pénales uniquement en cas de transmission délibérée. Afin de fournir un soutien ciblé aux pays, l'ONUSIDA a récemment publié une nouvelle note d'orientation : *Ending overly-broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission*¹³.

FIGURE 8.3
Lois punitives liées au VIH, 2010–2013



Sources :

Criminalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe.

2010 : Association internationale des lesbiennes, des gays, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles.

Rapport sur l'homophobie d'État (consulté le 8 avril 2010).

2013 : Association internationale des lesbiennes, des gays, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles.

Rapport sur l'homophobie d'État (8^e édition, publiée en mai 2013).

Criminalisation du commerce du sexe.

2010 : United States Department of State. *Country Reports on Human Rights Practices, 2009.*

Criminalisation de la transmission du VIH.

2010 : Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, *Global Criminalisation Scan* (consulté le 8 avril 2013).

2013 : Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, *Global Criminalisation Scan* (consulté le 23 juin 2013).

Traitement obligatoire des consommateurs de drogues.

2010 : Fédération internationale pour la planification familiale. *Verdict sur un virus : Santé publique, droits humains et droit pénal.*

2013 : ONUSIDA. *Punitive laws hindering the HIV response in Asia and the Pacific* in June 2013.

CRIMINALISATION DES POPULATIONS CLÉS

Les lois punitives ciblant les populations clés les plus vulnérables au VIH demeurent répandues dans le monde entier. En 2012, des sources non gouvernementales (dans 70 % des pays) et des gouvernements nationaux (60 %) ont signalé l'existence de lois, de règlements ou de politiques entravant l'accès des populations clés et des groupes vulnérables aux services efficaces de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien.

Sur 193 pays, soixante-seize pénalisent actuellement les relations homosexuelles, certaines juridictions allant jusqu'à autoriser la condamnation à la peine de mort¹⁴. Sept des dix pays recevant la majorité des financements du Fonds mondial, et plus de la moitié des 88 pays soutenus par le PEPFAR, criminalisent les rapports sexuels entre personnes consentantes du même sexe¹⁵.

Les politiques punitives relatives à la consommation de drogues (y compris les lourdes sanctions pour possession de petites quantités de drogues à usage personnel), la pénalisation de la toxicomanie, la détention obligatoire des consommateurs de drogues et l'interdiction des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des thérapies de substitution, empêchent ou dissuadent de nombreux consommateurs de drogues d'accéder aux services indispensables¹⁶. Dans certains pays, les conditions de détention obligatoire des consommateurs de drogues sont si dures qu'un Rapporteur spécial des Nations Unies sur la question de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants les a expressément dénoncées en 2013¹⁷. En 2012, 12 organismes du système des Nations Unies ont lancé un appel commun à la fermeture des centres de détention et de réinsertion obligatoires des consommateurs de drogues.

La plupart des pays disposent de lois pénalisant certains aspects du commerce du sexe¹⁸, et les travailleurs du sexe sont souvent en butte au harcèlement et aux mauvais traitements de la police. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'ONUSIDA et le Réseau des professionnel(le)s du sexe ont demandé la dépénalisation du commerce du sexe et la fin de l'application injustifiable des lois et des règlements nuisant aux travailleurs du sexe.

Si la situation des populations clés s'aggrave dans certains pays, on constate ailleurs des signes de leadership et d'innovation encourageants pour garantir à ces populations une riposte fondée sur les droits. Par exemple, la Malaisie abandonne progressivement les centres de détention et de réinsertion obligatoires des consommateurs de drogues et met en place un réseau d'établissements fournissant des services de « prise en charge et de guérison » sans incarcération, ce qui a entraîné un recul de 37 % de la consommation des drogues injectables et une diminution de 76 % des arrestations¹⁹. La Commission sud-africaine pour l'égalité des sexes, dotée d'un mandat constitutionnel, a recommandé la dépénalisation du commerce du sexe en invoquant les droits de l'homme²⁰. En juin 2013, la Cour suprême des États-Unis a annulé la politique nationale exigeant des bénéficiaires des fonds fédéraux qu'ils approuvent explicitement la politique du gouvernement s'opposant à la « prostitution ».

DES PROGRAMMES VISANT À RÉDUIRE LA STIGMATISATION LIÉE AU VIH

Les programmes contre la stigmatisation sont particulièrement efficaces lorsqu'ils abordent simultanément les facteurs individuels, organisationnels et ceux liés aux politiques publiques qui alimentent la stigmatisation et la discrimination²¹. Des données factuelles indiquent que ces programmes atténuent le rejet social et améliorent l'observance des traitements du VIH²². Compte tenu des très graves répercussions qu'entraîne la discrimination subie par les personnes vivant avec le VIH dans les établissements de soins de santé, des efforts plus soutenus sont nécessaires afin de faire cesser les attitudes et les comportements stigmatisants du personnel de santé.

Un examen systématique récent constate qu'au cours des dix dernières années, le corpus de données factuelles favorisant l'efficacité des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination s'est considérablement étoffé²³. Ces programmes contribuent de manière évidente à la riposte au VIH, mais continuent de manquer cruellement de ressources. Bien que la proportion des subventions du Fonds mondial consacrées à l'élimination de la stigmatisation et à la protection des droits de l'homme soit passée de 13 % (série 8) à 62 % (série 10), un examen révèle que les activités de lutte contre la stigmatisation ne sont pas souvent intégrées aux plans de travail, aux budgets ou aux cadres de performances subventionnés²⁴.

CAP SUR L'AVENIR

Presque tous les pays (103 sur 109) ayant présenté les résultats des examens à mi-parcours considèrent l'éradication de la stigmatisation et de la discrimination comme une priorité nationale ; 99 l'ont intégrée à leur plan stratégique national de riposte au VIH. Bien que les examens nationaux à mi-parcours reconnaissent clairement les effets néfastes de la stigmatisation et la discrimination sur les ripostes nationales au VIH, 62 % des pays d'Afrique australe et orientale et 50 % des pays d'Asie et du Pacifique déclarent ne pas être en passe de les éradiquer.

Outre l'absence d'informations stratégiques et une mise en œuvre insuffisante des dispositions en vigueur contre la discrimination, les examens nationaux à mi-parcours relèvent que l'insuffisance des ressources mises au service des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination est une entrave majeure à la réalisation de l'objectif de zéro discrimination. La majorité (54 %) des 133 pays déclarant consacrer des dépenses à la riposte au VIH n'ont réalisé aucun investissement dans les programmes de défense des droits de l'homme et parmi ceux qui l'ont fait, seuls huit y ont consacré plus de 1 % de leur budget total.

Davantage d'efforts doivent être déployés pour revoir les cadres nationaux juridique et politique et évaluer leur conformité aux principes des droits de l'homme, réviser ou abroger éventuellement les lois afin de garantir une riposte fondée sur les droits qui fournisse un accès équitable aux programmes essentiels de lutte contre le VIH. Chaque riposte nationale doit élargir l'accès à la justice et lutter contre la stigmatisation et la discrimination, en s'attaquant à leurs causes, y compris les peurs irrationnelles suscitées par l'infection et les jugements moraux, par le biais de l'éducation et la sensibilisation.

Suivant les recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, une attention spécifique doit être accordée à l'abrogation des lois punitives visant les populations clés. Les cadres juridiques doivent être complétés par des investissements solides et continus dans les programmes de lutte contre la stigmatisation visant à établir des normes sociales plus saines en matière d'intégration, de tolérance et de non-discrimination. Les mécanismes de mise en œuvre des lois contre la discrimination, y compris l'appui aux services juridiques destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux membres des populations clés, et les programmes visant à faire connaître leurs droits aux personnes vivant ou affectées par le VIH doivent faire l'objet d'investissements beaucoup plus importants.

Les efforts déployés pour vaincre la stigmatisation et la discrimination, loin de se limiter aux parties prenantes traditionnelles du secteur de la santé, doivent solliciter toutes les instances gouvernementales, notamment les pouvoirs législatifs et judiciaires, ainsi que la société civile et les personnes vivant avec le VIH. Des mesures sont également nécessaires pour informer et sensibiliser les législateurs (députés) et les responsables de l'application des lois (ministres de l'Intérieur et de la Justice, fonctionnaires de police, procureurs, juges, avocats, responsables pénitentiaires et chefs religieux officiels et traditionnels) aux droits de l'homme dans le contexte du VIH.

Vaincre la discrimination grâce au leadership

Dans de nombreux pays, le leadership et l'innovation ont influencé de manière positive les ripostes au VIH fondées sur les droits de l'homme.

Certains pays se sont efforcés d'abroger les lois punitives qui les entravent. En 2012, le Viet Nam a adopté des lois interdisant le placement des professionnels du sexe dans des centres de détention administratifs. En juin 2013, la province chinoise de Guangdong a annoncé son intention d'abolir les restrictions empêchant les enseignants vivant avec le VIH d'exercer leur profession. En 2012, l'Assemblée législative de l'Afrique de l'Est a approuvé la loi sur la prévention et la gestion du VIH et du sida, qui vise à doter le Burundi, le Kenya, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda d'un cadre juridique fondé sur les droits.

Plusieurs pays ont en outre pris des mesures pour améliorer l'application des dispositions relatives aux droits de l'homme et l'accès à la justice des personnes victimes de discrimination. En 2010, la République de Moldova a mis en œuvre un programme polyvalent visant à lutter contre les violations des droits de l'homme chez les personnes vivant avec le VIH et les populations clés en organisant pour les juges, les avocats et les personnes chargées de la mise en œuvre des lois une formation sur l'assistance juridique, les procédures judiciaires stratégiques et les droits de l'homme. Le Belize et le Maroc, entre autres, déclarent faire participer les institutions des droits de l'homme et les médiateurs en cas d'allégation de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. Le Kenya s'est doté d'un tribunal de l'équité en matière de VIH afin de permettre aux personnes discriminées d'obtenir réparation.

La création d'un nouveau cadre de discussion entre les personnes vivant avec le VIH et les chefs religieux a renforcé la participation de ces derniers au renforcement des capacités en matière de VIH et de droits de l'homme²⁵. Ce cadre est un outil permettant de stimuler le dialogue et la collaboration systématiques, participatifs et pérennes entre les personnes vivant avec le VIH et les chefs religieux à l'échelle nationale, et de lutter contre la stigmatisation, la discrimination et d'autres sujets de préoccupation. Il est conçu pour être utilisé par les réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH, les réseaux de chefs religieux vivant avec le VIH, les chefs religieux, les organisations confessionnelles, ainsi que les instances intergouvernementales et les agences de développement œuvrant dans des domaines connexes, y compris les bureaux de pays de l'ONUSIDA.

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

Depuis 2010, 10 pays, territoires ou zones ont levé les restrictions à l'entrée, au séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH. Mais il faudra redoubler d'efforts pour éliminer les autres restrictions à caractère discriminatoire toujours en vigueur dans 43 pays, qui entravent la liberté de circulation des personnes séropositives et s'avèrent contreproductives. Cela nécessitera de sensibiliser les principaux décideurs aux modes de transmission et de non-transmission du VIH, d'améliorer les attitudes publiques à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des migrants, et de stimuler l'engagement en faveur des programmes de lutte contre le VIH soutenant les populations en mouvement.

Aucune considération de santé publique ne justifie les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence. De même, aucune donnée factuelle ne suggère que les populations en mouvement présentent un risque de transmission du VIH. Quoi qu'il en soit, les données disponibles et la longue expérience internationale montrent que les stratégies basées sur les données factuelles et les droits sont les plus efficaces pour prévenir la transmission, au contraire du dépistage obligatoire et d'autres approches punitives et coercitives. En outre, les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH peuvent limiter le recours au dépistage volontaire du VIH et l'observance du traitement antirétroviral.

PROGRÈS VERS L'ÉLIMINATION DES RESTRICTIONS À L'ENTRÉE, AU SÉJOUR ET À LA RÉSIDENCE LIÉES AU VIH

À l'échelle internationale, l'écrasante majorité des pays a rejeté les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH (voir tableau 9.1). On constate en outre une tendance nette vers l'abrogation de ces lois discriminatoires dans le monde. Entre 2000 et mi-2013, le nombre de pays, territoires et zones imposant des restrictions au voyage liées au VIH a diminué de plus de moitié, passant de 96 à 43 (voir figure 9.1).

De 2010 à 2012, huit pays (Arménie, Chine, États-Unis, Fidji, Namibie, République de Corée, République de Moldova et Ukraine) ont levé leurs restrictions. En janvier 2013, la Mongolie a adopté une législation de grande envergure supprimant, entre autres, les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH et les restrictions à l'emploi empêchant les personnes vivant avec le virus d'exercer certains métiers, notamment dans l'industrie alimentaire. Au milieu de l'année 2013, l'Andorre a annoncé l'abolition de ses mesures de restriction.

ENJEUX CONTINUS POSÉS PAR LES RESTRICTIONS DISCRIMINATOIRES

Bien que la tendance soit à l'abrogation des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH, ces lois persistent dans de nombreux pays (voir figure 9.2). Cinq pays maintiennent une interdiction généralisée à l'entrée des personnes vivant avec le VIH, cinq autres exigent une preuve de séronégativité des personnes séjournant de 10 à 90 jours, et au moins 19 pays autorisent l'expulsion des personnes reconnues comme étant séropositives.

TABLEAU 9.1

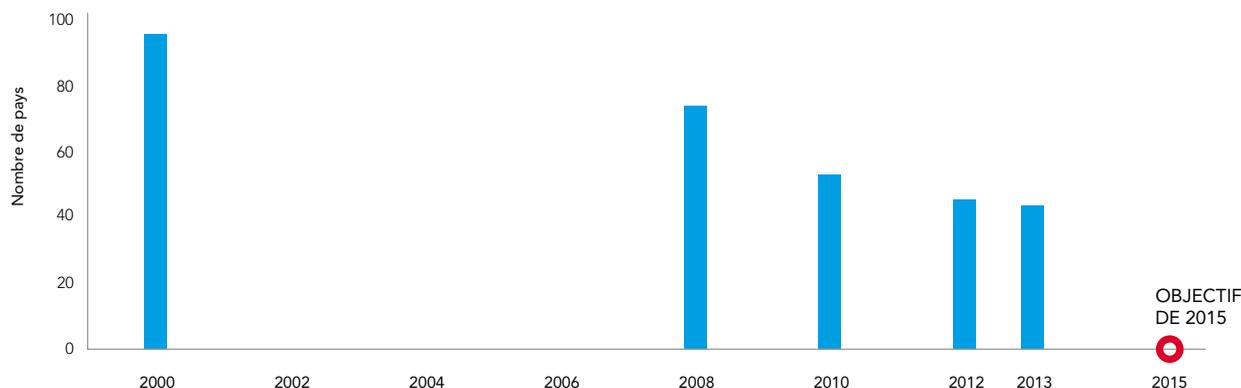
Pays, territoires et zones imposant des restrictions à l'entrée, au séjour ou à la résidence des personnes vivant avec le VIH en juillet 2013

1. Arabie saoudite	15. Îles Salomon	30. Paraguay
2. Aruba	16. Îles Turques et Caïques	31. Qatar
3. Australie	17. Iraq	32. République arabe syrienne
4. Bahreïn	18. Israël	33. République dominicaine
5. Bélarus	19. Jordanie	34. République populaire démocratique de Corée
6. Belize	20. Koweït	35. Samoa
7. Brunei Darussalam	21. Liban	36. Singapour
8. Chypre	22. Lituanie	37. Slovaquie
9. Comores	23. Malaisie	38. Soudan
10. Cuba	24. Maurice	39. Tadjikistan
11. Égypte	25. Nicaragua	40. Taipei chinois
12. Émirats arabes unis	26. Nouvelle-Zélande	41. Tonga
13. Fédération de Russie	27. Oman	42. Turkménistan
14. Îles Marshall	28. Ouzbékistan	43. Yémen
	29. Papouasie-Nouvelle-Guinée	

Source : base de données de l'ONUSIDA sur les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH, mise à jour en août 2013.

FIGURE 9.1

Nombre de pays imposant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH, 2000–2013 et objectif de 2015



Source : pour 2000, Weissner, P., Haerry, D. Entry and residency restrictions for people living with HIV. Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH. Première réunion, 24-25 février 2008, Genève, Suisse ; pour 2008, 2010, 2012 et 2013, base de données de l'ONUSIDA sur les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH.

FIGURE 9.2

Restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH en juillet 2013



Les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH peuvent entraîner, entre autres : le dépistage du VIH obligatoire et régulier, sans garantie de confidentialité, conseil, orientation médicale ou traitement ; l'incarcération ; l'expulsion ; l'interdiction totale d'entrée ou l'interdiction de séjour/travail à moyen ou long terme ; des exigences en matière de dérogation.



Source : base de données de l'ONUSIDA sur les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH, mise à jour en août 2013.

Ces lois et la manière dont elles sont mises en œuvre constituent une violation des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH. Les personnes candidates à la relocalisation ou à la migration effectuent souvent un test de dépistage sans leur consentement éclairé et sans bénéficier de services de conseil, et se voient refuser le visa. D'autres qui contractent l'infection dans le pays de destination sont reconnues comme séropositives lors du renouvellement de leur visa ; elles sont souvent soumises à un test de dépistage sans en être informées, ne reçoivent ni résultats ni conseils, et sont détenues ou expulsées de manière sommaire, parfois sans pouvoir récupérer leurs effets personnels ni percevoir leur dernier salaire. Les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au statut sérologique existent dans tous les pays du Conseil de coopération du Golfe (CCG), une destination majeure des travailleurs migrants, en particulier asiatiques.

Les femmes migrantes sont souvent plus vulnérables à la violence physique, sexuelle et verbale et se heurtent à des problèmes supplémentaires. De nombreuses survivantes de violences sexuelles, craignant la stigmatisation et le rejet social qui y sont liés, ne les signalent pas et affrontent seules les conséquences physiques et psychologiques du viol, y compris le risque de contracter l'infection à VIH¹. Au traumatisme provoqué par les mauvais traitements et la violence s'ajoutent la stigmatisation et les répercussions financières de l'expulsion due à leur statut sérologique.

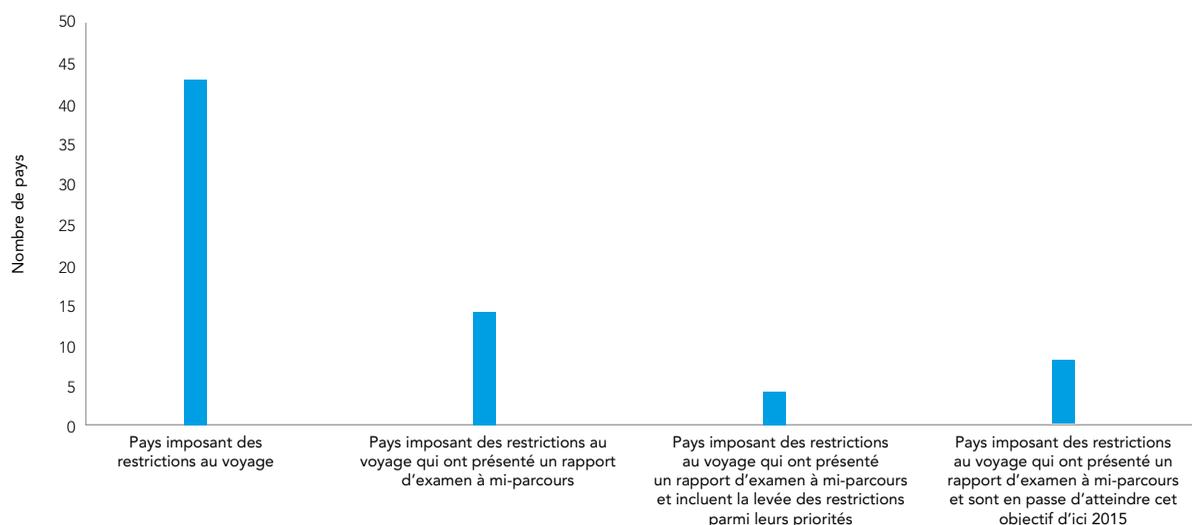
Les restrictions en vigueur au Moyen-Orient et en Afrique du Nord affectent non seulement les migrants issus d'autres régions mais également les personnes vivant avec le VIH dans la région. Dans les conclusions de son examen à mi-parcours, la Jordanie souligne

les restrictions nationales qui frappent les migrants originaires de certains pays voisins (notamment l'Égypte, l'Iraq et la Syrie), ainsi que l'effet des politiques de dépistage obligatoire du VIH imposées aux travailleurs jordaniens émigrés (soit un million de personnes), pour la plupart dans les pays du CCG.

Sur les 43 pays, territoires et zones maintenant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans le monde, 15 ont présenté des rapports d'examen à mi-parcours. Parmi eux, seuls quatre (Égypte, Jordanie, Maurice et Paraguay) signalent que la levée des restrictions constitue une priorité et trois d'entre eux (Égypte, Maurice et Paraguay) se déclarent en passe d'atteindre cet objectif d'ici 2015. Le Liban, la Malaisie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Soudan et le Tadjikistan affichent le même optimisme (voir figure 9.3).

FIGURE 9.3

Examens à mi-parcours, priorités et plans dans les pays imposant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH, 2013



Source : rapports d'examens à mi-parcours 2013.

RECONNAISSANCE CROISSANTE DU PRÉJUDICE CAUSÉ PAR LES RESTRICTIONS À L'ENTRÉE, AU SÉJOUR ET À LA RÉSIDENCE LIÉES AU VIH

Il est de plus en plus admis que les restrictions discriminatoires à l'entrée, au séjour et à la résidence sont en contradiction avec l'évolution des besoins de l'économie mondialisée. En novembre 2012, plus de 40 présidents-directeurs généraux (notamment de grands groupes tels que Coca-Cola, Heineken, Johnson & Johnson, Kenya Airways, Merck, la National Basketball Association, Pfizer et Thomson Reuters), représentant près de 2 millions d'employés dans le monde, ont allégué des raisons économiques et humaines pour préconiser l'abandon des restrictions des déplacements liées au VIH. Ils ont insisté sur le besoin des entreprises d'envoyer leurs employés à l'étranger, indépendamment de leur statut sérologique, aux fins de réussite économique dans un contexte de mondialisation hautement compétitif.

CAP SUR 2015

Des efforts redoublés s'imposent pour parvenir à éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH toujours en vigueur et, en particulier, sensibiliser les hauts fonctionnaires et poursuivre la réforme de la législation et de la réglementation. Les coalitions ou les groupes de travail nationaux, qui rassemblent les fonctionnaires du gouvernement et les membres de la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH, peuvent jouer un rôle particulièrement important et stimuler l'avancée des réformes. Les efforts visant à éduquer et convaincre les principaux décideurs doivent mobiliser les ministères de la Santé, de l'Intérieur, de la Migration, de la Justice et du Travail.

Il semble que les migrants candidats à l'entrée, au séjour et à la résidence dans les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord soient les plus nombreux à être affectés par le dépistage obligatoire du VIH, les restrictions et les expulsions. Il est nécessaire, à cet égard, de déployer une action régionale sensiblement plus importante, par exemple en organisant pour les fonctionnaires nationaux du CCG des visites d'étude dans d'autres pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord n'appliquant pas ces restrictions, comme le Maroc et la Tunisie. La levée des restrictions dans ces pays n'ayant entraîné aucun effet négatif, ces visites peuvent contribuer à éclairer les décideurs en leur montrant que les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH ne sont basées sur aucune justification relevant de la santé publique.

Au lieu d'appliquer des politiques discriminatoires, les pays doivent veiller à ce que toutes les personnes en mouvement, ressortissantes ou non, puissent accéder aux services essentiels liés au VIH. Les pays doivent mettre en œuvre des programmes de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien en matière de VIH dans les secteurs formels et informels.

RÉFORMER LA LÉGISLATION SUR L'IMMIGRATION

La Papouasie-Nouvelle-Guinée œuvre actuellement à la levée de ces restrictions. Les parties prenantes nationales participant à la riposte au VIH ont profité de l'examen de la loi et de la réglementation en matière de migration, réalisé par le ministère des Affaires étrangères et de l'Immigration, pour demander le retrait du VIH et du sida de la liste des maladies susceptibles de présenter un « danger pour la communauté ». Dans le cadre de cet examen, certains ont suggéré que les agents consulaires, les fonctionnaires de l'immigration et les responsables médicaux soient accompagnés afin d'être en mesure d'appliquer de manière cohérente les critères d'évaluation médicale des immigrants. Ces évaluations doivent s'aligner sur la loi de prévention et de gestion du VIH/sida, qui interdit toute discrimination liée au statut sérologique.

10. RENFORCER L'INTÉGRATION DU VIH

La pérennité étant devenue une priorité essentielle de la riposte au sida, de grands progrès ont été réalisés en vue de l'élimination des systèmes parallèles et l'intégration du VIH aux systèmes sanitaires et aux efforts plus larges en matière de développement*. Les pays font de l'intégration du VIH aux divers systèmes une priorité et plus de 90 % d'entre eux (103 sur 109) déclarent que cette intégration constitue une priorité nationale. Cependant, une proportion plus réduite (77 sur 109, soit 70 %) affirme être en passe de réaliser les engagements relatifs à l'intégration nationale. Les autres invoquent souvent les politiques et les pratiques des donateurs, lesquels ont recours à différents modes de financement selon les maladies, ainsi que certaines exigences qui découragent les efforts d'intégration.

Plusieurs pays ont adopté des approches diverses, qui intègrent en partie les services axés sur la population. La portée et l'ampleur de l'intégration des services VIH à d'autres services de santé, et vice-versa, varient en fonction de la nature de l'épidémie et des besoins des populations clés.

ALIGNER LES PROCESSUS DE PLANIFICATION NATIONALE

De nombreux pays ont pris d'importantes mesures de planification nationale pour aligner le VIH à d'autres plans de santé ou de développement plus larges. L'écrasante majorité des pays qui ont réalisé un examen à mi-parcours (82 %) abordent l'intégration dans leur plan stratégique de riposte au VIH ou initiatives équivalentes. De nombreux pays (45 %) déclarent avoir aligné la planification du VIH sur celle d'autres maladies (d'autres infections sexuellement transmissibles p. ex.) ou l'avoir intégrée aux plans de développement et de santé nationaux.

Dans le cadre de leurs efforts pour harmoniser la planification, les pays ont suivi plusieurs approches. Certains (p. ex., le Brésil, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, les Fidji, Madagascar, le Malawi, la Mauritanie, la République de Moldova et le Togo) ont aligné ou totalement intégré la planification stratégique et les cycles budgétaires liés au VIH à la santé en général. Le Népal finance les interventions en matière de VIH au sein d'un cadre plus large qui promeut des approches intégrées par le biais de l'Approche sectorielle et du Mécanisme de fonds communs. D'autres pays, comme l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Gabon, la Géorgie, le Malawi, le Maroc, le Sénégal, la Thaïlande et la Zambie, s'emploient actuellement à intégrer les services liés au VIH à leur régime national d'assurance maladie, aux Caisses de maladie ou à d'autres modèles de financement national, ou l'ont fait à différents niveaux.

* Cette partie transversale concerne l'intégration de différents services VIH (conseil et dépistage, traitement, prévention de la transmission de la mère à l'enfant, VIH et tuberculose, etc.) aux services de santé et de développement globaux et traite, sous un autre angle, de sujets déjà abordés dans ce rapport.

INTÉGRATION DES SERVICES

Lors de la mise en place et de l'intensification des ripostes au VIH, de nombreux pays ont établi des systèmes de services spécialisés visant à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH. Si cette approche convenait aux premières étapes de la riposte, il est désormais certain que l'intégration stratégique des services liés au VIH aux systèmes de santé et à d'autres secteurs est indispensable pour maximiser l'efficacité des services et pérenniser les ripostes.

L'intégration des services par le biais d'une approche unique ne permettra pas de couvrir les besoins de l'ensemble des pays. Diverses approches ont été adoptées dans différents contextes, tenant compte en partie des divers degrés d'importance accordée aux systèmes de services liés au VIH, aux systèmes de santé, et aux besoins et priorités de chaque pays. En dépit des multiples approches suivies, les données factuelles disponibles suggèrent que l'intégration a des effets positifs et améliore la prestation de services et la coordination de la prise en charge. Citons comme exemple la fusion des services liés à la tuberculose et au VIH^{1,2}, l'intégration des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant aux soins de santé maternelle et infantile^{3,4}, la mise en relation VIH et des maladies chroniques non transmissibles^{5,6} et, plus généralement, l'intégration des services VIH aux soins de santé primaires et à l'ensemble des systèmes communautaires et de santé⁷. L'intégration des services est susceptible non seulement d'en améliorer l'accès, mais aussi de réduire les coûts unitaires : on observe ainsi une baisse des coûts de dépistage et d'accompagnement lorsque ces services sont intégrés à d'autres⁸.

Les données des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012 et les rapports des pays ayant réalisé un examen à mi-parcours⁹ illustrent les progrès accomplis (voir figure 10.1) :

- **VIH et tuberculose.** Sur les 105 pays déclarants, 56 (soit 53 %) ont activement œuvré à l'intégration totale des services liés au VIH et à la tuberculose, ou au renforcement de la prestation de services communs. Le niveau d'intégration varie considérablement, allant de l'intégration totale à l'ajout de services spécifiques (p. ex., les services de diagnostic de la tuberculose dans les établissements spécialisés dans le VIH). Plusieurs pays, dont l'Afrique du Sud, l'Arménie, le Botswana, les Comores, l'Éthiopie, l'Érythrée, la Namibie, la République démocratique du Congo et le Soudan du Nord, ont pris conscience de la nécessité d'accentuer l'intégration des services liés au VIH et à la tuberculose afin de promouvoir le diagnostic et le traitement rapides des co-infections VIH/tuberculose.
- **Services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et de soutien à la santé maternelle et infantile.** Sur les 118 pays ayant présenté des données pertinentes, 70 % déclarent avoir intégré le dépistage, les conseils et les services du VIH aux services de soins prénatals et de santé maternelle et infantile afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Quarante-trois pays déclarent avoir lié ou intégré les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aux services de santé maternelle et infantile, notamment la Gambie, la Guinée-Bissau, l'Éthiopie et le Viet Nam (voir encadré ci-dessous).
- **VIH et services liés aux infections sexuellement transmissibles et à la santé sexuelle et reproductive.** Les deux-tiers des pays affirment avoir intégré le VIH aux services de santé sexuelle et reproductive ; 45 pays ont réalisé une évaluation rapide du rapprochement des services liés au VIH avec ceux de santé sexuelle et reproductive. Ainsi, le Népal a mis en place un mécanisme de coordination afin d'intégrer les services de santé reproductive aux programmes liés au VIH en s'appuyant sur des initiatives de formation coordonnées en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive destinées aux prestataires de services. Au Maroc, l'intégration du VIH aux services de santé publique a entraîné une augmentation du nombre des personnes bénéficiant

du dépistage et des conseils (46 000 personnes ont effectué un test de dépistage en 2010 contre 222 620 en 2012). Quant à la couverture des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant destinés aux femmes enceintes vivant avec le VIH, elle est passée de 29 % en 2010 à 48 % en 2012. Plusieurs pays ont signalé que le leadership national est essentiel à l'efficacité de l'intégration. Certains donateurs financent séparément les services liés au VIH et ceux liés à la tuberculose, ce qui peut entraver l'efficacité de l'intégration.

- **VIH et maladies non transmissibles.** L'expansion des services liés au VIH a stimulé l'élargissement des systèmes de prise en charge des maladies chroniques dans de nombreux pays où ces services font traditionnellement défaut. Sur les 115 pays ayant communiqué des informations pertinentes, 27 (23 %) déclarent avoir intégré le dépistage, les conseils et le traitement du VIH aux services de traitement des maladies chroniques non transmissibles. L'ampleur et la profondeur de l'intégration varient d'un pays à l'autre. Certains pays signalent des synergies et des répercussions positives sur la gestion du VIH et des autres maladies chroniques.
- **VIH, soins primaires, systèmes communautaires et systèmes de santé généraux.** Cinquante-cinq pour cent des pays déclarent avoir intégré le conseil et le dépistage du VIH aux soins ambulatoires généraux ; 32 % y ont intégré le traitement antirétroviral. En Arménie, les établissements de soins de santé primaires et prénatals fournissent des services intégrés pour la santé reproductive, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose et le VIH ; les Bahamas ont intégré les services liés au VIH et aux infections sexuellement transmissibles aux soins primaires ; en Namibie, les établissements autonomes spécialisés dans la prise en charge du VIH sont en cours d'intégration aux services de soins de santé primaires. Le Brésil propose des services intégrés du VIH et de santé primaires par le biais de son système national décentralisé de santé publique. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les systèmes communautaires et promouvoir une décentralisation accrue de la prestation des services liés au VIH.

Certes, l'intégration des services est susceptible d'entraîner des avantages dans toutes les régions, mais ce qui est efficace dans un pays ne l'est pas forcément dans un autre. Étant donné que les populations clés évitent les systèmes de service classiques, en particulier lorsque la stigmatisation et la discrimination sont répandues ou lorsque leur statut ou leurs comportements sont criminalisés, il est nécessaire d'adopter des approches axées sur la prestation de services spéciaux¹⁰.

FIGURE 10.1
Intégration du VIH à la prestation des services de santé

Services VIH et tuberculose

D'après les Rapports d'activité 2013, 70 pays (92 %) déclarent disposer de nombreux services intégrés de conseil/dépistage du VIH et de traitement de la tuberculose. Trois pays (4 %) ont lancé le processus.

56 pays (53 %) ont poursuivi l'intégration des services et affirment disposer de nombreux services communs de prise en charge du VIH (conseil, dépistage et traitement) et de la tuberculose.

Services de santé sexuelle et reproductive

79 pays (67 %) affirment disposer de nombreux établissements fournissant des services de conseil et de dépistage du VIH intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive.

34 pays (29 %) déclarent que peu d'établissements ont intégré le conseil et le dépistage du VIH aux services de santé sexuelle et reproductive.

Intégration du VIH aux soins de santé primaires

71 pays (55 %) font état d'un nombre élevé de services de conseil et de dépistage du VIH intégrés aux soins ambulatoires généraux dans les établissements de santé ; 45 (36 %) déclarent que seuls quelques services fonctionnent en commun.

37 pays (32 %) ont progressé davantage et possèdent de nombreux d'établissements proposant des services intégrés de prise en charge du VIH (conseil, dépistage, thérapie antirétrovirale) et des soins ambulatoires généraux ; en revanche, 51 pays (44 %) signalent que seuls quelques établissements fournissent des services intégrés.

VIH et maladies non transmissibles

33 pays (28 %) signalent que l'intégration des services de conseil et de dépistage du VIH aux services de traitement des maladies chroniques non transmissibles est en cours dans de nombreux établissements ; 45 pays (38 %) affichent une intégration limitée de ces services.

27 pays (23 %) affirment que l'intégration de la prise en charge du VIH (conseil, dépistage, thérapie antirétrovirale) et du traitement des maladies chroniques non transmissibles est en place dans de nombreux établissements ; 47 pays (41 %) signalent que seuls quelques établissements proposent ces services intégrés.

Éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et soutenir la santé maternelle et infantile

83 pays (70 %) signalent qu'un nombre élevé d'établissements intègrent le dépistage et le conseil du VIH aux services de soins prénatals et aux services de santé maternelle et infantile afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant.

Cependant, 31 pays (26%) annoncent que seuls quelques services ont intégré le conseil/dépistage du VIH et les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant aux soins prénatals ou à la santé maternelle et infantile.

INTÉGRATION DU VIH HORS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les facteurs déterminants et les synergies de développement garantissent l'efficacité, l'équité et le déploiement des activités élémentaires des programmes liés au VIH. L'intégration des ripostes au VIH aux secteurs sanitaires et non sanitaires renforce leur pérennité.

Le recours aux initiatives de protection sociale afin de promouvoir la prévention du VIH constitue un exemple d'intégration efficace de la riposte au VIH aux initiatives de développement non sanitaires. Il en va de même pour l'insécurité alimentaire, qui nuit à l'efficacité de la prévention et du traitement du VIH¹¹ : les services liés aux VIH doivent donc être intégrés aux programmes visant à améliorer la sécurité alimentaire (nutrition, alimentation, etc.). Plusieurs études se montrent encourageantes quant aux effets potentiels de l'éducation en général¹² et des transferts en espèces, en particulier sur le comportement sexuel des jeunes et leur exposition au VIH^{13, 14, 15}.

CAP SUR 2015

L'intégration du VIH aux efforts plus larges de développement et de santé bénéficie d'un solide appui officiel dans les pays. Parmi ceux qui ont fait de cette question une priorité nationale et ont présenté les résultats de leur examen à mi-parcours, 94 ont inclus des engagements d'intégration dans leurs plans stratégiques nationaux de riposte au VIH.

Bien que l'intégration des services liés au VIH ait beaucoup progressé, le niveau d'intégration de la riposte au secteur de la santé en général et à d'autres secteurs de développement n'est pas homogène à l'échelle internationale.

Selon les examens nationaux à mi-parcours, il est notamment nécessaire de renforcer le leadership et l'engagement en vue de l'élimination des structures parallèles, de faire évoluer l'intégration des services et d'améliorer la collaboration intersectorielle. Plusieurs pays ont proposé que le financement externe cible les services de santé intégrés plutôt que certaines maladies spécifiques. D'autres affirment que l'amélioration efficace de leur système de santé nécessite des investissements dans des services intégrés (infrastructures physiques, nouvelles exigences de formation, nouvelles approches de gestion, structures de notification intégrées à des fins de suivi et d'évaluation, etc.). Il faut perfectionner les systèmes de suivi de l'efficacité des services intégrés et générer davantage de données factuelles détaillées, qui peuvent ensuite servir à élaborer des indicateurs pertinents pour mesurer les résultats obtenus.

L'APRÈS-2015

Les débats sur l'après-2015 envisagent un programme mondial axé sur la santé plutôt que la maladie. Comme l'illustrent les discussions précédentes, la riposte au VIH reconnaît déjà le besoin d'intégrer certains de ses éléments au système de santé, et œuvre dans ce sens. Il faut cependant maintenir la lutte contre le VIH au rang des priorités principales. Les éléments assurant l'efficacité de la riposte doivent être préservés et intégrés aux futurs objectifs de santé et de développement. Toutefois, d'autres éléments doivent être soigneusement considérés afin de déterminer si leur intégration constituera une valeur ajoutée. Il est possible que les populations clés vivant avec le VIH n'accèdent pas nécessairement aux services de santé publique. Les modèles de prestation de services doivent être adaptés aux besoins de ces populations, par exemple en assurant des services groupés de proximité ou par le biais d'autres modèles, et doivent faire participer les communautés affectées¹⁶.

Les nombreux enseignements tirés dans le cadre de la riposte au VIH, pionnière de la prestation de services axés sur les personnes et fondés sur les droits, peuvent s'avérer très utiles aux nouveaux programmes de développement et de santé.

Trois ensembles de mesures sont nécessaires à l'élimination des systèmes parallèles et à l'intégration pertinente des programmes et des services :

- **Politique et planification nationales.** Les programmes liés au VIH, à d'autres maladies ou le secteur de santé en général doivent faire l'objet d'une budgétisation commune. La planification en matière de santé doit se baser et s'associer à d'autres planifications sectorielles (p. ex., la finance, l'éducation, le travail, les droits de l'homme et l'égalité des sexes). Le suivi du VIH doit s'inscrire dans des systèmes d'informations sur la santé plus larges.
- **Gestion.** Les approches des donateurs doivent soutenir, plutôt qu'entraver, la planification et la gestion intégrées des programmes, tandis que les structures de gouvernance doivent être renforcées et adaptées afin d'appuyer l'intégration. Le personnel du secteur de la santé devra faire l'objet d'une analyse rigoureuse afin de garantir des effectifs suffisants et une distribution adéquate des compétences en vue de l'intégration des soins de santé.
- **Point de prestation des services.** Le point de prestation doit, le cas échéant, comprendre des services liés au VIH intégrés aux services de santé, entre autres. La qualité de la prestation de services doit être soumise à un suivi minutieux, et améliorée le cas échéant.

Le volume de données factuelles relatives aux expériences des pays augmente : il sera essentiel de rendre compte des résultats positifs et négatifs afin de mettre au point des orientations et des indicateurs plus clairs quant aux bonnes pratiques d'intégration de la riposte au VIH aux efforts globaux de développement et de santé, et d'identifier les éléments clés de la réussite.

LEADERSHIP NATIONAL ET INNOVATION

Intégrer les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aux services de santé maternelle et infantile.

Dans le monde entier, des pays adoptent des approches innovantes pour intégrer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aux services de santé maternelle et infantile, et contribuer à améliorer la santé des femmes et des enfants.

La Gambie, qui a mis en œuvre des services intégrés destinés aux femmes et aux enfants, a dépassé son objectif en matière de nombre de bébés nés de femmes vivant avec le VIH qui bénéficient d'un traitement au cotrimoxazole pendant les deux premiers mois de leur vie (objectif : 944 ; couverture actuelle : 1070 (113 %)). L'alignement de la prophylaxie avec le calendrier de vaccination du DPT1 suivi par les centres de soins pédiatriques a contribué à sa diffusion.

La Guinée-Bissau a intégré le conseil et le dépistage du VIH aux services de santé sexuelle et reproductive. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est intégrée aux soins prénatals dans presque tous les établissements publics de soins prénatals ; le dépistage est systématique et le taux d'acceptation du dépistage du VIH atteint 85 %. Grâce à l'intensification de l'intégration des services dans les établissements prénatals et les centres de santé, la proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent une thérapie antirétrovirale est passée de 32 % en 2010 à 50 % en 2012.

L'Éthiopie a progressivement intégré une large gamme de services liés au VIH (y compris le conseil et le dépistage, la thérapie antirétrovirale et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant) aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. En dépit de ces avancées, la couverture des services de prévention des nouvelles infections chez les enfants reste inférieure à 50 %, soulignant le besoin de poursuivre les efforts visant à générer une forte demande des services et à améliorer leur accessibilité et leur qualité. Il est particulièrement important d'intégrer entièrement la prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants aux programmes de santé maternelle et infantile et aux services de santé reproductive dans différents points de prestation.

En 2012, le Viet Nam a lancé un modèle pilote d'intégration des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des infections sexuellement transmissibles et de santé sexuelle et reproductive dans deux provinces à faible prévalence du VIH. Les sages-femmes constituent le premier point de contact des femmes enceintes, y compris pour le conseil et le dépistage du VIH. Le Viet Nam prévoit d'étendre le modèle à d'autres régions suite à une évaluation des besoins régionaux en matière de services VIH et de santé sexuelle et reproductive, d'effectifs et d'infrastructures. Afin de soutenir davantage l'intégration des services, la gestion de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, jusqu'à présent assurée par l'Administration vietnamienne de contrôle du sida, est en passe d'être confiée au département de la Santé maternelle et infantile du ministère de la Santé.

En Afrique orientale et australe, le projet régional Joint Linkages SRH/HIV Project soutient l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive et des services liés au VIH dans le cadre de l'élaboration des politiques, de la prestation de services et de la création de connaissances. Financé par l'Union européenne, le projet a mené des évaluations rapides et des enquêtes de référence dans plusieurs pays, cartographié les services de VIH et de santé sexuelle et reproductive, et mis en œuvre un ensemble d'interventions intégrées. Le projet s'aligne sur d'autres initiatives régionales, dont le Plan d'action de Maputo et les stratégies de la Communauté de développement de l'Afrique australe en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive.

RÉFÉRENCES

1. RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

1. Cohen, M. et al. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, vol. 365 : p. 493-505.
2. Auvert, B. et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, vol. 2 : e298.
3. Gray, R. et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomized trial. *Lancet*, vol. 369 : p. 657-666.
4. Bailey, R.C. et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial. *Lancet*, vol. 369 : p. 643-656.
5. Grant, R.M. et al. (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, vol. 363 : p. 2587-2599.
6. Choopanya, et al. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, vol. 381, n° 9883 : p. 2083-2090.
7. Halperin, D.T. et al. (2011). A surprising prevention success: Why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? *PLoS Medicine*, vol. 8, n° 2 : e1000414.
8. Gregson, S. et al. (2010). HIV decline in Zimbabwe due to reductions in risky sex? Evidence from a comprehensive epidemiological review. *International Journal of Epidemiology*, vol. 39, n° 5 : p. 1311-1323.
9. Scott-Sheldon, et al. (2011). Efficacy of behavioral interventions to increase condom use and reduce sexually transmitted infections: A meta-analysis, 1991 to 2010. *Journal of Immune Deficiency Syndromes*, vol. 58 : p. 489-498.
10. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_Case_Study_Club_Risky_Zambia.pdf (en anglais).
11. Johnson, L.F., et al. (2012). The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *J R Soc Interface*. vol. 9, n° 72 : p. 1544-1554.
12. Eyawo, O., et al. (2010). HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, vol. 10 : p. 770-777.
13. Burton, J., Darbes, L. et Operario, D. (2010). Couples-focused behavioural interventions for prevention of HIV: Systematic review of the state of evidence. *AIDS and Behavior*, vol. 14 : p. 1-10.
14. UNFPA (2013) (sous presse). Donor Support for contraceptives and condoms for family planning and STI/HIV prevention in 2012, projet final (New York : Fonds des Nations Unies pour la population).

15. Scorgie, F., et al. (2013). 'We are despised in the hospitals': Sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. *Culture, Health and Sexuality*, vol. 5, n° 4 : p. 450-465.
16. Forum mondial sur les HSH et le VIH (2012). *Accès à la prévention et au traitement du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Résultats de l'étude mondiale 2012 sur la santé et les droits des HSH*. http://www.msmgf.org/files/msmgf/documents/GMHR_2012.pdf (en anglais) - http://www.msmgf.org/files/msmgf/documents/GMHR/GMHR_Factsheet_FR.pdf (résumé en français)
17. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2306128/Collapsible-origami-condom-wins-praise-Bill-Melinda-Gates-Foundation.html> (en anglais).
18. Jewkes, R.K. et al. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study. *Lancet*, vol. 376, n° 9734 : p. 41-48 <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS014067361060548X.pdf> (en anglais).
19. Binagwaho, A. et al. (2012). Adolescents and the right to health: Eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care*, vol. 24, n° 7 : p. 936-942.
20. UNESCO (2009). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* (Genève : UNESCO).
21. Björkman-Nyqvist, M., Corno, L. et de Walque, D. et Svensson, J. (2013). Evaluating the impact of short term financial incentives on HIV and STI incidence among youth in Lesotho: A randomized trial. TUPDC0106 – Séance de discussion affichée - 7^e Conférence internationale de l'IAS sur la pathogénèse, le traitement et la prévention du VIH, Kuala Lumpur, juillet 2013.
22. Baird, S., McIntosh, C. et Özler, B. (2012). Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: A cluster randomised trial. *Lancet*, vol. 379, n° 9823 : p. 1320-1329.
23. Lutz, B. (2012). *Can (Conditional) Cash Transfers Contribute to HIV Prevention for Girls?* (Genève : UNESCO, Égalité des genres, VIH et éducation).
24. Njeuhmeli E et al. (2011). Voluntary Medical Male Circumcision: Modeling the Impact and Cost of Expanding Male Circumcision for HIV Prevention in Eastern and Southern Africa. *PLoS Med*, vol. 8, n° 11.
25. Ibid.
26. Cherutich, P. et al. (2012). Progress in voluntary medical male circumcision service provision – Kenya, 2008–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 61 : p. 957-961.
27. Baral, S., et al. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, vol. 380 : p. 367-377.
28. Gouws, C. et al. (2012). Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: A multi-country analysis. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88 : i76–i85. DOI : 10.1136/sextrans-2012-050719
29. Kerrigan, D. et al. (2010). *The Global HIV Epidemics among Sex Workers* (Washington, DC : Banque mondiale).

30. UNFPA (2010). *HIV and Sex Work: Preventing HIV Risk and Vulnerability* (Genève : UNFPA).
31. Beyrer, C. et al. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, vol. 380 : p. 367-377.
32. Wilson, P., Santos, G., Herbert, P. et Ayala, G. (2011). *Emerging Strategies: A Global Survey of Men Who Have Sex with Men (MSM) and their Health Care Providers* (Oakland, Californie : Forum mondial sur les HSH et le VIH).
33. Sullivan, P.S., et al. (2012). Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. *Lancet*, vol. 380 : p. 388-399.
34. Fay, H. et al. Stigma, healthcare access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS and Behavior*, 2011, vol. 15, p. 1088–1097.
35. Wilson et al., *Emerging Strategies*.
36. Mahler, H.R. et al. (2011). Voluntary medical male circumcision: Matching demand and supply with quality and efficiency in a high-volume campaign in Iringa Region, Tanzania. *PLoS Medicine*, vol. 8 : 31001131.

2. RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMI LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI 2015

1. Harm Reduction International (2012). *The Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response* (Londres : Harm Reduction International).
2. Gouws, C. et al. (2012). Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: a multi-country analysis. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88 : i76–i85. DOI : 10.1136/sextrans-2012-050719.
3. Strathdee, S.A. et Stockman, J. (2010). Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: Current trends and implications for interventions. *Current HIV/AIDS Report*, vol. 7, n° 2 : p. 99–106.
4. Mathers, B.M. et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, vol. 372 : p. 1733–1745.
5. ONUDC (2013). *Rapport mondial sur les drogues 2013* (New York : Nations Unies).
6. Abdul-Quader, A. et al. (2012). *Ukraine HIV Data Synthesis Project: Rapport final, mai 2012* (Atlanta, Géorgie : Centers for Disease Control and Prevention).
7. OMS, ONUDC et ONUSIDA (2013). *Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA* (Genève, Nations Unies).

3. ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

1. Alkema, L et al. (2013). National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. *Lancet*, vol. 381, n° 9878 : p. 1642–1652.

2. Centers for Disease Control and Prevention (2013). Impact of an innovative approach to prevent mother-to-child transmission of HIV: Malawi, July 2011–September 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 62 : p. 148–151.
3. Zaba, B. et al. (2013). Effect of HIV infection on pregnancy-related mortality in sub-Saharan Africa: Secondary analyses of polled community-based data from the network for Analysing Longitudinal Population-based HIV/AIDS data on Africa (ALPHA). *Lancet*, vol. 381 : p. 1763–1771.
4. ONUSIDA, PEPFAR, UNICEF, OMS (2013), *Rapport d'avancement 2013 sur le plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* (Genève : ONUSIDA).
5. Ministère de la Santé du Cambodge (2013). *Standard Operating Procedures for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Paediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia* (Phnom Penh : ministère de la Santé).

4. ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

1. HCR (2012). *UNHCR Global Trends 2012: A Year of Crises* (Genève : HCR).
2. Bor, J. et al. (2013). Increases in adult life expectancy in rural South Africa: Valuing the scale-up of HIV treatment. *Science*, vol. 339 : p. 961–965.
3. Resch, S. et al. (2011). *Economic Returns to Investment in AIDS Treatment in Low and Middle Income Countries*. PLoS ONE 6:e25310.
4. OMS (2011). *Rapport sur l'accès universel* (Genève : OMS).
5. OMS, ONUSIDA et UNICEF (2013). Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités (Genève : OMS, ONUSIDA et UNICEF).
6. Voir Kennedy, C. et al. (2013). Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, vol. 17, n° 5 : p. 1571-1590 et, pour les soins prénataux, voir Hensen, B. et al. (2012). Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing & counselling. *Tropical Medicine & International Health* vol. 17, n° 1 : p. 59-70.
7. Mutale, W., Michelo, C. et al. (2010). Home-based voluntary HIV counselling and testing found highly acceptable and to reduce inequalities. *BMC Public Health*, vol. 10 : p. 347.
8. Sekandi, J.N., Sempeera, H. et al. (2011). High acceptance of home-based HIV counseling and testing in an urban community setting in Uganda. *BMC Public Health*, vol. 11 : p. 730.
9. Voir par exemple, Adam, P.C., de Wit, J.B., Toskin, I., Mathers, B.M. et al. (2009). Estimating levels of HIV testing, HIV prevention coverage, HIV knowledge, and condom use among men who have sex with men (MSM) in low-income and middle-income countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 52, n° 2 : p. S143–S151.
10. Choko, A.T., Desmond, N., Webb, E.L., Chavula, K., Napierala-Mavedzenge, S. et al. (2011). The uptake and accuracy of oral kits for HIV self-testing in high hiv prevalence setting: A cross-sectional feasibility study in Blantyre, Malawi. *PLoS Medicine*, vol. 8, n° 10 : e1001102. DOI:10.1371/journal.pmed.1001102.

11. Gregson, S., Nyamukapa, C.A., Sherr, L., Mugurungi, O. et Campbell, C. (2013). Grassroots community organizations' contribution to the scale-up of HIV testing and counselling services in Zimbabwe. *AIDS*, vol. 27, n° 10 : p. 1657-1666.
12. Suthar, A. B. et al. (2013). Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. *PLoS Med*, vol. 10, n° 8 : e1001496.
13. Kranzer, K., Govindasamy, D. et al. (2012). « Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. » *Journal of the International AIDS Society*, vol. 15, n° 2 : p. 17383.
14. Ivers et al. (2009). « HIV/AIDS, undernutrition, and food insecurity. » *Clinical Infectious Diseases*, vol. 49, n° 7 : p. 1096-1102.
15. Pour le Brésil, voir Grinsztejn, B. (2013). Présentation PowerPoint : Research on maximizing the treatment and prevention benefits of ART in MSM/TG in Brazil. Présentée à la 7^e conférence de l'IAS, Kuala Lumpur, Malaisie, 30 juin-3 juillet 2013. Organisation : Oswaldo Cruz Foundation. Pour le Viet Nam, voir Bui Duc Duong (2013). Présentation PowerPoint : Getting to Three Zeros in Viet Nam. Organisation : Autorités vietnamiennes de lutte contre le VIH/sida. Pour la Chine, voir Ying-Ru Lo (2013). Présentation PowerPoint : HIV Research Priorities. The Strategic Use of Antiretrovirals and Combination Prevention. Présenté au cours de la 2^e réunion du réseau de recherche sur le VIH/sida en Asie, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japon, 19-20 janvier 2013. Organisation : Bureau régional du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la Santé. Pour le Malawi, voir Integrated HIV Program report (2012). Ministère de la Santé du Malawi, http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Programme_Report_2012_Q4.pdf (en anglais).
16. OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde*.
17. ONUSIDA (2013). *Traitement 2015* (Genève : ONUSIDA).
18. Une consultation internationale se penche sur l'accès aux médicaments anti-VIH dans les pays à revenu intermédiaire (ONUSIDA, 13 juin 2013) <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2013/june/20130613brazil/>

5. RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

1. Suthar, A.B. et al. (2012). Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, vol. 9, n° 7 : e1001270. DOI : 10.1371/journal.pmed.1001270.
2. OMS (2012). *Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde* (Genève : OMS), p. 96, 100 et 102.
3. Lawn SD, Kranzer K, Wood R. Antiretroviral therapy for control of the HIV-associated tuberculosis epidemic in resource limited settings. *Clinics in Chest Medicine*. 2009, vol. 30, n° 4 : p. 685–699
4. Ayles, H. et al. Effect of household and community interventions on the burden of tuberculosis in southern Africa: the ZAMSTAR community-randomised trial. *The Lancet, Early Online Publication*, 1er août 2013 doi:10.1016/S0140-6736(13)61131-9

5. Stevens, W. (2013). South Africa's 'Reality Check'. Présenté à la 5e réunion de GLI, Forum international des organisations chargées de la mise en œuvre du système Xpert MTB/RIF, Consultation du réseau des laboratoires de référence supranationaux, Veyrier-du-Lac, France, 16 avril 2013. Organisation : Université du Witwatersrand et National Health Laboratory Service. <http://goo.gl/eUkVXU>, consulté le 28 août 2013.

6. RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

1. Union africaine et ONUSIDA (2013). *Produire des résultats pour mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme en Afrique : reddition de comptes de l'Union africaine sur les engagements du partenariat Afrique-G8*.
2. Union africaine. Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique. 2012. http://www.au.int/en/sites/default/files/Shared_Res_Roadmap_Rev_F%5B1%5D.pdf (en anglais) (Addis Abeba : Union africaine).
3. The President's Comprehensive Response Plan. <http://www.zero-hiv.org/wp-content/uploads/2013/07/PCRP-Summary.pdf> (en anglais)

7. ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES À SE PROTÉGER DU VIH

1. Leclerc-Madlala S. (2008). Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability. *AIDS*, vol. 22, suppl. n° 4 : S17–25.
2. UNESCO (2011). *Recueil de données mondiales sur l'éducation* (Paris : UNESCO).
3. OIT (2012). *Indicateurs clés du marché du travail*, 7^e édition (Genève : OIT).
4. ONUSIDA (2012). Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida (Genève : ONUSIDA).
5. DeLuca, A., Chaisson, R.E. et Martinson, N.A. (2009). Intensified case finding for tuberculosis in prevention of mother-to-child transmission programs: a simple and potentially vital additional for maternal and child health. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 50 : p. 196–199.
6. Francheschi, S. et Guglielmo, R. (2010). The prevention of cervical cancer in HIV-infected women. *AIDS*, vol. 16 : p. 2579–2580.
7. Janet M. Turan, Laura Nyblade (2013). HIV-related Stigma as a Barrier to Achievement of Global PMTCT and Maternal Health Goals: A Review of the Evidence. *AIDS and Behavior*, vol. 17, n° 7, p. 2528–2539.
8. Orner, P (2006). Psychosocial impacts on caregivers of people living with AIDS. *AIDS Care*, vol. 18, n° 3 : p. 236–240.
9. Baral, S. et al. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, vol. 12 : p. 538–549.

10. Baral S, et al. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infection Diseases*, vol. 13, n° 3 : p. 214–222.
11. Programme des Nations Unies pour le développement (2011). *The Socio-economic Impact of HIV at the Household Level: A Regional Analysis* (New York : PNUD).
12. Programme des Nations Unies pour le développement (2012). *Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region* (New York : PNUD).
13. Barker, G. et Ricardo, C. (2005). Young men and the construction of masculinity in sub-Saharan Africa: implications for HIV/AIDS, conflict, and violence. Dans G. Barker et C. Ricardo, *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implications for HIV/AIDS, Conflict, and Violence* (Genève : Banque mondiale).
14. Byamugisha, R. et al. (2010). Research determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Reproductive Health*, vol. 7 : p. 12.
15. Ochieng-Ooko, V. et al. (2010). Influence of gender on loss to follow-up in a large HIV treatment programme in western Kenya. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 88 : p. 681–688.
16. Taylor-Smith, K. et al. (2010). Gender differences in retention and survival on antiretroviral therapy of HIV-infected adults in Malawi. *Malawi Medical Journal*, vol. 22 : p. 49-56.
17. Cornell, M. et al. (2012). Gender differences in survival among adult patients starting antiretroviral therapy in South Africa: a multicentre cohort study. *PLoS Medicine*, vol. 9 : e1001304.
18. Kanters, S. et al. (2013). Increased mortality among HIV-positive men on antiretroviral therapy: survival differences between sexes explained by late initiation in Uganda. *HIV/AIDS – Research and Palliative Care*, vol. 5 : p. 111-119.
19. Jewkes, R. et al. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*, vol. 376, n° 9734 : p. 41-48.
20. Kouyoumdjian, F.B. et al. (2013). Intimate partner violence is associated with incident HIV infection in women in Uganda. *AIDS*, vol. 27 : p. 1331–1338.
21. Organisation mondiale de la Santé (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes* (Genève : OMS).
22. Wechsberg, W.M. et al. (2010). *Drugs, Sex, Gender-based Violence, and the Intersection of the HIV/AIDS Epidemic with Vulnerable Women in South Africa*. Research Triangle Park, Caroline du Nord : RTI Press).
23. Organisation mondiale de la Santé et Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2005), *Violence against sex workers and HIV prevention*. Série des bulletins d'information n° 3.
24. Shannon, K. et al. (2009). Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *British Medical Journal*, vol. 339 : p. 2939.
25. Deering, K.N. (2013). Violence and HIV risk among sex workers in Southern India. *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 40, n° 2 : p. 168–174.

26. Supervie, V., Halima, Y. et Blower, S. (2010). Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *AIDS*, vol. 24 : p. 2841–2847.
27. De Santis, J.P. (2009). HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 20, n° 5 : p. 362-372.
28. Hillis, S.D. et al. (2001). Adverse childhood experience and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, vol. 33, p. 206–211.
29. Ibid.
30. Boily, M.C. et al. (2009). Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act? *The Lancet*, vol. 9, n° 2 : p. 118–129.
31. Osinde, M.O. et al. (2011). Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. *BMC Women's Health*, vol. 11 : p. 50.
32. UNICEF, CDC et Kenya National Bureau of Statistics (2012). *Violence against Children in Kenya: Findings from a 2010 National Survey*.
33. ONUSIDA (2012). *Mid-term Review of the UNAIDS Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV*. UNAIDS/PCB(31)/12.20.

8. ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIÉES AU VIH AINSI QUE LES PRATIQUES ET LES LOIS PUNITIVES

1. Karim, Q.A. et al. (2008). The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Global Public Health*, vol. 3, n° 4 : p. 351-365.
2. Brou, H. et al. (2007). When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PLoS Med*, vol. 4, n° 12 : e342.
3. Bwirire, L.D. et al. (2008). Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 102, n° 12 : p. 1195-1200.
4. Réseau estonien des personnes vivant avec le VIH ; réseau polonais des personnes vivant avec le VIH ; Ligue moldave des personnes vivant avec le VIH ; Positive Living Association, Turquie ; Réseau ukrainien des personnes vivant avec le VIH. *HIV-related stigma: Late testing, Late treatment*. 2011. <http://www.gnpplus.net/en/resources/human-rights-and-stigma/item/101-hiv-related-stigma-late-testing-late-treatment> (en anglais).
5. <http://reproductiverights.org/en/lbs-fs-vs-chile> (en anglais).
6. African Gender and Media Initiative (2012). *Robbed of Choice: Forced and Coerced Sterilization Experiences of Women Living with HIV in Kenya* (Nairobi, Kenya : African Gender and Media Initiative).
7. <http://thinkafricapress.com/namibia/forced-sterilisation-hiv-positive-women> (en anglais).

8. Commission mondiale sur le VIH et le droit (2012). *HIV and the Law: Risks, Rights & Health*. (New York : PNUD) <http://www.hivlawcommission.org/>
9. PNUD (2013). *Legal Protections against HIV-related Human Rights Violations: Experiences and Lessons Learned from National HIV Laws in Asia and the Pacific* (Bangkok : PNUD).
10. ONUSIDA (2012). *Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape*, version révisée (Genève : ONUSIDA). http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf (en anglais).
11. Ibid.
12. ONUSIDA (2012). *Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Scientific, Medical, Legal and Human Rights Issues*, version révisée. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/KeyScientificMedicalLegalIssuesCriminalisationHIV_final.pdf (en anglais).
13. ONUSIDA (2013). *Ending Overly-broad Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Critical Scientific, Medical and Legal Considerations*. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/05/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation.pdf (en anglais).
14. Association internationale des lesbiennes, des gays, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles, 2013. *Rapport 2013 sur l'homophobie d'État*. www.ilga.org.
15. amfAR et Johns Hopkins University (2011). *Achieving an AIDS-free Generation for Gay Men and Other MSM*. www.amfar.org.
16. Chiu, J. et Burris, S. (2011). *Punitive Drug Laws and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*. Document de travail de la Commission mondiale sur le VIH et le droit. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/workingpapers?task=document.viewdoc&id=98>.
17. Méndez, J.E. (2013). Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Conseil des droits de l'homme, 22^e session, n° A/HRC/22/53.
18. Open Society Foundation (2012). *Laws and Policies Affecting Sex Work* (New York : Open Society Foundation).
19. amFAR et International AIDS Society (2012). *The Twin Epidemics of HIV and Drug Use: Innovative Strategies for Healthy Communities*. www.amfar.org.
20. Gouvernement d'Afrique du Sud (2010). Communiqué de presse, 17 mai. <http://allafrica.com/stories/201305161216.html> (en anglais).
21. Katz, I.T. et al. (sous presse). Impact of HIV-related stigma and serostatus disclosure on HIV treatment adherence: systematic review, meta-synthesis, and conceptual framework. *Journal of International AIDS Society*.
22. Stangl, A.L. et al. (sous presse). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*.

23. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2011). Faire la différence : rapport 2011 sur les résultats du Fonds mondial. <http://www.theglobalfund.org/en/library/publications/progressreports>.
24. http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf (en anglais).
25. The Framework for Dialogue, <http://www.frameworkfordialogue.org/> (en anglais)

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

1. http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf (en anglais).

10. RENFORCER L'INTÉGRATION DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH

1. Legido-Quigley, H. et al. (2013). Integrating tuberculosis and HIV services in low- and middle-income countries: a systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, vol. 8, n° 2 : p. 199–211.
2. Uyei, J. et al. (2011). Integrated delivery of HIV and tuberculosis services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, vol. 11 : p. 855–867.
3. Tudor Car, L. et al. (2011). Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programmes with other health services for preventing HIV infection and improving HIV outcomes in developing countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 6.
4. Suthar, A.B. et al. (2013). Integrating antiretroviral therapy into antenatal care and maternal and child health settings: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 91 : p. 46–56.
5. Rabkin, M., Melaku, Z., Bruce, K., Reja, A., Koler, A., Tadesse, Y., Kamiru, H.N., Sibanyoni, L.T. et El-Sadr, W. (2012). Strengthening health systems for chronic care: Leveraging HIV programs to support diabetes services in Ethiopia and Swaziland. *Journal of Tropical Medicine*, 137460. DOI : 10.1155/2012/137460.
6. Gounder, C.R. et Chaisson, R.E. (2012). A diagonal approach to building primary healthcare systems in resource-limited settings: Women-centred integration of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, MCH and NCD initiatives. *Tropical Medicine & International Health*, vol. 17, n° 12 : p. 1426–1431.
7. Topp, S.M. et al. (2010). Strengthening health systems at facility-level: Feasibility of integrating antiretroviral therapy into primary health care services in Lusaka, Zambia. *PLoS ONE*, vol. 5, n° 7 : e11522. DOI : 10.1371/journal.pone.0011522
8. Sweeney, S. et al. (2012). Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: A systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88 : p. 85–99. DOI : 10.1136/sextrans-2011-050199.

9. Les données quantitatives concernent les données issues des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012, tandis que les exemples nationaux sont issus de rapports à mi-parcours (2013).
10. Beyrer, C., Baral, S., Kerrigan, D., El-Bassel, N., Bekker, L. et al. (2011). Expanding the space: Inclusion of most-at-risk populations in HIV prevention, treatment, and care services. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 57 : p. S96–S99.
11. Garcia J. et al. (2013). Persistent household food insecurity, HIV, and maternal stress in peri-urban Ghana. *BMC Public Health*, vol. 13 : p. 215.
12. Stroeken, K., Remes, P., De Koker, P., Michielsen, K., Van Vossolle, A. et Temmerman, M. (2012). HIV among out-of-school youth in Eastern and Southern Africa: A review. *AIDS Care*, vol. 24, n° 2 : p. 186–194. DOI : 10.1080/09540121.2011.596519.
13. Kohler, H.P. et Thornton, R.L. (2011). Conditional cash transfers and HIV/AIDS prevention: Unconditionally promising? *Revue économique de la Banque mondiale*. DOI : 10.1093/wber/lhr041.
14. Baird, S. et al. (2010). The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Economics*, vol. 19, n° 1 : p. 55–68.
15. Baird S.J. et al. (2012). Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: A cluster randomised trial. *Lancet*, vol. 379 : p. 1320-1329.
16. Beyrer, C. et al. (2011). Expanding the space: Inclusion of most-at-risk populations in HIV prevention, treatment, and care services. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, n° 57 (Suppl. n° 2) : p. S96–S99.

ANNEXES

Introduction	A2
Épidémiologie	A4
Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)	
Personnes vivant avec le VIH (tous âges confondus)	
Personnes vivant avec le VIH (âgées de plus de 15 ans)	
Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (tous âges confondus)	
Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (personnes âgées de plus de 15 ans)	
Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH	
Estimation du nombre de décès dus au sida	
Réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle d'ici 2015	A46
Dépistage du VIH, partenaires sexuels multiples et utilisation du préservatif	
Nombre estimé de travailleurs du sexe	
Pourcentage de travailleurs du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent	
Pourcentage de travailleurs du sexe vivant avec le VIH	
Nombre estimé d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin	
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	
Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables d'ici 2015	A54
Nombre estimé de consommateurs de drogues injectables	
Nombre de seringues distribuées par consommateur de drogues injectables, par an, par programme de distribution d'aiguilles et de seringues	
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH	
Éliminer les infections à VIH chez les enfants et réduire le taux de mortalité maternelle	A62
Pourcentage de nourrissons nés de mère séropositive qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des deux premiers mois de leur vie	
Nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants	
Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH	
Assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2015	A78
Maintien du traitement antirétroviral sur 12 mois	
Estimation du nombre d'adultes qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture	
Estimation du nombre d'enfants qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture	
Projection du nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale selon les directives 2013 de l'OMS, pays à revenu faible et intermédiaire	
Réduire de moitié les décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015	A102
Pourcentage de cas estimés de tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH auxquelles ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement antirétroviral	
Patients coïnfectés par le VIH et la tuberculose sous traitement antirétroviral	
Nombre estimé de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans les pays africains à forte prévalence de tuberculose / VIH	
Réduire le déficit mondial de moyens de lutte contre le sida	A110
Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales (en dollars US)	
Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources internationales (en dollars US)	
Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales et de sources internationales (en dollars US)	
Éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH	A126
Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	
Proportion de femmes mariées ou l'ayant été ou vivant en couple, âgées de 15 à 49 ans, qui ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime masculin au cours des 12 derniers mois	
Nombre de femmes adultes infectées par le VIH	
Éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH	A136
Restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH	
Renforcer l'intégration du VIH	A140
Établissements de santé fournissant des services liés au VIH intégrés à d'autres services de santé	
Taux de scolarisation actuel des jeunes âgés de 10 à 14 ans	

INTRODUCTION

Les données recueillies par ONUSIDA et présentées dans les tableaux ci-dessous proviennent de deux sources :

- les Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde, outils en ligne par le biais desquels les pays soumettent leurs données les plus récentes relatives aux indicateurs mondiaux, et
- les estimations modélisées du VIH, créées par des équipes nationales de spécialistes en épidémiologie grâce à un logiciel de modélisation type.

Les Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde contiennent de nombreuses informations sur les progrès réalisés par les pays dans le cadre des principaux indicateurs relatifs au VIH. À l'exception de modifications mineures apportées à deux d'entre eux, les indicateurs principaux sont restés identiques aux précédents lors de la dernière série de rapports, ce qui a permis d'identifier certaines tendances aux niveaux international, régional et national. Les rapports des pays sur l'indice composite des politiques nationales, une vaste enquête menée auprès des représentants gouvernementaux et non gouvernementaux concernant les politiques relatives à la lutte contre le VIH, les droits de l'homme et la prestation de services, n'ont pas été intégrés au Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013. En revanche, ce dernier contient un bref questionnaire concernant les politiques. Les indicateurs utilisés dans le cadre des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde ainsi que le processus de recueil des données sont détaillés à l'adresse suivante : <http://goo.gl/KYeUPt> (en anglais).

Les estimations modélisées relatives au VIH sont indiquées comme telles dans les tableaux ci-dessous. Elles ont été calculées grâce au logiciel informatique Spectrum. Les fichiers nationaux sont conçus au niveau national, puis remis à l'ONUSIDA aux fins d'examen. Les résultats sont validés par des représentants nationaux. Pour les pays qui n'effectuent pas d'estimations modélisées, les projets sont créés sur la base d'informations publiées ou autrement disponibles. Ces estimations ne figurent pas dans les tableaux. Les totaux régionaux ont été calculés sur la base de l'ensemble des fichiers et ne se limitent pas aux fichiers remis par les pays. Les estimations ne présentent que des fourchettes lorsque les données du pays concerné sont insuffisantes pour alimenter la maquette. Les estimations concernant les enfants touchés par des épidémies concentrées sont imprécises, et ne sont donc pas indiquées dans les tableaux.

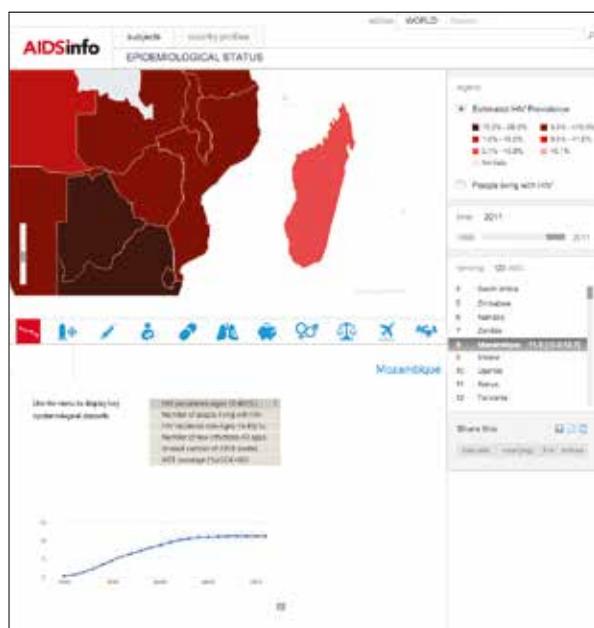
Pour en savoir plus sur le logiciel informatique Spectrum utilisé pour effectuer les estimations, veuillez consulter : www.futuresinstitute.org. Pour en savoir plus sur les hypothèses et le processus d'élaboration des paramètres liés au VIH utilisés par le logiciel Spectrum, veuillez consulter : www.epidem.org.

L'analyse des données du Rapport mondial 2013 se fonde sur les données figurant en annexe. Les données sont également consultables sous différents formats visuels à l'adresse suivante : <http://aidsinfo.unaids.org>, ce qui permet d'exploiter efficacement les données à des fins de communication auprès d'un public ciblé aux niveaux international et national.

Les personnes intéressées par une analyse plus poussée ainsi que par des données ventilées sur une période plus longue pourront consulter le site suivant : www.aidsinfoonline.org.

<http://aidsinfo.unaids.org>

www.aidsinfoonline.org



ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	5,8	5,5	6,3	4,7	4,4	5,0
Afrique du Sud	15,3	14,7	15,8	17,9	17,3	18,4
Angola	1,8	1,3	2,6	2,3	1,9	2,8
Bénin	1,6	1,4	1,8	1,1	1,0	1,3
Botswana	28,1	26,7	29,6	23,0	21,8	24,4
Burkina Faso	2,2	1,9	2,6	1,0	0,8	1,1
Burundi	2,9	2,4	3,4	1,3	1,0	1,5
Cameroun	5,2	4,9	5,6	4,5	4,1	4,9
Cap-Vert	0,5	0,4	0,6	0,2	0,2	0,4
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	4,7	4,3	5,3	2,8	2,5	3,0
Côte d'Ivoire	6,4	5,9	7,2	3,2	2,8	3,8
Érythrée	2,0	1,5	2,7	0,7	0,5	0,9
Éthiopie	3,6	3,3	3,9	1,3	1,2	1,5
Gabon	6,1	5,4	6,9	4,0	3,5	4,8
Gambie	1,0	0,7	1,3	1,3	0,9	1,7
Ghana	2,3	2,0	2,6	1,4	1,2	1,6
Guinée	1,3	1,1	1,5	1,7	1,4	2,0
Guinée équatoriale	3,6	2,0	6,6	6,2	3,4	9,7
Guinée-Bissau	2,8	2,1	3,8	3,9	2,9	5,3
Kenya	8,5	8,2	8,8	6,1	5,9	6,3
Lesotho	23,4	21,9	24,9	23,1	21,7	24,7
Libéria	2,3	1,9	2,6	0,9	0,7	1,1
Madagascar	0,7	0,5	0,8	0,5	0,4	0,6
Malawi	15,5	14,8	16,4	10,8	10,2	11,4
Mali	1,6	1,3	2,0	0,9	0,7	1,2
Maurice	1,0	0,9	1,0	1,2	1,2	1,3
Mauritanie	0,6	0,5	0,8	0,4	0,3	0,6
Mozambique	9,0	8,1	10,2	11,1	9,9	12,9
Namibie	15,0	13,0	17,1	13,3	11,4	15,2
Niger	1,0	0,9	1,2	0,5	0,4	0,6

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Nigéria	3,5	3,0	4,0	3,1	2,8	3,5
Ouganda	6,8	5,9	7,8	7,2	6,4	8,4
Rép. démocratique du Congo	1,5	1,4	1,7	1,1	1,0	1,2
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	7,5	6,7	8,3	5,1	4,6	5,7
Rwanda	4,4	4,0	4,9	2,9	2,6	3,2
Sao Tomé-et-Principe	1,1	0,7	1,5	1,0	0,8	1,4
Sénégal	0,5	0,4	0,6	0,5	0,4	0,6
Sierra Leone	1,0	0,7	1,4	1,5	1,0	2,1
Soudan du Sud	3,1	1,4	5,2	2,7	1,8	4,0
Swaziland	24,8	23,2	26,6	26,5	24,6	28,3
Tchad	3,8	3,3	4,4	2,7	2,3	3,4
Togo	4,5	3,9	5,4	2,9	2,5	3,5
Zambie	15,1	14,2	16,0	12,7	11,9	13,7
Zimbabwe	24,3	23,0	25,6	14,7	13,8	15,6
Amérique du Nord	0,5	0,4	0,7	0,5	0,4	0,8
Canada	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	0,5	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5
Argentine	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5
Belize	1,8	1,6	1,9	1,4	1,3	1,6
Bolivie (État plurinational de)	0,4	0,3	0,6	0,3	0,1	0,4
Brésil	...	0,4	0,5	...	0,4	0,5
Chili	0,4	0,2	0,6	0,4	0,2	0,6
Colombie	0,6	0,5	0,8	0,5	0,4	0,7
Costa Rica	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
El Salvador	0,8	0,6	1,2	0,6	0,4	1,2
Équateur	0,6	0,3	0,9	0,6	0,4	1,1
Guatemala	0,8	0,5	1,3	0,7	0,4	1,5
Guyana	0,7	0,4	1,1	1,3	0,8	2,1

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Honduras	1,2	1,0	1,5	0,5	0,4	0,7
Mexique	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3
Nicaragua	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,3	0,2	0,4
Panama	1,2	1,0	1,5	0,7	0,5	1,0
Paraguay	0,1	< 0,1	0,4	0,3	0,2	0,6
Pérou	0,6	0,4	0,8	0,4	0,2	1,3
Suriname	1,2	1,0	1,4	1,1	1,0	1,2
Uruguay	0,5	0,3	0,7	0,7	0,5	1,0
Vénézuéla (République bolivarienne du)	0,6	0,4	0,9	0,6	0,4	0,9
Asie de l'Est	< 0,1	< 0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Chine ¹	...	...	...	< 0,1	< 0,1	0,1
Japon	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4
Afghanistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Bangladesh	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Bhoutan	< 0,1	< 0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
Cambodge	1,5	1,1	2,6	0,8	0,5	1,5
Inde ¹	0,4	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3
Indonésie	< 0,1	< 0,1	0,2	0,4	0,3	0,7
Malaisie	0,4	0,3	0,6	0,4	0,3	0,6
Maldives	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Myanmar	0,8	0,7	0,9	0,6	0,5	0,6
Népal	0,4	0,4	0,5	0,3	0,2	0,4
Pakistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,2
Philippines	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Rép. démocratique populaire lao	0,1	< 0,1	0,2	0,3	0,2	0,3

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Singapour	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Thaïlande	1,8	1,7	1,9	1,1	1,0	1,2
Viet Nam	0,3	< 0,1	0,6	0,4	0,1	0,8
Caraïbes	1,3	1,2	1,5	1,0	0,9	1,1
Bahamas	3,5	3,4	3,5	3,3	3,2	3,5
Barbade	0,7	0,6	0,9	0,9	0,8	1,1
Cuba	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1
Haïti	2,9	2,6	3,2	2,1	1,9	2,3
Jamaïque	2,4	2,0	2,7	1,7	1,4	2,0
République dominicaine	1,3	1,1	1,5	0,7	0,6	0,8
Trinité-et-Tobago	1,3	1,1	1,4	1,6	1,4	1,7
Europe occidentale et centrale	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Allemagne	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...
Italie	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	...	...

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Lituanie	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	...	...
Serbie	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	0,5	0,4	0,6	0,7	0,6	0,9
Arménie	0,1	< 0,1	0,2	0,2	0,1	0,3
Azerbaïdjan	< 0,1	< 0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Bélarus	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4	0,5
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...
Géorgie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,3	0,2	0,4
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,3	0,2	0,4
Ouzbékistan	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2
République de Moldova	0,5	0,4	0,6	0,7	0,6	0,9

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Tadjikistan	< 0,1	< 0,1	0,1	0,3	0,2	0,6
Ukraine	0,9	0,7	1,0	0,9	0,7	1,0
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	2,3	1,8	2,8	1,2	1,0	1,5
Égypte	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Iran (République islamique d')	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,2	0,1	0,2
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	0,1	0,2
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	0,7	0,4	1,1	0,5	0,4	0,8
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Yémen	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	< 0,1	0,3
Océanie	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
Australie	...	...	...	...	...	...
Fidji	< 0,1	< 0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,7	0,5	1,0	0,5	0,4	0,7
MONDIAL	0,8	0,7	0,9	0,8	0,7	0,9

¹ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	21 700 000	20 200 000	23 500 000	25 000 000	23 500 000	26 600 000
Afrique du Sud	4 300 000	4 100 000	4 700 000	6 100 000	5 800 000	6 400 000
Angola	130 000	96 000	190 000	250 000	210 000	300 000
Bénin	62 000	55 000	70 000	72 000	64 000	80 000
Botswana	300 000	280 000	320 000	340 000	320 000	360 000
Burkina Faso	180 000	160 000	210 000	110 000	99 000	130 000
Burundi	130 000	110 000	150 000	89 000	75 000	110 000
Cameroun	480 000	450 000	530 000	600 000	550 000	660 000
Cap-Vert	1 300	< 1 000	1 400	< 1 000	< 1 000	1 200
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	92 000	84 000	100 000	74 000	68 000	81 000
Côte d'Ivoire	630 000	570 000	710 000	450 000	390 000	530 000
Érythrée	30 000	21 000	41 000	18 000	14 000	24 000
Éthiopie	1 300 000	1 200 000	1 400 000	760 000	690 000	840 000
Gabon	42 000	37 000	48 000	41 000	36 000	48 000
Gambie	7 200	5 400	9 600	14 000	11 000	19 000
Ghana	270 000	230 000	310 000	240 000	200 000	270 000
Guinée	64 000	52 000	77 000	120 000	97 000	140 000
Guinée équatoriale	12 000	6 700	22 000	31 000	17 000	49 000
Guinée-Bissau	21 000	15 000	28 000	41 000	32 000	55 000
Kenya	1 600 000	1 500 000	1 700 000	1 600 000	1 600 000	1 700 000
Lesotho	280 000	260 000	300 000	360 000	340 000	380 000
Libéria	33 000	28 000	39 000	22 000	19 000	26 000
Madagascar	55 000	44 000	67 000	59 000	49 000	69 000
Malawi	1 100 000	1 000 000	1 100 000	1 100 000	1 100 000	1 200 000
Mali	110 000	87 000	140 000	100 000	79 000	120 000
Maurice	7 300	6 700	8 200	11 000	9 600	12 000
Mauritanie	9 100	7 000	12 000	10 000	7 700	15 000
Mozambique	850 000	760 000	970 000	1 600 000	1 400 000	1 800 000
Namibie	170 000	150 000	200 000	220 000	190 000	250 000
Niger	57 000	48 000	69 000	46 000	39 000	56 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Nigéria	2 600 000	2 200 000	3 000 000	3 400 000	3 100 000	3 800 000
Ouganda	1 000 000	910 000	1 200 000	1 500 000	1 400 000	1 800 000
Rép. démocratique du Congo	440 000	400 000	490 000	480 000	440 000	530 000
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	1 500 000	1 400 000	1 700 000	1 500 000	1 300 000	1 600 000
Rwanda	240 000	220 000	270 000	210 000	190 000	230 000
Sao Tomé-et-Principe	< 1 000	< 1 000	1 300	1 400	1 000	1 900
Sénégal	27 000	23 000	32 000	43 000	35 000	52 000
Sierra Leone	27 000	19 000	37 000	58 000	42 000	82 000
Soudan du Sud	120 000	55 000	210 000	150 000	100 000	230 000
Swaziland	150 000	140 000	160 000	210 000	200 000	230 000
Tchad	190 000	160 000	220 000	210 000	180 000	270 000
Togo	130 000	110 000	160 000	130 000	110 000	150 000
Zambie	940 000	880 000	1 000 000	1 100 000	1 000 000	1 200 000
Zimbabwe	1 800 000	1 700 000	2 000 000	1 400 000	1 300 000	1 500 000
Amérique du Nord	970 000	800 000	1 200 000	1 300 000	980 000	1 900 000
Canada	...	36 000	51 000	...	59 000	85 000
États-Unis d'Amérique	...	750 000	1 200 000	...	920 000	1 800 000
Amérique latine	1 300 000	1 100 000	1 500 000	1 500 000	1 200 000	1 900 000
Argentine	78 000	59 000	97 000	98 000	80 000	120 000
Belize	2 500	2 200	2 800	3 100	2 800	3 400
Bolivie (État plurinational de)	18 000	13 000	27 000	16 000	8 500	24 000
Brésil	...	430 000	520 000	...	530 000	660 000
Chili	33 000	16 000	50 000	39 000	25 000	61 000
Colombie	140 000	100 000	180 000	150 000	110 000	190 000
Costa Rica	5 200	4 900	5 500	9 800	8 800	11 000
El Salvador	26 000	19 000	38 000	25 000	16 000	45 000
Équateur	40 000	22 000	60 000	52 000	36 000	99 000
Guatemala	49 000	31 000	76 000	58 000	36 000	130 000
Guyana	3 300	2 000	5 200	7 200	4 300	12 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Honduras	43 000	36 000	52 000	26 000	21 000	33 000
Mexique	190 000	160 000	230 000	170 000	150 000	210 000
Nicaragua	1 300	< 1 000	2 500	9 600	6 600	15 000
Panama	21 000	17 000	26 000	17 000	12 000	22 000
Paraguay	3 600	2 300	11 000	13 000	7 400	24 000
Pérou	94 000	67 000	130 000	76 000	36 000	230 000
Suriname	3 500	2 800	4 100	4 000	3 600	4 400
Uruguay	8 400	5 800	12 000	13 000	9 800	19 000
Vénézuéla (République bolivarienne du)	84 000	56 000	130 000	110 000	74 000	160 000
Asie de l'Est	370 000	270 000	530 000	880 000	650 000	1 200 000
Chine ¹	...	...	...	780 000	620 000	940 000
Japon	...	5 400	8 000	...	7 100	11 000
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	5 500	8 900	...	12 000	20 000
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	3 700 000	2 900 000	4 600 000	3 900 000	2 900 000	5 200 000
Afghanistan	1 600	< 1 000	5 300	4 300	1 600	14 000
Bangladesh	4 000	< 500	6 900	8 000	3 100	82 000
Bhoutan	< 500	< 500	< 500	1 100	< 1 000	2 700
Cambodge	110 000	77 000	190 000	76 000	59 000	120 000
Inde ¹	2 400 000	1 900 000	2 800 000	2 100 000	1 700 000	2 600 000
Indonésie	83 000	< 100	260 000	610 000	390 000	940 000
Malaisie	54 000	38 000	80 000	82 000	60 000	110 000
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	220 000	190 000	250 000	200 000	170 000	220 000
Népal	50 000	41 000	63 000	49 000	39 000	65 000
Pakistan	10 000	6 500	19 000	87 000	50 000	160 000
Philippines	5 400	3 200	11 000	15 000	11 000	23 000
Rép. démocratique populaire lao	3 300	2 500	6 600	12 000	10 000	13 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Singapour	...	2 200	3 900	...	3 000	4 700
Sri Lanka	1 900	1 200	3 500	3 000	2 000	5 000
Thaïlande	660 000	610 000	700 000	440 000	400 000	480 000
Viet Nam	160 000	41 000	320 000	260 000	70 000	490 000
Caraïbes	280 000	250 000	310 000	250 000	220 000	280 000
Bahamas	5 900	5 800	6 100	7 700	6 700	7 400
Barbade	1 100	< 1 000	1 400	1 500	1 300	1 800
Cuba	2 800	2 100	4 000	4 700	3 400	8 200
Haïti	160 000	140 000	180 000	150 000	130 000	160 000
Jamaïque	34 000	28 000	40 000	28 000	23 000	34 000
République dominicaine	64 000	55 000	74 000	45 000	39 000	52 000
Trinité-et-Tobago	10 000	9 200	12 000	14 000	13 000	15 000
Europe occidentale et centrale	590 000	550 000	620 000	860 000	800 000	930 000
Allemagne	...	36 000	44 000	...	62 000	78 000
Autriche	...	3 800	7 000	...	13 000	25 000
Belgique	...	6 600	11 000	...	16 000	26 000
Bulgarie	...	1 100	2 200	...	2 400	5 800
Croatie	...	< 500	< 1 000	...	< 1 000	1 600
Danemark	...	3 000	4 000	...	5 500	7 500
Espagne	...	110 000	140 000	...	140 000	170 000
Estonie	...	3 500	5 300	...	7 200	11 000
Finlande	...	1 500	2 000	...	2 600	3 600
France	...	98 000	130 000	...	120 000	180 000
Grèce	...	7 300	9 200	...	9 300	13 000
Hongrie	...	2 000	3 200	...	2 600	4 800
Irlande	...	3 600	6 100	...	6 300	10 000
Islande	...	< 500	< 500	...	< 500	< 1 000
Israël	...	4 200	7 300	...	6 700	11 000
Italie	...	84 000	120 000	...	110 000	140 000
Lettonie	...	3 500	6 100	...	6 100	12 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Lituanie	...	< 1 000	< 1 000	...	< 1 000	1 800
Luxembourg	...	< 500	< 1 000	...	< 1 000	1 100
Malte	...	< 200	< 500	...	< 500	< 500
Norvège	...	2 400	4 300	...	3 600	6 300
Pays-Bas	...	14 000	24 000	...	20 000	34 000
Pologne	...	16 000	29 000	...	25 000	46 000
Portugal	...	26 000	45 000	...	38 000	62 000
République tchèque	...	1 100	1 400	...	1 800	2 300
Roumanie	...	12 000	20 000	...	14 000	21 000
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	37 000	56 000	...	76 000	120 000
Serbie	...	< 500	3 800	...	2 200	5 500
Slovaquie	...	< 200	< 500	...	< 500	< 1 000
Slovénie	...	< 200	< 500	...	< 500	< 1 000
Suède	...	5 400	10 000	...	7 200	13 000
Suisse	...	11 000	17 000	...	16 000	27 000
Turquie	...	1 300	2 300	...	3 900	8 000
Europe orientale et Asie centrale	860 000	700 000	1 100 000	1 300 000	1 000 000	1 700 000
Arménie	1 700	< 1 000	3 500	3 500	2 300	5 300
Azerbaïdjan	3 600	2 500	5 800	10 000	8 000	14 000
Bélarus	7 200	5 700	9 600	23 000	21 000	26 000
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...
Géorgie	1 500	1 100	2 200	6 600	5 200	9 500
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	1 000	< 1 000	1 800	8 700	6 000	13 000
Ouzbékistan	37 000	23 000	51 000	30 000	23 000	40 000
République de Moldova	14 000	11 000	18 000	19 000	15 000	23 000
Tadjikistan	1 400	< 500	4 000	12 000	6 900	24 000
Ukraine	230 000	200 000	260 000	230 000	190 000	270 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Moyen-Orient et Afrique du Nord	150 000	100 000	230 000	260 000	200 000	380 000
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	9 700	7 600	12 000	7 700	6 200	9 400
Égypte	2 000	1 300	3 400	6 500	4 300	10 000
Iran (République islamique d')	15 000	7 000	29 000	71 000	53 000	100 000
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	8 700	6 200	11 000	30 000	22 000	40 000
Oman	...	< 500	1 300	...	2 800	5 700
Somalie	29 000	16 000	44 000	31 000	21 000	47 000
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	< 500	< 500	1 100	2 300	1 400	3 800
Yémen	4 100	2 000	7 500	19 000	8 900	47 000
Océanie	37 000	30 000	45 000	51 000	43 000	59 000
Australie	...	10 000	15 000	...	18 000	27 000
Fidji	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 200
Nouvelle-Zélande	...	1 300	1 900	...	2 200	3 600
Papouasie-Nouvelle-Guinée	22 000	15 000	32 000	25 000	20 000	31 000
MONDIAL	30 000 000	27 200 000	33 100 000	35 300 000	32 200 000	38 800 000

¹ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	19 400 000	18 000 000	21 000 000	22 100 000	20 700 000	23 400 000
Afrique du Sud	4 100 000	3 900 000	4 400 000	5 700 000	5 500 000	6 000 000
Angola	110 000	85 000	170 000	220 000	180 000	270 000
Bénin	56 000	49 000	63 000	62 000	56 000	70 000
Botswana	290 000	270 000	310 000	330 000	310 000	350 000
Burkina Faso	140 000	120 000	160 000	94 000	81 000	110 000
Burundi	100 000	86 000	120 000	72 000	60 000	88 000
Cameroun	450 000	410 000	490 000	540 000	500 000	590 000
Cap-Vert	1 100	< 1 000	1 200	< 1 000	< 1 000	1 100
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	77 000	70 000	86 000	61 000	56 000	67 000
Côte d'Ivoire	570 000	510 000	650 000	390 000	340 000	450 000
Érythrée	26 000	19 000	35 000	15 000	12 000	20 000
Éthiopie	1 100 000	1 000 000	1 200 000	590 000	540 000	660 000
Gabon	40 000	35 000	45 000	37 000	33 000	44 000
Gambie	6 600	4 900	8 800	13 000	9 400	17 000
Ghana	240 000	210 000	280 000	210 000	180 000	240 000
Guinée	58 000	48 000	71 000	100 000	86 000	130 000
Guinée équatoriale	11 000	6 000	20 000	28 000	15 000	43 000
Guinée-Bissau	19 000	14 000	26 000	35 000	27 000	48 000
Kenya	1 400 000	1 300 000	1 500 000	1 400 000	1 400 000	1 500 000
Lesotho	250 000	240 000	280 000	320 000	300 000	340 000
Libéria	31 000	26 000	36 000	18 000	15 000	22 000
Madagascar	48 000	39 000	59 000	50 000	41 000	60 000
Malawi	910 000	860 000	980 000	950 000	900 000	1 000 000
Mali	94 000	77 000	120 000	84 000	66 000	100 000
Maurice	7 300	6 700	8 100	10 000	9 500	12 000
Mauritanie	8 200	6 300	11 000	8 700	6 300	12 000
Mozambique	780 000	700 000	900 000	1 400 000	1 200 000	1 600 000
Namibie	160 000	140 000	180 000	200 000	180 000	230 000
Niger	51 000	43 000	62 000	36 000	30 000	45 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Nigéria	2 400 000	2 000 000	2 800 000	3 000 000	2 700 000	3 300 000
Ouganda	830 000	730 000	950 000	1 400 000	1 200 000	1 600 000
Rép. démocratique du Congo	370 000	340 000	410 000	390 000	360 000	430 000
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	1 300 000	1 200 000	1 400 000	1 200 000	1 100 000	1 400 000
Rwanda	200 000	180 000	220 000	180 000	160 000	200 000
Sao Tomé-et-Principe	< 1 000	< 1 000	1 200	1 200	< 1 000	1 500
Sénégal	24 000	20 000	29 000	37 000	30 000	44 000
Sierra Leone	25 000	18 000	35 000	52 000	37 000	74 000
Soudan du Sud	110 000	52 000	190 000	140 000	88 000	200 000
Swaziland	130 000	120 000	140 000	190 000	180 000	200 000
Tchad	170 000	140 000	190 000	180 000	150 000	220 000
Togo	120 000	100 000	140 000	110 000	95 000	130 000
Zambie	800 000	750 000	860 000	950 000	900 000	1 000 000
Zimbabwe	1 600 000	1 600 000	1 700 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Amérique du Nord	970 000	800 000	1 200 000	1 300 000	980 000	1 900 000
Canada	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	1 300 000	1 100 000	1 500 000	1 400 000	1 200 000	1 800 000
Argentine	77 000	58 000	96 000	95 000	77 000	110 000
Belize	2 400	2 100	2 600	2 800	2 600	3 100
Bolivie (État plurinational de)	18 000	13 000	26 000	15 000	7 700	23 000
Brésil	...	420 000	510 000	...	520 000	650 000
Chili	33 000	16 000	49 000	39 000	25 000	61 000
Colombie	140 000	100 000	180 000	140 000	100 000	190 000
Costa Rica	5 000	4 700	5 300	9 400	8 500	10 000
El Salvador	25 000	18 000	36 000	24 000	16 000	43 000
Équateur	39 000	21 000	58 000	51 000	36 000	98 000
Guatemala	46 000	29 000	72 000	53 000	33 000	120 000
Guyana	3 100	1 900	4 900	7 000	4 100	11 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Honduras	39 000	32 000	47 000	23 000	19 000	30 000
Mexique	190 000	150 000	230 000	170 000	150 000	210 000
Nicaragua	1 300	< 1 000	2 400	9 500	6 500	15 000
Panama	20 000	16 000	25 000	16 000	12 000	21 000
Paraguay	3 500	2 200	11 000	13 000	7 200	24 000
Pérou	89 000	64 000	120 000	72 000	34 000	230 000
Suriname	3 300	2 700	3 900	3 800	3 400	4 300
Uruguay	8 300	5 800	12 000	13 000	9 600	19 000
Vénézuéla (République bolivarienne du)	80 000	53 000	120 000	100 000	72 000	160 000
Asie de l'Est	370 000	270 000	520 000	880 000	650 000	1 200 000
Chine ¹	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	3 600 000	2 800 000	4 500 000	3 700 000	2 700 000	4 900 000
Afghanistan	1 500	< 1 000	5 000	4 000	1 500	13 000
Bangladesh	3 900	< 500	6 700	7 600	3 000	80 000
Bhoutan	< 500	< 500	< 500	1 000	< 500	2 600
Cambodge	100 000	74 000	180 000	71 000	51 000	130 000
Inde ¹	2 300 000	1 900 000	2 700 000	1 900 000	1 600 000	2 400 000
Indonésie	82 000	< 100	260 000	590 000	380 000	910 000
Malaisie	53 000	38 000	79 000	81 000	59 000	110 000
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	220 000	190 000	250 000	190 000	160 000	210 000
Népal	49 000	40 000	61 000	45 000	36 000	60 000
Pakistan	9 800	6 400	19 000	85 000	48 000	160 000
Philippines	5 100	3 000	10 000	14 000	11 000	22 000
Rép. démocratique populaire lao	3 200	2 400	6 000	11 000	9 300	12 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Singapour	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	1 800	1 100	3 500	2 900	1 900	4 800
Thaïlande	650 000	610 000	690 000	430 000	390 000	470 000
Viet Nam	160 000	41 000	310 000	250 000	68 000	480 000
Caraïbes	250 000	230 000	280 000	230 000	210 000	260 000
Bahamas	5 900	5 700	6 000	6 900	6 600	7 300
Barbade	1 100	< 1 000	1 400	1 500	1 300	1 700
Cuba	2 700	2 100	4 000	4 700	3 300	8 100
Haïti	140 000	120 000	160 000	130 000	120 000	150 000
Jamaïque	33 000	28 000	39 000	28 000	23 000	33 000
République dominicaine	61 000	53 000	70 000	42 000	37 000	49 000
Trinité-et-Tobago	10 000	9 000	11 000	14 000	13 000	15 000
Europe occidentale et centrale	590 000	550 000	620 000	860 000	800 000	920 000
Allemagne	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...
Italie	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	...	...

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Lituanie	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	...	...
Serbie	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	850 000	690 000	1 000 000	1 300 000	990 000	1 600 000
Arménie	1 700	< 1 000	3 500	3 500	2 300	5 300
Azerbaïdjan	3 600	2 500	5 800	10 000	7 900	14 000
Bélarus	7 200	5 700	9 500	23 000	21 000	25 000
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...
Géorgie	1 500	1 100	2 200	6 600	5 200	9 400
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	< 1 000	< 1 000	1 700	8 700	5 900	13 000
Ouzbékistan	36 000	22 000	50 000	27 000	21 000	38 000
République de Moldova	14 000	11 000	18 000	19 000	15 000	23 000
Tadjikistan	1 300	< 500	3 800	11 000	6 500	23 000
Ukraine	230 000	200 000	260 000	230 000	190 000	260 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Personnes vivant avec le VIH (âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Moyen-Orient et Afrique du Nord	130 000	93 000	210 000	250 000	180 000	350 000
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	9 200	7 200	11 000	6 500	5 200	8 000
Égypte	1 900	1 200	3 300	6 300	4 100	9 900
Iran (République islamique d')	15 000	7 000	29 000	70 000	52 000	100 000
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	8 300	5 900	11 000	29 000	22 000	39 000
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	25 000	15 000	40 000	26 000	17 000	40 000
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	< 500	< 500	1 100	2 300	1 300	3 700
Yémen	3 800	1 900	7 200	18 000	8 300	44 000
Océanie	35 000	29 000	43 000	48 000	40 000	55 000
Australie	...	...	...	...	...	...
Fidji	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	21 000	14 000	29 000	22 000	18 000	28 000
MONDIAL	27 500 000	24 900 000	30 300 000	32 100 000	29 100 000	35 300 000

¹ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	2 600 000	2 400 000	2 800 000	1 600 000	1 400 000	1 800 000
Afrique du Sud	640 000	600 000	700 000	370 000	340 000	420 000
Angola	19 000	14 000	26 000	28 000	21 000	36 000
Bénin	7 400	6 500	8 500	4 100	3 200	5 200
Botswana	27 000	25 000	30 000	12 000	11 000	15 000
Burkina Faso	8 400	6 700	10 000	5 800	3 800	8 300
Burundi	5 600	4 500	7 100	4 600	2 400	7 500
Cameroun	62 000	56 000	70 000	45 000	38 000	53 000
Cap-Vert	...	...	...	< 100	< 100	< 100
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	8 900	8 000	10 000	4 700	3 800	5 800
Côte d'Ivoire	58 000	49 000	70 000	30 000	22 000	39 000
Érythrée	1 900	1 200	3 100	< 500	< 500	< 1 000
Éthiopie	130 000	110 000	140 000	20 000	14 000	29 000
Gabon	5 900	5 000	6 800	1 000	< 500	2 100
Gambie	1 500	1 200	2 100	< 1 000	< 500	1 300
Ghana	28 000	24 000	32 000	8 000	4 500	12 000
Guinée	...	...	...	10 000	7 000	14 000
Guinée équatoriale	...	...	...	2 600	1 200	4 500
Guinée-Bissau	4 200	3 200	5 500	3 600	2 300	5 700
Kenya	140 000	130 000	150 000	98 000	91 000	110 000
Lesotho	33 000	30 000	36 000	26 000	23 000	30 000
Libéria	4 300	3 500	5 100	< 500	< 200	< 500
Madagascar	...	...	...	3 900	2 600	5 900
Malawi	110 000	100 000	120 000	66 000	58 000	76 000
Mali	11 000	8 700	15 000	4 200	1 600	7 300
Maurice	...	...	...	< 1 000	< 1 000	1 100
Mauritanie	...	...	...	< 500	< 200	< 1 000
Mozambique	160 000	150 000	190 000	120 000	97 000	150 000
Namibie	23 000	20 000	27 000	10 000	8 000	13 000
Niger	7 800	6 500	9 600	1 100	< 1 000	1 800

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Nigéria	400 000	350 000	470 000	260 000	210 000	310 000
Ouganda	94 000	82 000	110 000	140 000	110 000	170 000
Rép. démocratique du Congo	51 000	47 000	57 000	34 000	30 000	40 000
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	130 000	120 000	150 000	83 000	69 000	100 000
Rwanda	17 000	15 000	20 000	7 800	5 800	11 000
Sao Tomé-et-Principe	< 500	< 200	< 500	< 100	< 100	< 100
Sénégal	4 700	3 900	5 700	2 000	1 300	3 000
Sierra Leone	6 100	4 500	8 200	3 100	1 200	6 900
Soudan du Sud	...	...	...	15 000	7 500	23 000
Swaziland	17 000	16 000	19 000	12 000	9 800	14 000
Tchad	23 000	19 000	31 000	16 000	12 000	21 000
Togo	18 000	15 000	21 000	4 800	2 800	7 500
Zambie	100 000	95 000	110 000	56 000	49 000	64 000
Zimbabwe	130 000	120 000	150 000	69 000	59 000	79 000
Amérique du Nord	46 000	33 000	63 000	48 000	15 000	100 000
Canada	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	97 000	78 000	120 000	86 000	57 000	150 000
Argentine	...	...	...	4 200	2 800	6 200
Belize	< 500	< 500	< 500	< 200	< 100	< 200
Bolivie (État plurinational de)	2 300	1 600	3 500	1 100	< 200	1 900
Brésil	...	...	...	34 000	27 000	45 000
Chili	...	...	...	2 300	1 100	6 200
Colombie	11 000	7 700	15 000	9 000	5 600	14 000
Costa Rica	...	...	...	< 1 000	< 500	< 1 000
El Salvador	...	...	...	1 100	< 500	3 700
Équateur	...	...	...	4 200	2 400	14 000
Guatemala	...	...	...	3 000	1 000	15 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Guyana	...	...	...	< 500	< 200	< 1 000
Honduras	...	...	...	< 1 000	< 1 000	1 700
Mexique	10 000	7 400	14 000	9 300	6 200	14 000
Nicaragua	< 500	< 200	< 500	1 500	< 1 000	2 600
Panama	...	...	...	< 1 000	< 500	1 000
Paraguay	...	...	...	1 600	< 1 000	3 800
Pérou	...	...	...	4 600	1 000	28 000
Suriname	< 500	< 500	< 500	< 500	< 200	< 500
Uruguay	...	...	...	...	...	...
Vénézuela (République bolivarienne du)	...	...	...	6 600	3 300	12 000
Asie de l'Est	68 000	50 000	96 000	81 000	34 000	160 000
Chine ¹	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	400 000	310 000	520 000	270 000	160 000	440 000
Afghanistan	...	...	...	< 1 000	< 200	2 400
Bangladesh	< 1 000	< 100	3 500	< 1 000	< 500	19 000
Bhoutan	...	...	...	< 200	< 100	< 1 000
Cambodge	6 000	3 200	14 000	1 400	< 1 000	2 900
Inde ¹	260 000	220 000	310 000	130 000	80 000	230 000
Indonésie	29 000	< 100	68 000	76 000	47 000	150 000
Malaisie	6 200	4 200	9 500	7 400	4 800	11 000
Maldives	...	...	...	< 100	< 100	< 100
Myanmar	25 000	20 000	30 000	7 100	5 700	8 900
Népal	9 500	7 100	13 000	1 200	< 1 000	2 700
Pakistan	2 300	1 500	4 100	19 000	8 700	39 000
Philippines	< 1 000	< 500	1 600	1 800	1 100	4 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Rép. démocratique populaire lao	...	...	...	1 000	< 1 000	1 200
Singapour	...	...	...	< 200	< 100	< 500
Sri Lanka	< 500	< 200	< 1 000	< 500	< 200	< 1 000
Thaïlande	24 000	21 000	38 000	8 800	5 500	24 000
Viet Nam	31 000	11 000	57 000	13 000	2 300	28 000
Caraiïbes	25 000	22 000	28 000	12 000	9 400	14 000
Bahamas	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Barbade	< 200	< 200	< 200	< 100	< 100	< 100
Cuba	...	...	...	< 500	< 200	1 000
Haïti	14 000	12 000	16 000	8 500	6 900	11 000
Jamaïque	2 900	2 300	3 600	1 400	< 1 000	2 000
République dominicaine	5 900	5 000	7 100	< 500	< 200	< 1 000
Trinité-et-Tobago	1 300	1 200	1 600	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Europe occidentale et centrale	...	...	...	29 000	25 000	35 000
Allemagne	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Italie	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Serbie	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	140 000	110 000	180 000	130 000	89 000	190 000
Arménie	< 500	< 200	1 200	< 500	< 200	< 1 000
Azerbaïdjan	...	...	...	< 1 000	< 500	1 600
Bélarus	2 000	1 500	2 600	1 600	< 1 000	2 400
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...
Géorgie	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 400
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	< 500	< 200	< 500	1 700	< 1 000	2 600
Ouzbékistan	...	...	...	2 300	1 300	3 800
République de Moldova	1 700	1 200	3 900	1 800	1 400	2 500
Tadjikistan	< 1 000	< 500	3 000	2 100	< 1 000	5 500
Ukraine	35 000	30 000	40 000	11 000	7 500	15 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (tous âges confondus)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Moyen-Orient et Afrique du Nord	21 000	16 000	30 000	32 000	22 000	47 000
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	1 700	1 400	2 200	< 500	< 200	< 1 000
Égypte	...	...	...	< 1 000	< 1 000	1 700
Iran (République islamique d')	...	...	...	11 000	7 400	20 000
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	3 400	2 200	5 100
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	3 300	1 800	5 900
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	< 500	< 200	< 1 000
Yémen	...	...	...	3 500	1 400	6 800
Océanie	4 300	3 500	5 400	2 100	1 500	2 700
Australie	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	< 200	< 200	< 200
Nouvelle-Zélande	...	...	...	< 200	< 100	< 500
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3 500	2 600	4 600	< 1 000	< 500	1 200
MONDIAL	3 400 000	3 100 000	3 700 000	2 300 000	1 900 000	2 700 000

¹ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (personnes âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	2 100 000	1 900 000	2 200 000	1 400 000	1 200 000	1 500 000
Afrique du Sud	560 000	530 000	620 000	350 000	320 000	390 000
Angola	16 000	12 000	21 000	23 000	17 000	30 000
Bénin	5 900	5 100	6 900	3 400	2 500	4 300
Botswana	24 000	22 000	26 000	12 000	10 000	14 000
Burkina Faso	3 800	2 600	5 400	4 500	2 800	6 600
Burundi	2 000	1 100	2 900	3 300	1 600	5 900
Cameroun	53 000	47 000	60 000	39 000	33 000	46 000
Cap-Vert	...	...	...	< 100	< 100	< 100
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	6 600	5 900	7 600	3 400	2 700	4 300
Côte d'Ivoire	46 000	37 000	56 000	25 000	19 000	33 000
Érythrée	1 200	< 1 000	2 500	< 500	< 200	< 1 000
Éthiopie	87 000	74 000	100 000	11 000	4 800	18 000
Gabon	5 200	4 300	6 000	< 1 000	< 500	1 700
Gambie	1 300	1 000	1 800	< 1 000	< 500	1 200
Ghana	23 000	19 000	27 000	7 100	4 000	11 000
Guinée	...	...	...	8 500	5 400	12 000
Guinée équatoriale	...	...	...	2 000	< 1 000	3 500
Guinée-Bissau	3 600	2 700	4 700	2 800	1 700	4 500
Kenya	97 000	90 000	110 000	85 000	80 000	96 000
Lesotho	27 000	24 000	30 000	23 000	20 000	26 000
Libéria	3 600	2 900	4 400	< 100	< 100	< 100
Madagascar	...	...	...	2 900	1 800	4 500
Malawi	83 000	78 000	91 000	55 000	49 000	63 000
Mali	8 200	6 000	11 000	3 000	< 1 000	5 500
Maurice	...	...	...	< 1 000	< 1 000	1 100
Mauritanie	...	...	...	< 200	< 100	< 500
Mozambique	140 000	130 000	160 000	100 000	85 000	130 000
Namibie	20 000	18 000	23 000	9 700	7 400	12 000
Niger	6 200	5 100	7 600	< 200	< 100	< 500
Nigéria	350 000	290 000	400 000	200 000	160 000	250 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (personnes âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Ouganda	69 000	59 000	81 000	120 000	100 000	150 000
Rép. démocratique du Congo	38 000	34 000	42 000	24 000	21 000	28 000
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	91 000	80 000	100 000	69 000	58 000	85 000
Rwanda	11 000	8 800	13 000	6 900	5 100	9 300
Sao Tomé-et-Principe	< 500	< 200	< 500	< 100	< 100	< 100
Sénégal	4 000	3 300	4 800	1 300	< 1 000	2 100
Sierra Leone	5 500	4 100	7 400	2 800	1 000	6 100
Soudan du Sud	...	...	...	12 000	6 000	19 000
Swaziland	14 000	13 000	15 000	10 000	8 400	12 000
Tchad	18 000	14 000	24 000	12 000	8 200	16 000
Togo	15 000	12 000	18 000	4 100	2 300	6 500
Zambie	75 000	70 000	81 000	46 000	41 000	54 000
Zimbabwe	97 000	87 000	110 000	59 000	51 000	69 000
Amérique du Nord	46 000	33 000	63 000	48 000	15 000	100 000
Canada	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	90 000	72 000	110 000	84 000	56 000	150 000
Argentine	...	...	...	4 200	2 800	6 100
Belize	< 500	< 500	< 500	< 200	< 100	< 200
Bolivie (État plurinational de)	2 200	1 400	3 300	1 000	< 100	1 800
Brésil	...	...	...	...	...	...
Chili	...	...	...	2 300	1 100	6 200
Colombie	9 900	7 100	14 000	8 700	5 400	13 000
Costa Rica	...	...	...	< 1 000	< 500	< 1 000
El Salvador	...	...	...	1 00	< 500	3 400
Équateur	...	...	...	4 200	2 400	13 000
Guatemala	...	...	...	2 500	< 1 000	13 000
Guyana	...	...	...	< 500	< 200	< 1 000
Honduras	...	...	...	< 1 000	< 1 000	1 500

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (personnes âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Mexique	9 800	6 900	13 000	9 200	6 100	14 000
Nicaragua	< 500	< 200	< 500	1 500	< 1 000	2 600
Panama	...	...	...	< 1 000	< 500	1 000
Paraguay	...	...	...	1 500	< 1 000	3 700
Pérou	...	...	...	4 500	1 000	27 000
Suriname	< 500	< 500	< 500	< 500	< 200	< 500
Uruguay	...	...	...	...	...	...
Vénézuela (République bolivarienne du)	...	...	...	6 300	3 200	12 000
Asie de l'Est	67 000	49 000	95 000	80 000	34 000	150 000
Chine ¹	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	370 000	280 000	480 000	250 000	140 000	410 000
Afghanistan	...	...	...	< 1 000	< 200	2 200
Bangladesh	< 500	< 100	3 400	< 1 000	< 500	18 000
Bhoutan	...	...	...	< 200	< 100	< 1 000
Cambodge	4 900	2 500	12 000	1 200	< 100	< 100
Inde ¹	240 000	190 000	280 000	120 000	70 000	210 000
Indonésie	29 000	< 100	67 000	72 000	44 000	140 000
Malaisie	6 100	4 100	9 400	7 300	4 700	11 000
Maldives	...	...	...	< 100	< 100	< 100
Myanmar	24 000	19 000	29 000	6 400	5 000	8 000
Népal	8 900	6 600	12 000	< 1 000	< 500	2 000
Pakistan	2 200	1 500	4 000	18 000	8 400	38 000
Philippines	< 1 000	< 500	1 500	1 700	1 100	3 900
Rép. démocratique populaire lao	...	...	...	< 1 000	< 1 000	1 100
Singapour	...	...	...	...	...	...

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (personnes âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Sri Lanka	< 500	< 200	< 1 000	< 500	< 200	< 1 000
Thaïlande	23 000	20 000	36 000	8 700	5 400	23 000
Viet Nam	30 000	11 000	55 000	13 000	2 200	27 000
Caraïbes	22 000	19 000	24 000	11 000	9 100	14 000
Bahamas	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Barbade	< 200	< 200	< 200	< 100	< 100	< 100
Cuba	...	...	...	< 500	< 200	< 1 000
République dominicaine	5 200	4 400	6 300	< 500	< 200	< 1 000
Haïti	11 000	9 700	13 000	8 200	6 600	10 000
Jamaïque	2 700	2 100	3 300	1 400	< 1 000	1 900
Trinité-et-Tobago	1 300	1 200	1 500	< 500	< 500	< 1 000
Europe occidentale et centrale	...	...	...	29 000	25 000	34 000
Allemagne	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...
Italie	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	...	...

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (personnes âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	...	...
Serbie	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	140 000	110 000	170 000	130 000	89 000	190 000
Arménie	< 500	< 200	1 200	< 500	< 200	< 1 000
Azerbaïdjan	...	...	...	< 1 000	< 500	1 600
Bélarus	2 000	1 500	2 600	1 600	< 1 000	2 400
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...
Géorgie	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 400
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	< 500	< 200	< 500	1 700	< 1 000	2 600
Ouzbékistan	...	...	...	2 300	1 300	3 800
République de Moldova	1 600	1 200	3 900	1 800	1 400	2 400
Tadjikistan	< 1 000	< 500	3 100	2 000	< 1 000	5 200
Ukraine	34 000	29 000	39 000	11 000	7 400	15 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH (personnes âgées de plus de 15 ans)

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Moyen-Orient et Afrique du Nord	18 000	14 000	25 000	29 000	20 000	43 000
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	1 600	1 200	2 000	< 200	< 200	< 500
Égypte	...	...	...	< 1 000	< 1 000	1 600
Iran (République islamique d')	...	...	...	11 000	7 300	19 000
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	3 400	2 200	5 000
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	2 600	1 300	4 700
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	< 500	< 200	< 1 000
Yémen	...	...	...	3 200	1 300	6 000
Océanie	3 900	3 100	4 800	1 800	1 200	2 400
Australie	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	< 200	< 200	< 200
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3 000	2 200	4 100	< 500	< 500	< 1 000
MONDIAL	2 800 000	2 600 000	3 100 000	2 000 000	1 700 000	2 400 000

¹ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH¹, 2012

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	2,5	2,3	3,0	1,2	0,9	1,6
Afrique du Sud	13,9	12,9	16,8	3,9	2,5	5,7
Angola	1,2	0,9	1,5	0,6	0,4	0,9
Bénin	0,4	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3
Botswana	6,7	5,8	8,4	3,7	2,3	5,5
Burkina Faso	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3	0,5
Burundi	0,6	0,4	0,8	0,4	0,3	0,6
Cameroun	1,8	1,6	2,3	1,0	0,6	1,4
Cap-Vert	< 0,1	< 0,1	0,2	< 0,1	< 0,1	0,1
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	1,3	1,1	1,6	0,8	0,6	1,1
Côte d'Ivoire	1,2	1,0	1,6	0,7	0,5	1,0
Érythrée	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3
Éthiopie	0,5	0,3	0,6	0,3	0,2	0,3
Gabon	1,6	1,1	2,6	0,4	0,2	0,6
Gambie	0,5	0,3	0,8	0,2	0,1	0,5
Ghana	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,4
Guinée	0,8	0,6	1,1	0,4	0,2	0,6
Guinée équatoriale	3,1	1,6	5,5	1,6	0,7	3,1
Guinée-Bissau	1,7	1,1	2,6	0,9	0,5	1,5
Kenya	3,6	3,0	4,6	1,8	1,5	2,3
Lesotho	10,7	9,4	13,0	5,8	3,8	8,4
Libéria	0,1	< 0,1	0,2	< 0,1	< 0,1	0,1
Madagascar	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4
Malawi	4,5	4,0	5,4	2,7	2,0	3,7
Mali	0,3	0,2	0,5	0,2	< 0,1	0,3
Maurice	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,5
Mauritanie	0,2	0,1	0,4	0,1	< 0,1	0,2
Mozambique	6,6	5,7	8,1	2,8	2,1	3,8
Namibie	4,1	3,2	5,5	2,2	1,4	3,4
Niger	0,1	< 0,1	0,2	< 0,1	< 0,1	0,1

ÉPIDÉMIOLOGIE

Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH¹, 2012

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Nigéria	1,3	1,1	1,6	0,7	0,4	1,0
Ouganda	4,0	3,4	4,9	2,3	1,6	3,2
Rép. démocratique du Congo	0,8	0,7	1,0	0,4	0,3	0,6
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	3,6	3,1	4,6	1,8	1,3	2,6
Rwanda	1,3	1,2	1,6	1,0	0,8	1,2
Sao Tomé-et-Principe	0,4	0,3	0,7	0,3	0,1	0,6
Sénégal	0,3	0,2	0,4	0,1	< 0,1	0,2
Sierra Leone	1,0	0,6	1,7	0,3	0,1	0,5
Soudan du Sud	1,2	0,7	2,0	0,6	0,3	1,2
Swaziland	20,0	17,2	24,5	10,3	6,7	14,7
Tchad	1,1	0,8	1,5	0,6	0,4	0,9
Togo	0,9	0,7	1,3	0,5	0,3	0,8
Zambie	4,6	4,1	5,6	3,5	2,5	4,9
Zimbabwe	6,3	5,6	7,5	3,9	2,9	5,2
Amérique du Nord	0,1	< 0,1	0,2	0,3	0,1	0,5
Canada	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	0,1	< 0,1	0,2	0,2	0,1	0,4
Argentine	0,1	< 0,1	0,2	0,2	0,1	0,3
Belize	0,6	0,5	0,7	0,5	0,3	0,8
Bolivie (État plurinational de)	< 0,1	< 0,1	0,2	0,1	< 0,1	0,3
Brésil	...	0,1	0,1	...	0,2	0,4
Chili	< 0,1	< 0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
Colombie	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,5
Costa Rica	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
El Salvador	0,2	0,1	0,5	0,3	0,1	0,8
Équateur	0,2	0,1	0,5	0,4	0,2	1,3
Guatemala	0,2	0,1	0,8	0,3	0,1	1,1

ÉPIDÉMIOLOGIE

Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH¹, 2012

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Guyana	0,8	0,4	1,5	0,5	0,2	1,1
Honduras	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4
Mexique	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	< 0,1	0,2
Nicaragua	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,5
Panama	0,3	0,2	0,4	0,4	0,2	0,6
Paraguay	0,3	0,1	0,6	0,2	< 0,1	0,5
Pérou	0,2	< 0,1	0,6	0,2	< 0,1	1,1
Suriname	0,7	0,5	0,9	0,4	0,3	0,7
Uruguay	0,2	0,1	0,4	0,5	0,3	0,9
Vénézuela (République bolivarienne du)	0,3	0,1	0,4	0,3	0,2	0,6
Asie de l'Est	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1
Chine ²	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	0,1	< 0,1	0,2	0,1	< 0,1	0,2
Afghanistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Bangladesh	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1
Bhoutan	< 0,1	< 0,1	0,2	0,1	< 0,1	0,4
Cambodge	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
Inde ²	0,1	< 0,1	0,2	0,1	< 0,1	0,2
Indonésie	0,5	0,3	0,8	0,4	0,2	0,8
Malaisie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	< 0,1	0,2
Maldives	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Myanmar	0,1	< 0,1	0,1	< 0,1	< 0,1	0,2
Népal	< 0,1	< 0,1	0,1	< 0,1	< 0,1	0,2
Pakistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Philippines	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1

ÉPIDÉMIOLOGIE

Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH¹, 2012

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Rép. démocratique populaire lao	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3
Singapour	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Thaïlande	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,6
Viet Nam	0,1	< 0,1	0,2	0,2	< 0,1	0,6
Caraiïbes	0,5	0,4	0,6	0,3	0,3	0,4
Bahamas	1,8	1,4	2,2	1,3	1,0	1,6
Barbade	0,2	0,2	0,3	...	0,3	0,5
Cuba	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Haïti	0,9	0,8	1,1	0,6	0,4	0,8
Jamaïque	0,5	0,4	0,6	0,9	0,5	1,5
République dominicaine	0,2	0,1	0,3	0,1	< 0,1	0,2
Trinité-et-Tobago	0,9	0,7	1,2	0,6	0,5	0,7
Europe occidentale et centrale	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1
Allemagne	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...

ÉPIDÉMIOLOGIE

Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH¹, 2012

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Italie	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	...	...
Serbie	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4
Arménie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1
Azerbaïdjan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,2	0,1	0,3
Bélarus	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...
Géorgie	0,1	< 0,1	0,2	0,3	0,2	0,5
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,2	< 0,1	0,2
Ouzbékistan	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
République de Moldova	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2

ÉPIDÉMIOLOGIE

Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH¹, 2012

	Femmes			Hommes		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Tadjikistan	0,1	< 0,1	0,3	0,1	< 0,1	0,3
Ukraine	0,5	0,3	0,7	0,4	0,3	0,5
Moyen-Orient et Afrique du Nord	< 0,1	< 0,1	0,1	< 0,1	< 0,1	0,2
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	0,3	0,2	0,5	0,2	0,1	0,2
Égypte	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Iran (République islamique d')	< 0,1	< 0,1	0,2	0,1	< 0,1	0,2
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	< 0,1	< 0,1	0,1	0,1	< 0,1	0,2
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	0,2	0,1	0,4	0,2	< 0,1	0,3
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Yémen	0,1	< 0,1	0,3	0,1	< 0,1	0,3
Océanie	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1
Australie	...	...	...	...	...	...
Fidji	0,1	< 0,1	0,2	0,1	< 0,1	0,2
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,1	< 0,1	0,2	< 0,1	< 0,1	0,1
MONDIAL	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,4

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/844>.

² Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de décès dus au sida

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	1 500 000	1 400 000	1 700 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Afrique du Sud	200 000	190 000	230 000	240 000	220 000	270 000
Angola	8 400	6 200	13 000	13 000	9 200	17 000
Bénin	4 100	3 400	4 900	3 100	2 500	3 900
Botswana	21 000	19 000	23 000	5 700	5 000	6 800
Burkina Faso	19 000	17 000	23 000	5 500	4 100	7 100
Burundi	13 000	11 000	16 000	4 800	3 600	6 300
Cameroun	29 000	26 000	33 000	35 000	30 000	40 000
Cap-Vert	< 200	< 100	< 200	< 100	< 100	< 100
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	9 000	8 000	10 000	5 200	4 500	5 900
Côte d'Ivoire	46 000	40 000	55 000	31 000	26 000	38 000
Érythrée	2 700	1 400	3 800	1 200	< 1 000	1 900
Éthiopie	100 000	89 000	110 000	47 000	40 000	56 000
Gabon	2 400	2 000	2 800	2 300	1 900	2 900
Gambie	< 500	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Ghana	19 000	16 000	24 000	12 000	8 900	15 000
Guinée	3 300	2 500	4 500	5 100	3 700	6 800
Guinée équatoriale	< 1 000	< 500	1 300	1 400	< 500	2 900
Guinée-Bissau	< 1 000	< 1 000	1 300	2 300	1 600	3 100
Kenya	130 000	120 000	140 000	57 000	51 000	65 000
Lesotho	16 000	15 000	18 000	15 000	14 000	17 000
Libéria	2 000	1 600	2 500	1 700	1 300	2 100
Madagascar	4 600	3 800	5 700	6 200	5 300	7 200
Malawi	86 000	81 000	95 000	46 000	40 000	52 000
Mali	7 800	5 500	10 000	4 900	3 300	6 800
Maurice	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Mauritanie	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 100
Mozambique	39 000	35 000	46 000	77 000	65 000	93 000
Namibie	9 300	7 900	11 000	5 000	3 400	7 100
Niger	3 200	2 600	3 900	3 400	2 600	4 300

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de décès dus au sida

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Nigéria	150 000	120 000	200 000	240 000	210 000	280 000
Ouganda	110 000	94 000	120 000	63 000	52 000	81 000
Rép. démocratique du Congo	31 000	28 000	36 000	32 000	29 000	36 000
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	120 000	100 000	130 000	80 000	69 000	94 000
Rwanda	23 000	21 000	26 000	5 600	4 200	7 500
Sao Tomé-et-Principe	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Sénégal	1 300	1 100	1 600	1 900	1 400	2 500
Sierra Leone	1 100	< 1 000	1 700	3 300	2 200	5 100
Soudan du Sud	6 900	1 900	17 000	13 000	8 400	20 000
Swaziland	7 700	6 900	8 700	5 500	4 800	6 300
Tchad	14 000	11 000	16 000	14 000	12 000	19 000
Togo	7 900	6 500	9 800	7 200	5 500	9 500
Zambie	77 000	72 000	84 000	30 000	26 000	36 000
Zimbabwe	160 000	150 000	170 000	39 000	34 000	45 000
Amérique du Nord	19 000	15 000	24 000	20 000	16 000	27 000
Canada	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	82 000	63 000	100 000	52 000	35 000	75 000
Argentine	2 900	1 700	4 300	3 700	2 200	5 300
Belize	< 200	< 100	< 200	< 200	< 100	< 200
Bolivie (État plurinational de)	< 1 000	< 1 000	1 700	1 300	< 1 000	2 000
Brésil	...	18 000	27 000	...	11 000	19 000
Chili	...	...	...	...	...	...
Colombie	8 700	6 400	12 000	6 500	3 800	10 000
Costa Rica	< 200	< 200	< 200	< 500	< 500	< 500
El Salvador	1 600	1 100	2 400	< 1 000	< 500	2 100
Équateur	2 800	1 100	4 700	2 700	1 600	4 400
Guatemala	2 000	1 100	3 200	3 400	1 800	7 100

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de décès dus au sida

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Guyana	< 200	< 100	< 500	< 100	< 100	< 500
Honduras	3 600	3 000	4 400	1 700	1 300	2 200
Mexique	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	< 100	< 100	< 200	< 200	< 100	< 500
Panama	1 700	1 300	2 100	< 1 000	< 500	< 1 000
Paraguay	< 500	< 200	< 1 000	< 500	< 100	< 1 000
Pérou	9 300	4 900	15 000	4 100	1 700	10 000
Suriname	< 500	< 200	< 500	< 200	< 200	< 200
Uruguay	...	...	...	...	...	...
Vénézuela (République bolivarienne du)	6 800	4 100	11 000	3 800	1 400	7 900
Asie de l'Est	18 000	12 000	35 000	41 000	25 000	64 000
Chine ¹	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	220 000	160 000	320 000	220 000	150 000	310 000
Afghanistan	< 200	< 100	< 500	< 500	< 100	< 1 000
Bangladesh	< 200	< 100	< 1 000	< 500	< 200	2 300
Bhoutan	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Cambodge	6 000	4 500	9 500	2 700	1 900	4 700
Inde ¹	130 000	99 000	210 000	140 000	100 000	170 000
Indonésie	1 300	< 100	41 000	27 000	16 000	42 000
Malaisie	4 200	3 000	6 000	5 200	3 100	8 000
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	9 800	8 500	11 000	12 000	9 700	14 000
Népal	1 600	1 200	2 200	4 100	3 100	5 600
Pakistan	< 500	< 500	< 1 000	3 500	2 100	6 600
Philippines	< 500	< 200	< 1 000	< 500	< 200	< 1 000

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de décès dus au sida

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Rép. démocratique populaire lao	< 100	< 100	< 500	< 500	< 500	< 1 000
Singapour	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	< 100	< 100	< 200	< 200	< 200	< 500
Thaïlande	61 000	54 000	67 000	21 000	18 000	24 000
Viet Nam	5 500	< 1 000	12 000	12 000	2 500	24 000
Caraiïbes	24 000	21 000	27 000	11 000	9 400	14 000
Bahamas	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500
Barbade	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Cuba	< 500	< 200	< 500	< 100	< 100	< 100
Haïti	15 000	14 000	17 000	7 500	6 200	8 900
Jamaïque	2 700	2 300	3 400	1 300	< 1 000	1 800
République dominicaine	4 600	3 900	5 500	1 900	1 400	2 600
Trinité-et-Tobago	< 1 000	< 500	< 1 000	< 500	< 500	< 1 000
Europe occidentale et centrale	8 100	7 300	8 700	7 600	6 900	8 300
Allemagne	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de décès dus au sida

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Italie	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	...	...
Serbie	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	36 000	26 000	47 000	91 000	66 000	120 000
Arménie	< 100	< 100	< 200	< 500	< 200	< 500
Azerbaïdjan	< 200	< 100	< 200	< 1 000	< 500	< 1 000
Bélarus	< 500	< 200	< 500	1 200	1 000	1 500
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...
Géorgie	< 100	< 100	< 100	< 200	< 200	< 500
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	< 100	< 100	< 200	< 500	< 200	< 1 000
Ouzbékistan	1 800	< 1 000	2 900	2 400	1 700	3 500
République de Moldova	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 300	< 1 000	1 800

ÉPIDÉMIOLOGIE

Estimation du nombre de décès dus au sida

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Tadjikistan	< 100	< 100	< 200	< 1 000	< 500	< 1 000
Ukraine	8 600	6 900	10 000	18 000	15 000	22 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	8 300	4 600	14 000	17 000	12 000	26 000
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 000
Égypte	< 200	< 100	< 500	< 500	< 200	< 1 000
Iran (République islamique d')	< 500	< 200	1 200	4 600	3 200	6 400
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	< 500	< 500	< 500	1 200	< 1 000	1 800
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	2 000	< 1 000	3 300	2 500	1 700	3 900
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 200
Yémen	< 500	< 100	< 500	< 1 000	< 500	2 400
Océanie	1 500	< 1 000	2 200	1 200	< 1 000	1 800
Australie	...	...	...	...	...	...
Fidji	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 300	< 1 000	2 000	< 1 000	< 1 000	1 600
MONDIAL	1 900 000	1 700 000	2 200 000	1 600 000	1 400 000	1 900 000

¹ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Dépistage du VIH, partenaires sexuels multiples et utilisation du préservatif

Population ayant subi un test de dépistage du VIH et reçu les résultats du test au cours des 12 derniers mois¹

Pourcentage d'adultes âgés entre 15 et 49 ans déclarant avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois²

Pourcentage d'adultes âgés entre 15 et 49 ans ayant eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport³

	Année, source	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Afrique subsaharienne							
Bénin	2012, EDS	14,6	5,2	1,3	21,2	29,9	22,1
Burkina Faso	2010, EDS	11,2	8,4	0,6	16,6	62,3	26,5
Burundi	2010, EDS	18,7	11,7	0,3	3,1	14,3	14,3
Cameroun	2011, MICS	22,3	20,4	...	...	37,3	43,0
Cap-Vert	2012, AIS	47,3	27,9	5,0	34,4	51,1	73,2
Congo	2009, AIS	8,5	7,1	6,8	28,4	29,0	27,9
Côte d'Ivoire	2005, AIS	3,7	3,2	3,6	23,7	40,7	37,5
Érythrée	2012, EDS	41,5	41,7	56,4	41,3	2,3	18,2
Éthiopie	2011, EDS	20,0	20,7	0,4	3,5	47,1	15,5
Gabon	2012, EDS	10,1	29,0	...	...	44,0	51,1
Ghana	2008, EDS	6,8	4,1	1,0	11,3	18,1	26,2
Guinée	2005, EDS	1,1	2,9	2,0	24,7	19,7	24,4
Kenya	2008–09, EDS	29,3	22,8	1,2	9,3	31,8	37,0
Lesotho	2009, EDS	42,0	24,0	6,4	21,9	38,5	52,3
Libéria	2007, EDS	1,6	2,3	5,8	18,0	13,5	22,3
Madagascar	2008–09, EDS	4,2	3,6	2,1	15,5	7,6	7,4
Malawi	2010, EDS	...	31,3	0,7	9,2	27,3	24,5
Mali	2006, EDS	3,1	2,7	1,2	15,2	8,1	12,2
Mozambique	2011, EDS	25,9	14,2	2,8	29,5	30,6	25,5
Namibie	2006, EDS	28,6	17,6	1,7	11,2	65,7	74,4
Niger	2006, EDS	0,9	1,6	0,7	12,3	7,6	6,6
Nigéria	2008, EDS	6,6	6,5	1,0	9,9	22,9	33,1
Ouganda	2006, EDS	12,0	10,4	1,8	20,5	23,9	20,4
Rép. démocratique du Congo	2007, EDS	4,1	3,8	3,0	16,8	8,5	15,9
République-Unie de Tanzanie	2010, EDS	29,5	25,0	3,5	20,7	27,2	23,6
Rwanda	2010–11, EDS	38,6	37,7	0,6	3,9	28,9	27,5
Sao Tomé-et-Principe	2008–09, EDS	31,4	22,8	1,0	16,5	...	32,9
Sénégal	2010–11, EDS	13,6	9,0	0,5	8,4	22,3	20,7

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Dépistage du VIH, partenaires sexuels multiples et utilisation du préservatif

Population ayant subi un test de dépistage du VIH et reçu les résultats du test au cours des 12 derniers mois¹

Pourcentage d'adultes âgés entre 15 et 49 ans déclarant avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois²

Pourcentage d'adultes âgés entre 15 et 49 ans ayant eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport³

	Année, source	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Sierra Leone	2008, EDS	4,1	3,4	3,5	15,7	6,8	15,2
Swaziland	2006–07, EDS	21,9	8,9	1,6	13,6	55,0	55,8
Zambie	2007, EDS	18,5	11,7	1,2	14,4	33,1	28,0
Zimbabwe	2010–11, EDS	33,6	20,5	1,1	10,6	48,0	33,1
Amérique latine							
Bolivie (État plurinational de)	2008, EDS	...	1,9	...	12,0	...	35,2
Colombie	2010, EDS	8,9	...	3,9	...	33,7	...
Guyana	2009, EDS	27,0	21,6	1,3	9,9	47,9	65,4
Honduras	2005–06, EDS	...	...	0,7	...	26,5	...
Asie du Sud et du Sud-Est							
Cambodge	2010, EDS	8,0	6,1	0	1,5	...	39,5
Inde	2005–06, NFHS	1,2	1,4	0,1	1,3	11,8	22,7
Népal	2011, EDS	2,9	7,5	0,1	3,8	...	26,5
Timor-Leste	2009, EDS	...	...	0	1,4	...	19,1
Viet Nam	2005, PAIS	2,0	2,6	...	...	...	...
Caraïbes							
Haïti	2012, EDS	20,6	13,4	1,3	23,0	43,2	43,3
République dominicaine	2007, EDS	20,5	18,6	3,0	24,3	34,9	45,0
Europe occidentale et centrale							
Albanie	2008–09, EDS	0,2	0,6	0,1	5,4	...	36,9
Bosnie-Herzégovine	2012, MICS	...	...	...	...	17,1	43,5
Europe orientale et Asie centrale							
Arménie	2010, EDS	1,9	0,5	0	15,2	...	72,3
Azerbaïdjan	2006, EDS	...	...	0	6,1	...	26,0
République de Moldova	2005, EDS	11,9	10,1	1,3	11,3	27,4	71,5
Ukraine	2007, EDS	12,3	7,2	2,3	12,9	48,0	46,4

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/843>.

² Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/661>.

³ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/842>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Nombre estimé de travailleurs du sexe

	Nombre estimé	Année de l'estimation
Afrique subsaharienne		
Bénin	12 789	2012
Cap-Vert	1 096	2011
Comores	200	2012
Gambie	3 100	2009
Ghana	51 937	2011
Guinée	4 796	2012
Guinée équatoriale	5 791	2012
Guinée-Bissau	3 138	2012
Kenya	133 675	2012
Libéria	1 822	2011
Maurice	9 000	2012
Niger	27 471	2012
Nigéria	459 887	2012
Rwanda	12 278	2012
Sénégal	4 200	2012
Tchad	1 171	2009
Togo	8 000	2009
Amérique latine		
Argentine	72 000	2012
Belize	[346–595]	2012
El Salvador	13 292	2011
Guatemala	21 845	2011
Nicaragua	11 543	2012
Panama	[5 000–10 000]	2012
Paraguay	1 252	2011
Pérou	35 560	2010
Asie du Sud et du Sud-Est		
Bangladesh	[63 600–74 300]	2009
Malaisie	60 000	2010
Myanmar	43 432	2012
Népal	26 878	2011

	Nombre estimé	Année de l'estimation
Pakistan	136 000	2009
Sri Lanka	41 000	2010
Thaïlande	123 530	2012
Viet Nam	65 166	2011
Caraïbes		
Jamaïque	14 957	2011
Europe occidentale et centrale		
Serbie	3 901	2011
Europe orientale et Asie centrale		
Arménie	6 200	2010
Azerbaïdjan	25 054	2011
Bélarus	50 000	2012
Kazakhstan	20 270	2012
Kirghizistan	[5 900–8 100]	2010
République de Moldova	14 768	2011
Tadjikistan	12 500	2009
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Djibouti	2 865	2012
Égypte	24 000	2011
Maroc	66 000	2010
Tunisie	25 000	2012
Océanie		
Australie	25 000	2011
Fidji	857	2012

Remarque : L'ONUSIDA n'a pas exigé que soient dévoilées les sources et méthodes utilisées aux fins d'estimation. Les données que nous communiquons ici reflètent les engagements des pays à estimer le nombre de personnes concernées. L'ONUSIDA ne peut en aucun cas garantir l'exactitude de ces estimations. Toute utilisation accessoire de ces données devra par conséquent tenir compte de cet avertissement.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Pourcentage de travailleurs du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent¹

	2009	2012
Afrique subsaharienne		
Bénin	25	85
Burkina Faso	99	98
Burundi	82	91
Cameroun	73	73
Côte d'Ivoire	97	93
Érythrée	45	71
Gabon	76	58
Guinée	65	77
Guinée-Bissau	93	93
Niger	85	95
Rép. démocratique du Congo	62	32
Sénégal	97	94
Togo	88	91
Amérique latine		
Argentine	99	96
Colombie	...	98
El Salvador	...	97
Guatemala	96	99
Guyana	61	94
Honduras	80	79
Nicaragua	74	96
Panama	76	99
Asie de l'Est		
Mongolie	90	80
Asie du Sud et du Sud-Est		
Afghanistan	58	51
Indonésie	68	58

	2009	2012
Malaisie	61	84
Pakistan	38	35
Rép. démocratique populaire lao	94	92
Viet Nam	78	83
Caraïbes		
Cuba	56	70
Haïti	90	90
Jamaïque	97	91
République dominicaine	81	85
Europe occidentale et centrale		
Bosnie-Herzégovine	76	88
Estonie	94	98
Ex-République yougoslave de Macédoine	78	89
Monténégro	72	78
Roumanie	98	89
Serbie	91	91
Europe orientale et Asie centrale		
Bélarus	70	85
Kazakhstan	96	97
Kirghizistan	94	88
Tadjikistan	84	71
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Maroc	54	50
Tunisie	52	55
Océanie		
Papouasie-Nouvelle-Guinée	50	80

Remarque : Les données présentées ici correspondent uniquement aux chiffres mentionnés dans les analyses des tendances du rapport : elles proviennent de pays indiquant un minimum de 3 points de données uniques depuis 2007. Toutes les données nationales présentées ici sont disponibles sur la base de données en ligne AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/663>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Pourcentage de travailleurs du sexe vivant avec le VIH¹

	2009	2012
Afrique subsaharienne		
Bénin	24,7	21,0
Burkina Faso	8,9	16,4
Burundi	39,8	26,5
Cameroun	35,5	36,8
Tchad	20,0	20,0
Côte d'Ivoire	35,5	28,7
Érythrée	7,8	6,0
Guinée	32,7	16,7
Guinée-Bissau	39,6	39,0
Niger	35,6	17,3
Sénégal	19,8	18,5
Togo	29,3	13,1
Amérique latine		
Argentine	5,4	5,4
Bolivie (État plurinational de)	0,4	0,6
Brésil	5,2	4,9
Chili	0,7	0,3
Guyana	16,6	16,6
Honduras	2,3	2,8
Paraguay	1,8	2,0
Asie du Sud et du Sud-Est		
Afghanistan	0	0,3
Indonésie	10,2	9,0
Rép. démocratique populaire lao	0,5	1,0

	2009	2012
Malaisie	10,5	4,2
Myanmar	18,1	7,1
Pakistan	2,3	2,4
Viet Nam	3,2	2,7
Caraïbes		
Cuba	0,3	1,0
Haïti	5,3	8,4
Jamaïque	4,9	4,6
République dominicaine	4,8	3,7
Europe occidentale et centrale		
Bosnie-Herzégovine	0	0,5
Estonie	7,7	6,2
Lituanie	0	0,3
Monténégro	0,8	0
Serbie	2,2	2,0
Europe orientale et Asie centrale		
Azerbaïdjan	1,7	0,2
Bélarus	6,4	0,7
Kazakhstan	1,3	1,2
Kirghizistan	1,6	3,5
Tadjikistan	2,8	3,7
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Tunisie	0,4	0,6
Océanie		
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5,9	17,8

Remarque : Les données présentées ici correspondent uniquement aux chiffres mentionnés dans les analyses des tendances du rapport : elles proviennent de pays indiquant un minimum de 3 points de données uniques depuis 2007. Toutes les données nationales présentées ici sont disponibles sur la base de données en ligne AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/847>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Nombre estimé d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

	Nombre estimé	Année de l'estimation
Afrique subsaharienne		
Bénin	1 382	2012
Comores	66	2012
Gambie	150	2009
Ghana	30 583	2011
Guinée	613	2012
Guinée-Bissau	7 048	2012
Kenya	13 000	2012
Libéria	711	2011
Maurice	9 000	2012
Niger	10 205	2012
Nigéria	25 476	2012
Sénégal	1 840	2012
Seychelles	266	2011
Togo	751	2011
Amérique du Nord		
Canada	369 532	2011
Amérique latine		
Argentine	300 000	2012
El Salvador	19 688	2011
Guatemala	109 152	2011
Nicaragua	40 956	2012
Panama	[30 335–43 336]	2012
Paraguay	24 159	2011
Pérou	435 426	2010

	Nombre estimé	Année de l'estimation
Asie du Sud et du Sud-Est		
Bangladesh	[21 833–110 581]	2010
Népal	256 600	2011
Sri Lanka	31 000	2010
Thaïlande	550 571	2012
Viet Nam	285 388	2011
Caraïbes		
Jamaïque	38 138	2011
Europe occidentale et centrale		
Serbie	55 447	2011
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	424 200	2011
Europe orientale et Asie centrale		
Arménie	6 600	2010
Azerbaïdjan	6 572	2011
Bélarus	55 000	2012
Kazakhstan	31 940	2012
République de Moldova	22 285	2011
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Égypte	48 000	2011
Maroc	44 000	2010
Tunisie	28 000	2012

Remarque : L'ONUSIDA n'a pas exigé que soient dévoilées les sources et méthodes utilisées aux fins d'estimation. Les données que nous communiquons ici reflètent les engagements des pays à estimer le nombre de personnes concernées des pays à estimer le nombre de personnes concernées. L'ONUSIDA ne peut en aucun cas garantir l'exactitude de ces estimations. Toute utilisation accessoire de ces données devra par conséquent tenir compte de cet avertissement.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin¹

	2009	2012
Afrique subsaharienne		
Burkina Faso	52	58
Cameroun	43	57
Côte d'Ivoire	42	70
Sénégal	76	76
Togo	72	47
Amérique latine		
Brésil	48	60
Costa Rica	65	56
El Salvador	55	57
Guatemala	78	61
Honduras	47	71
Nicaragua	36	51
Panama	86	48
Paraguay	63	74
Asie de l'Est		
Mongolie	78	70
Asie du Sud et du Sud-Est		
Bangladesh	31	26
Indonésie	57	60
Malaisie	21	77
Népal	75	75
Viet Nam	66	67
Caraïbes		
Cuba	52	59

	2009	2012
Haïti	73	73
Jamaïque	73	77
République dominicaine	66	40
Europe occidentale et centrale		
Bosnie-Herzégovine	56	20
Bulgarie	70	66
Estonie	47	42
Ex-République yougoslave de Macédoine	56	49
Lettonie	50	40
Lituanie	47	48
Roumanie	43	42
Serbie	67	58
Europe orientale et Asie centrale		
Bélarus	61	63
Géorgie	62	73
Kazakhstan	76	86
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Égypte	13	20
Tunisie	40	29
Océanie		
Papouasie-Nouvelle-Guinée	51	63

Remarque : Les données présentées ici correspondent uniquement aux chiffres mentionnés dans les analyses des tendances du rapport : elles proviennent de pays indiquant un minimum de 3 points de données uniques depuis 2007. Toutes les données nationales présentées ici sont disponibles sur la base de données en ligne AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/664>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH¹

	2009	2012
Afrique subsaharienne		
Afrique du Sud	13,2	9,9
Côte d'Ivoire	24,5	18,8
Amérique latine		
Argentine	11,8	15,7
Bésil	12,6	10,5
Costa Rica	12,7	10,9
El Salvador	9,8	10,2
Guatemala	7,6	13,3
Guyana	19,4	19,4
Honduras	6,6	6,8
Nicaragua	4,2	6,6
Pérou	10,1	12,4
Asie de l'Est		
Mongolie	1,8	10,7
Asie du Sud et du Sud-Est		
Indonésie	5,2	8,5
Malaisie	3,9	12,6
Rép. démocratique populaire lao	5,6	18,2
Thaïlande	13,5	7,1
Viet Nam	16,7	16,7

	2009	2012
Caraïbes		
Cuba	0,7	7,4
Jamaïque	31,8	37,6
République dominicaine	10,7	7,1
Europe occidentale et centrale		
Bosnie-Herzégovine	0,7	1,2
Bulgarie	3,3	0,6
Ex-République yougoslave de Macédoine	2,8	0,5
Lettonie	4,0	7,8
Lituanie	0	2,6
Roumanie	4,4	5,0
Serbie	6,1	4,4
Europe orientale et Asie centrale		
Bélarus	2,7	1,3
Géorgie	3,6	13,0
Kazakhstan	0,3	0,6
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Égypte	5,6	4,1
Liban	1,0	1,2
Tunisie	4,8	10,1

Remarque : Les données présentées ici correspondent uniquement aux chiffres mentionnés dans les analyses des tendances du rapport : elles proviennent de pays indiquant un minimum de 3 points de données uniques depuis 2007. Toutes les données nationales présentées ici sont disponibles sur la base de données en ligne AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/850>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI 2015

Nombre estimé de consommateurs de drogues injectables

	Nombre estimé	Année de l'estimation
Afrique subsaharienne		
Bénin	35	2012
Cap-Vert	15	2011
Kenya	18 327	2012
Libéria	457	2011
Madagascar	14 445	2011
Maurice	10 000	2011
Niger	670	2012
Nigéria	11 692	2012
Sénégal	1 324	2011
Seychelles	345	2011
Togo	390	2011
Amérique du Nord		
Canada	112 930	2011
Amérique latine		
Mexique	164 157	2011
Asie du Sud et du Sud-Est		
Bangladesh	[21 800–23 800]	2009
Népal	31 308	2011
Pakistan	914 000	2009

	Nombre estimé	Année de l'estimation
Sri Lanka	1 200	2012
Thaïlande	40 300	2011
Viet Nam	217 432	2011
Europe occidentale et centrale		
Roumanie	19 265	2011
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	547 500	2011
Serbie	30 383	2011
Europe orientale et Asie centrale		
Arménie	12 700	2010
Azerbaïdjan	71 283	2011
Bélarus	75 000	2012
Kazakhstan	116 840	2012
République de Moldova	31 562	2011
Tadjikistan	25 000	2009
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Égypte	100 000	2011
Maroc	5 000	2012
Tunisie	9 000	2012

Remarque : L'ONUSIDA n'a pas exigé que soient dévoilées les sources et méthodes utilisées aux fins d'estimation. Les données que nous communiquons ici reflètent les engagements des pays à estimer le nombre de personnes concernées des pays à estimer le nombre de personnes concernées. L'ONUSIDA ne peut en aucun cas garantir l'exactitude de ces estimations. Toute utilisation accessoire de ces données devra par conséquent tenir compte de cet avertissement.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI 2015

Nombre de seringues distribuées par consommateur de drogues injectables, par an, par programme de distribution d'aiguilles et de seringues¹

	2010	2011	2012
Afrique subsaharienne			
Madagascar	...	543	632
Maurice	52	31	28
Sénégal	...	10	6
Amérique latine			
Mexique	3	7	12
Asie de l'Est			
Chine	...	180	193
Asie du Sud et du Sud-Est			
Afghanistan	35	80	119
Bangladesh	214	264	237
Cambodge	44	120	35
Inde	228	387	163
Indonésie	10	7	22
Malaisie	17	116	94
Myanmar	92	118	116
Népal	57	71	36
Pakistan	...	42	98
Rép. démocratique populaire lao	...	...	182
Thaïlande	...	10	12
Viet Nam	141	140	180
Europe occidentale et centrale			
Albanie	...	90	...
Bosnie-Herzégovine	51	26	51
Bulgarie	...	34	34
Chypre	...	< 1	...
Estonie	...	153	...
Ex-République yougoslave de Macédoine	49	23	28
Finlande	...	202	...
Grèce	...	7	56
Hongrie	66	114	74

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI 2015

Nombre de seringues distribuées par consommateur de drogues injectables, par an, par programme de distribution d'aiguilles et de seringues¹

	2010	2011	2012
Lettonie	17	19	...
Lituanie	...	32	...
Luxembourg	...	124	...
Malte	...	302	...
Norvège	...	254	...
Pologne	...	78	47
République tchèque	...	202	...
Roumanie	55	49	52
Serbie	26	69	38
Suède	...	214	...
Suisse	...	88	...
Europe orientale et Asie centrale			
Arménie	16	28	28
Azerbaïdjan	...	49	37
Bélarus	47	48	21
Géorgie	27	22	23
Kazakhstan	176	154	190
Kirghizistan	...	151	253
Ouzbékistan	...	173	124
République de Moldova	66	58	60
Tadjikistan	104	88	199
Ukraine	62	75	...
Moyen-Orient et Afrique du Nord			
Iran (République islamique d')	...	30	74
Maroc	...	13	45
Tunisie	...	15	9
Océanie			
Australie	...	203	203
Nouvelle-Zélande	...	277	...

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/851>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI 2015

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel¹

	2009	2012
Afrique subsaharienne		
Bénin	30	53
Maurice	31	25
Amérique du Nord		
Canada	39	36
Amérique latine		
Bésil	70	41
Mexique	28	58
Paraguay	22	45
Asie du Sud et du Sud-Est		
Afghanistan	35	23
Bangladesh	43	45
Indonésie	36	52
Malaisie	28	27
Népal	51	47
Pakistan	31	23
Thaïlande	42	49
Viet Nam	52	49
Europe occidentale et centrale		
Bosnie-Herzégovine	30	31
Bulgarie	38	59

	2009	2012
Estonie	66	36
Ex-République yougoslave de Macédoine	51	54
Roumanie	17	56
Serbie	29	31
Suède	7	8
Suisse	50	48
Europe orientale et Asie centrale		
Bélarus	59	53
Géorgie	78	34
Kazakhstan	46	51
Kirghizistan	53	49
Ouzbékistan	26	43
République de Moldova	36	23
Tadjikistan	28	52
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Iran (République islamique d')	33	15
Maroc	13	31
Tunisie	35	19
Océanie		
Australie	27	19

Remarque : Les données présentées ici correspondent uniquement aux chiffres mentionnés dans les analyses des tendances du rapport : elles proviennent de pays indiquant un minimum de 3 points de données uniques depuis 2007. Toutes les données nationales présentées ici sont disponibles sur la base de données en ligne AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/852>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI 2015

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection¹

	2009	2012
Afrique subsaharienne		
Bénin	31	71
Maurice	72	89
Amérique latine		
Bésil	54	54
Mexique	40	41
Paraguay	71	92
Asie du Sud et du Sud-Est		
Afghanistan	94	78
Bangladesh	32	36
Indonésie	88	87
Malaisie	83	98
Népal	99	95
Pakistan	77	66
Thaïlande	63	80
Viet Nam	95	96
Europe occidentale et centrale		
Albanie	82	75
Bosnie-Herzégovine	87	92
Ex-République yougoslave de Macédoine	73	92

	2009	2012
Lituanie	98	77
Monténégro	24	95
Roumanie	85	16
Serbie	80	85
Suède	58	65
Europe orientale et Asie centrale		
Bélarus	87	89
Géorgie	48	83
Kazakhstan	63	58
Ouzbékistan	82	80
République de Moldova	99	100
Tadjikistan	63	94
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Iran (République islamique d')	74	92
Maroc	7	67
Tunisie	78	88
Océanie		
Australie	80	79

Remarque : Les données présentées ici correspondent uniquement aux chiffres mentionnés dans les analyses des tendances du rapport : elles proviennent de pays indiquant un minimum de 3 points de données uniques depuis 2007. Toutes les données nationales présentées ici sont disponibles sur la base de données en ligne AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/853>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI 2015

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH¹

	2009	2012
Afrique subsaharienne		
Maurice	47,1	51,6
Amérique du Nord		
Canada	12,7	10,9
Amérique latine		
Bésil	5,9	5,9
Mexique	5,0	5,8
Asie du Sud et du Sud-Est		
Afghanistan	7,1	4,4
Bangladesh	1,6	1,1
Indonésie	52,4	36,4
Malaisie	22,1	18,9
Myanmar	36,3	18,0
Népal	20,7	6,3
Pakistan	20,8	27,2
Thaïlande	38,7	25,2
Viet Nam	18,4	11,6
Europe occidentale et centrale		
Albanie	0	0,5
Bosnie-Herzégovine	0,4	0,3
Bulgarie	6,8	7,0
Estonie	62,5	52,4
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,8	0

	2009	2012
Lettonie	22,6	11,2
Lituanie	8,0	4,6
Luxembourg	1,8	2,4
Monténégro	0	0,3
Roumanie	1,1	6,9
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	1,6	1,0
Serbie	4,8	1,7
Suisse	10,9	7,3
Europe orientale et Asie centrale		
Bélarus	13,7	17,1
Géorgie	2,2	3,0
Kazakhstan	2,9	4,0
Kirghizistan	14,3	14,6
République de Moldova	16,4	7,9
Tadjikistan	17,6	13,5
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Iran (République islamique d')	14,3	13,6
Maroc	2,1	11,4
Tunisie	3,1	3,0
Océanie		
Australie	1,5	1,2
Nouvelle-Zélande	0,3	0,4

Remarque : Les données présentées ici correspondent uniquement aux chiffres mentionnés dans les analyses des tendances du rapport : elles proviennent de pays indiquant un minimum de 3 points de données uniques depuis 2007. Toutes les données nationales présentées ici sont disponibles sur la base de données en ligne AIDSinfo (www.aidsinfoonline.org).

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/855>.

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Pourcentage de nourrissons nés de mère séropositive qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des deux premiers mois de leur vie^{1,2}

	2012
Afrique subsaharienne	
Angola	9
Bénin	26
Botswana	39
Burkina Faso	40
Burundi	8
Cameroun	46
Cap-Vert	63
Comores	0
Congo	8
Côte d'Ivoire	15
Éthiopie	19
Gabon	47
Ghana	16
Guinée	0
Kenya	39
Libéria	93
Madagascar	0
Malawi	4
Mali	19
Maurice	18
Mozambique	35
Namibie	62
Rép. démocratique du Congo	3
République-Unie de Tanzanie	32
Rwanda	75
Sénégal	10
Sierra Leone	3

	2012
Tchad	3
Togo	13
Zambie	74
Zimbabwe	36
Amérique latine	
Argentine	70
Brésil	21
Chili	97
Colombie	68
Costa Rica	100
El Salvador	11
Équateur	90
Guatemala	14
Guyana	39
Honduras	39
Nicaragua	55
Panama	35
Paraguay	43
Pérou	17
Uruguay	100
Vénézuéla (République bolivarienne du)	26
Asie de l'Est	
Chine	34
Mongolie	100
Asie du Sud et du Sud-Est	
Cambodge	33
Malaisie	100
Myanmar	7

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Pourcentage de nourrissons nés de mère séropositive qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des deux premiers mois de leur vie^{1,2}

	2012
Pakistan	0
Philippines	3
Rép. démocratique populaire lao	7
Sri Lanka	40
Thaïlande	77
Viet Nam	24
Caraïbes	
Antigua-et-Barbuda	14
Bahamas	90
Haïti	70
République dominicaine	44
Saint-Vincent-et-les Grenadines	74
Sainte-Lucie	50
Trinité-et-Tobago	27
Europe occidentale et centrale	
Albanie	0
Bosnie-Herzégovine	100
Bulgarie	100
Espagne	100
Pologne	100
Roumanie	96
Serbie	100
Slovaquie	100
Europe orientale et Asie centrale	
Arménie	54
Azerbaïdjan	97

	2012
Bélarus	78
Géorgie	100
Kazakhstan	98
Kirghizistan	15
Ouzbékistan	45
République de Moldova	95
Moyen-Orient et Afrique du Nord	
Algérie	100
Djibouti	28
Égypte	100
Émirats arabes unis	100
Iran (République islamique d')	46
Liban	9
Maroc	47
Oman	52
Tunisie	7
Yémen	20
Océanie	
Australie	100
Fidji	71
Micronésie (États fédérés de)	0
Nouvelle-Zélande	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	31
Samoa	1

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/857>.

² Basé sur les données communiquées par les pays dans le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde, 2013.

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	500 000	460 000	560 000	230 000	200 000	280 000
Afrique du Sud	75 000	67 000	82 000	21 000	19 000	32 000
Angola	3 600	2 600	5 300	5 100	4 000	6 600
Bénin	1 500	1 300	1 800	< 1 000	< 1 000	< 1 000
Botswana	3 200	2 900	3 500	< 500	< 500	< 1 000
Burkina Faso	4 600	3 800	5 500	1 300	< 1 000	1 800
Burundi	3 600	3 000	4 500	1 300	< 1 000	1 800
Cameroun	9 700	8 500	11 000	5 800	4 600	7 100
Cap-Vert	...	...	...	...	...	...
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	2 300	2 000	2 600	1 300	1 100	1 500
Côte d'Ivoire	13 000	11 000	15 000	4 700	3 400	6 400
Érythrée	< 1 000	< 500	< 1 000	< 200	< 100	< 500
Éthiopie	39 000	33 000	45 000	9 500	7 300	12 000
Gabon	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Gambie	...	...	...	...	...	...
Ghana	5 200	4 400	6 200	< 1 000	< 1 000	1 500
Guinée	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Guinée-Bissau	< 1 000	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 200
Kenya	40 000	35 000	45 000	13 000	10 000	17 000
Lesotho	6 100	5 500	6 600	3 700	3 100	4 300
Libéria	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Madagascar	...	...	...	...	...	...
Malawi	28 000	25 000	31 000	11 000	8 200	14 000
Mali	...	...	...	...	...	...
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	...	...	...	...	...	...
Mozambique	21 000	19 000	25 000	14 000	11 000	20 000
Namibie	3 100	2 600	3 700	< 1 000	< 1 000	1 200
Niger	...	...	...	...	...	...

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Nigéria	58 000	48 000	70 000	59 000	49 000	70 000
Ouganda	25 000	21 000	30 000	15 000	10 000	22 000
Rép. démocratique du Congo	14 000	12 000	16 000	11 000	9 300	12 000
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	42 000	37 000	48 000	14 000	8 600	21 000
Rwanda	6 400	5 600	7 300	< 1 000	< 500	1 500
Sao Tomé-et-Principe	...	...	...	...	...	...
Sénégal	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	< 1 000	< 500	< 1 000	< 500	< 500	< 1 000
Soudan du Sud	...	...	...	...	...	...
Swaziland	3 600	3 200	3 900	1 600	1 300	2 000
Tchad	5 200	4 300	6 200	4 100	3 200	5 500
Togo	3 000	2 400	3 600	< 1 000	< 500	1 200
Zambie	27 000	24 000	30 000	9 400	8 300	11 000
Zimbabwe	37 000	34 000	41 000	9 300	7 000	12 000
Amérique du Nord	< 200	< 200	< 500	< 200	< 200	< 500
Canada	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	7 400	6 000	9 000	2 000	< 1 000	4 600
Argentine	...	...	...	...	...	...
Belize	...	...	...	...	...	...
Bolivie (État plurinational de)	...	...	...	...	...	...
Brésil	...	...	...	...	...	...
Chili	...	...	...	...	...	...
Colombie	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	...	...	...	...	...	...
El Salvador	...	...	...	...	...	...
Équateur	...	...	...	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	...	...

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Guyana
Honduras
Mexique
Nicaragua
Panama
Paraguay
Pérou
Suriname
Uruguay
Vénézuéla (République bolivarienne du)
Asie de l'Est	1 000	< 1 000	1 500	1 500	< 1 000	3 300
Chine ¹
Japon
Mongolie
République de Corée
Rép. populaire démocratique de Corée
Asie du Sud et du Sud-Est	30 000	26 000	42 000	21 000	16 000	32 000
Afghanistan
Bangladesh
Bhoutan
Cambodge
Inde ¹
Indonésie
Malaisie
Maldives
Myanmar
Népal
Pakistan
Philippines

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Rép. démocratique populaire lao
Singapour
Sri Lanka
Thaïlande
Viet Nam
Caraïbes	3 500	3 000	4 000	< 500	< 500	< 1 000
Bahamas
Barbade
Cuba
Haïti	2 500	2 100	2 900	< 500	< 500	< 1 000
Jamaïque
République dominicaine
Trinité-et-Tobago
Europe occidentale et centrale	< 200	< 100	< 200
Allemagne
Autriche
Belgique
Bulgarie
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Finlande
France
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Italie
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Norvège
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Turquie
Europe orientale et Asie centrale	3 700	2 900	4 700	< 1 000	< 500	1 200
Arménie
Azerbaïdjan
Bélarus
Fédération de Russie
Géorgie
Kazakhstan
Kirghizistan
Ouzbékistan
République de Moldova

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Tadjikistan	...	...	...	...	...	...
Ukraine	...	...	...	...	...	...
Moyen-Orient et Afrique du Nord	2 600	1 700	4 200	3 000	2 000	4 600
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	< 200	< 200	< 500	< 200	< 100	< 200
Égypte	...	...	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	...	...	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
Océanie	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
Australie	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	< 500	< 500	< 1 000	< 500	< 200	< 500
MONDIAL	550 000	500 000	620 000	260 000	230 000	320 000

¹ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH¹, 2012

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant²

Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	861 036	1 400 000	1 200 000	1 500 000	64	58	70
Afrique du Sud	234 952	280 000	260 000	310 000	83	75	90
Angola	2 656	15 000	12 000	19 000	17	14	22
Bénin	1 349	3 400	2 900	4 000	40	34	47
Botswana	12 207	13 000	11 000	14 000	> 95	86	> 95
Burkina Faso	3 582	5 400	4 400	6 700	66	53	81
Burundi	2 742	5 100	3 900	6 500	54	41	69
Cameroun	17 362	27 000	23 000	31 000	64	56	73
Cap-Vert	244	...	...	...	...	...	...
Comores	3	...	...	...	...	...	...
Congo	579	3 100	2 700	3 500	19	17	22
Côte d'Ivoire	13 294	20 000	16 000	24 000	68	55	84
Érythrée	291	< 1 000	< 500	< 1 000	46	34	69
Éthiopie	15 828	38 000	32 000	46 000	41	35	49
Gabon	1 064	1 500	1 300	1 900	70	57	87
Gambie	1 068	...	...	...	...	...	...
Ghana	8 957	9 500	7 800	11 000	95	77	> 95
Guinée	2 755	6 300	5 000	8 000	44	34	55
Guinée équatoriale	340	...	...	...	...	...	...
Guinée-Bissau	738	2 200	1 600	3 100	33	25	46
Kenya	45 397	86 000	76 000	97 000	53	47	60
Lesotho	9 153	16 000	14 000	17 000	58	52	64
Libéria	850	< 1 000	< 1 000	1 300	87	69	> 95
Madagascar	77	...	...	...	...	...	...
Malawi	40 770	68 000	61 000	75 000	60	54	67

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH¹, 2012

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant²

Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Mali	3 339	...	...	...	...	...	...
Maurice	95	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	554	...	...	...	...	...	...
Mozambique	80 779	94 000	81 000	110 000	86	74	> 95
Namibie	7 619	8 100	6 700	9 700	94	78	> 95
Niger	707	...	...	...	...	...	...
Nigéria	33 323	200 000	170 000	230 000	17	15	19
Ouganda	73 870	100 000	88 000	120 000	72	62	86
Rép. démocratique du Congo	4 176	32 000	28 000	37 000	13	11	15
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	73 955	97 000	83 000	110 000	77	66	89
Rwanda	9 057	10 000	9 000	12 000	87	75	> 95
Sao Tomé-et-Principe	36	...	...	...	...	...	...
Sénégal	1 000	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	3 018	3 200	2 300	4 800	93	67	> 95
Soudan du Sud	1 002	7 500	4 600	12 000	13	8	21
Swaziland	10 167	12 000	11 000	13 000	83	75	92
Tchad	1 680	12 000	10 000	16 000	14	11	18
Togo	4 411	5 100	4 200	6 300	86	70	> 95
Zambie	76 963	79 000	71 000	88 000	> 95	87	> 95
Zimbabwe	55 849	68 000	60 000	76 000	82	72	91
Amérique du Nord	...	6 400	3 600	11 000	> 95	55	> 95
Canada	...	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH¹, 2012

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant²

Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Amérique latine	14 810	18 000	13 000	26 000	83	61	> 95
Argentine	1 612	...	...	...	...	...	...
Belize	40	...	...	...	...	...	...
Bolivie (État plurinational de)	163	...	...	...	...	...	...
Brésil	7 641	...	...	...	...	...	...
Chili	157	...	...	...	...	...	...
Colombie	854	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	37	...	...	...	...	...	...
El Salvador	166	...	...	...	...	...	...
Équateur	550	...	...	...	...	...	...
Guatemala	252	...	...	...	...	...	...
Guyana	152	...	...	...	...	...	...
Honduras	238	...	...	...	...	...	...
Mexique	773	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	141	...	...	...	...	...	...
Panama	187	...	...	...	...	...	...
Paraguay	215	...	...	...	...	...	...
Pérou	696	...	...	...	...	...	...
Suriname	107	...	...	...	...	...	...
Uruguay	139	...	...	...	...	...	...
Vénézuela (République bolivarienne du)	690	...	...	...	...	...	...
Asie de l'Est	2 361	9 000	5 900	14 000	26	17	42
Chine ³	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	...

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH¹, 2012

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant²

Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Mongolie	5	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	11 820	66 000	52 000	92 000	18	14	25
Afghanistan	7	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	16	...	...	...	...	...	...
Bhoutan	9	...	...	...	...	...	...
Cambodge	1 058	...	...	...	...	...	...
Inde ³	...	...	...	...	...	...	...
Indonésie	1 048	...	...	...	...	...	...
Malaisie	342	...	...	...	...	...	...
Maldives		...	...	...	...	...	...
Myanmar	2 890	...	...	...	...	...	...
Népal	110	...	...	...	...	...	...
Pakistan	55	...	...	...	...	...	...
Philippines	19	...	...	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	49	...	...	...	...	...	...
Singapour		...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	5	...	...	...	...	...	...
Thaïlande	4 918	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	1 294	...	...	...	...	...	...
Caraïbes	6 913	6 700	5 700	7 700	> 95	89	> 95
Bahamas	87	...	...	...	...	...	...
Barbade	24	...	...	...	...	...	...

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH¹, 2012

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant²

Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Cuba	106	...	...	...	...	...	...
Haïti	4 889	5 000	4 200	5 700	> 95	85	> 95
Jamaïque	295	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	1 300	...	...	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	212	...	...	...	...	...	...
Europe occidentale et centrale	...	4 800	4 000	5 800	> 95	81	> 95
Allemagne	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...
Italie	...	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...	...

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH¹, 2012

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant²

Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Malte	...	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	...	...	...
Serbie	...	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	19 619	12 000	8 800	17 000	> 95	> 95	> 95
Arménie	13	...	...	...	...	...	...
Azerbaïdjan	35	...	...	...	...	...	...
Bélarus	203	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...	...
Géorgie	24	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	302	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	111	...	...	...	...	...	...
Ouzbékistan	508	...	...	...	...	...	...
République de Moldova	141	...	...	...	...	...	...

ÉLIMINER LES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH¹, 2012

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant²

Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant

		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Tadjikistan	62	...	...	...	...	...	...
Ukraine	5 220	...	...	...	...	...	...
Moyen-Orient et Afrique du Nord	710	8 400	5 900	13 000	8	6	13
Algérie	121	...	...	...	...	...	...
Djibouti	63	< 500	< 500	< 500	20	15	26
Égypte	9	...	...	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	115	...	...	...	...	...	...
Liban	5	...	...	...	...	...	...
Maroc	195	...	...	...	...	...	...
Oman	22	...	...	...	...	...	...
Somalie	57	...	...	...	...	...	...
Soudan	90	...	...	...	...	...	...
Tunisie	9	...	...	...	...	...	...
Yémen	20	...	...	...	...	...	...
Océanie	496	1 000	< 1 000	1 300	49	38	63
Australie	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	14	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	328	< 1 000	< 1 000	1 100	39	29	51
Pays à revenu faible et intermédiaire	928 883	1 500 000	1 300 000	1 600 000	62	57	70

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/856>. L'indicateur exclut les femmes ayant reçu une dose unique de névirapine.

² Le nombre de femmes recevant un traitement antirétroviral est basé sur les fichiers nationaux de Spectrum. Pour les pays ne faisant pas l'objet d'un fichier national, les valeurs communiquées sont celles du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde.

³ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Maintien du traitement antirétroviral sur 12 mois¹, 2012

	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après avoir démarré une thérapie antirétrovirale	Nombre total d'adultes et d'enfants du groupe ou de l'étude ayant démarré une thérapie antirétrovirale
Afrique subsaharienne		
Botswana	86	14 927
Burundi	91	4 614
Cameroun	61	3 360
Cap-Vert	96	904
Comores	80	5
Côte d'Ivoire	60	16 077
Éthiopie	83	6 943
Gambie	86	1 278
Ghana	95	73 339
Guinée	72	1 184
Guinée équatoriale	61	500
Guinée-Bissau	72	1 922
Kenya	92	47 564
Lesotho	72	18 875
Madagascar	73	116
Malawi	79	114 122
Mali	64	14 678
Maurice	72	462
Mauritanie	89	208
Mozambique	74	2 210
Namibie	83	17 485
Niger	75	2 268
Nigéria	78	111 418
République démocratique du Congo	79	836
Sao Tomé-et-Principe	77	56
Seychelles	81	104
Sierra Leone	70	...
Soudan du Sud	71	...
Swaziland	89	14 496

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Maintien du traitement antirétroviral sur 12 mois¹, 2012

	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après avoir démarré une thérapie antirétrovirale	Nombre total d'adultes et d'enfants du groupe ou de l'étude ayant démarré une thérapie antirétrovirale
Tchad	68	10 546
Togo	82	6 509
Zambie	80	144 854
Zimbabwe	85	8 044
Amérique latine		
Bolivie (État plurinational de)	67	264
Brésil	80	41 663
Chili	97	343
Colombie	53	22 912
El Salvador	87	1 163
Équateur	85	10 630
Guatemala	82	1 966
Guyana	81	545
Honduras	89	1 077
Mexique	92	16 971
Nicaragua	74	562
Paraguay	87	721
Suriname	67	277
Uruguay	72	523
Vénézuela (République bolivarienne du)	94	43 032
Asie de l'Est		
Chine	86	46 170
Mongolie	88	17
Asie du Sud et du Sud-Est		
Afghanistan	100	30
Bangladesh	91	534
Brunei Darussalam	83	6
Cambodge	87	3 677
Indonésie	66	6 085
Malaisie	96	3 236

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Maintien du traitement antirétroviral sur 12 mois¹, 2012

	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après avoir démarré une thérapie antirétrovirale	Nombre total d'adultes et d'enfants du groupe ou de l'étude ayant démarré une thérapie antirétrovirale
Maldives	86	7
Philippines	87	107
République démocratique populaire lao	86	524
Sri Lanka	76	80
Thaïlande	82	20 733
Viet Nam	83	7 015
Caraïbes		
Antigua-et-Barbuda	92	269
Bahamas	53	93
Barbade	83	119
Cuba	95	1 497
Haïti	75	6 532
Jamaïque	74	665
Saint-Kitts-et-Nevis	33	6
Saint-Vincent-et-les Grenadines	75	32
Sainte-Lucie	81	21
Trinité-et-Tobago	92	477
Europe occidentale et Europe centrale		
Bosnie-Herzégovine	100	22
Bulgarie	71	93
Ex-République yougoslave de Macédoine	93	45
Lituanie	95	291
Monténégro	80	5
Roumanie	91	553
Slovaquie	92	153
Europe orientale et Asie centrale		
Arménie	84	106
Azerbaïdjan	70	345
Bélarus	79	1 136

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Maintien du traitement antirétroviral sur 12 mois¹, 2012

	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après avoir démarré une thérapie antirétrovirale	Nombre total d'adultes et d'enfants du groupe ou de l'étude ayant démarré une thérapie antirétrovirale
Géorgie	86	435
Kazakhstan	81	852
Kirghizistan	73	229
Ouzbékistan	90	1 624
République de Moldova	82	530
Tadjikistan	74	395
Ukraine	84	6 555
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Algérie	89	706
Bahreïn	100	22
Djibouti	93	93
Égypte	93	251
Iran (République islamique d')	83	1 106
Liban	85	89
Maroc	91	575
Oman	78	120
Somalie	74	239
Soudan	64	673
Tunisie	92	47
Yémen	80	94
Océanie		
Fiji	89	18
Îles Salomon	100	1
Nouvelle-Zélande	100	210
Palaos	100	3
Papouasie-Nouvelle-Guinée	83	1 006

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/860>.

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'adultes qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'adultes sous thérapie antirétrovirale ³	Estimation du nombre d'adultes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²			Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	6 991 492	10 300 000	9 900 000	10 900 000	68	65	72
Afrique du Sud	2 010 340	2 500 000	2 400 000	2 600 000	81	79	86
Angola	39 704	85 000	72 000	100 000	48	41	57
Bénin	23 400	34 000	31 000	36 000	70	65	75
Botswana	201 822	200 000	190 000	210 000	> 95	> 95	> 95
Burkina Faso	39 047	54 000	49 000	59 000	72	66	79
Burundi	27 098	40 000	36 000	46 000	67	60	76
Cameroun	117 791	240 000	230 000	260 000	49	46	52
Cap-Vert	798	< 1 000	< 1 000	< 1 000	> 95	> 95	> 95
Comores	...	...	...	...	...	...	...
Congo	16 086	36 000	34 000	39 000	44	41	48
Côte d'Ivoire	104 750	190 000	180 000	210 000	55	50	61
Érythrée	7 608	9 400	8 000	12 000	81	68	> 95
Éthiopie	270 460	400 000	370 000	430 000	68	63	72
Gabon	14 152	22 000	20 000	24 000	67	62	73
Gambie	3 300	5 600	4 500	6 900	64	51	79
Ghana	66 366	110 000	96 000	120 000	62	56	69
Guinée	25 552	45 000	39 000	52 000	57	50	65
Guinée équatoriale	6 512	11 000	7 000	17 000	58	37	86
Guinée-Bissau	5 766	14 000	12 000	18 000	43	35	54
Kenya	548 588	680 000	630 000	680 000	81	75	80
Lesotho	87 352	150 000	140 000	160 000	59	56	61
Libéria	5 048	11 000	9 700	12 000	47	42	52
Madagascar	357	25 000	21 000	28 000	1	1	2
Malawi	368 690	480 000	470 000	500 000	76	73	79
Mali	26 839	46 000	40 000	52 000	58	51	66
Maurice	1 517	4 200	3 900	4 800	36	33	40
Mauritanie	1 830	4 500	3 600	5 700	41	33	52
Mozambique	282 687	590 000	540 000	650 000	48	44	53
Namibie	105 347	120 000	110 000	130 000	91	83	> 95

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'adultes qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'adultes sous thérapie antirétrovirale ³	Estimation du nombre d'adultes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²			Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Niger	11 137	20 000	18 000	24 000	55	47	64
Nigéria	459 465	1 300 000	1 200 000	1 400 000	36	33	39
Ouganda	403 089	580 000	530 000	640 000	70	64	78
Rép. démocratique du Congo	59 468	170 000	160 000	180 000	38	36	41
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	399 886	580 000	540 000	630 000	68	64	74
Rwanda	107 021	110 000	110 000	120 000	94	89	> 95
Sao Tomé-et-Principe	285	< 1 000	< 500	< 1 000	51	40	66
Sénégal	13 485	20 000	18 000	23 000	67	59	75
Sierra Leone	7 802	22 000	18 000	30 000	35	28	47
Soudan du Sud	4 376	49 000	34 000	73 000	9	6	13
Swaziland	80 103	93 000	89 000	96 000	87	83	90
Tchad	35 014	82 000	73 000	98 000	43	38	51
Togo	28 213	57 000	51 000	65 000	50	45	57
Zambie	446 841	520 000	500 000	540 000	86	83	91
Zimbabwe	518 801	610 000	590 000	640 000	85	81	88
Amérique du Nord	...	880 000	730 000	1 100 000	91	76	> 95
Canada	...	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	619 104	790 000	700 000	920 000	75	67	87
Argentine	47 725	59 000	52 000	66 000	81	71	90
Belize	1 166	1 600	1 500	1 700	73	68	77
Bolivie (État plurinational de)	2 278	6 300	4 300	9 100	36	25	52
Brésil	307 025	...	320 000	370 000	...	81	93
Chili	18 898	22 000	17 000	29 000	86	67	> 95
Colombie	33 148	60 000	52 000	82 000	51	41	65
Costa Rica	3 631	5 100	4 800	5 500	76	71	82
El Salvador	6 308	13 000	10 000	19 000	50	38	72

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'adultes qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'adultes sous thérapie antirétrovirale ³	Estimation du nombre d'adultes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²			Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Équateur	9 080	21 000	16 000	32 000	42	32	63
Guatemala	14 112	27 000	19 000	44 000	53	39	89
Guyana	3 516	3 800	2 400	5 400	93	58	> 95
Honduras	8 187	14 000	12 000	16 000	60	53	70
Mexique	82 000	100 000	91 000	110 000	82	74	91
Nicaragua	2 086	2 900	2 100	4 200	72	52	> 95
Panama	5 668	9 200	7 500	11 000	76	62	93
Paraguay	3 606	5 000	3 400	7 600	72	49	> 95
Pérou	27 007	36 000	23 000	74 000	60	39	> 95
Suriname	1 288	2 000	1 900	2 100	65	62	70
Uruguay	3 928	6 100	5 000	7 700	64	52	81
Vénézuéla (République bolivarienne du)	42 060	59 000	46 000	79 000	72	56	> 95
Asie de l'Est	151 572	350 000	290 000	440 000	47	39	60
Chine ⁴	151 519	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	1 028 036	1 800 000	1 500 000	2 300 000	52	42	65
Afghanistan	150	1 200	< 1 000	3 500	9	4	26
Bangladesh	783	2 900	1 300	17 000	27	12	> 95
Bhoutan	33	< 500	< 200	< 1 000	11	6	23
Cambodge	44 318	54 000	39 000	95 000	82	60	> 95
Inde ⁴	570 620	1 000 000	880 000	1 100 000	51	44	57
Indonésie	29 960	170 000	120 000	240 000	18	12	25
Malaisie	14 594	35 000	28 000	45 000	41	32	52
Maldives	5	< 100	< 100	< 100	27	22	35
Myanmar	49 676	110 000	95 000	120 000	46	41	51

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'adultes qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'adultes sous thérapie antirétrovirale ³	Estimation du nombre d'adultes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²			Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Népal	7 168	22 000	19 000	27 000	33	28	40
Pakistan	2 996	21 000	13 000	36 000	14	9	25
Philippines	3 459	4 500	3 500	6 400	76	59	> 95
Rép. démocratique populaire lao	2 212	4 100	3 700	4 700	54	48	61
Singapour	...	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	363	1 100	< 1 000	1 700	35	27	54
Thaïlande	232 816	280 000	270 000	300 000	76	71	80
Viet Nam	68 883	120 000	40 000	220 000	58	19	> 95
Caraïbes	80 190	120 000	110 000	130 000	72	67	78
Bahamas	921	3 700	3 600	3 900	74	72	77
Barbade	1 004	< 1 000	< 1 000	1 100	> 95	> 95	> 95
Cuba	8 074	3 900	2 900	5 800	> 95	> 95	> 95
Haïti	40 964	65 000	61 000	71 000	63	58	68
Jamaïque	10 014	15 000	13 000	17 000	68	60	77
République dominicaine	21 138	27 000	25 000	30 000	78	72	86
Trinité-et-Tobago	5 407	7 500	7 200	7 800	72	69	75
Europe occidentale et centrale	...	560 000	520 000	590 000	> 95	94	> 95
Allemagne	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...	...

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'adultes qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'adultes sous thérapie antirétrovirale ³	Estimation du nombre d'adultes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²			Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Norvège
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Turquie
Europe orientale et Asie centrale	176 760	510 000	430 000	580 000	35	30	41
Arménie	436	1 300	< 1 000	1 800	34	25	48
Azerbaïdjan	885	3 800	3 000	4 800	24	19	31
Bélarus	4 120	9 400	8 700	10 000	44	40	48
Fédération de Russie
Géorgie	1 598	2 300	1 900	3 100	71	60	> 95

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'adultes qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'adultes sous thérapie antirétrovirale ³	Estimation du nombre d'adultes qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²			Estimation de la couverture antirétrovirale basée sur les directives 2010 de l'OMS ²		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Kazakhstan	2 338	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	457	2 200	1 600	3 300	20	14	30
Ouzbékistan	3 491	11 000	9 200	15 000	31	25	39
République de Moldova	2 012	7 200	6 100	8 700	28	24	34
Tadjikistan	895	3 400	2 200	5 500	27	18	44
Ukraine	38 082	100 000	89 000	110 000	39	35	45
Moyen-Orient et Afrique du Nord	19 424	92 000	70 000	130 000	22	17	30
Algérie	3 134	...	...	...	...	...	...
Djibouti	1 442	4 100	3 400	4 800	35	29	42
Égypte	954	2 500	2 300	7 700	38	34	> 95
Iran (République islamique d')	3 417	27 000	21 000	36 000	13	10	17
Liban	536	...	...	...	...	...	...
Maroc	5 059	10 000	8 400	13 000	48	39	61
Oman	731	...	...	...	...	...	...
Somalie	1 407	9 500	6 800	14 000	15	10	22
Soudan	2 405	...	...	...	...	...	...
Tunisie	443	< 1 000	< 1 000	1 200	56	37	83
Yémen	703	4 600	2 500	12 000	15	8	42
Océanie	11 169	28 000	24 000	31 000	> 95	84	> 95
Australie	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	127	< 500	< 500	< 500	42	35	52
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	11 042	13 000	11 000	15 000	84	73	> 95
Pays à revenu faible et intermédiaire	9 090 394	14 000 000	13 100 000	15 200 000	64	60	69

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/859>.

² Basé sur les fichiers nationaux Spectrum.

³ Basé sur les données issues des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde

⁴ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'enfants qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale ²	Estimation du nombre d'enfants qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale ³			Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants ³		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	551 065	1 700 000	1 600 000	1 900 000	32	30	36
Afrique du Sud	140 541	220 000	210 000	250 000	63	57	69
Angola	2 903	19 000	15 000	24 000	15	12	19
Bénin	2 635	5 300	4 500	6 200	49	42	58
Botswana	10 261	10 000	9 900	10 000	> 95	> 95	> 95
Burkina Faso	1 878	12 000	9 700	14 000	59	49	72
Burundi	2 023	9 700	7 800	12 000	21	17	26
Cameroun	4 992	33 000	29 000	38 000	15	13	17
Cap-Vert	66	...	...	...	...	...	...
Comores	1	...	...	...	...	...	...
Congo	1 148	7 500	6 600	8 500	15	14	17
Côte d'Ivoire	5 620	35 000	29 000	41 000	16	14	19
Érythrée	632	1 900	1 400	2 600	34	26	46
Éthiopie	17 677	78 000	71 000	96 000	23	20	28
Gabon	494	2 000	1 700	2 400	24	20	29
Gambie	271	...	...	...	...	...	...
Ghana	3 504	14 000	12 000	17 000	25	20	30
Guinée	1 114	8 300	6 800	10 000	13	11	17
Guinée équatoriale	...	2 100	< 1 000	3 600	8	4	14
Guinée-Bissau	335	3 300	2 500	4 400	11	8	14
Kenya	55 439	150 000	130 000	180 000	38	34	45
Lesotho	5 395	22 000	19 000	24 000	25	22	27
Libéria	430	2 100	1 800	2 500	20	17	24
Madagascar	14	...	...	...	...	...	...
Malawi	36 441	100 000	90 000	110 000	36	33	41
Mali	1 912	...	...	...	...	...	...
Maurice	10	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	51	...	...	...	...	...	...

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'enfants qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale ²	Estimation du nombre d'enfants qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale ³			Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants ³		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Mozambique	27 164	100 000	88 000	120 000	27	23	32
Namibie	11 340	13 000	12 000	15 000	88	79	> 95
Niger	673	...	...	...	...	...	...
Nigéria	31 556	260 000	220 000	290 000	12	11	14
Ouganda	35 453	110 000	88 000	130 000	33	28	41
Rép. démocratique du Congo	4 751	53 000	47 000	61 000	9	8	10
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	32 407	130 000	110 000	150 000	26	22	30
Rwanda	7 597	18 000	15 000	21 000	43	36	52
Sao Tomé-et-Principe	11	...	...	...	...	...	...
Sénégal	1 207	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	457	3 000	2 200	4 700	15	11	24
Soudan du Sud	553	11 000	7 200	17 000	5	3	8
Swaziland	7 431	14 000	12 000	15 000	54	49	59
Tchad	5 842	20 000	17 000	25 000	29	24	37
Togo	2 098	8 800	7 200	11 000	24	19	30
Zambie	34 084	89 000	80 000	99 000	38	35	43
Zimbabwe	46 874	100 000	94 000	120 000	45	40	50
Amérique du Nord	...	1 900	1 300	2 700	92	65	> 95
Canada	...	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	22 661	30 000	25 000	39 000	75	62	> 95
Argentine	3 000	...	...	...	...	...	...
Belize	95	...	...	...	...	...	...
Bolivie (État plurinational de)	86	...	...	...	...	...	...
Brésil	6 150	...	...	...	...	...	...

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'enfants qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale ²	Estimation du nombre d'enfants qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale ³			Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants ³		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Chili	173	...	...	...	...	...	...
Colombie	6 249	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	61	...	...	...	...	...	...
El Salvador	335	...	...	...	...	...	...
Équateur	550	...	...	...	...	...	...
Guatemala	1 024	...	...	...	...	...	...
Guyana	201	...	...	...	...	...	...
Honduras	783	...	...	...	...	...	...
Mexique	1 800	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	104	...	...	...	...	...	...
Panama	256	...	...	...	...	...	...
Paraguay	181	...	...	...	...	...	...
Peru	495	...	...	...	...	...	...
Suriname	84	...	...	...	...	...	...
Uruguay	118	...	...	...	...	...	...
Vénézuela (République bolivarienne du)	972	...	...	...	...	...	...
Asie de l'Est	2 085	6 400	4 700	8 800	33	24	46
Chine ⁴	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	56 401	130 000	110 000	170 000	43	37	56
Afghanistan	8	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	48	...	...	...	...	...	...
Bhoutan	5	...	...	...	...	...	...

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'enfants qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale ²	Estimation du nombre d'enfants qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale ³			Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants ³		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Cambodge	4 595	...	...	...	...	...	...
Inde ⁴	34 367	...	...	...	...	...	...
Indonésie	1 695	...	...	...	...	...	...
Malaisie	490	...	...	...	...	...	...
Maldives	0	...	...	...	...	...	...
Myanmar	4 033	...	...	...	...	...	...
Népal	551	...	...	...	...	...	...
Pakistan	139	...	...	...	...	...	...
Philippines	33	...	...	...	...	...	...
Rép. démocratique populaire lao	163	...	...	...	...	...	...
Singapour	...	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	24	...	...	...	...	...	...
Thaïlande	6 274	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	3 828	...	...	...	...	...	...
Caraiïbes	3 826	9 200	8 000	11 000	44	38	50
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...
Barbade	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	24	...	...	...	...	...	...
Haïti	2 265	6 700	5 700	7 800	34	29	40
Jamaïque	454	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	1 083	...	...	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	...	...	...	...	...	...	...
Europe occidentale et centrale	...	< 1 000	< 1 000	< 1 000	68	62	76
Allemagne	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'enfants qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale ²	Estimation du nombre d'enfants qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale ³			Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants ³		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Finlande
France
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Norvège
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'enfants qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale ²	Estimation du nombre d'enfants qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale ³			Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants ³		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Suisse	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	8 784	12 000	12 000	12 000	75	73	78
Arménie	13	...	...	...	...	...	...
Azerbaïdjan	22	...	...	...	...	...	...
Bélarus	154	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...	...
Géorgie	42	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	296	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	...	...	...	...	...	...	...
Ouzbékistan	2 530	...	...	...	...	...	...
République de Moldova	63	...	...	...	...	...	...
Tadjikistan	149	...	...	...	...	...	...
Ukraine	2 268	...	...	...	...	...	...
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1 011	13 000	8 600	21 000	8	6	13
Algérie	262	...	...	...	...	...	...
Djibouti	40	< 1 000	< 1 000	< 1 000	6	5	8
Égypte	42	...	...	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	141	...	...	...	...	...	...
Liban	4	...	...	...	...	...	...
Maroc	244	...	...	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	43	...	...	...	...	...	...
Soudan	170	...	...	...	...	...	...
Tunisie	12	...	...	...	...	...	...
Yémen	53	...	...	...	...	...	...

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Estimation du nombre d'enfants qui reçoivent et ont besoin d'une thérapie antirétrovirale et couverture¹, 2012

	Nombre déclaré d'enfants âgés entre 0 et 14 ans sous thérapie antirétrovirale ²	Estimation du nombre d'enfants qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale ³			Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants ³		
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Océanie	729	1 800	1 400	2 400	40	31	51
Australie	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	7	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	722	1 800	1 400	2 300	39	30	51
Pays à revenu faible et intermédiaire	646 812	1 900 000	1 700 000	2 200 000	34	31	39

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/859>.

² Basé sur les données issues des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde

³ Basé sur les fichiers nationaux Spectrum.

⁴ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Projection du nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale selon les directives 2013 de l'OMS, pays à revenu faible et intermédiaire¹

	2013		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne			
Afrique du Sud	5 100 000	4 900 000	5 400 000
Angola	230 000	190 000	270 000
Bénin	65 000	60 000	71 000
Botswana	300 000	290 000	310 000
Burkina Faso	100 000	89 000	110 000
Burundi	77 000	68 000	88 000
Cameroun	520 000	480 000	560 000
Cap-Vert	...	...	...
Comores	...	...	...
Congo	62 000	58 000	67 000
Côte d'Ivoire	380 000	350 000	430 000
Érythrée	16 000	13 000	20 000
Éthiopie	640 000	590 000	690 000
Gabon	35 000	32 000	39 000
Gambie	12 000	10 000	15 000
Ghana	200 000	180 000	220 000
Guinée	110 000	94 000	130 000
Guinée-Bissau	41 000	32 000	52 000
Kenya	1 300 000	1 300 000	1 400 000
Lesotho	280 000	270 000	290 000
Libéria	17 000	16 000	20 000
Madagascar	47 000	39 000	55 000
Malawi	950 000	910 000	1 000 000
Mali	88 000	74 000	100 000
Maurice	9 000	8 000	10 000
Mauritanie	8 000	7 000	11 000
Mozambique	1 300 000	1 200 000	1 500 000
Namibie	200 000	180 000	220 000
Niger	39 000	33 000	46 000

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Projection du nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale selon les directives 2013 de l'OMS, pays à revenu faible et intermédiaire¹

	2013		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Nigéria	3 000 000	2 700 000	3 300 000
Ouganda	1 400 000	1 300 000	1 600 000
Rép. démocratique du Congo	420 000	390 000	450 000
République centrafricaine	110 000	96 000	120 000
République-Unie de Tanzanie	1 200 000	1 100 000	1 300 000
Rwanda	190 000	180 000	210 000
Sao Tomé-et-Principe	1 000	900	2 000
Sénégal	33 000	29 000	38 000
Sierra Leone	49 000	38 000	65 000
Soudan du Sud	140 000	93 000	210 000
Swaziland	170 000	170 000	180 000
Tchad	180 000	160 000	210 000
Togo	100 000	93 000	120 000
Zambie	970 000	930 000	1 000 000
Zimbabwe	1 100 000	1 100 000	1 200 000
Amérique latine			
Argentine	91 000	81 000	100 000
Belize	3 000	3 000	3 000
Bolivie (État plurinational de)	13 000	9 000	19 000
Brésil	...	...	...
Chili	36 000	27 000	47 000
Colombie	130 000	100 000	160 000
Costa Rica	9 000	8 000	9 000
El Salvador	23 000	17 000	35 000
Équateur	47 000	36 000	74 000
Guatemala	49 000	36 000	89 000
Guyana	7 000	4 000	10 000
Honduras	22 000	19 000	26 000
Mexique	160 000	140 000	180 000
Nicaragua	9 000	7 000	13 000

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Projection du nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale selon les directives 2013 de l'OMS, pays à revenu faible et intermédiaire¹

2013

	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Panama	15 000	12 000	19 000
Paraguay	13 000	8 000	20 000
Pérou	64 000	40 000	150 000
Suriname	3 000	3 000	4 000
Uruguay	11 000	9 000	14 000
Vénézuéla (République bolivarienne du)	97 000	77 000	130 000

Asie de l'Est

Chine	...	...	...
Mongolie	900	900	1 000
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...

Asie du Sud et du Sud-Est

Afghanistan	4 000	2 000	11 000
Bangladesh	7 000	3 000	53 000
Bhoutan	900	500	2 000
Cambodge	70 000	52 000	120 000
Inde	1 700 000	1 500 000	2 000 000
Indonésie	510 000	350 000	730 000
Malaisie	69 000	54 000	87 000
Maldives	< 100	< 100	< 100
Myanmar	...	...	...
Népal	41 000	34 000	51 000
Pakistan	83 000	52 000	150 000
Philippines	14 000	11 000	21 000
Rép. démocratique populaire lao	8 000	7 000	9 000
Sri Lanka	3 000	2 000	4 000
Thaïlande	420 000	400 000	440 000
Viet Nam	240 000	75 000	430 000

Caraïbes

Cuba
------	-----	-----	-----

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Projection du nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale selon les directives 2013 de l'OMS, pays à revenu faible et intermédiaire¹

	2013		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Haïti	130 000	120 000	140 000
Jamaïque	25 000	22 000	29 000
République dominicaine	41 000	37 000	45 000
Europe occidentale et centrale			
Bulgarie	3 000	2 000	4 000
Lettonie	5 000	4 000	7 000
Lituanie	900	700	1 000
Roumanie	14 000	13 000	16 000
Serbie	...	...	...
Turquie	4 000	3 000	6 000
Europe orientale et Asie centrale			
Arménie	3 000	2 000	4 000
Azerbaïdjan	9 000	7 000	11 000
Bélarus	16 000	15 000	18 000
Fédération de Russie	820 000	650 000	1 000 000
Géorgie	6 000	5 000	8 000
Kazakhstan	...	...	...
Kirghizistan	8 000	6 000	11 000
Ouzbékistan	26 000	22 000	33 000
République de Moldova	16 000	13 000	19 000
Tadjikistan	11 000	7 000	19 000
Ukraine	220 000	190 000	240 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord			
Algérie	...	...	...
Djibouti	6 000	5 000	7 000
Égypte	6 000	4 000	12 000
Iran (République islamique d')	63 000	48 000	86 000
Liban	...	...	...
Maroc	26 000	21 000	33 000

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Projection du nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale selon les directives 2013 de l'OMS, pays à revenu faible et intermédiaire¹

	2013		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Somalie	27 000	19 000	40 000
Soudan	55 000	45 000	69 000
Tunisie	2 000	1 000	3 000
Yémen	18 000	9 000	45 000
Océanie			
Fidji	700	600	900
Papouasie-Nouvelle-Guinée	22 000	19 000	26 000
Pays à revenu faible et intermédiaire			
	28 600 000	26 500 000	30 900 000

Source : estimations de l'ONUSIDA 2012.

¹ Les calculs supposent que les personnes suivantes sont éligibles à une thérapie antirétrovirale : tous les adultes de plus de 15 ans ayant un taux de CD4 < 500 ml ; toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH ; tous les adultes coinfectés par le VIH et la tuberculose ; tous les couples sérodiscordants ; tous les enfants de moins de 5 ans vivant avec le VIH.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Pourcentage de cas estimés de tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH auxquelles ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement antirétroviral²

	2012		2012
Afrique subsaharienne			
Afrique du Sud	31	Sao Tomé-et-Principe	100
Angola	21	Sénégal	33
Bénin ¹	11	Seychelles	100
Botswana	49	Sierra Leone	24
Burkina Faso	31	Soudan du Sud	28
Burundi	24	Swaziland	29
Cameroun	22	Tchad	15
Cap-Vert	62	Togo	40
Comores	40	Zambie	41
Congo	4	Amérique latine	
Côte d'Ivoire	30	Belize	73
Éthiopie	35	Bolivie (État plurinational de)	38
Gabon	29	Brésil	57
Ghana	37	Chili ¹	2
Guinée	24	Colombie	30
Guinée équatoriale ¹	62	Costa Rica ¹	38
Kenya	59	El Salvador	89
Lesotho	42	Équateur ¹	69
Libéria	15	Guatemala ¹	16
Madagascar	3	Guyana	84
Malawi	57	Honduras	51
Mali	35	Mexique	19
Maurice	64	Nicaragua ¹	58
Mauritanie ¹	2	Panama ¹	97
Mozambique	19	Paraguay	50
Namibie	46	Suriname	53
Niger ¹	27	Uruguay	23
Nigéria	24	Vénézuéla (République bolivarienne du)	43
Ouganda	28	Asie de l'Est	
Rép. démocratique du Congo	14	Chine	47
République centrafricaine	5	Mongolie	27
République-Unie de Tanzanie	34	Asie du Sud et du Sud-Est	
Rwanda ¹	48	Afghanistan	2
		Bangladesh	26

RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Pourcentage de cas estimés de tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH auxquelles ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement antirétroviral²

	2012
Brunei Darussalam	100
Cambodge	47
Inde	20
Indonésie ¹	56
Malaisie	19
Maldives	0
Myanmar	22
Népal	20
Pakistan	1
Rép. démocratique populaire lao ¹	56
Sri Lanka	65
Thaïlande	30
Caraïbes	
Antigua-et-Barbuda	100
Bahamas	59
Barbade	67
Cuba	94
Grenade ¹	0
Haïti	29
Jamaïque ¹	35
République dominicaine	50
Saint-Vincent-et-les Grenadines	63
Sainte-Lucie	100
Trinité-et-Tobago	29
Europe occidentale et centrale	
Roumanie	35
Serbie	90
Slovaquie	0
Turquie	106

	2012
Europe orientale et Asie centrale	
Arménie	100
Azerbaïdjan	45
Bélarus	55
Géorgie	52
Kazakhstan	20
Kirghizistan ¹	41
Ouzbékistan	23
République de Moldova	30
Tadjikistan	22
Ukraine	92
Moyen-Orient et Afrique du Nord	
Algérie ¹	31
Bahreïn	8
Djibouti	15
Iran (République islamique d')	40
Liban	7
Maroc	61
Oman	100
Qatar	100
Somalie	6
Soudan	1
Tunisie	8
Yémen ¹	10
Océanie	
Fidji	100
Nouvelle-Zélande ¹	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	30
Viet Nam	24

Source : Base de données de l'OMS sur la tuberculose dans le monde du 23 juillet 2013, sauf mention contraire.

¹ Basé sur les chiffres communiqués par les pays par le biais des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

² Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/651>.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Patients coïnfectés par le VIH et la tuberculose sous traitement antirétroviral

	2012		2012
Afrique subsaharienne			
Afrique du Sud	101 937	Ouganda	9 962
Angola	1 149	Rép. démocratique du Congo	2 296
Bénin ¹	113	République centrafricaine	290
Botswana	2 475	République-Unie de Tanzanie	10 993
Burkina Faso	503	Rwanda ¹	1 395
Burundi	588	Sao Tomé-et-Principe	18
Cameroun	4 261	Sénégal	561
Cap-Vert	44	Seychelles	3
Comores	4	Sierra Leone	931
Congo	152	Soudan du Sud	147
Côte d'Ivoire	2 396	Swaziland	3 762
Éthiopie	8 022	Tchad	626
Gabon	559	Togo	476
Gambie	146	Zambie	14 471
Ghana	1 033	Amérique latine	
Guinée	903	Belize	19
Guinée équatoriale ¹	123	Bolivie (État plurinational de)	164
Guinée-Bissau	0	Brésil	9 049
Kenya	26 487	Chili ¹	2
Lesotho	4 171	Colombie	474
Libéria	115	Costa Rica ¹	24
Madagascar	18	El Salvador	178
Malawi	9 144	Équateur ¹	583
Mali	425	Guatemala ¹	243
Maurice	9	Guyana	168
Mauritanie ¹	14	Honduras	192
Mozambique	15 391	Mexique	298
Namibie	3 362	Nicaragua ¹	58
Niger ²	516	Panama ¹	224
Nigéria	10 866	Paraguay	121
		Pérou	847

RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Patients coïnfectés par le VIH et la tuberculose sous traitement antirétroviral

	2012
Suriname	25
Uruguay	32
Vénézuela (République bolivarienne du)	517
Asie de l'Est	
Chine	3 454
Mongolie	3
Asie du Sud et du Sud-Est	
Afghanistan	5
Bangladesh	63
Brunei Darussalam	2
Cambodge	1 268
Inde	25 790
Indonésie ²	4 209
Malaisie	434
Maldives	0
Myanmar	4 270
Népal	217
Pakistan	22
Rép. démocratique populaire lao ¹	263
Sri Lanka	11
Thaïlande	3 591
Timor-Leste	4
Viet Nam	2 232
Caraïbes	
Antigua-et-Barbuda	2
Bahamas	5
Barbade	1
Cuba	51
Dominique	0
Grenade ¹	0
Haïti	1 252

	2012
Jamaïque ¹	14
République dominicaine	268
Saint-Kitts-et-Nevis	0
Saint-Vincent-et-les Grenadines	6
Sainte-Lucie	1
Trinité-et-Tobago	24
Europe occidentale et centrale	
Albanie	7
Andorre	0
Bulgarie	3
Estonie	28
Grèce ¹	28
Islande	0
Lettonie	65
Monténégro	0
Roumanie	205
Serbie	6
Slovaquie	0
Slovénie	0
Ex-République yougoslave de Macédoine	0
Turquie	35
Europe orientale et Asie centrale	
Arménie	55
Azerbaïdjan	63
Bélarus	153
Géorgie	26
Kazakhstan	51
Kirghizistan ¹	118
Ouzbékistan	103
République de Moldova	103
Tadjikistan	78

RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Patients coïnfectés par le VIH et la tuberculose sous traitement antirétroviral

	2012		2012
Ukraine	4 433	Soudan	40
Moyen-Orient et Afrique du Nord		Tunisie	14
Algérie ¹	110	Yémen ¹	16
Bahreïn	1	Océanie	
Djibouti	83	Fidji	3
Égypte	17	Îles Marshall	0
Émirats arabes unis ¹	12	Îles Salomon	0
Iran (République islamique d')	117	Kiribati	0
Iraq	1	Micronésie (États fédérés de)	0
Jordanie	0	Nouvelle-Zélande ¹	3
Koweït	3	Palaos	0
Liban	3	Papouasie-Nouvelle-Guinée	325
Maroc	357	Samoa	0
Oman	14	Tonga	0
Qatar	1	Tuvalu	0
République arabe syrienne	5	Vanuatu	0
Somalie	51		

Source : Base de données de l'OMS sur la tuberculose dans le monde du 23 juillet 2013, sauf mention contraire.

¹ Chiffres communiqués par les pays par le biais des Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013.

² Les chiffres issus des programmes de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le sida montrent des incohérences. Les données issues des programmes de lutte contre la tuberculose étaient incomplètes, c'est pourquoi nous avons utilisé les données issues des programmes de lutte contre le sida.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015

Nombre estimé de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans les pays africains à forte prévalence de tuberculose / VIH, 2004 et 2012

	2004			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique du Sud	99 000	88 000	120 000	88 000	75 000	100 000
Angola	780	660	900	1 300	1 100	1 400
Botswana	3 000	2 600	3 700	930	740	1 100
Burkina Faso	1 300	1 100	1 500	470	400	540
Burundi	2 600	2 200	3 000	850	700	1 000
Cambodge	3 100	2 700	3 500	560	410	700
Cameroun	12 000	11 000	14 000	7 700	6 500	9 300
Congo	1 300	1 000	1 500	1 000	820	1 200
Côte d'Ivoire	9 800	8 400	11 600	2 500	2 200	3 100
Djibouti	230	190	260	150	120	170
Éthiopie	27 000	21 000	35 000	5 600	4 600	7 300
Ghana	2 600	2 400	3 200	540	490	630
Kenya	15 000	12 000	18 000	7 700	6 600	8 900
Lesotho	1 400	910	1 900	1 500	1 300	1 900
Malawi	14 000	12 000	16 000	3 500	3 100	4 300
Mali	610	520	730	360	310	420
Mozambique	34 000	28 000	41 000	45 000	35 000	53 000
Namibie	9 800	8 600	12 000	1 600	1 300	2 000
Nigéria	39 000	22 000	65 000	19 000	11 000	25 000
Ouganda	25 000	21 000	29 000	9 200	8 000	12 000
Rép. démocratique du Congo	6 700	5 600	8 500	6 300	5 500	8 100
République centrafricaine	8 700	7 600	10 000	2 400	2 000	2 900
République-Unie de Tanzanie	11 000	9 200	13 000	7 000	5 800	8 000
Rwanda	4 100	3 600	4 900	740	600	920
Sierra Leone	1 000	880	1 200	2 000	1 600	2 200
Soudan	2 100	1 900	2 500	2 100	1 900	2 500
Swaziland	3 100	2 500	3 700	4 300	4 000	5 100
Tchad	1 900	1 700	2 300	1 400	1 200	1 700
Togo	490	410	570	380	310	440
Zambie	11 000	9 700	13 000	7 600	6 200	8 900
Zimbabwe	36 000	30 000	40 000	18 000	15 000	20 000

Source : estimations de l'ONUSIDA/OMS 2013.

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales (en dollars US)

	2010	2011	2012
Afrique subsaharienne			
Angola	15 877 187	21 462 786	...
Bénin	6 937 649	7 796 210	11 467 748
Botswana	262 400 227	299 022 611	...
Burkina Faso	11 118 571	...	...
Burundi	1 774 303	2 034 615	1 358 187
Cameroun	14 395 254	...	...
Cap-Vert	499 368	522 275	17 194
Comores	169 643	936 323	174 303
Congo	8 104 228	...	...
Gabon	6 166 691	6 423 890	12 297 465
Ghana	8 087 144	14 854 634	...
Guinée	317 576	638 185	2 302 175
Guinée-Bissau	611 774	...	...
Kenya	134 682 271	162 569 668	...
Libéria	83 100	190 000	...
Madagascar	4 473 518	6 479 528	4 144 594
Mali	6 502 189	...	...
Maurice	4 894 627	...	...
Mauritanie	698 854	3 720 945	616 666
Namibie	168 791 097	...	...
Niger	69 420	82 936	3 894 068
Nigéria	125 139 587	...	...
Rép. démocratique du Congo	2 759 539	...	...
République centrafricaine	1 873 217	1 887 321	...
Sao Tomé-et-Principe	7 803	112 650	...
Sénégal	...	2 709 561	...
Seychelles	2 297 113	2 003 196	4 278 262
Tchad	3 862 235	2 766 010	6 212 969

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales (en dollars US)

	2010	2011	2012
Togo	8 878 290	4 074 688	5 614 798
Zimbabwe	20 833 554	28 061 185	37 084 924
Amérique latine			
Belize	1 134 649	...	...
Bolivie (État plurinational de)	...	2 276 663	...
Brésil	745 830 717	...	...
Chili	119 224 642	123 044 300	132 689 469
Colombie	86 962 224	102 516 422	...
Costa Rica	24 765 744	...	...
El Salvador	37 297 450	...	41 243 741
Équateur	24 270 868	...	...
Guatemala	28 765 245	...	25 324 612
Honduras	16 025 455	...	...
Nicaragua	9 682 304	...	...
Panama	15 702 066	...	...
Paraguay	2 677 348	2 507 935	...
Pérou	15 445 506	...	...
Suriname	1 939 620	2 249 605	...
Vénézuéla (République bolivarienne du)	109 037 329	80 352 294	...
Asie de l'Est			
Chine	497 309 403	529 376 000	554 007 385
Mongolie	950 996	1 169 128	...
Rép. populaire démocratique de Corée	1 009 600	1 070 420	...
Asie du Sud et du Sud-Est			
Afghanistan	200 000	...	24 250
Bangladesh	1 202 508	746 225	977 247
Cambodge	...	5 644 947	5 671 862
Indonésie	27 577 082	...	...
Malaisie	31 383 249	36 668 151	54 416 987

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales (en dollars US)

	2010	2011	2012
Myanmar	2 596 875	3 944 294	...
Pakistan	4 768 321	...	...
Philippines	3 372 467	4 126 663	...
Rép. démocratique populaire lao	827 689	827 689	...
Sri Lanka	2 277 815	...	...
Thaïlande	200 251 009	267 932 277	...
Viet Nam	21 431 087	...	...
Caraïbes			
Antigua-et-Barbuda	300 777	326 796	297 612
Cuba	58 593 535	60 633 504	...
Dominique	223 664	223 664	...
Grenade	5 521	182 713	...
Haïti	1 608 233	1 608 233	...
Jamaïque	3 848 958	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2 508 745	1 267 636	615 427
Europe occidentale et centrale			
Bulgarie	4 252 150	6 668 195	...
Ex-République yougoslave de Macédoine	2 366 290	...	...
Lettonie	5 996 109	7 192 416	...
Lituanie	...	3 601 011	2 496 551
Roumanie	91 512 275	102 458 472	88 082 973
Serbie	...	...	9 071 059
Turquie	...	...	12 291 905
Europe orientale et Asie centrale			
Arménie	1 961 038	2 079 270	1 090 732
Azerbaïdjan	6 857 540	8 563 409	...
Bélarus	13 246 041	9 668 805	...
Géorgie	4 362 929	4 562 010	4 545 234
Kazakhstan	...	30 346 857	30 352 251

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales (en dollars US)

	2010	2011	2012
Kirghizistan	1 407 901	1 441 565	3 886 526
Ouzbékistan	16 985 205	12 636 531	13 334 449
République de Moldova	4 617 721	5 125 529	2 381 845
Tadjikistan	1 718 968	2 269 834	...
Ukraine	38 054 198	...	...
Moyen-Orient et Afrique du Nord			
Algérie	5 345 581	8 258 614	9 187 280
Djibouti	627 309	596 705	867 075
Jordanie	1 000 000	1 000 000	...
Liban	1 570 000	1 570 000	...
Maroc	6 357 832	6 728 697	7 493 931
République arabe syrienne	...	620 000	...
Tunisie	110 040	117 400	...
Yémen	442 233	467 395	...
Océanie			
Fidji	419 594	467 602	...
Îles Marshall	200 027	120 246	235 704
Îles Salomon	150 032	151 749	...
Palaos	394 323	394 323	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	12 077 392	...	...
Samoa	161 694	172 845	...
Tuvalu	12 000	20 180	...
Vanuatu	36 510	36 482	...

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources internationales (en dollars US)

Organismes multilatéraux

	Organismes bilatéraux			Agences de l'ONU			Fonds mondial		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Afrique subsaharienne									
Angola	4 057 292	9 014 036	...	3 879 748	894 705	...	8 199 031	263 478	...
Bénin	119 433	3 967 181	2 970 320	3 228 966	3 071 804	1 727 806	2 368 720	11 669 947	12 766 641
Botswana	88 439 410	76 787 833	...	2 028 440	2 723 550	...	...	...	...
Burkina Faso	17 330 444	...	...	7 264 617	...	...	13 963 876	...	...
Burundi	...	8 500 000	8 500 000	...	544 314	1 032 781	...	14 145 538	11 365 873
Cameroun	8 679 422	...	...	3 562 002	...	...	17 134 894	...	...
Cap-Vert	...	...	...	149 724	94 703	759	1 711 088	2 853 473	16 002
Comores	...	...	...	...	...	72 309	...	...	1 233 403
Congo	381 566	...	...	337 139	...	...	6 354 280	...	...
Gabon	489 931	920 533	...	578 116	1 124 598	2 005 277	1 288 011	915 788	...
Ghana	7 835 285	20 922 460	...	3 384 797	5 488 229	...	27 525 703	23 226 584	...
Guinée	2 937 281	3 008 420	1 135 908	1 780 330	1 355 255	4 897 526	1 463 210	4 611 586	773 945
Guinée-Bissau	3 959 113	...	...	687 951	...	...	...	...	...
Kenya	554 075 845	554 497 335	...	...	7 620 359	...	15 266 186	20 864 464	...
Libéria	...	539 765	...	2 763 451	7 588 885	...	25 511 143	22 804 922	...
Madagascar	1 968 850	2 406 633	1 433 205	1 417 801	1 540 707	1 349 969	1 485 034	4 475 148	2 463 869
Mali	3 919 460	...	...	450 946	...	...	14 931 689	...	...
Maurice	105 559	...	...	291 226	...	...	1 675 382	...	...
Mauritanie	...	...	...	247 500	291 600	281 450	...	69 957	3 036 125
Namibie	93 028 647	...	...	7 860 111	...	...	9 324 333	...	...
Niger	2 475 111	2 660 802	3 581 728	581 263	5 987 007	3 869 274	9 493 223	5 824 701	2 926 358
Nigéria	284 908 865	...	...	18 410 698	...	...	65 899 650	...	...
Rép. démocratique du Congo	24 298 279	...	...	16 480 566	...	...	30 107 409	...	...
République centrafricaine	747 766	420 561	...	8 055 827	7 063 516	...	3 979 986	6 189 238	...
Sao Tomé-et-Principe	...	...	225 477	259 461	273 686	14 924	260 248	294 122	82 727
Sénégal	...	4 446 971	...	...	375 212	...	...	14 800 499	...
Seychelles	...	...	...	17 581	53 040	170 405	...	...	...
Tchad	2 897 656	144 184	311 178	2 142 046	3 036 244	3 209 744	1 705 808	8 225 860	5 247 126

Organismes multilatéraux

Banques de développement			Autres organismes multilatéraux			Autres ressources internationales		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
...	126 898	...	2 051 653	1 327 135	...	...	388 500	...
1 613 734	320 288	...	...	159 011	698 521	3 929 033	92 462	190 493
...	...	...	297 015	331 272	...	9 904 538	11 551 282	...
24 081	...	...	...	...	...	414 874	...	...
...	...	...	...	...	...	39 908 205	218 971	...
...	...	...	...	...	...	11 539 968	...	...
...	...	...	...	...	...	185 032	124 985	...
...	...	...	...	...	47 590	...	...	...
807 570	...	...	...	...	...	487 802	...	...
...	643 284	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	216 699	...	...	9 052 997	11 170 672	...
...	...	88 996	...	...	878 754	4 925 974	5 163 845	1 711 334
...
...	...	...	...	...	...	22 034 292	...	...
...
...	21 246	...	...	15 391	...	66 330	10 935	179 741
8 018 577	...	...	109 648	...	...	2 585 546	...	...
...	...	...	202 511	...	...	89 241	...	...
...
...
...	2 689	284 548	231 782	14 301	32 525	1 329 766	1 083 592	...
1 505 746	...	...	45 762	...	...	156 616	...	...
26 737 388	...	...	163 387	...	...	4 650 788	...	...
...	...	...	...	...	...	240 603	112 671	...
43 656	118 046	...	...	...	...	34 585	82 365	...
...	...	...	...	186 494	...	...	...	...
24 104	...	...	3 827	13 174	...	11 983	...	200 240
661 033	...	82 871	522 711	4 631 043	...	...	30 944	829 603

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources internationales (en dollars US)

Organismes multilatéraux

	Organismes bilatéraux			Agences de l'ONU			Fonds mondial		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Togo	1 605 831	1 713 886	4 794 200	1 506 109	1 499 068	1 535 628	6 937 675	10 670 960	3 476 107
Zimbabwe	49 772 291	77 692 280	91 023 382	17 972 300	27 240 021	5 446 365	66 042 408	26 233 338	107 083 627
Amérique latine									
Belize	529 130	...	...	280 346	...	...	...	...	...
Bolivie (État plurinational de)	...	156 582	...	...	499 221	...	...	4 799 828	...
Bésil	...	...	...	7 468 124	...	...	...	...	...
Chili	57 283	...	...	411 244	...	...	...	...	...
Colombie	...	...	...	275 591	332 690	63 999	...	1 839 543	9 587 253
Costa Rica	311 345	...	...	338 411	...	...	...	...	...
El Salvador	2 101 422	...	2 758 436	273 174	...	575 666	7 451 451	...	9 301 591
Équateur	29 658	...	...	1 336 249	...	...	26 364	...	...
Guatemala	3 413 212	...	3 401 047	1 569 879	...	1 159 823	5 661 421	...	12 312 352
Honduras	5 065 130	...	...	1 344 386	...	...	8 010 681	...	...
Nicaragua	2 554 713	...	...	2 113 283	...	...	9 155 592	...	...
Paraguay	2 857 575	...	...	318 962	739 922	...	3 588 531	4 115 637	...
Pérou	2 575 018	...	...	403 751	...	...	7 278 840	...	...
Suriname	2 547 077	1 253 125	...	73 872	67 700	...	1 485 037	1 009 894	...
Vénézuéla (République bolivarienne du)	...	...	...	626 411	133 327	...	...	...	...
Asie de l'Est									
Chine	14 787 060	13 690 093	3 319 375	5 675 752	2 935 759	602 155	40 436 517	27 664 861	64 216 671
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	5 000	75 000	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est									
Afghanistan	90 499	1 456 111	...	849 942	1 172 183	27 092	1 774 255	1 645 560	1 829 829
Bangladesh	2 869 608	3 190 243	3 785 791	232 797	202 846	546 436	10 461 394	12 389 199	6 875 780
Cambodge	...	15 713 795	15 872 474	...	7 128 857	4 320 352	...	18 030 595	20 027 132
Indonésie	13 030 257	...	...	...	...	...	...	...	...
Malaisie	...	...	...	561 880	307 629	...	...	2 232 176	1 725 292

Organismes multilatéraux

Banques de développement			Autres organismes multilatéraux			Autres ressources internationales		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
...	1 015 344	1 091 481	3 463 112	637 841	90 042
30 000	16 724 223	32 791 644	84 770	13 577 964	12 073 887	23 967 887
...	603 420	...	...
...	1 519 416	...
...	1 699 227	...	...
...	383 172	439 387
...
...	504 393	...	...	1 024 748	...	...
...	...	46 916	645 969	...	198 784	983 416	...	1 095 296
...	727 674	...	...	855 594	...	...
63 778	162 901	...	...	2 014 505	...	1 081 601
...	42 406	...	...	1 253 743	...	...
11 892	91 960	...	...	134 531	...	...
2 268	239 221	...
...	2 216 561	...	...
...	12 385	...
...
...	25 418 125	15 706 811	...	...	...	8 483 235
...
1 523 129	3 728 220	2 080 692	...	...	...	...	...	676 536
...	1 690 130	...	...	...	2 577	348 682	428 488	206 672
...	1 745 621	1 165 243	...	3 990 878	2 913 501
...	28 193 858	...	...	...	...	...
...

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources internationales (en dollars US)

Organismes multilatéraux

	Organismes bilatéraux			Agences de l'ONU			Fonds mondial		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Myanmar	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pakistan	2 312 562	...	...	3 996 848	...	...	388 442	...	...
Philippines	597 420	624 340	...	1 007 266	1 171 076	...	3 278 792	1 955 077	...
Rép. démocratique populaire lao	1 206 336	1 841 772	...	972 646	934 476	...	4 357 227	7 562 540	...
Sri Lanka	...	...	...	1 046 040	...	...	267 529	...	...
Thaïlande	7 071 757	8 103 688	...	1 473 326	1 488 538	...	26 021 888	35 359 954	...
Viet Nam	84 013 483	...	...	1 343 508	...	...	6 650 517	...	...
Caraïbes									
Antigua-et-Barbuda	820 914	246 310	...	6 866	6 866	3 509	233 300	37 290	21 542
Cuba	...	...	...	...	...	...	8 261 407	9 321 423	...
Grenade	49 936	6 361	...	1 178	34 666	...	14 839	11 355	...
Haïti	129 685 595	148 224 334	...	13 250 596	50 569 566	...	21 587 726	8 607 148	...
Jamaïque	360 894	...	...	258 577	...	...	9 680 362	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	1 332 973	733 063	...	33 512	...	8 765	116 050	82 558	92 267
Europe occidentale et centrale									
Bulgarie	19 713	...	...	81 000	95 000	...	5 494 807	6 382 691	...
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	...	462 347	...	...	1 723 215	...	...
Lettonie	...	...	...	146 569	25 228	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	660 616	716 706	20 000	1 417 679	...	...
Serbie	...	...	115 171	...	...	198 435	...	...	3 859 000
Europe orientale et Asie centrale									
Arménie	...	...	...	126 671	188 352	126 960	2 885 885	3 227 460	3 561 135
Azerbaïdjan	...	...	...	171 014	152 855	...	616 197	5 416 440	...
Bélarus	234 102	4 749	...	238 119	266 925	...	5 946 198	9 778 974	...
Géorgie	1 070 223	2 125 481	1 112 293	212 468	401 494	307 243	5 300 330	5 146 960	8 783 691
Kazakhstan	...	...	...	...	338 007	120 714	...	5 151 157	6 961 187
Kirghizistan	319 578	319 578	...	1 753 560	905 000	1 371 130	5 836 715	2 152 922	6 759 253
Ouzbékistan	165 236	...	...	468 000	468 000	848 538	6 045 177	6 045 177	9 923 281

Organismes multilatéraux

Banques de développement			Autres organismes multilatéraux			Autres ressources internationales		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
...	37 904 167	42 349 184	...
284 301	380 983	...	...	800 838	...	...
...	24 881	...	119 242	96 768	...
163 594	231 690	...	250 914	...	...	801 333	345 968	...
...	568 614	...	...	152 214	...	...
54 915	120 790	...	...	...	...	1 304 782	1 357 422	...
8 001 304	1 517 166	...	...	695 801	...	...
...	664 499
...
...	48 982	...	22 028	2 727	...
...
...	472 073	...	...
...	718 655	...	...	...	720 147	...	34 434	...
...	44 937	...	...
...	171 120	...	...
...	25 990	70 621	...
...	68 390	...
1 771 480	4 577 421	...	56 078	203 467	...	89 902	179 530	671 044
...	36 920	...	...	78 501
...	19 891	72 194	85 353	530 992
...	591 500	423 000	...
...	58 522	145 031	...
...	249 945	847 976	861 115
...	9 133	188	...	1 041 864	375 555
1 517 507	551 780	...	400 000	350 000	...	...	...	1 382 380
...

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources internationales (en dollars US)

Organismes multilatéraux

	Organismes bilatéraux			Agences de l'ONU			Fonds mondial		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
République de Moldova	182 941	236 752	139 249	403 777	979 690	303 987	5 302 443	7 161 464	6 213 396
Tadjikistan	2 564 546	2 751 455	...	537 086	743 891	...	9 825 871	8 815 922	...
Ukraine	3 384 197	...	...	1 758 678	...	...	26 858 256	...	...

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie	289 363	548 057	180 195	180 699	319 371	609 511	...	...	...
Djibouti	1 059 733	123 916	143 655	1 971 916	1 597 164	1 137 495	1 358 827	1 975 708	1 574 418
Jordanie	...	...	...	...	...	...	723 768	433 831	968 902
Maroc	46 215	50 836	56 618	881 906	742 118	826 517	4 811 881	4 190 951	4 667 574
République arabe syrienne	...	...	...	...	189 850	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	...	...	2 928 100	2 615 149	...
Yémen	...	...	...	923 775	461 636	...	...	351 385	...

Océanie

Fidji	149 660	164 857	...	339 790	653 830	335 118	72 512	206 829	...
Îles Marshall	72 449	25 021	95 250	...	...	...	118 457	83 557	34 991
Îles Salomon	393 993	439 782	...	44 612	17 436	...	...	...	...
Kiribati	...	...	...	...	...	...	424 106	83 959	134 298
Micronésie (États fédérés de)	265 491	290 594	296 349	68 898	...	...	115 772	86 810	96 236
Papouasie-Nouvelle-Guinée	28 199 728	...	...	2 495 709	...	...	4 572 622	...	...
Samoa	...	...	...	95 536	29 583	...	82 661	102 625	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	...	43 641	121 916	...
Vanuatu	898 503	1 397 372	...	38 888	28 769	...	177 211	328 393	175 692

Organismes multilatéraux

Banques de développement			Autres organismes multilatéraux			Autres ressources internationales		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
...	214 054	141 112	53 783
...	586 650	720 935	...	...	...	...
...	183 024	...	...	1 693 574	...	...
...	403	4 524	99 135
28 249	105 812	...	...	...
...
...	1 359 102	1 405 370	1 565 199
...
...	10 000	...
...	844 990	333 504	...
43 333	853 432	587 591	...	218 669	174 503	...
...
...	167 661	...	215 690	131 802	...
...	...	19 692	5 694	174 929	185 287	...	...	...
...	71 645	96 066	54 103	...	...	...
2 607 197	74 194	...	...	872 219	...	...
...	5 137	2 430	...
4 000	35 000	...
...	510 411	49 077	20 692	...	43 397	131 705

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales et de sources internationales (en dollars US)¹

	2010	2011	2012
Afrique subsaharienne			
Angola	34 064 912	33 477 540	...
Bénin	18 197 534	27 076 904	29 821 530
Botswana	363 069 632	390 416 544	...
Burkina Faso	50 116 464	...	...
Burundi	41 682 508	25 443 438	22 256 840
Cameroun	55 311 540	...	...
Cap-Vert	2 545 213	3 595 435	33 955
Comores	169 643	936 324	1 527 605
Congo	16 472 586	...	...
Gabon	8 522 748	10 028 093	14 302 741
Ghana	56 102 624	75 662 576	...
Guinée	11 424 371	14 777 291	11 788 635
Guinée-Bissau	5 258 837	...	...
Kenya	726 058 624	745 551 808	...
Libéria	28 357 694	31 123 572	...
Madagascar	9 411 533	14 949 588	9 571 378
Malawi	65 560 000	77 390 000	...
Mali	36 518 056	...	...
Maurice	7 258 547	...	...
Mauritanie	946 354	4 082 502	3 934 241
Namibie	279 004 192	...	...
Niger	14 180 564	15 656 028	14 588 501
Nigéria	496 066 912	...	...
Rép. démocratique du Congo	105 197 360	...	...
République centrafricaine	14 897 398	15 673 308	...
Sao Tomé-et-Principe	605 751	880 869	323 128
Sénégal	...	22 518 738	...
Seychelles	2 354 608	2 069 411	4 648 906
Tchad	11 791 489	18 834 284	15 893 491

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales et de sources internationales (en dollars US)¹

	2010	2011	2012
Togo	22 391 016	19 611 786	16 602 255
Zimbabwe	184 952 736	204 092 352	264 690 960
Amérique latine			
Belize	2 547 545	...	...
Bolivie (État plurinational de)	...	9 251 710	...
Brésil	754 998 080	...	...
Chili	119 693 168	123 427 472	133 128 856
Colombie ¹	87 237 816	104 688 656	10 671 901
Costa Rica	26 944 640	...	...
El Salvador	48 752 880	...	59 224 233
Équateur	27 246 408	...	...
Guatemala	41 650 940	...	43 279 436
Honduras	31 741 800	...	...
Nicaragua	23 744 276	...	...
Panama	17 229 700	...	...
Paraguay	9 444 684	7 602 715	...
Pérou	27 919 674	...	...
Suriname	6 045 606	4 592 708	...
Vénézuéla (République bolivarienne du)	109 663 744	80 485 624	...
Asie de l'Est			
Chine	583 626 880	589 373 504	630 628 800
Mongolie	3 501 188	3 731 466	...
Rép. populaire démocratique de Corée	1 014 600	1 145 420	...
Asie du Sud et du Sud-Est			
Afghanistan	4 437 825	8 002 074	4 638 399
Bangladesh	15 114 988	18 647 130	12 394 502
Cambodge	...	52 254 696	49 970 564
Indonésie	68 801 200	...	...
Malaisie	31 945 130	39 207 956	56 142 280
Myanmar	40 501 040	46 293 476	...
Pakistan	12 932 295	...	...

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales et de sources internationales (en dollars US)¹

	2010	2011	2012
Philippines	8 375 187	7 998 805	...
Rép. démocratique populaire lao	8 579 739	11 744 135	...
Sri Lanka	4 312 212	...	...
Thaïlande	236 177 680	314 362 656	...
Viet Nam	123 652 864	...	...
Caraïbes			
Antigua-et-Barbuda	1 361 858	617 262	987 161
Cuba	66 854 940	69 954 928	...
Dominique	223 664	223 664	...
Grenade	93 501	286 803	...
Haïti	166 132 144	209 009 280	...
Jamaïque	14 620 864	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	3 991 280	2 836 345	1 436 605
Europe occidentale et centrale			
Bulgarie	9 892 606	13 145 886	...
Ex-République yougoslave de Macédoine	4 722 972	...	...
Lettonie	6 168 667	7 288 265	...
Lituanie	...	3 669 401	2 496 551
Roumanie	95 508 032	108 135 600	88 774 016
Serbie	...	...	13 359 087
Turquie	...	...	12 291 905
Europe orientale et Asie centrale			
Arménie	5 045 789	5 580 436	5 329 710
Azerbaïdjan	8 236 251	14 555 704	...
Bélarus	19 722 982	19 864 484	...
Géorgie	11 195 893	13 083 921	15 609 576
Kazakhstan	...	36 887 020	37 809 896
Kirghizistan	11 235 261	5 720 845	13 399 289
Ouzbékistan	23 663 618	19 149 708	24 106 268
République de Moldova	10 720 936	13 644 548	9 092 261
Tadjikistan	15 233 122	15 302 037	...
Ukraine	71 931 928	...	...

RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses nationales en matière de VIH issues de sources publiques nationales et de sources internationales (en dollars US)¹

	2010	2011	2012
Moyen-Orient et Afrique du Nord			
Algérie	5 816 047	9 130 566	10 076 121
Djibouti	5 046 034	4 293 493	3 828 456
Jordanie	1 723 768	1 433 832	968 902
Liban	2 420 000	2 420 000	...
Maroc	13 456 936	13 117 972	14 609 839
République arabe syrienne	...	809 850	...
Tunisie	3 038 140	2 742 549	...
Yémen	2 210 998	1 613 920	...
Océanie			
Fidji	2 096 989	2 255 212	335 118
Îles Marshall	390 933	228 824	365 945
Îles Salomon	804 327	908 429	...
Kiribati	429 800	258 888	339 277
Micronésie (États fédérés de)	521 806	473 470	446 688
Palaos	982 489	1 044 959	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	50 899 064	...	...
Samoa	345 028	307 482	...
Tuvalu	59 641	177 096	...
Vanuatu	1 661 523	1 883 490	328 089

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/861>.

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES À SE PROTÉGER DU VIH

Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

Connaissances complètes et correctes sur le sida chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (connaître 2 méthodes de prévention et rejeter 3 idées fausses)¹ (en %)

	Année, source	Femmes	Hommes
Afrique subsaharienne			
Bénin	2006, EDS	8,4	14,2
Burkina Faso	2010, EDS	31,1	35,7
Burundi	2010, EDS	44,5	46,5
Cameroun	2011, MICS	28,7	33,5
Cap-Vert	2012, AIDS	90,1	88,9
Congo	2009, AIS	8,3	21,9
Érythrée	2012, EDS	24,7	33,8
Éthiopie	2011, EDS	23,9	34,2
Gabon	2012, EDS	28,8	36,1
Kenya	2008–09, EDS	46,6	55,3
Lesotho	2009, EDS	38,6	28,7
Madagascar	2008–09, EDS	22,5	26,0
Malawi	2010, EDS	41,8	44,7
Mozambique	2011, EDS	30,2	51,8
Namibie	2006, EDS	59,4	52,9
Niger	2006, EDS	13,4	15,9
Nigéria	2008, EDS	22,2	32,6
Ouganda	2006, EDS	31,9	38,2
Rép. démocratique du Congo	2007, EDS	15,1	20,7
République-Unie de Tanzanie	2010, EDS	48,2	42,7
Rwanda	2010–11, EDS	52,0	46,1
Sao Tomé-et-Principe	2008–09, EDS	42,6	43,4
Sénégal	2010–11, EDS	29,4	30,7
Sierra Leone	2008, EDS	17,2	27,6
Swaziland	2006–07, EDS	52,1	52,3
Zambie	2007, EDS	34,0	36,9
Zimbabwe	2010–11, EDS	51,9	47,0

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES À SE PROTÉGER DU VIH

Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

Connaissances complètes et correctes sur le sida chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (connaître 2 méthodes de prévention et rejeter 3 idées fausses)¹ (en %)

	Année, source	Femmes	Hommes
Amérique latine			
Belize	2011, MICS	42,9	0
Bolivie (État plurinational de)	2008, EDS	22,4	27,7
Colombie	2010, EDS	24,1	0
Guyana	2009, EDS	54,1	46,6
Honduras	2005–06, EDS	29,7	0
Nicaragua	2001, EDS	22,2	0
Asie du Sud et du Sud-Est			
Cambodge	2010, EDS	44,4	43,7
Inde	2005–06, NFHS	19,9	36,1
Népal	2011, EDS	25,8	33,9
Timor-Leste	2009, EDS	12,2	19,7
Viet Nam	2005, PAIS	42,3	50,3
Caraïbes			
Haïti	2005–06, EDS	33,9	40,1
République dominicaine	2007, EDS	40,8	33,7
Europe occidentale et centrale			
Albanie	2008–09, EDS	35,9	22,0
Bosnie-Herzégovine	2012, MICS	47,5	47,3
Monténégro	2012, AIDS	22,0	22,3
Europe orientale et Asie centrale			
Arménie	2005, EDS	22,6	15,1
Azerbaïdjan	2006, EDS	4,8	5,3
Ukraine	2007, EDS	44,8	42,8
Moyen-Orient et Afrique du Nord			
Égypte	2005, EDS	4,4	0
Jordanie	2007, EDS	12,5	5,0
Maroc	2003–04, EDS	11,7	0

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/658>.

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES À SE PROTÉGER DU VIH

Proportion de femmes mariées ou l'ayant été ou vivant en couple, âgées de 15 à 49 ans, qui ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime masculin au cours des 12 derniers mois¹

2012 ²		2012 ²	
Afrique subsaharienne		Guatemala	28
Angola	29	Honduras	15
Burkina Faso	9	Mexique	17
Cameroun	51	Nicaragua	22
Côte d'Ivoire	31	Panama	15
Gabon	45	Pérou	14
Ghana	19	Asie de l'Est	
Guinée	23	Mongolie	10
Guinée-Bissau	40	Asie du Sud et du Sud-Est	
Kenya	32	Bangladesh	22
Libéria	35	Cambodge	10
Madagascar	9	Népal	14
Malawi	22	Timor-Leste	29
Maurice	23	Caraïbes	
Nigéria	15	Haïti	16
Rép. démocratique du Congo	59	Jamaïque	10
République centrafricaine	40	République dominicaine	12
République-Unie de Tanzanie	35	Europe occidentale et centrale	
Rwanda	44	République tchèque	11
Sao Tomé-et-Principe	26	Europe orientale et Asie centrale	
Sierra Leone	10	Azerbaïdjan	10
Swaziland	8	République de Moldova	25
Tchad	30	Moyen-Orient et Afrique du Nord	
Togo	22	Maroc	15
Zimbabwe	27	Tunisie	16
Amérique latine		Océanie	
Bolivie (État plurinational de)	24	Îles Marshall	25
El Salvador	8	Vanuatu	60

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/863>.

² Données les plus récentes communiquées.

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE
ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES
À SE PROTÉGER DU VIH

Nombre de femmes adultes infectées par le VIH

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne	11 100 000	10 300 000	12 000 000	12 900 000	12 000 000	13 700 000
Afrique du Sud	2 400 000	2 200 000	2 600 000	3 400 000	3 200 000	3 600 000
Angola	67 000	50 000	98 000	130 000	110 000	160 000
Bénin	33 000	29 000	37 000	37 000	33 000	41 000
Botswana	160 000	150 000	170 000	180 000	170 000	190 000
Burkina Faso	84 000	72 000	98 000	55 000	47 000	64 000
Burundi	62 000	52 000	75 000	43 000	36 000	53 000
Cameroun	260 000	240 000	280 000	310 000	290 000	340 000
Cap-Vert	< 1 000	< 500	< 1 000	< 500	< 500	< 1 000
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	44 000	40 000	50 000	36 000	32 000	39 000
Côte d'Ivoire	320 000	280 000	360 000	220 000	190 000	260 000
Érythrée	16 000	11 000	21 000	8 800	7 000	12 000
Éthiopie	700 000	630 000	770 000	380 000	340 000	420 000
Gabon	28 000	24 000	32 000	25 000	22 000	30 000
Gambie	3 900	2 900	5 200	7 600	5 700	10 000
Ghana	140 000	120 000	160 000	120 000	100 000	140 000
Guinée	35 000	29 000	43 000	63 000	52 000	76 000
Guinée équatoriale	6 100	3 300	11 000	16 000	8 500	24 000
Guinée-Bissau	11 000	7 800	15 000	21 000	16 000	28 000
Kenya	790 000	750 000	840 000	820 000	790 000	860 000
Lesotho	150 000	140 000	160 000	190 000	180 000	200 000
Libéria	18 000	15 000	21 000	11 000	9 100	13 000
Madagascar	23 000	19 000	28 000	23 000	19 000	27 000
Malawi	530 000	490 000	560 000	560 000	520 000	590 000
Mali	56 000	45 000	70 000	50 000	40 000	62 000
Maurice	2 000	1 800	2 300	2 800	2 500	3 200
Mauritanie	4 800	3 600	6 400	5 000	3 700	7 200
Mozambique	450 000	400 000	520 000	810 000	730 000	930 000
Namibie	93 000	80 000	110 000	120 000	100 000	130 000

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE
ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES
À SE PROTÉGER DU VIH

Nombre de femmes adultes infectées par le VIH

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Niger	26 000	22 000	32 000	20 000	16 000	25 000
Nigéria	1 400 000	1 200 000	1 600 000	1 700 000	1 500 000	1 900 000
Ouganda	460 000	410 000	540 000	780 000	690 000	900 000
Rép. démocratique du Congo	210 000	190 000	240 000	230 000	210 000	260 000
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	740 000	670 000	830 000	730 000	660 000	810 000
Rwanda	110 000	100 000	130 000	100 000	95 000	120 000
Sao Tomé-et-Principe	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 500	< 1 000
Sénégal	16 000	13 000	19 000	24 000	20 000	29 000
Sierra Leone	15 000	10 000	20 000	31 000	22 000	44 000
Soudan du Sud	65 000	29 000	110 000	78 000	51 000	120 000
Swaziland	77 000	71 000	83 000	110 000	100 000	120 000
Tchad	97 000	82 000	110 000	100 000	88 000	130 000
Togo	69 000	59 000	83 000	65 000	56 000	76 000
Zambie	400 000	370 000	430 000	490 000	460 000	530 000
Zimbabwe	930 000	880 000	1 000 000	700 000	660 000	740 000
Amérique du Nord	180 000	150 000	230 000	260 000	190 000	380 000
Canada	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...
Amérique latine	370 000	330 000	440 000	430 000	350 000	550 000
Argentine	23 000	17 000	29 000	32 000	26 000	37 000
Belize	1 000	< 1 000	1 100	1 300	1 200	1 500
Bolivie (État plurinational de)	5 100	3 700	7 400	4 600	2 500	7 100
Brésil	...	130 000	170 000	...	160 000	190 000
Chili	4 100	1 800	6 900	5 400	3 600	8 100
Colombie	39 000	29 000	52 000	42 000	32 000	56 000
Costa Rica	2 400	2 300	2 600	4 000	3 600	4 500
El Salvador	8 800	6 400	13 000	9 000	5 900	16 000

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE
ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES
À SE PROTÉGER DU VIH

Nombre de femmes adultes infectées par le VIH

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Équateur	7 800	4 200	12 000	12 000	8 300	21 000
Guatemala	19 000	12 000	30 000	20 000	12 000	44 000
Guyana	1 500	< 1 000	2 400	3 600	2 100	5 700
Honduras	17 000	14 000	21 000	9 400	8 000	11 000
Mexique	39 000	32 000	47 000	38 000	32 000	46 000
Nicaragua	< 500	< 200	< 1 000	2 900	2 000	4 400
Panama	5 800	4 800	7 100	5 000	3 700	6 600
Paraguay	1 200	< 1 000	4 000	5 500	3 100	10 000
Pérou	27 000	19 000	36 000	23 000	11 000	68 000
Suriname	1 600	1 300	1 900	2 000	1 800	2 200
Uruguay	1 700	1 200	2 600	2 700	2 100	4 000
Vénézuéla (République bolivarienne du)	26 000	17 000	40 000	38 000	27 000	56 000
Asie de l'Est	100 000	74 000	140 000	250 000	180 000	350 000
Chine ¹	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	1 200 000	960 000	1 500 000	1 400 000	1 100 000	1 800 000
Afghanistan	< 1 000	< 500	1 700	1 400	< 1 000	4 600
Bangladesh	< 1 000	< 100	1 300	2 700	1 000	28 000
Bhoutan	< 100	< 100	< 100	< 500	< 200	< 1 000
Cambodge	51 000	34 000	99 000	39 000	26 000	76 000
Inde ¹	800 000	660 000	930 000	750 000	610 000	940 000
Indonésie	25 000	< 100	80 000	230 000	150 000	370 000
Malaisie	4 800	3 400	7 300	12 000	8 500	16 000
Maldives	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100	< 100
Myanmar	48 000	42 000	54 000	63 000	55 000	71 000

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE
ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES
À SE PROTÉGER DU VIH

Nombre de femmes adultes infectées par le VIH

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Népal	14 000	12 000	18 000	14 000	12 000	19 000
Pakistan	2 400	1 600	4 800	24 000	14 000	44 000
Philippines	2 300	1 300	4 600	2 200	1 700	3 200
Rép. démocratique populaire lao	1 400	1 100	2 700	4 900	4 200	5 600
Singapour	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	< 1 000	1 500
Thaïlande	210 000	190 000	230 000	200 000	180 000	210 000
Viet Nam	51 000	14 000	100 000	71 000	20 000	140 000
Caraïbes	130 000	120 000	150 000	120 000	110 000	140 000
Bahamas	2 700	2 600	2 800	3 500	3 300	3 700
Barbade	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500	< 500
Cuba	< 500	< 500	< 500	< 1 000	< 1 000	1 500
Haïti	80 000	71 000	90 000	78 000	70 000	88 000
Jamaïque	13 000	11 000	15 000	9 300	7 800	11 000
République dominicaine	31 000	27 000	35 000	22 000	19 000	26 000
Trinité-et-Tobago	5 200	4 600	5 800	7 300	6 800	8 000
Europe occidentale et centrale	140 000	120 000	150 000	210 000	190 000	230 000
Allemagne	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE
ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES
À SE PROTÉGER DU VIH

Nombre de femmes adultes infectées par le VIH

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Irlande
Islande
Israël
Italie
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Norvège
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Turquie
Europe orientale et Asie centrale	360 000	280 000	450 000	430 000	340 000	550 000
Arménie	< 200	< 100	< 500	< 1 000	< 500	< 1 000
Azerbaïdjan	< 1 000	< 500	< 1 000	1 100	< 1 000	1 500
Bélarus	2 500	1 900	3 300	7 100	6 400	8 000
Fédération de Russie
Géorgie	< 500	< 500	< 1 000	1 400	1 100	2 000
Kazakhstan

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE AINSI QUE LA MALTRAITANCE
ET LA VIOLENCE SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES
À SE PROTÉGER DU VIH

Nombre de femmes adultes infectées par le VIH

	2001			2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Kirghizistan	< 500	< 500	< 1 000	1 600	1 100	2 300
Ouzbékistan	8 000	5 000	11 000	7 200	5 400	10 000
République de Moldova	3 700	2 900	4 800	6 500	5 300	8 200
Tadjikistan	< 500	< 200	1 600	4 100	2 300	8 400
Ukraine	76 000	65 000	87 000	95 000	80 000	110 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	62 000	41 000	110 000	100 000	74 000	150 000
Algérie	...	...	...	...	...	...
Djibouti	5 000	3 900	6 000	3 700	3 000	4 700
Égypte	< 1 000	< 500	1 100	1 400	< 1 000	2 100
Iran (République islamique d')	1 200	< 1 000	2 300	19 000	13 000	30 000
Liban	...	...	...	...	...	...
Maroc	4 400	3 100	5 700	11 000	8 500	14 000
Oman	...	...	...	...	...	...
Somalie	12 000	7 000	19 000	13 000	8 600	20 000
Soudan	...	...	...	...	...	...
Tunisie	< 500	< 200	< 1 000	< 1 000	< 500	1 100
Yémen	1 300	< 1 000	2 400	7 700	3 600	19 000
Océanie	14 000	11 000	19 000	18 000	15 000	21 000
Australie	...	...	...	...	...	...
Fidji	< 100	< 100	< 200	< 500	< 500	< 500
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	11 000	7 700	16 000	12 000	10 000	16 000
MONDIAL	13 700 000	12 500 000	15 000 000	16 100 000	14 800 000	17 400 000

¹ Les données concernant la Chine et l'Inde sont basées sur des estimations nationales datant de 2011.

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

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

	2009	2013
Afrique subsaharienne		
Afrique du Sud	Non	Non
Bénin	Non	Non
Botswana	Non	Non
Burkina Faso	Non	Non
Burundi	Non	Non
Cameroun	Non	Non
Comores	Oui	Oui
Congo	Non	Non
Côte d'Ivoire	Non	Non
Éthiopie	Non	Non
Gabon	Non	Non
Gambie	Non	Non
Ghana	Non	Non
Guinée	Non	Non
Guinée-Bissau	Non	Non
Kenya	Non	Non
Lesotho	Non	Non
Libéria	Non	Non
Madagascar	Non	Non
Malawi	Non	Non
Mali	Non	Non
Maurice	Oui	Oui
Mauritanie	Non	Non
Mozambique	Non	Non
Namibie	Non	Non
Nigéria	Non	Non
Ouganda	Non	Non
Rép. démocratique du Congo	Non	Non
République centrafricaine	Non	Non
République-Unie de Tanzanie	Non	Non
Rwanda	Non	Non

	2009	2013
Sénégal	Non	Non
Sierra Leone	Non	Non
Swaziland	Non	Non
Tchad	Non	Non
Togo	Non	Non
Zambie	Non	Non
Zimbabwe	Non	Non
Amérique du Nord		
Canada	Non	Non
États-Unis d'Amérique	Non	Non
Amérique latine		
Argentine	Non	Non
Belize	Oui	Oui
Brésil	Non	Non
Chili	Non	Non
Colombie	Non	Non
Costa Rica	Non	Non
El Salvador	Non	Non
Équateur	Oui	Non
Guatemala	Non	Non
Guyana	Non	Non
Mexique	Non	Non
Nicaragua	Oui	Oui
Panama	Non	Non
Paraguay	Oui	Oui
Pérou	Non	Non
Uruguay	Non	Non
Vénézuéla (République bolivarienne du)	Non	Non
Asie de l'Est		
Chine	Non	Non
Japon	Non	Non
Mongolie	Oui	Non

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

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

	2009	2013
République de Corée	Oui	Non
République populaire démocratique de Corée	Oui	Oui
Asie du Sud et du Sud-Est		
Bangladesh	Non	Non
Brunei Darussalam	Oui	Oui
Cambodge	Non	Non
Inde	Oui	Non
Indonésie	Non	Non
Malaisie	Oui	Oui
Maldives	Non	Non
Myanmar	Non	Non
Népal	Non	Non
Pakistan	Non	Non
Philippines	Non	Non
Rép. démocratique populaire lao	Non	Non
Singapour	Oui	Oui
Sri Lanka	Non	Non
Thaïlande	Non	Non
Viet Nam	Non	Non
Caraïbes		
Antigua-et-Barbuda	Non	Non
Barbade	Non	Non
Cuba	Oui	Oui
Dominique	Non	Non
Grenade	Non	Non
Haïti	Non	Non
Jamaïque	Non	Non
République dominicaine	Oui	Oui
Saint-Kitts-et-Nevis	Non	Non
Sainte-Lucie	Non	Non
Trinité-et-Tobago	Non	Non

	2009	2013
Europe occidentale et centrale		
Albanie	Non	Non
Andorre	Oui	Oui
Autriche	Non	Non
Belgique	Non	Non
Bosnie-Herzégovine	Non	Non
Bulgarie	Non	Non
Croatie	Non	Non
Chypre	Oui	Oui
Danemark	Non	Non
Espagne	Non	Non
Estonie	Non	Non
Ex-République yougoslave de Macédoine	Non	Non
Finlande	Non	Non
France	Non	Non
Grèce	Non	Non
Hongrie	Non	Non
Irlande	Non	Non
Islande	Non	Non
Israël	Oui	Oui
Italie	Non	Non
Lettonie	Non	Non
Liechtenstein	Non	Non
Lituanie	Oui	Oui
Luxembourg	Non	Non
Malte	Non	Non
Monaco	Non	Non
Monténégro	Non	Non
Norvège	Non	Non
Pays-Bas	Non	Non
Pologne	Non	Non
Portugal	Non	Non

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

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

	2009	2013
République tchèque	Non	Non
Roumanie	Non	Non
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	Non	Non
Saint-Marin	Non	Non
Serbie	Non	Non
Slovaquie	Oui	Oui
Slovénie	Non	Non
Suède	Non	Non
Suisse	Non	Non
Turquie	Non	Non
Europe orientale et Asie centrale		
Arménie	Oui	Non
Azerbaïdjan	Non	Non
Bélarus	Oui	Oui
Fédération de Russie	Oui	Oui
Géorgie	Non	Non
Kazakhstan	Non	Non
Kirghizistan	Non	Non
Ouzbékistan	Oui	Oui
République de Moldova	Oui	Non
Tadjikistan	Oui	Oui
Turkménistan	Oui	Oui
Ukraine	Oui	Non
Moyen-Orient et Afrique du Nord		
Arabie saoudite	Oui	Oui
Bahreïn	Oui	Oui
Djibouti	Non	Non
Égypte	Oui	Oui
Émirats arabes unis	Oui	Oui
Iran (République islamique d')	Non	Non
Iraq	Oui	Oui

	2009	2013
Jordanie	Oui	Oui
Koweït	Oui	Oui
Liban	Oui	Oui
Libye	Non	Non
Maroc	Non	Non
Oman	Oui	Oui
Qatar	Oui	Oui
République arabe syrienne	Oui	Oui
Somalie	Non	Non
Soudan	Oui	Oui
Tunisie	Non	Non
Yémen	Oui	Oui
Océanie		
Australie	Oui	Oui
Fidji	Oui	Non
Îles Marshall	Oui	Oui
Îles Salomon	Oui	Oui
Micronésie (États fédérés de)	Non	Non
Nouvelle-Zélande	Oui	Oui
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Oui	Oui
Samoa	Oui	Oui
Tonga	Oui	Oui
Vanuatu	Non	Non

RENFORCER L'INTÉGRATION DU VIH

Établissements de santé fournissant des services liés au VIH intégrés à d'autres services de santé

Thérapie antirétrovirale
et maladies chroniques
non transmissibles

Thérapie antirétrovirale
et soins ambulatoires
généraux

Thérapie antirétrovirale
et prise en charge de
la tuberculose

Afrique subsaharienne

Afrique du Sud	Rares	Rares	Rares
Bénin	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Botswana	Aucun	Aucun	Rares
Burundi	Rares	Rares	Rares
Cameroun	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Cap-Vert	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Comores	Rares	Rares	Nombreux
Érythrée	Aucun	Rares	Rares
Éthiopie	Rares	Rares	Rares
Gabon	Rares	Rares	Rares
Gambie	Rares	Rares	Nombreux
Ghana	Aucun	Aucun	Nombreux
Guinée	Rares	Rares	Nombreux
Guinée équatoriale	Rares	Nombreux	Rares
Guinée-Bissau	Aucun	Aucun	Nombreux
Kenya	Rares	Nombreux	Nombreux
Lesotho	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Libéria	Nombreux	Rares	Nombreux
Madagascar	Aucun	Rares	Rares
Malawi	Aucun	Rares	Nombreux
Maurice	Aucun	Aucun	Nombreux
Mauritanie	Aucun	Rares	Rares
Mozambique	Rares	Nombreux	Nombreux
Namibie	Aucun	Aucun	Nombreux
Niger	Rares	Nombreux	Nombreux
Nigéria	Rares	Rares	Rares
Ouganda	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rép. démocratique du Congo	Aucun	Rares	Rares
République-Unie de Tanzanie	Rares	Nombreux	Nombreux
Rwanda	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Sénégal	Rares	Nombreux	Nombreux

Conseil et dépistage du VIH et maladies chroniques non transmissibles

Conseil et dépistage du VIH et soins ambulatoires généraux

Thérapie antirétrovirale et prise en charge de la tuberculose

Conseil et dépistage du VIH et services de santé sexuelle et reproductive

PTME et soins anténatals / santé maternelle et infantile

Rares	Rares	Rares	Rares	Rares
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Rares
Aucun	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Aucun	Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Rares	Nombreux
Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Nombreux	Rares	Nombreux
Rares	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Rares	Nombreux
Aucun	Rares	Rares	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Aucun	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Aucun	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Rares	Nombreux	Rares
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Nombreux	Rares	Rares
Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Rares	Rares
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux

RENFORCER L'INTÉGRATION DU VIH

Établissements de santé fournissant des services liés au VIH intégrés à d'autres services de santé

Thérapie antirétrovirale
et maladies chroniques
non transmissibles

Thérapie antirétrovirale
et soins ambulatoires
généraux

Thérapie antirétrovirale
et prise en charge de
la tuberculose

Seychelles	Rares	Rares	Nombreux
Sierra Leone	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Swaziland	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Tchad	Rares	Rares	Nombreux
Togo	Rares	Rares	Nombreux
Zambie	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Zimbabwe	Rares	Nombreux	Nombreux
Amérique latine			
Argentine	Nombreux	Rares	Nombreux
Belize	Aucun	Nombreux	Nombreux
Bolivie (État plurinational de)	Rares	Rares	Rares
Brésil	Aucun	Aucun	Nombreux
Chili	Aucun	Aucun	Aucun
Costa Rica	Aucun	Aucun	Aucun
El Salvador	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Guatemala	Aucun	Rares	Rares
Guyana	Rares	Rares	Nombreux
Honduras	Aucun	Aucun	Nombreux
Mexique	Rares	Rares	Nombreux
Nicaragua	Rares	Rares	Rares
Panama	Rares	Rares	Nombreux
Paraguay	Aucun	Aucun	Rares
Pérou	Rares	Rares	Rares
Uruguay	Aucun	Rares	Rares
Vénézuéla (République bolivarienne du)	Rares	Rares	Rares
Asie de l'Est			
Japon	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Mongolie	Aucun	Aucun	Rares
Asie du Sud et du Sud-Est			
Bangladesh	Aucun	Aucun	Rares
Bhoutan	Rares	Nombreux	Rares
Brunei Darussalam	Aucun	Aucun	Rares

Conseil et dépistage du VIH et maladies chroniques non transmissibles

Conseil et dépistage du VIH et soins ambulatoires généraux

Thérapie antirétrovirale et prise en charge de la tuberculose

Conseil et dépistage du VIH et services de santé sexuelle et reproductive

PTME et soins anténatals / santé maternelle et infantile

Rares	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Aucun	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Nombreux	Rares
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Rares	Aucun	Aucun
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Aucun	Nombreux	Rares	Nombreux
Rares	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Nombreux	Rares	Nombreux
Rares	Rares	Nombreux	Rares	Nombreux
Aucun	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Rares	Rares
Rares	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Rares	Aucun	Rares
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Aucun	Rares	Rares	Rares
Aucun	Rares	Rares	Rares	Rares
Aucun	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Rares	Rares	Rares

RENFORCER L'INTÉGRATION DU VIH

Établissements de santé fournissant des services liés au VIH intégrés à d'autres services de santé

Thérapie antirétrovirale
et maladies chroniques
non transmissibles

Thérapie antirétrovirale
et soins ambulatoires
généraux

Thérapie antirétrovirale
et prise en charge de
la tuberculose

Malaisie	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Myanmar	Rares	Rares	Rares
Népal	Rares	Rares	Rares
Pakistan	Aucun	Aucun	Rares
Philippines	Aucun	Aucun	Nombreux
Sri Lanka	Aucun	Aucun	Nombreux
Thaïlande	Aucun	Rares	Nombreux
Viet Nam	Aucun	Rares	Nombreux
Caraïbes			
Antigua-et-Barbuda	Rares	Rares	Nombreux
Barbade	Rares	Rares	Rares
Dominique	Rares	Rares	Rares
Grenade	Rares	Rares	Rares
Haïti	Rares	Rares	Nombreux
Jamaïque	Rares	Rares	Rares
République dominicaine	Rares	Rares	Nombreux
Sainte-Lucie	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Trinité-et-Tobago	Aucun	Aucun	Rares
Europe occidentale et centrale			
Espagne	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Irlande	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Lituanie	Rares	Rares	Rares
Malte	Aucun	Aucun	Nombreux
Monténégro	Aucun	Aucun	
Pologne	Nombreux	Nombreux	Aucun
Roumanie	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	Rares	Aucun	Rares
Serbie	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Slovaquie	Aucun	Aucun	Rares
Europe orientale et Asie centrale			
Arménie	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Azerbaïdjan	Aucun	Rares	Rares

Conseil et dépistage du VIH et maladies chroniques non transmissibles

Conseil et dépistage du VIH et soins ambulatoires généraux

Thérapie antirétrovirale et prise en charge de la tuberculose

Conseil et dépistage du VIH et services de santé sexuelle et reproductive

PTME et soins anténatals / santé maternelle et infantile

Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Rares	Rares
Aucun	Rares	Rares	Rares	Rares
Aucun	Rares	Nombreux	Rares	Rares
Aucun	Aucun	Rares	Nombreux	Rares
Aucun	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux

Rares	Nombreux	Rares	Rares	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux	Rares
Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Rares	Rares	Rares
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Rares	Aucun	Nombreux

Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux	Rares
Aucun	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Aucun	Rares	Rares	Rares
Aucun	Nombreux	Aucun	Rares	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Aucun	Rares	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Rares	Rares	Rares
Aucun	Aucun	Rares	Rares	Nombreux

Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Rares	Rares	Aucun

RENFORCER L'INTÉGRATION DU VIH

Établissements de santé fournissant des services liés au VIH intégrés à d'autres services de santé

Thérapie antirétrovirale
et maladies chroniques
non transmissibles

Thérapie antirétrovirale
et soins ambulatoires
généraux

Thérapie antirétrovirale
et prise en charge de
la tuberculose

Bélarus	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Kazakhstan		Aucun	Nombreux
Kirghizistan	Aucun	Rares	Nombreux
Ouzbékistan	Rares	Rares	Rares
République de Moldova	Rares	Rares	Rares
Tadjikistan	Aucun	Nombreux	Nombreux

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Arabie saoudite	Rares	Rares	Nombreux
Bahreïn	Aucun	Rares	Rares
Djibouti	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Égypte	Rares	Nombreux	Rares
Émirats arabes unis	Nombreux	Aucun	Nombreux
Iraq	Aucun	Aucun	Nombreux
Jordanie	Aucun	Aucun	Aucun
Libye	Rares	Nombreux	
Maroc			
Oman	Rares	Rares	Nombreux
Qatar	Aucun	Nombreux	Nombreux
Somalie	Aucun	Rares	Aucun
Soudan	Rares	Aucun	Nombreux
Tunisie	Nombreux	Rares	Nombreux

Océanie

Australie	Rares	Nombreux	Rares
Fidji	Rares	Rares	Rares
Îles Marshall	Aucun	Rares	Rares
Micronésie (États fédérés de)	Aucun	Aucun	Aucun
Nouvelle-Zélande			Nombreux
Palaos	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Aucun	Aucun	Aucun

Conseil et dépistage du VIH et maladies chroniques non transmissibles

Conseil et dépistage du VIH et soins ambulatoires généraux

Thérapie antirétrovirale et prise en charge de la tuberculose

Conseil et dépistage du VIH et services de santé sexuelle et reproductive

PTME et soins anténatals / santé maternelle et infantile

Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Rares
Rares	Nombreux	Rares	Rares	Nombreux
Aucun	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux

Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Nombreux	Rares	Rares
Aucun	Rares	Rares	Nombreux	Rares
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Rares
Rares	Rares	Rares	Aucun	Nombreux
Rares	Rares	Aucun	Nombreux	Nombreux
Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Aucun	Aucun	Rares	Rares	Rares
	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Rares	Rares	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Nombreux	Rares	Rares
Aucun	Aucun	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Nombreux	Rares	Rares

Nombreux	Nombreux	Rares	Nombreux	Nombreux
Aucun	Rares	Nombreux	Nombreux	Rares
Aucun	Rares	Rares	Rares	Rares
Aucun	Aucun	Nombreux	Nombreux	Aucun
		Nombreux	Nombreux	Nombreux
Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux	Nombreux
Aucun	Aucun	Rares	Rares	Rares

RENFORCER L'INTÉGRATION DU VIH

Taux de scolarisation actuel des jeunes âgés de 10 à 14 ans¹

	Orphelins		Non orphelins	
	2009	2012	2009	2012
Afrique subsaharienne				
Afrique du Sud	98	98	99	99
Angola	75	71	87	90
Bénin	6	63	...	76
Botswana	...	98	...	...
Burkina Faso	56	61	49	55
Burundi	...	75	...	91
Cameroun	79	...	86	...
Congo	82	...	93	96
Côte d'Ivoire	36	46	36	71
Éthiopie	53	69	59	76
Gabon	81	96	96	98
Gambie	...	91	...	94
Ghana	67	67	88	88
Guinée-Bissau	...	78	...	72
Kenya	64	94	61	98
Lesotho	...	93	...	95
Madagascar	...	60	...	81
Malawi	89	91	91	93
Mali	42	54	48	62
Mauritanie	51	...	71	...
Mozambique	79	66	87	79
Namibie	95	94	94	95
Niger	25	25	38	37
Nigéria	...	84	...	84
Ouganda	...	...	82	...
République centrafricaine	65	70	67	79
Rép. démocratique du Congo	63	63	81	85
République-Unie de Tanzanie	60	32	...	62

RENFORCER L'INTÉGRATION DU VIH

Taux de scolarisation actuel des jeunes âgés de 10 à 14 ans¹

	Orphelins		Non orphelins	
	2009	2012	2009	2012
Rwanda	75	88	91	96
Sao Tomé-et-Principe	...	100	...	90
Sénégal	...	90	...	94
Seychelles	...	100	...	100
Sierra Leone	47	47	76	76
Swaziland	90	97	93	99
Tchad	54	67	46	57
Togo	92	77	96	89
Zambie	81	...	88	...
Zimbabwe	...	88	...	95
Amérique latine				
Belize	62	62	...	95
Costa Rica	...	95	...	93
Honduras	59	25	55	84
Pérou	...	89	...	94
Suriname	...	86	...	97
Uruguay	...	100	...	...
Asie de l'Est				
Mongolie	...	100	...	98
Asie du Sud et du Sud-Est				
Cambodge	76	70	92	81
Indonésie	87	87	93	93
Thaïlande	96	...	96	...
Timor-Leste	...	66	...	87
Caraïbes				
Bahamas	100	...	100	...
Cuba	100	100	100	100
Haïti	77	92	89	96
République dominicaine	69	95	97	98

RENFORCER L'INTÉGRATION DU VIH

Taux de scolarisation actuel des jeunes âgés de 10 à 14 ans¹

	Orphelins		Non orphelins	
	2009	2012	2009	2012
Saint-Kitts-et-Nevis	100	100	100	100
Sainte-Lucie	100	...	72	...
Europe occidentale et centrale				
Espagne	99	...	...	...
Moyen-Orient et Afrique du Nord				
Iran (République islamique d')	75	75	92	92
Oman	...	100	...	...
Somalie	...	25	...	29
Soudan	54	78	67	82
Océanie				
Papouasie-Nouvelle-Guinée	75	...	87	...
Vanuatu	...	74	...	83

¹ Pour une définition de l'indicateur, veuillez consulter <http://www.indicatorregistry.org/node/864>.



20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

