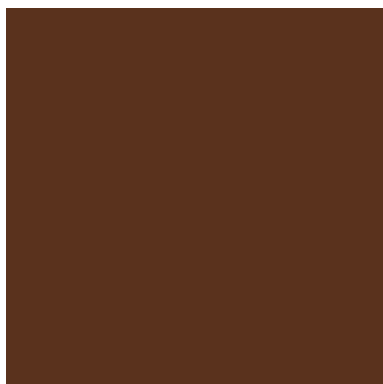
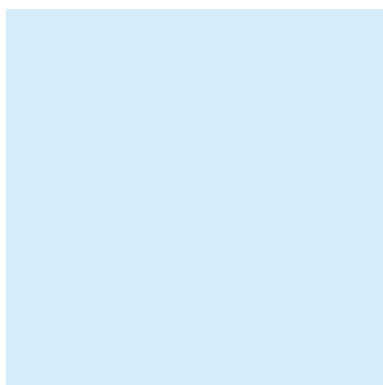
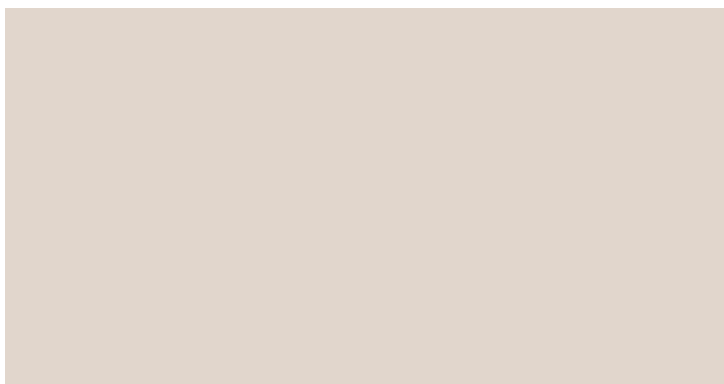


Et à partir de là, que faut-il faire ?  
Soutenir une riposte efficace, solide, sur le long terme

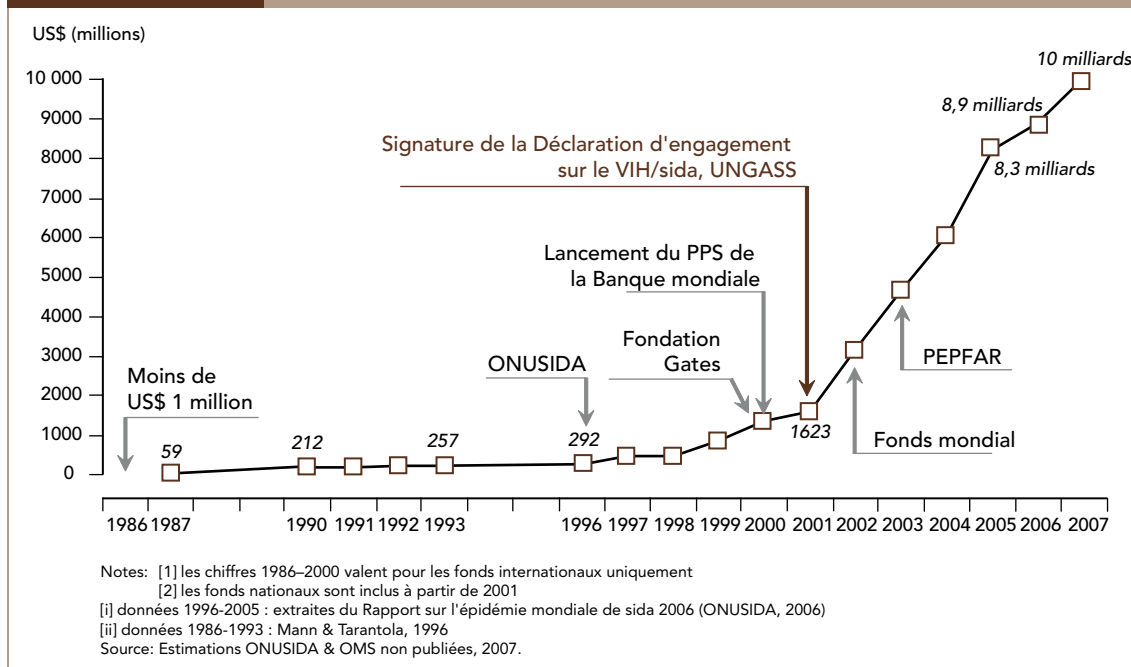


# Chapitre 7



**FIGURE 7.1**

Ressources annuelles totales disponibles pour la riposte au sida, 1986–2007



Comme étudié dans les chapitres précédents, le monde possède aujourd'hui les moyens de prévenir les nouveaux cas d'infection à VIH, de réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH, et d'atténuer les effets néfastes de l'épidémie sur les ménages, les communautés et les sociétés.

S'acheminer sur la voie de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH constitue une étape majeure pour une riposte efficace, durable au VIH. Des progrès substantiels, cependant variables, ont été faits sur le front de l'élargissement dans l'optique de concrétiser l'accès universel. Comme le montrent les Tableaux 7.1 et 7.2, plusieurs pays ont déjà atteint leurs cibles nationales pour l'accès universel à la prévention de la transmission mère-enfant et au traitement antirétroviral.

Les pays parvenus à étendre nettement la portée de ces services sont ceux chez qui il y a eu un solide leadership à un niveau national et décentralisé et

une coordination de la riposte au VIH, notamment l'alignement du financement et des partenaires sur les stratégies nationales de lutte contre le sida. Dans les pays où les services se sont rapidement étendus, il y a une volonté politique manifeste qui s'exprime aux plus hauts niveaux gouvernementaux en faveur de processus inclusifs qui reconnaissent l'importance de tous les aspects de la riposte et qui impliquent l'ensemble des parties prenantes concernées. Le dynamisme et la transparence affichés par certains gouvernements pour riposter à l'épidémie incitent d'autres partenaires du développement à soutenir les stratégies de lutte contre le VIH que les pays eux-mêmes définissent et prennent à leur compte.

Cependant, le mouvement en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH ne présente pas la même configuration partout dans le monde. Comme le montre la Figure 7.2, certaines régions tardent

à mettre à niveau les services de prévention et de traitement essentiels.

Les progrès faits entre 2005 et 2007 pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux et à la prévention de la transmission mère-enfant ont été les plus nets en Afrique subsaharienne. Cependant, pour arriver à concrétiser l'accès universel, les avancées dans cette région ne doivent pas s'arrêter là ; les taux de couverture en Afrique avant 2005 étaient extrêmement faibles.

Les pays qui ont fait des progrès notables sur la voie de l'accès universel se sont employés à développer le potentiel humain de prestation de services, à améliorer l'accès aux produits et aux équipements, et plus globalement à renforcer leurs systèmes de santé. Un engagement important de la part de la société civile a également été déterminant pour parvenir à développer et à mettre les services à niveau. Une société civile active, qui se fait entendre et qui s'engage, est celle qui contribue à l'exercice des droits humains, qui étoffe le potentiel de mise en œuvre des pays, et qui améliore l'accès aux services pour les groupes marginalisés et pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Ce chapitre porte sur les mesures à prendre dès maintenant pour étendre les succès récents, soulignés

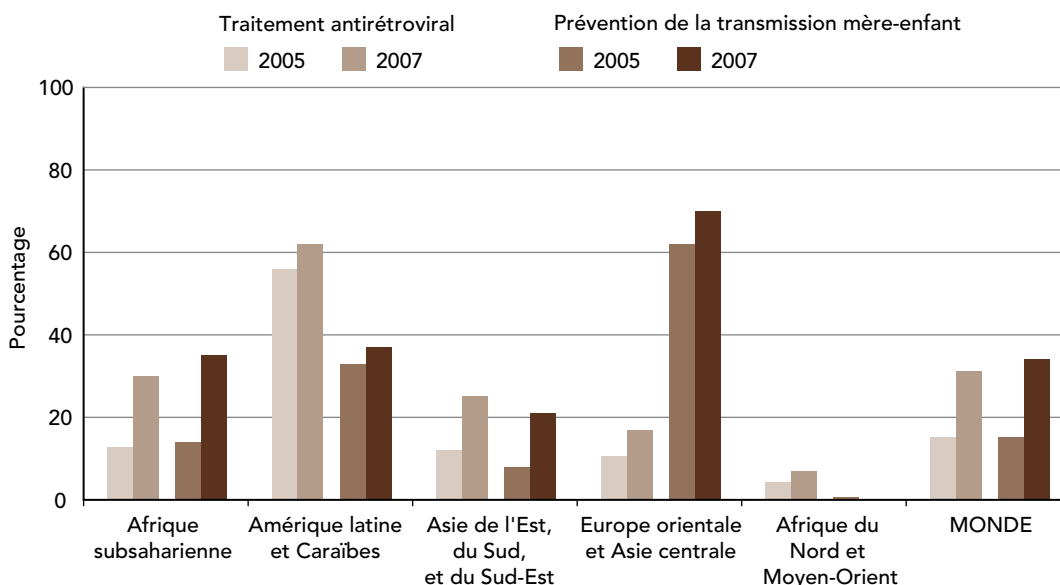
dans le présent rapport, à l'ensemble des pays et des régions ainsi qu'à la riposte au VIH dans sa totalité. Cette étude va au-delà de l'échéance de 2015 pour les objectifs du Millénaire pour le développement, décrivant les mesures et l'architecture qui seront nécessaires aux niveaux national et mondial pour soutenir sur le long terme une riposte énergique.

En particulier, ce chapitre étudie les enjeux pressants auxquels les pays et la communauté mondiale vont se retrouver confrontés dans les années à venir pour tenter d'opposer au VIH une riposte efficace, durable. Ces enjeux peuvent être résumés comme suit :

- Garantir un leadership déterminé et multisectoriel pour les années et décennies à venir, même si d'autres priorités apparaissent et que l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral donne l'impression que l'épidémie perd de sa gravité ;
- Mettre en œuvre des mécanismes innovants, durables, pour financer comme il se doit la riposte au VIH ;
- Ne pas céder à la tentation de retirer la prévention du VIH du nombre des priorités à mesure que l'épidémie évolue, et veiller à l'existence d'interventions efficaces de prévention ciblant les populations et les

**FIGURE 7.2**

Comparaison des pourcentages 2005 et 2007 de couverture du traitement antirétroviral pour les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH, et des pourcentages de couverture des médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes séropositives au VIH, par région



Source: ONUSIDA/UNICEF/OMS.

**TABLEAU 7.1**
**Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant, Répartition par quartile (N = 63)**

Couverture inférieure à 25% (36 pays)	Couverture de 25% à 49% (16 pays)	Couverture de 50% à 75% (7 pays)	Couverture supérieure à 75% (4 pays)
Angola	Bénin	Afrique du Sud	Argentine
Burkina Faso	Cambodge	Brésil	Botswana
Burundi	Gambie	Kenya	Fédération de Russie
Cameroun	Honduras	Namibie	Thaïlande
Chine	Lesotho	Rwanda	
Colombie	Malawi	Swaziland	
Congo	Mozambique	Ukraine	
Côte d'Ivoire	Myanmar		
El Salvador	Niger		
Erythrée	Ouganda		
Ethiopie	Pérou		
Gabon	République centrafricaine		
Ghana	République dominicaine		
Guatemala	République-Unie de Tanzanie		
Guinée	Zambie		
Guinée-Bissau	Zimbabwe		
Haïti			
Inde			
Indonésie			
Iran (République islamique d')			
Libéria			
Madagascar			
Malaisie			
Mali			
Népal			
Nigéria			
Pakistan			
Papouasie-Nouvelle-Guinée			
République démocratique du Congo			
Sénégal			
Sierra Leone			
Somalie			
Tchad			
Togo			
Venezuela (République bolivarienne du)			
Viet Nam			

Toutes les valeurs sont fondées sur les estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS. Comprend tous les pays pour lesquels le nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a été signalé pour 2007, à l'exception des pays pour lesquels les estimations ONUSIDA/OMS des besoins ne sont pas disponibles, ou pour lesquels les estimations des besoins sont inférieures à 500.

**TABLEAU 7.2**
**Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour les adultes et les enfants à un stade avancé de l'infection à VIH**  
 Répartition par quartile (N = 106)

Couverture inférieure à 25% (45 pays)	Couverture de 25% à 49% (40 pays)	Couverture de 50% à 75% (14 pays)	Couverture supérieure à 75% (7 pays)
Algérie	Afrique du Sud	Argentine	Botswana
Arménie	Angola	Barbade	Brésil
Azerbaïdjan	Bahamas	Cambodge	Chili
Bangladesh	Belize	El Salvador	Costa Rica
Bélarus	Bénin	Moldova	Cuba
Bolivie	Burkina Faso	Panama	Namibie
Burundi	Cameroun	Pays-Bas	République démocratique populaire lao
Chine	Côte d'Ivoire	République tchèque	
Congo	Equateur	Roumanie	
Djibouti	Estonie	Rwanda	
Egypte	Ethiopie	Sénégal	
Erythrée	Gabon	Thaïlande	
Fédération de Russie	Guatemala	Trinité-et-Tobago	
Gambie	Guinée	Uruguay	
Ghana	Guinée équatoriale		
Guinée-Bissau	Guyana		
Hongrie	Haïti		
Indonésie	Honduras		
Iran (République islamique d')	Jamaïque		
Kazakhstan	Kenya		
Kirghizistan	Lesotho		
Libéria	Liban		
Lituanie	Malaisie		
Madagascar	Malawi		
Maurice	Mali		
Mauritanie	Maroc		
Mozambique	Nicaragua		
Myanmar	Nigéria		
Népal	Ouganda		
Niger	Papouasie-Nouvelle-Guinée		
Ouzbékistan	Pérou		
Pakistan	Philippines		
Paraguay	Pologne		
République centrafricaine	République dominicaine		
République démocratique du Congo	République-Unie de Tanzanie		
Serbie	Sao Tome-et-Principe*		
Sierra Leone	Suriname		
Somalie	Swaziland		
Soudan	Venezuela (République bolivarienne du)		
Sri Lanka	Viet Nam		
Tadjikistan	Zambie		
Tchad			
Togo			
Ukraine			
Zimbabwe			

Toutes les valeurs sont fondées sur les estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS. Comprend tous les pays pour lesquels le nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a été signalé pour 2007, à l'exception des pays pour lesquels les estimations ONUSIDA/OMS des besoins ne sont pas disponibles, ou pour lesquels les estimations des besoins sont inférieures à 500.

comportements risqués qui sont à un niveau local les moteurs de l'épidémie ;

- Mettre en place l'architecture nécessaire pour soutenir des programmes de soins et de traitement solides et adaptables ;
- Atténuer l'impact à long et à court terme de l'épidémie sur les ménages, les communautés, et les sociétés ;
- Mettre en œuvre des ripostes nationales, avec des éléments de gouvernance propres à améliorer l'efficacité et la pérennité ; et
- Avoir conscience du fait que les solutions technocratiques ne permettront pas à elles seules de maîtriser l'épidémie, et qu'une riposte efficace sur le long terme se doit de reposer sur les droits humains.

La nécessité d'une riposte plus énergique, plus exhaustive, est manifeste. Continuer au rythme actuel d'élargissement – au lieu d'accélérer le déploiement des services afin de concrétiser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui – provoquerait plus d'un million de décès supplémentaires dus au sida chaque année d'ici à 2015 (Figure 7.3). Si la prévention du VIH ne se développe pas, plus de deux fois plus de nouveaux

cas d'infection à VIH surviendront dans les années à venir, par rapport à ce qui se produirait si une riposte exhaustive était mise en œuvre (Stover et al., 2006).

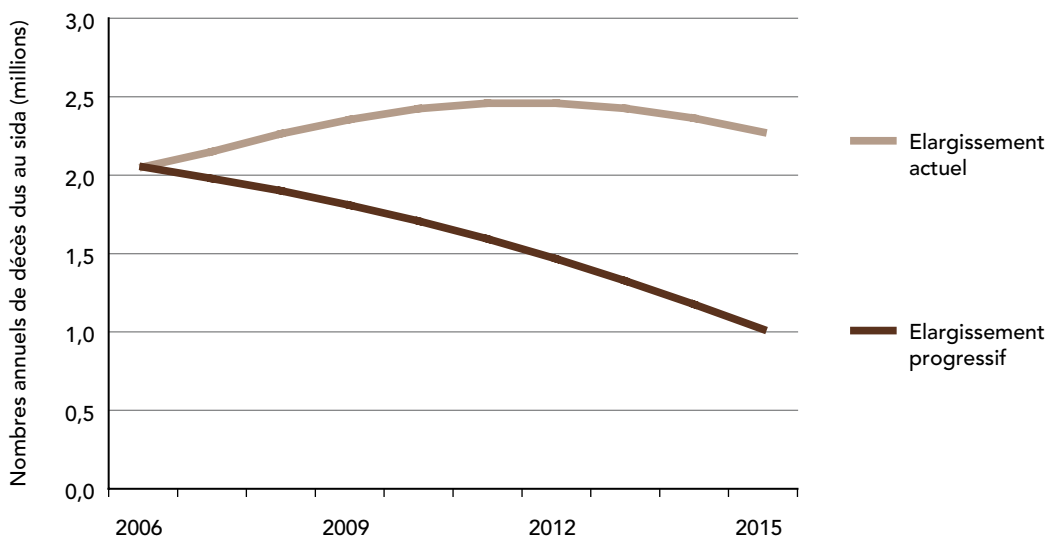
### Le leadership dans le cadre de la riposte

Le VIH pose des défis particuliers en ce qui concerne le leadership. Comme l'observe la lauréate du prix Nobel, Amartya Sen, l'action collective est en général plus facile à mobiliser pour des crises visibles, telles que les famines, les catastrophes naturelles, ou les flambées de maladies hautement infectieuses. Pourtant même un problème « masqué » finit par devenir apparent lorsqu'il a l'ampleur du VIH, avec des ramifications aussi profondes. Cependant, presque sans exception, l'action pour contrer le VIH est arrivée trop tard. L'histoire de l'épidémie fait ressortir cette évidence : temporiser ne fera pas disparaître le VIH ; par contre, le temps aidant, les problèmes posés par l'épidémie gagnent en gravité.

Le problème « masqué » posé par le VIH pourrait encore s'intensifier dans les années à venir, au fur et à mesure de l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans les endroits où les ressources sont limitées. Ainsi que les pays à revenu élevé l'ont

**FIGURE 7.3**

Décès annuels dus au sida en comparant le taux actuel d'élargissement et la stratégie d'élargissement progressif pour réaliser l'accès universel entre 2010 et 2015



Source: ONUSIDA, 2008.

appris au cours de la décennie écoulée, la baisse de la morbidité et de la mortalité due aux progrès thérapeutiques peut masquer une prévalence et une incidence du VIH continuellement élevées, et amener les décideurs et les communautés affectées

à lâcher prise alors que la menace persiste. Les vrais leaders éviteront l'autosatisfaction, et maintiendront les politiques et programmes reposant sur des preuves pour réduire l'impact de l'épidémie sur le long terme.

### Prise en main nationale de la riposte au VIH

Ces dernières années ont fourni des exemples de leadership admirable dans un nombre croissant de pays.

- Neuf ministères différents du Gouvernement de la Barbade ont leurs propres groupes de travail sur le VIH, avec des enveloppes budgétaires pour les activités en rapport avec le VIH.
- Le Botswana fait partie des pays ayant réalisé le meilleur taux de couverture en matière de traitement anti-VIH, avec une offre d'antirétroviraux en 2007 supérieure à 90% des personnes qui en ont besoin.
- En 2008, préoccupé par le taux continuellement élevé de nouveaux cas d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le Brésil a entrepris d'intensifier substantiellement les efforts de prévention dédiés à cette population.
- En Chine, après des années de laxisme face à une épidémie de VIH croissante, le gouvernement national a pris des mesures importantes pour réagir, avec notamment la création de près de 400 services spécialisés qui offraient le traitement d'entretien à la méthadone à près de 90 000 consommateurs de drogues en octobre 2007.
- En Europe, plusieurs pays (dont l'Irlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède) assument une part du financement international pour la riposte au VIH qui dépasse la proportion de l'économie mondiale qu'ils représentent chacun (se reporter à la section « Mobiliser suffisamment de ressources financières pour la riposte au VIH », pages 179-185).
- Dans le but de constituer un potentiel suffisant de riposte efficace et durable, l'Inde a formé, dès mars 2007, plus de 794 000 personnes à la prestation de services essentiels de lutte contre le VIH.
- En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la mise en œuvre de services de test et de conseil VIH proposés par le prestataire de soins dans les établissements de santé a multiplié par neuf le taux d'utilisation du dépistage dans les sites du secteur de la santé entre 2006 et 2007.
- Classé 161<sup>ème</sup> sur 177 pays selon l'Indicateur du développement humain (PNUD, 2007a), et confronté au défi de se relever du génocide de 1994, le Rwanda a réalisé en 2007 le meilleur taux de couverture en ce qui concerne le traitement antirétroviral (71%) et la prévention de la transmission mère-enfant (55%) parmi les pays à faible revenu.
- A partir de 2003, le Gouvernement des Etats-Unis a nettement accru son aide technique et financière aux pays à revenu faible ou intermédiaire, offrant une contribution sans précédent de US\$ 18,8 milliards pour financer les initiatives de prévention, de traitement, de soins, et d'appui en matière de VIH (Office of US Global AIDS Coordinator et al., 2008).

Un leadership solide pour la riposte au HIV appelle une focalisation sur des objectifs à long terme, avec refus de laisser les problématiques survenant entre-temps saper la riposte nationale au VIH. Après s'être engagé en 1996 à offrir l'accès aux médicaments antirétroviraux par le biais du secteur public, le Brésil a connu de graves difficultés financières, y compris l'effondrement du *real*, la monnaie nationale. Malgré d'énormes pressions de la part du Fond monétaire international demandant une réduction abrupte des dépenses publiques, le Président du Brésil, Fernando Henrique Cardoso, est resté ferme sur l'engagement du pays en faveur de l'offre des traitements anti-VIH. Et c'est à cette détermination que des dizaines de milliers de personnes doivent d'être vivantes aujourd'hui, de n'avoir pas succombé à des maladies liées au VIH.

Qui dit assumer un leadership dit ne pas se laisser aller à « rêver la disparition de l'épidémie » une fois que la riposte commence à donner de bons résultats. Un leader en matière de VIH reconnaît que l'épidémie représente un défi appelé à s'étendre sur des générations, qui nécessite de la persistance, de la clairvoyance, et de la flexibilité ; en bref, leadership implique planification sur le long terme. Si la planification sur trois et cinq ans va continuer de jouer un rôle majeur dans les ripostes nationales, elle doit de plus en plus être située dans les efforts de planification à plus long terme. La Namibie offre une illustration de ce type d'approche ; son plan actuel quinquennal relatif au VIH, qui va jusqu'en 2009, est spécifiquement relié aux objectifs et aux stratégies d'un processus de planification à long terme pour le développement, qui s'étale jusqu'à 2030.

Un leader se fie à des preuves. Ainsi, alors que certains peuvent être tentés de gérer l'épidémie en imposant des restrictions de voyage aux personnes vivant avec le VIH ou en limitant l'action de prévention pour les jeunes à des cours d'abstinence sexuelle, le leader d'une riposte au VIH va être convaincu par des données probantes de santé publique que ces stratégies sont inefficaces et qu'elles aboutissent à l'effet inverse.

Le leadership des chefs de gouvernement et des ministères nationaux est capital, mais l'efficacité des ripostes nationales dépend de l'engagement et de l'action de différents groupes. Tous les milieux doivent prendre part à la riposte au VIH (surtout dans

les pays où le VIH est hyper-endémique), notamment les associations communautaires, les organisations confessionnelles, les entreprises privées, et les jeunes comme les personnes âgées. Surtout, il faut donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de contribuer à la conduite des ripostes nationales.

En offrant des services essentiels, en portant vers l'avant les valeurs de tolérance et de compassion, et en plaidant pour une action plus énergique, les associations confessionnelles de toutes les régions représentent des partenaires déterminants pour la riposte. Les associations confessionnelles qui contribuent à la conduite de la riposte au VIH sont notamment Caritas Internationalis, Ecumenical Advocacy Alliance, Tear Fund, Islamic Relief, le Projet Sangha Metta, et la fondation Art de Vivre. Également, les parlementaires ont un rôle crucial à jouer dans la conduite et dans le renforcement des ripostes nationales. Cette réalité s'est traduite à l'occasion de la Première Réunion parlementaire mondiale sur le VIH/sida organisée en novembre 2007 par le Sénat des Philippines, lors de laquelle près de 200 parlementaires de pays de toutes régions ont convenu de prendre des mesures audacieuses pour élargir l'accès au traitement, faire obstacle à la stigmatisation et à la discrimination, renforcer l'action de prévention fondée sur des preuves, et améliorer l'efficacité des ripostes nationales.

Susciter l'engagement d'acteurs non gouvernementaux dans la riposte au VIH peut parfois nécessiter des approches novatrices. Par exemple, afin d'encourager la participation accrue du monde des affaires à la riposte nationale, le Gouvernement chinois a lancé une nouvelle politique en 2007 autorisant des déductions fiscales aux entreprises qui ont fait des dons pour les activités de prévention et de soins dans le domaine du VIH. Au niveau mondial, la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida ainsi que le Forum économique mondial continuent de susciter une action et un engagement accrus contre le VIH de la part de l'industrie privée.

## Le centre « Discover and Recover »

*Révérrende Patricia Sawo est coordonnatrice régionale d'ANERELA+, Afrique de l'Est*



Un matin de septembre, en 1999, Patricia Sawo s'est réveillée tout endolorie, et a constaté que son corps était couvert de grosses vésicules, manifestation du zona, une maladie opportuniste fréquente chez les personnes vivant avec le VIH. A l'époque, elle était chef religieux au Kenya et suivait une formation pour devenir conseillère chrétienne. Elle s'est complètement affolée à l'idée qu'il s'agisse de l'infection à VIH.

« Je faisais partie de ces prêcheurs qui croyaient que le VIH était une malédiction et un châtimeut envoyés par Dieu », explique-t-elle. Plus tard, elle s'est confiée à deux collègues qui lui ont conseillé de faire sept jours de jeûne et de prières pour que Dieu la guérisse. Evidemment, elle restait séropositive au VIH.

Lorsque les chefs religieux ont commencé à examiner des stratégies pour identifier et isoler toutes les personnes séropositives au VIH, Sawo a décidé de rendre publique sa séropositivité. Mais sa bravoure a eu des conséquences désastreuses : en deux semaines, Sawo a perdu son poste de responsable au sein de l'église, et a été contrainte d'arrêter ses études. Son mari a perdu son emploi, et la famille a perdu sa maison, à cause de la stigmatisation liée au VIH. Tous les amis de Sawo, sauf deux, l'ont laissée tomber. Sans aucune forme de soutien, les enfants ont été forcés de quitter l'école.

« Pendant deux ans, j'ai vécu dans la solitude et l'isolement », raconte Sawo. « Mais je me disais que je n'allais pas mourir. Je me suis adressée à une ONG et j'ai demandé aux gens là-bas de me former à la fonction de chef religieux ». Grâce à eux, elle a fait la connaissance d'autres ecclésiastiques séropositifs au VIH, et en 2002, elle a assisté à une réunion de chefs religieux séropositifs organisée en Ouganda. Là-bas, elle a rencontré Canon Gideon Byagumisaha qui vivait avec le VIH depuis 10 ans. « J'ai entendu trois mots très forts, et ma vie a changé. Il a dit que l'infection à VIH pouvait se prévenir et se gérer, et que la mort est évitable. »

A cette réunion, ANERELA+, le réseau africain des chefs religieux, a été créé. Le réseau a trois objectifs principaux :

- Créer un réseau de chefs religieux vivant avec ou affectés par le VIH ;
- Habilitier les chefs religieux à devenir des agents du changement ; et
- Donner aux chefs religieux des moyens de susciter le dialogue et l'action sur le VIH et le sida au sein de leur congrégation.

« ANERELA+ m'a donné une famille », constate Sawo. Elle a commencé à travailler pour le compte d'ANERELA+, afin de créer un réseau religieux au Kenya. Sa collaboration avec ANERELA+ a aidé la famille sur le plan financier, et les enfants ont pu retourner à l'école. Sa fille, qui serait devenue domestique, est aujourd'hui à l'université.

Lorsque Sawo a commencé à parler du VIH, les gens sont venus en masse lui demander de l'aide, à tel point que sa maison s'est transformée en dispensaire. Ce qui l'a amenée ainsi que d'autres membres de l'église à créer un centre où les gens pourraient bénéficier de soins et d'un appui. Leur premier visiteur a été un homme souffrant d'une méningite aiguë, qui avait été déposé au bord de la route par l'hôpital. Après un traitement, il a été transporté au centre où sa prise en charge a continué. Cet homme s'est complètement rétabli, et il est de retour au travail après deux ans de maladie invalidante. Appelé « Discover and Recover » (découvrir et se rétablir), le centre contribue à éviter bien des décès dus au sida. Au départ, c'était une crèche, qui s'est développée pour devenir une garderie accueillant 28 enfants affectés par le VIH.

## Les personnes vivant avec le VIH: des partenaires essentiels de la riposte nationale

Au Sommet de Paris sur le SIDA en 1994, 42 pays ont reconnu dans une déclaration que la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) était déterminante pour les ripostes nationales au VIH. L'implication des personnes vivant avec le VIH dans l'élaboration, la mise en œuvre, et le suivi des efforts nationaux n'est pas seulement une question d'honnêteté. L'efficacité des initiatives nationales de lutte contre le VIH dépend de l'écho qu'elle trouve chez les personnes les plus affectées par l'épidémie. De ce fait, le point de vue et les idées des personnes vivant avec le VIH constituent des atouts précieux, qui peuvent contribuer à ce que les efforts nationaux aient un maximum d'impact.

Actuellement, il existe peu d'outils pour mesurer la participation des personnes vivant avec le VIH aux ripostes nationales. En 2005, une réunion de « brassage d'idées » des personnes vivant avec le VIH a abouti à un accord pour élaborer une « fiche de rapport GIPA », permettant d'évaluer à l'échelon pays le degré de concrétisation du principe GIPA. Cette initiative a été ultérieurement prise en main par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+). Début 2008, la fiche de rapport a été expérimentée en Inde, au Kenya, au Lesotho, et à la Trinité-et-Tobago, et devrait être plus largement mise en vigueur dans les années à venir.

## Pérenniser le financement de la riposte au VIH

Certes l'argent ne suffira pas pour garantir la réussite sur le long terme ; toutefois, une riposte énergique au VIH ne saurait tenir le cap sans un financement suffisant. Même dans les pays à revenu faible, les budgets internes du secteur public ont un rôle crucial à jouer dans le financement de la riposte sur le long terme. Cependant, la communauté mondiale, qui s'est engagée à faire reculer l'épidémie, doit tenir compte de l'aptitude limitée des pays à revenu faible à financer les services anti-VIH essentiels. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les donateurs internationaux vont devoir assumer la majeure partie du financement de la riposte au VIH dans les années à venir.

Il est irréaliste de s'attendre à ce que les fonds dédiés au VIH couvrent en totalité le large éventail de mesures économiques et sociales propres à renforcer la riposte au VIH. Ces mesures englobent l'accès universel à l'enseignement primaire et secondaire, l'ouverture de créneaux économiques pour les femmes, des systèmes de protection sociale globaux et qui fonctionnent bien, et l'appui au secteur agricole et aux communautés rurales. Les donateurs internationaux doivent générer le financement nécessaire pour concrétiser l'accès universel à la

prévention, au traitement, aux soins, et à l'appui en matière de VIH, mais ils doivent aussi augmenter de façon substantielle le financement de l'aide publique au développement de toute nature. Des progrès massifs relatifs aux indicateurs non spécifiquement liés au VIH concernant les aspects de la santé, économiques, et sociaux sont nécessaires d'urgence pour porter à son maximum l'impact des ripostes nationales au VIH. Il est désolant de constater que la plupart des pays à revenu élevé n'ont pas tenu leur promesse de consacrer au moins 0,7% de leur produit national brut à l'aide publique au développement. En 2005, seulement cinq pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suède) investissaient au moins 0,7% de leur produit national brut dans l'aide au développement (PNUD, 2007a).

La quête de pérennité en matière de financement de la riposte au VIH a donné lieu à un certain nombre d'initiatives imaginatives. Par exemple, Product RED, inventé par Bono et Bobby Shriver, président de DATA (Debt AIDS Trade Africa), retient un pourcentage sur la vente de chaque produit, et reverse la somme au Fonds mondial. Les sociétés participantes sont notamment les détaillants de l'habillement (comme Gap et Emporio Armani), American Express, les grands fabricants de matériel

## Tout le monde est concerné

*Gary M. Cohen est Vice-Président exécutif de Becton Dickinson*



« Ce sont mes déplacements à travers le monde en développement qui m'ont amené à m'engager dans la riposte au VIH et au sida », explique le chef d'entreprise Gary Cohen. « Je me suis impliqué non seulement au niveau professionnel, mais également à un niveau très personnel, après avoir été le témoin direct des effets du VIH/sida en Afrique subsaharienne. »

Lors de ses nombreux voyages dans la région aux côtés de l'UNICEF, de la Croix-Rouge, et d'autres institutions, M. Cohen a constaté que chaque famille avait perdu au moins un être cher et avait été frappée par l'épidémie à bien des égards. Ce qui l'a amené à comprendre que le VIH représentait la plus grande menace de notre temps pour la santé ; une menace pour la santé avec un impact direct sur le monde des affaires. « Personnellement, je pense qu'il serait extrêmement imprévoyant de la part des organisations mondiales quelles qu'elles soient – même de la part des petites et moyennes entreprises – de considérer que ce problème ne les regarde pas », prévient M. Cohen.

M. Cohen est Vice-Président exécutif de Becton Dickinson (BD), une grande société de technologie médicale dont les revenus annuels avoisinent US\$ 6,5 milliards et qui emploie environ 28 000 personnes à travers le monde. L'engagement personnel de M. Cohen dans la riposte l'a conduit à rechercher activement les moyens que sa société pourrait utiliser pour contrer l'épidémie de VIH. Outre les solides programmes sur le lieu de travail qu'elle a mis en place, cette société soutient la riposte au sida en collaborant avec des organisations et institutions existantes. Par exemple, BD a travaillé aux côtés du PEPFAR pour renforcer les systèmes de laboratoire à travers l'Afrique subsaharienne. L'entreprise a engagé la moitié du budget de US\$ 18 millions, et apporté une aide technique.

BD collabore également avec la Fondation Clinton pour garantir l'accès durable à la numération des CD4, et avec la fondation FINE pour améliorer le diagnostic de la tuberculose. Les autres collaborations ont trait à la formation et à l'appui des agents de santé et des systèmes de santé dans les pays à prévalence élevée. Par exemple, BD a formé plus de 2500 techniciens de laboratoire, et financé la création de centres de remise en forme pour le personnel infirmier affecté par le VIH.

M. Cohen pense que toutes les sociétés ont une contribution à apporter, en fonction de leurs compétences internes. « Avec le VIH/sida, on peut facilement se laisser embarquer dans les chiffres et devenir presque insensible à l'horreur du problème », note-t-il. « Ce que j'invite les gens à faire, c'est à ramener le chiffre à un : aller trouver un individu qui vit avec cette maladie, ou qui a été affectée par la maladie en question. »

En 2004, M. Cohen a rencontré une orpheline kényenne de 14 ans qui avait été diagnostiquée séropositive au VIH. Il l'a prise sous son aile, et c'est aujourd'hui une élève brillante, parmi les meilleures de sa classe, qui rêve de devenir un jour avocate.

informatique (comme Apple, Dell, et Microsoft), les hôteliers, les journaux, et la société de cartes de vœux Hallmark. Ses deux premières années, Product RED a collecté plus de US\$ 100 millions pour financer des programmes de santé essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Autre moyen créatif de générer des fonds pour le VIH: UNITAID, initiative lancée en 2006 sous l'impulsion des Gouvernements de la France, du Brésil, du Chili, de la Norvège et du Royaume-Uni. UNITAID est un dispositif international d'achat de médicaments financé au moyen d'une taxe sur les billets d'avion pour les vols internationaux, et qui assure un flux continu de revenus. En mars 2008, plus de 24 pays soit avaient mis en place la taxe sur les billets d'avion, soit envisageaient de le faire. Comme expliqué au Chapitre 5, en peu de temps UNITAID s'est affirmé dans un rôle important pour l'élargissement de l'accès au traitement pédiatrique anti-VIH.

En février 2008, le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon a nommé l'ancien ministre français des Affaires étrangères, Philippe Douste-Blazy, au poste de conseiller spécial sur les moyens novateurs de financement des objectifs du Millénaire pour le développement. M. Douste-Blazy a préconisé la création d'un mouvement citoyen pour générer en continu des fonds destinés à l'aide internationale au développement.

### *Faire travailler l'argent disponible*

Des efforts supplémentaires sont également nécessaires pour que ce volume de financement accru soit rapidement converti en programmes valables, à fort impact, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En plus de maximaliser la coordination des différents financeurs et prestataires, il va falloir offrir un appui technique pour édifier un potentiel national solide afin de monter et de pérenniser des ripostes au VIH énergiques, s'adressant aux personnes les plus à risque et les plus vulnérables. Les politiques des donateurs doivent également soutenir, surtout ne pas entraver, l'engagement de la société civile et des communautés affectées dans les ripostes nationales au VIH.

### *Harmonisation et alignement*

Des progrès plus importants s'imposent pour aligner les efforts de tous les acteurs à l'échelon national sur les stratégies que les pays ont eux-mêmes définies

et prises à leur compte. Près de la moitié (45%) des gouvernements rapportent que les partenaires extérieurs n'ont pas tous aligné leurs efforts sur les stratégies nationales de lutte contre le VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Là où les parties prenantes nationales suivent leur propre agenda, l'impact stratégique des efforts contre le VIH s'en trouve souvent étouffé.

### *Supprimer le caractère incertain du financement*

Le caractère incertain du financement extérieur entrave l'aptitude des pays à prévoir pour l'avenir, ce qui empêche les efforts nationaux de garantir la pérennisation de la riposte au VIH. Si la tendance mondiale des décaissements dans les pays par les donateurs bilatéraux internationaux s'accroît régulièrement, la disponibilité et le volume des fonds de certains donateurs continuent de changer d'année en année. L'une des solutions possibles à ce problème, c'est le «panier de financement», qui correspond à un système de fonds commun selon lequel plusieurs donateurs regroupent leur financement en subventions pluriannuelles à l'appui des ripostes nationales.

### *Engager la société civile et financer son action*

La riposte au VIH a placé les gens au centre des pratiques de développement. Par exemple, le Programme plurinational de la Banque mondiale pour la lutte contre le VIH/sida a mobilisé la participation de plus de 66 000 organisations de la société civile en faveur de la riposte au VIH en Afrique (Banque mondiale, 2007). De même, le Fonds mondial a suivi une approche novatrice, en faisant appel à des instances de pays à représentation plurielle pour évaluer les besoins, formuler des programmes, et soumettre des demandes de financement pluriannuel. Toutes ces innovations continueront d'être indispensables dans les années à venir, pour garantir une participation et un engagement à large assise en faveur des ripostes nationales au VIH.

### *Surmonter les obstacles à la mise en œuvre*

Il est capital de coordonner les efforts des financeurs et des organismes d'appui technique pour repérer tôt les obstacles à la mise en œuvre, apporter l'assistance technique en temps voulu afin d'accélérer la mise en œuvre et l'élargissement, et pour bâtir des potentiels afin de garantir la pérennisation des ripostes

## Améliorer la pertinence et l'impact de l'appui technique des Nations Unies aux pays

Afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité des efforts des Nations Unies dans le domaine du VIH, les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont défini ensemble une répartition des tâches pour l'apport d'appui technique. Cette répartition des tâches précise quels sont les organismes chefs de file et collaborateurs les mieux placés pour agir dans tel ou tel domaine thématique – l'idée étant de tirer parti des points forts de chaque organisme sur des problématiques spécifiques. L'application de ces recommandations a fait l'objet d'une évaluation indépendante, qui a montré que les organismes des Nations Unies ont adopté cette répartition du travail, en l'adaptant au contexte national. Plusieurs organismes ont ajusté leur dotation en personnel en réaction directe à la révision de leurs responsabilités (Attawell & Dickinson, 2007).

Les Nations Unies ont pris d'autres mesures pour améliorer la qualité, les délais, et l'impact de leur appui aux pays. Des dispositifs d'appui technique auront été mis en place dans sept régions d'ici à la fin de 2008, et l'OMS a créé des « centrales de connaissances » pour aider les pays à convertir l'information stratégique en programmes et politiques.

Les dispositifs d'appui technique offrent dans les délais appropriés un appui technique aux partenaires nationaux dans les domaines prioritaires (planification stratégique et opérationnelle, établissement des coûts et budgétisation, suivi et évaluation, gestion programmatique et financière) et dans les secteurs thématiques définis au niveau régional. Ces dispositifs ont créé des viviers de consultants locaux et régionaux, et offrent des services de perfectionnement professionnel afin d'accroître la capacité de prestation d'appui technique par le niveau local. Ils travaillent en partenariat avec les Coparrainants de l'ONUSIDA pour que les politiques, les méthodologies et les outils utilisés par leurs consultants soient « à la pointe du progrès », et contribuent à une communauté de valeurs et à une même compréhension des accords mondiaux et des Nations Unies. Une attention particulière est accordée à l'élargissement de l'accès aux subventions du Fonds mondial, par l'apport d'un appui technique aux bénéficiaires des subventions du Fonds mondial afin qu'ils élaborent des propositions et mettent en œuvre les subventions.

nationales. Aider les pays à mettre en œuvre avec succès les programmes subventionnés par le Fonds mondial représente l'une des priorités majeures de l'ONUSIDA.

En 2008, l'ONUSIDA et le Fonds mondial se sont entendus sur un cadre exhaustif pour améliorer la coordination et l'efficacité de leurs efforts respectifs visant à aider les pays à s'acheminer vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. En vertu de la répartition des responsabilités arrêtée d'un commun accord, l'ONUSIDA aide les pays à élaborer des propositions de financement fondées sur des preuves, soutient le processus d'examen technique du Fonds mondial, et procure aux pays une aide technique ciblée pour accélérer la mise en œuvre des programmes approuvés par le Fonds mondial.

L'Equipe mondiale d'appui à la mise en œuvre (GIST) – modèle novateur de collaboration entre le Fonds mondial, l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale, le PNUD, la GTZ, le Gouvernement des Etats-Unis, l'Alliance contre le Sida, l'ICASO, la CISD, et l'ICTC du Brésil – travaille d'une façon concertée et coordonnée pour désengorger les goulets d'étranglement ralentissant la réalisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins, et d'appui en matière de VIH. Une évaluation indépendante a montré que le dispositif GIST a amélioré la coordination entre les financeurs multilatéraux et les organismes techniques, et a contribué à la conduite de réformes au niveau mondial pour accroître l'efficacité et l'impact du soutien multilatéral aux pays (Attawell & Dickinson, 2007).

## Maintenir fermement l'attention sur la prévention du VIH

Comme souligné au Chapitre 4, le succès sur le long terme de la riposte au VIH exige un abaissement substantiel et durable des taux de nouveaux cas d'infection à VIH. Pourtant le degré de priorité accordé à la prévention du VIH est systématiquement bien inférieur à ce qu'il devrait être dans bon nombre de ripostes nationales. Près de trois décennies après le début de l'épidémie, une majorité de jeunes dans les pays durement touchés n'ont toujours pas de connaissances de base au sujet du VIH; environ deux femmes enceintes séropositives sur trois n'ont pas accès aux médicaments antirétroviraux ni à d'autres services de prévention de la transmission mère-enfant; et dans les pays ayant des épidémies concentrées, la plupart des populations à risque accru d'exposition au VIH ne bénéficient pas des services essentiels de prévention du VIH.

Malheureusement, prévenir les nouveaux cas d'infection à VIH risque de ne pas devenir facile au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie. Alors que s'accroît l'accès au traitement, les cas d'incapacité et les décès associés au VIH pourraient devenir moins visibles – ce qui pourrait entraîner les communautés vers un certain laxisme, et les dirigeants vers la tentation de réduire les investissements dans les programmes de prévention. Parvenir à réduire le tribut humain prélevé par l'épidémie pourrait dans certains pays conduire à un triomphalisme prématuré. Et au moment incontournable de prendre des décisions budgétaires difficiles, certains décideurs pourraient trouver plus simple de réduire les fonds pour les services de prévention qui, par définition, n'ont pas de retombées favorables claires, démontrables, puisque précisément ils sont là pour contrer l'apparition des conséquences négatives.

A bien des égards, intégrer la prévention du VIH aux nombres des priorités est l'illustration suprême du vrai leadership dans le cadre de la riposte au VIH. Soutenir les efforts de prévention conçus sur la base de preuves exige des pays qu'ils gèrent des problématiques compliquées, qu'ils investissent sagement dans l'avenir, et qu'ils s'attaquent aux facteurs sociétaux qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH. Tant qu'il n'y aura pas suffisamment de volonté politique pour mettre en place les stratégies de prévention qui ont fait leurs preuves, l'épidémie continuera de s'étendre, compromettant la pérennisation de la riposte au VIH.

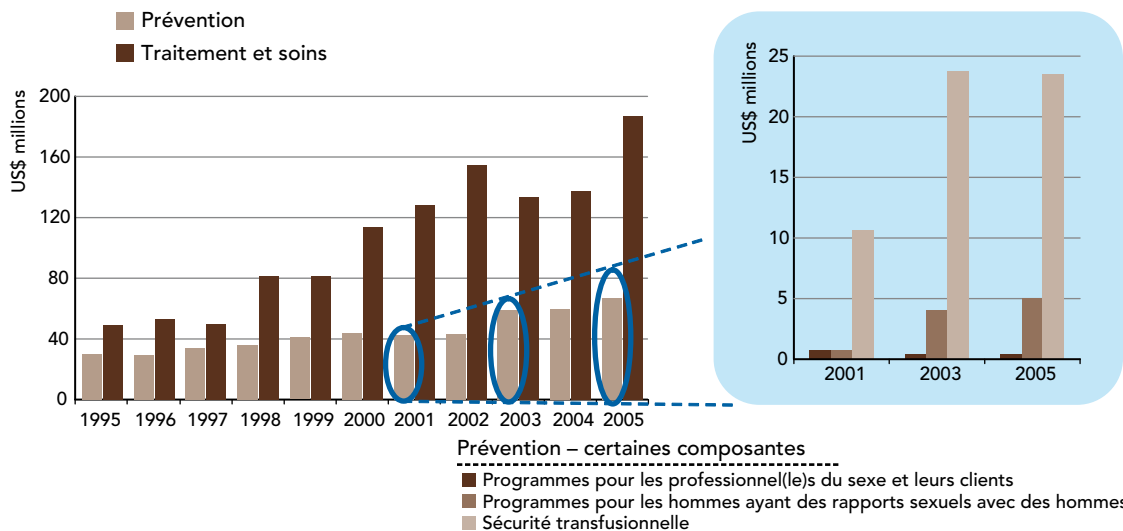
La mise à disposition de services de prévention ne garantit pas automatiquement que ces services seront largement utilisés. Là où la prévention du VIH a marché, un mouvement populaire s'est efforcé de faire de la réduction des risques une norme sociétale, ce qui a engendré une forte demande en services de prévention. Il faut également pour cela un leadership qui tienne la route. Beaucoup d'enseignements ont été tirés concernant la façon de susciter une forte mobilisation communautaire et de la soutenir, mais pour encourager un mouvement populaire de cette nature, il faut avoir le courage d'investir dans des stratégies qui portent davantage vers l'avant le principe de responsabilité morale des gouvernements nationaux et autres parties prenantes eu égard au VIH. Certains rechigneront à se responsabiliser, mais le vrai leader dans le contexte de la riposte au VIH se réjouira de l'émergence d'un authentique mouvement social, en lequel il reconnaîtra un ingrédient crucial de la réussite.

### *Adapter les ripostes nationales aux besoins recensés*

Les pays ont besoin d'une information valable, en temps utile, sur leur épidémie et sur la situation de la riposte, de façon à pouvoir sélectionner rationnellement les programmes prioritaires, procéder aux affectations de fonds limités en recherchant l'efficacité maximale, et mettre en œuvre les politiques calculées pour gérer au mieux les dynamiques sous-jacentes qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH. Ceci vaut pour tous les aspects de l'épidémie, mais c'est particulièrement crucial pour le succès des efforts de prévention du VIH. Par exemple, comprendre la dynamique de la transmission des 1000 derniers nouveaux cas d'infection à VIH aiderait les pays à mettre en œuvre des mesures de prévention axées sur les groupes à plus haut risque d'exposition au VIH, et ciblées sur les facteurs auxquels la propagation de l'épidémie est imputable. Des essais épidémiologiques sont apparus ces dernières années, qui permettent d'améliorer l'aptitude à évaluer le taux et les caractéristiques des nouveaux cas d'infection à VIH dans certaines épidémies de faible niveau et concentrées (McDougal et al., 2006), encore que leur utilisation pour les épidémies généralisées ne soit pas validée. Cependant, des techniques de modélisation sont disponibles pour permettre aux pays d'établir des estimations à court terme relatives aux nouveaux cas d'infection à VIH, y compris l'identification des modes de transmission (Gouws et al., 2006).

**FIGURE 7.4**

Dépenses pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, Mexique, 1995–2005 (millions de US\$)



Source: Communication personnelle avec le Centre national de prévention et de lutte contre le sida (CENSIDA), Ministère de la Santé, Mexique (2008).

L'information sur les nouveaux cas d'infection doit être complétée par des données fiables sur les comportements concernés. Tant l'UNICEF que l'USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement international) ont apporté des contributions déterminantes pour l'épidémiologie comportementale, en parrainant des enquêtes auprès des ménages qui permettent de recueillir des données sur l'âge de début de l'activité sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, le statut VIH, et autres aspects pertinents. Dans certains contextes, cependant, ces enquêtes peuvent devoir être adaptées de façon à obtenir l'ensemble varié de données nécessaires pour étayer l'élaboration rationnelle des stratégies de prévention. Par exemple, les questions sur le nombre de partenaires sexuels n'éclaireront que très peu sur la fréquence et la durée des relations sexuelles simultanées, facteur potentiellement important pour le rythme de propagation du VIH.

Les pays doivent faire un effort particulier pour que les systèmes nationaux génèrent des données ayant un intérêt par rapport aux populations les plus exposées au risque d'infection.

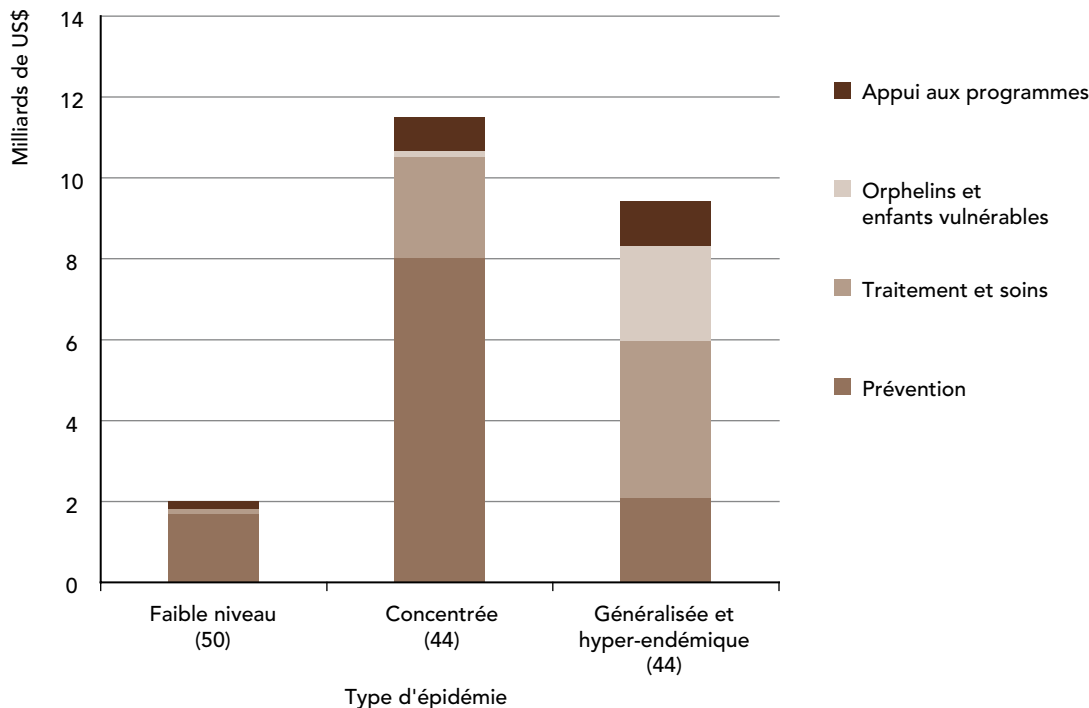
Les pays doivent utiliser des données plus pointues sur le VIH de façon à accroître l'impact stratégique de leurs initiatives de prévention. Ces dernières années, de nombreux pays ont élaboré ou imaginé

des stratégies nationales à partir de données nouvelles. Tant à Madagascar qu'au Maroc, des données caractérisant les pratiques de consommation de drogues injectables ont persuadé les autorités nationales de consacrer des ressources aux initiatives visant à réduire le risque de transmission du VIH associée à la consommation de drogues. Comme le montre la Figure 7.4, au tout début de cette décennie, le Mexique a tenu compte des données révélant le taux élevé de cas d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et il a augmenté ses dépenses pour la prévention du VIH, après avoir passé des années sans rien changer au volume de financement des activités dans ce domaine.

Trop souvent, cependant, les dépenses nationales pour la riposte au VIH ne sont pas à la hauteur des besoins. C'est tout particulièrement le cas dans de nombreux pays ayant une épidémie de faible niveau ou concentrée, où la raison voudrait que le financement soit consacré avant tout aux services de prévention du VIH pour les populations les plus à risque d'exposition au virus. Dans les pays où l'épidémie est généralisée, il faut plus de ressources pour le traitement, les soins, et l'atténuation de l'impact social (Figure 7.5). La plupart des pays d'Amérique latine ont une épidémie de faible niveau (la prévalence du VIH est bien en dessous de 1%), mais en 2007 la prévention du VIH a représenté seulement 15%

**FIGURE 7.5**

Ressources nécessaires en 2010 en utilisant une stratégie d'élargissement progressif sur la voie de l'accès universel\*



\*Estimations dans 138 pays à revenu faible ou intermédiaire pour la mise en œuvre des services programmatiques les plus efficaces selon les données issues des efforts nationaux pour «connaître son épidémie et la contrer».

des dépenses pour la riposte au VIH. Les pays ayant une épidémie concentrée optent souvent pour des programmes de prévention destinés à la population générale plutôt que pour des interventions d'un meilleur rapport coût/efficacité axées sur les populations les plus à risque. Les données émanant de pays ayant une épidémie concentrée laissent penser que les programmes de réduction des risques s'adressant aux populations les plus exposées représentent seulement 10% du total des dépenses pour la prévention du VIH.

### Traitement et soins – un investissement sur le long terme

Le Chapitre 5 a passé en revue les progrès récents faits en matière d'élargissement de l'accès au traitement, et les obstacles potentiels à la pérennité des programmes de traitement. Le traitement antirétroviral se prend à vie, ce qui souligne bien qu'il est impératif de garantir la continuité de programmes de traitement anti-VIH.

Une meilleure prévention des nouveaux cas d'infection à VIH est essentielle pour l'inscription dans la durée des programmes de traitement anti-VIH. Les enjeux futurs du traitement sont d'ores et déjà décourageants, avec 30 millions de personnes vivant avec le VIH mais qui ne bénéficient pas encore d'un traitement. A moins que l'expansion de l'épidémie ne soit interrompue, les perspectives quant à l'assurance de l'accès universel aux médicaments antirétroviraux seront au mieux incertaines.

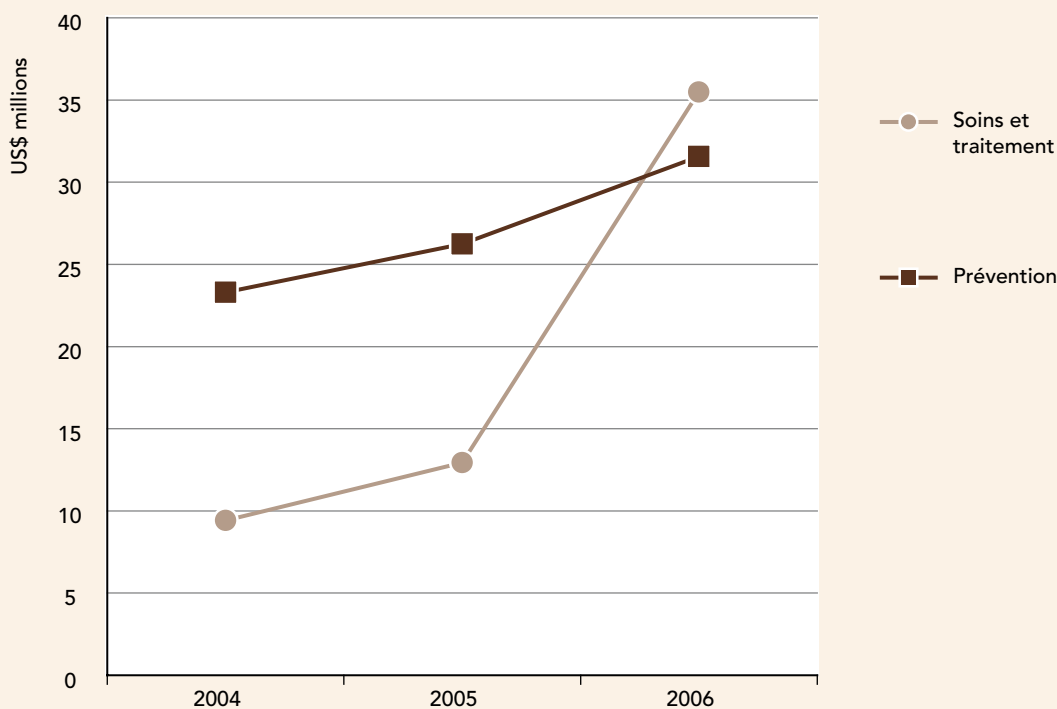
Garantir les ressources nécessaires suffisantes pour assurer la mise en œuvre et le contrôle continu des programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH exige à la fois de l'ingéniosité et un engagement sur le long terme. Il va falloir des investissements pérennes dans les initiatives de formation et d'éducation, dans des stratégies consistant à se relayer pour l'exécution des tâches et autres stratégies innovantes, de façon à intensifier autant que possible la capacité existante, ainsi qu'un engagement national continu en faveur

### Laisser les données probantes guider la riposte nationale au Mozambique

Les taux d'infection montent au Mozambique, mais se stabilisent dans les pays voisins. La prévention du VIH a représenté une part décroissante des dépenses du Mozambique pour la riposte au VIH entre 2004 et 2006 (Figure 7.6) et la principale composante des dépenses croissantes pour les soins et le traitement va aux médicaments antirétroviraux.

**FIGURE 7.6**

Dépenses pour la prévention, les soins et le traitement (sources de financement publiques et internationales), Mozambique, 2004–2006, en millions de US\$



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

Face aux données attestant l'augmentation des cas d'infection, le Mozambique a reconnu la nécessité de renforcer la prévention du VIH. Le pays a créé un Groupe de référence multipartite sur la prévention en octobre 2007, visant à édifier la base de données probantes nécessaire pour intensifier la prévention du VIH. Avec la participation de plusieurs ministères nationaux, du Conseil national sur le sida, d'organismes techniques internationaux et de la société civile, le groupe de référence assemble des données factuelles pour déterminer et caractériser les principaux moteurs de l'épidémie. De rapides enquêtes comportementales et épidémiologiques auprès des populations clés sont actuellement menées, et les activités pertinentes anti-VIH sont en cours d'inventaire cartographique. Cette somme collective de données va permettre au Mozambique de créer des politiques fondées sur des données factuelles, de définir les priorités programmatiques, et de ventiler convenablement les ressources disponibles pour la prévention du VIH.



*Réduire le fardeau de l'épidémie est essentiel si l'on veut atteindre la totalité des objectifs du Millénaire pour le développement.*

des programmes de traitement antirétroviral pour développer le potentiel requis afin de maintenir les ripostes nationales à un niveau élevé sur le long terme (Samb et al., 2007).

Lors du processus de définition des cibles nationales, de nombreux pays en sont venus à reconnaître les obstacles spécifiques entravant l'élargissement rapide des services. D'ici à 2010, environ US\$ 970 millions d'investissement dans des initiatives relatives aux ressources humaines seront nécessaires annuellement, pour mettre en œuvre une stratégie d'élargissement progressif en vue de concrétiser l'accès universel, qui part du principe que les cadences d'élargissement seront différentes pour chaque pays, compte tenu de la couverture et de la capacité actuelles des services (ONUSIDA, 2007c). Selon ce scénario, chaque pays atteindra l'accès universel, pour telle ou telle intervention, à des moments différents – le principe de base étant que tous les pays aient concrétisé l'accès universel d'ici à 2015. Certes une capacité limitée empêche dans certains cas l'élargissement de l'accès au traitement ; cependant, l'engagement mondial en faveur de ce mouvement entraîne des améliorations majeures au niveau des systèmes de santé, et une riposte solide au VIH porte en elle la possibilité de surmonter les obstacles à la prestation de services.

En 2001, les dirigeants africains se sont engagés à inscrire au nombre de leurs priorités budgétaires nationales l'amélioration du secteur de la santé

(Déclaration d'Abuja, de l'Organisation de l'Unité africaine, 2001). Les dépenses de santé gouvernementales dans les pays à revenu faible augmentent modestement depuis la fin des années 1990, mais un certain nombre de pays africains consacrent aux dépenses de santé une part nettement plus petite des ressources nationales que les pays voisins et que la plupart des pays dans d'autres régions (PNUD, 2007a). L'Inde, avec 2,5 millions de personnes vivant avec le VIH selon les estimations, dépense seulement 0,9% de son PIB pour la santé (PNUD, 2007a). Les économistes spécialistes du développement laissent penser que les dépenses actuelles pour la santé dans les pays à revenu faible représentent seulement de un quart à un tiers du montant nécessaire pour garantir la prestation de services de santé essentiels (Center for Global Development, 2007). Pour soutenir la riposte au VIH sur le long terme, des dépenses de santé nettement plus conséquentes – financées par des sources intérieures ou extérieures – vont s'imposer.

Un abaissement des prix des médicaments de deuxième et de troisième intentions s'impose de toute urgence pour inscrire dans la durée les programmes de traitement. Cet impératif mobilise déjà les efforts des parties prenantes aux niveaux mondial et national, et il va falloir les intensifier et les généraliser pour se donner les meilleures chances de réussite thérapeutique dans les années à venir. Une attention

## La riposte au VIH dans les pays à revenu élevé

En 2008, 23 pays à revenu élevé ont publié un rapport d'activité sur leurs progrès en direction de la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Ce nombre est supérieur à celui des pays (15) qui avaient publié un tel rapport en 2006. Cela correspond pour 2008 à un taux de compte rendu de 49% pour l'ensemble des pays à revenu élevé; ce chiffre reste toutefois très inférieur au taux de compte rendu de 84% des pays à revenu faible ou intermédiaire. En moyenne, les pays à revenu élevé ont fait des comptes rendus sur 10 indicateurs, contre une moyenne de 16 (sur un total de 25 indicateurs) pour les 124 pays à revenu faible ou intermédiaire.

La couverture des polythérapies antirétrovirales était en moyenne plus importante dans les pays à revenu élevé que la couverture déclarée par les pays à revenu faible ou intermédiaire. Bien que les pays à revenu élevé aient pour la plupart des épidémies de VIH concentrées ou de niveau faible, seulement 17 d'entre eux (sur 23) ont publié des informations sur les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH. Les taux de compte rendu ont été plus élevés pour les indicateurs relatifs au test VIH que pour les indicateurs relatifs à la prévention du VIH et aux connaissances sur le virus. L'accès à des services en rapport avec le VIH pour les migrants avec et sans papiers n'est pas uniforme parmi les pays à revenu élevé, y compris ceux qui font partie de l'Union européenne. Alors que les membres de ces groupes de population ont un accès libre aux services en rapport avec le VIH au centre de fourniture dans certains pays européens, l'accès aux services en rapport avec le VIH est assujéti, dans d'autres pays, à un système de paiement à l'acte pour ces populations.

Dans certains pays, des évolutions des comportements sexuels des jeunes ont été observées entre 1995 et 2002. Par exemple, une étude de surveillance comportementale nationale menée dans les écoles aux Etats-Unis a démontré que le pourcentage de jeunes hommes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans était tombé de 21% en 1995 à 15% en 2002. Un recul similaire a été constaté chez les jeunes femmes, de 19% à 13%.<sup>1</sup> Ces chiffres sont à comparer à une diminution de 15% à 12% chez les jeunes hommes et de 12% à 11% chez les jeunes femmes dans 23 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fait l'objet d'enquêtes sur la même période.<sup>2</sup>

Il est difficile de comprendre pourquoi les taux de compte rendu sont faibles dans les pays à revenu élevé. Cela peut en partie être imputable au fait que les données appropriées ne sont pas conservées dans une base centralisée et sont administrées par différentes institutions. Bien qu'il y ait des exceptions tout à fait notables, cette sous-déclaration soulève des questions concernant les progrès enregistrés par les pays à revenu élevé dans la mise en œuvre d'un cadre unique et intégré de suivi et d'évaluation de la lutte contre le VIH – dans le respect du concept des « Trois Principes ».

<sup>1</sup> Abma JC et al., Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002, *Vital and Health Statistics*, 2004, Series 23, No. 24.

<sup>2</sup> DHS [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

similaire est nécessaire pour améliorer l'accessibilité de l'éventail complet de techniques de diagnostic du VIH.

La souplesse aux niveaux mondial et national représente également une nécessité importante pour s'adapter à l'évolution sur le plan des outils thérapeutiques et diagnostiques. En particulier, il conviendrait d'envisager un soutien technique et financier plus conséquent, de même qu'une meilleure coopération régionale, afin de renforcer le potentiel des instances nationales de réglementation en vue d'introduire les produits médicaux sûrs et efficaces nécessaires pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH.

### Atténuer les effets à long terme de l'épidémie

L'élargissement de l'accès au traitement va contribuer à neutraliser certaines des plus graves ramifications de l'épidémie, mais ne fera disparaître ni le VIH ni ses conséquences néfastes. Par rapport aux autres aspects de la riposte, nettement moins d'attention a été accordée à la recherche interventionnelle ainsi qu'au développement des programmes en rapport avec l'atténuation des effets. Par exemple, l'accès au traitement de l'infection à VIH, à la prévention de la transmission mère-enfant, et aux autres services anti-VIH essentiels, s'est considérablement élargi ces dernières années, mais peu de progrès ont été faits en ce qui concerne la prestation de services essentiels de soins et d'appui aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par l'épidémie.

S'employer à réduire les effets de l'épidémie n'est pas seulement un impératif humanitaire ; c'est aussi une partie intégrante de la riposte à l'épidémie sur le long terme. Les millions d'enfants affectés par le VIH représentent l'avenir ; il est crucial, pour la santé et le bien-être futurs de sociétés et de communautés tout entières, d'offrir à ces enfants, et au ménage au sein duquel ils vivent, des soins et un appui convenables. De même, les ménages qui sombrent chaque jour davantage dans la pauvreté à cause du VIH auront au fil des ans de plus en plus de mal à se relever et à apporter leur contribution à la société.

Comme le souligne le Chapitre 6, le recours à une approche cloisonnée (« en silo ») pour atténuer les effets de l'épidémie ne donnera pas tout le résultat voulu. Par contre, les pays ont besoin de mécanismes

de planification et de supervision transversaux qui permettent de barrer les chemins multiples, complexes, empruntés par le VIH pour frapper les sociétés, les communautés, et les ménages. Il est par conséquent essentiel d'intégrer les efforts d'atténuation de l'impact du VIH aux stratégies de développement global.

### Gouvernance de la riposte

Les pays sont confrontés à tout un ensemble de problèmes de gouvernance dans le cadre de leurs efforts visant à riposter efficacement au VIH. Les pays s'emploient ardemment à bâtir une riposte qui soit authentiquement multisectorielle, que les parties prenantes nationales s'approprient et conduisent activement. La coordination des divers acteurs à l'échelon pays reste également un défi continu. Des progrès significatifs ont été faits en ce qui concerne l'application des « Trois Principes » – un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un système unifié de suivi et d'évaluation (voir encadré « Garantir la coordination et la cohésion des efforts nationaux »). Dans trop de pays, cependant, les progrès se voient davantage sur le papier que sur le terrain.

S'il est vrai que les cadres stratégiques nationaux sur le VIH définissent presque uniformément un mode d'action multisectorielle, la riposte dans de nombreux pays reste fortement concentrée au niveau des ministères de la santé. Certes les autres ministères participent souvent aux instances de coordination nationale, ce qui est une réalisation majeure, mais beaucoup ne disposent pas de l'appui budgétaire nécessaire pour entreprendre des activités en rapport avec le VIH. Par exemple, si 98% des pays ont une stratégie nationale de lutte contre le VIH incluant le secteur de l'éducation, seulement 65% fournissent un soutien budgétaire pour les programmes sur le VIH en milieu enseignant (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). L'exemple du Malawi qui a demandé à plusieurs de ses ministères d'allouer une enveloppe budgétaire aux activités anti-VIH (voir la section « Mobiliser suffisamment de ressources financières pour la riposte au VIH », pages 179–185) montre comment les pays peuvent faciliter l'engagement actif de plusieurs secteurs dans la riposte nationale au VIH.

## Garantir la coordination et la cohésion des efforts nationaux

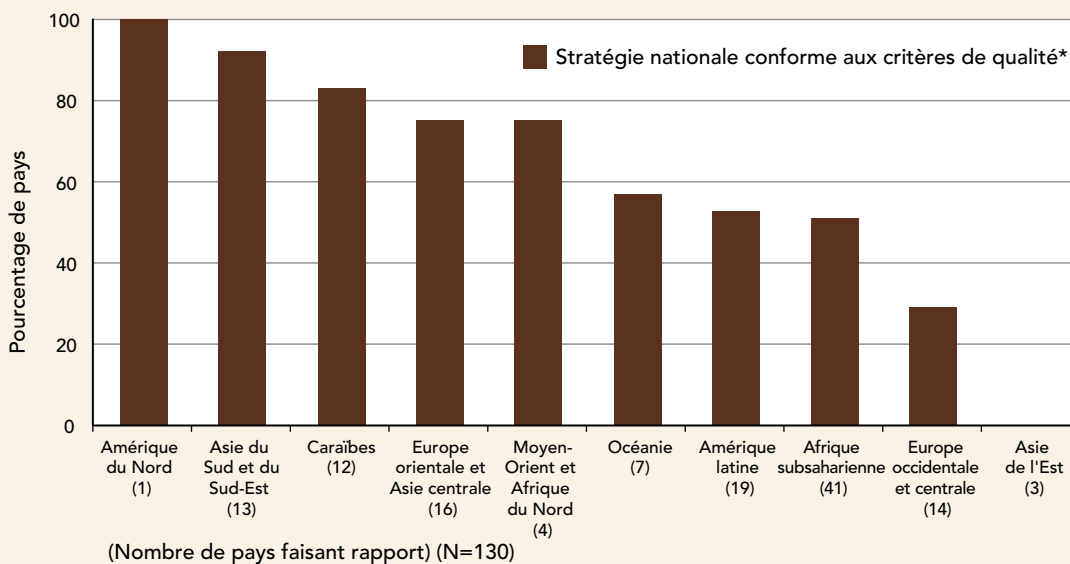
Conformément aux efforts internationaux en vue de mieux harmoniser et de mieux aligner l'aide internationale au développement sur les stratégies et les plans que les pays eux-mêmes auront définis et pris à leur compte, l'action à l'échelon pays vise à promouvoir les « Trois Principes » – un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation.

Des stratégies multisectorielles, chiffrées, définissant les priorités de la riposte nationale, sont en place dans la plupart des pays. Au total, 97% de pays ont une stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH, 92% ont une instance nationale de coordination de la riposte au VIH, 92% ont un plan national de suivi et d'évaluation en place ou en cours d'élaboration, et tous les pays à revenu faible ou intermédiaire ont intégré le VIH au plan national de développement.

Cependant, lorsque les efforts à l'échelon pays sont évalués par rapport aux critères de qualité élaborés par l'ONUSIDA, les faiblesses de nombreuses approches nationales apparaissent. Seulement 69% de pays – bien moins que les 97% qui déclarent avoir une stratégie nationale – ont une stratégie nationale traduite en plans opérationnels chiffrés assortis d'objectifs programmatiques, et d'un énoncé détaillé des coûts programmatiques et des sources de financement. En Afrique subsaharienne, environ la moitié des stratégies nationales de lutte contre le VIH répondent aux critères de qualité définis par l'ONUSIDA (Figure 7.7).

**FIGURE 7.7**

Pays déclarant mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre le sida conforme aux critères de qualité définis

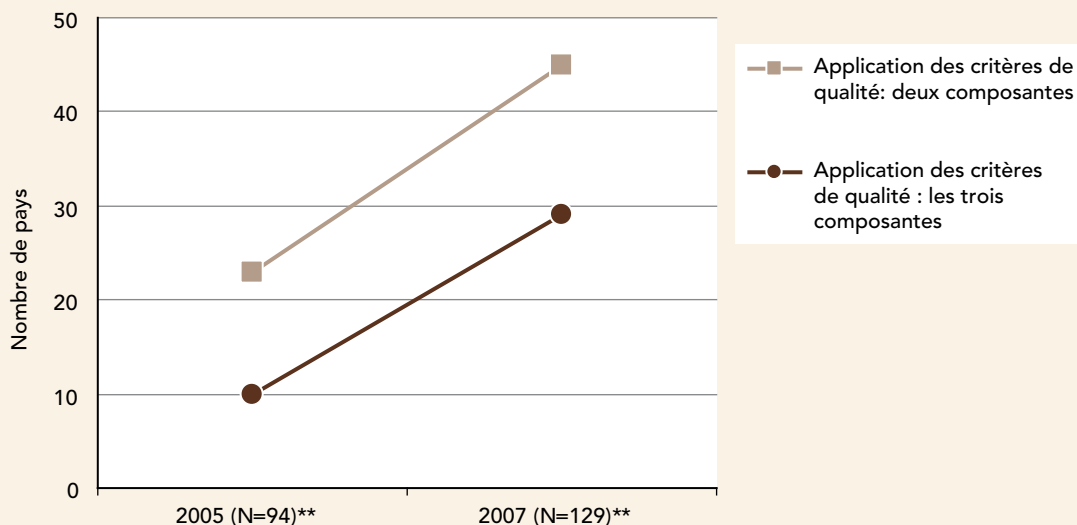


\* C'est-à-dire une stratégie multisectorielle nationale et un plan opérationnel national avec définition des objectifs, des cibles, des coûts, et indication des sources de financement par secteur programmatique, et un cadre de suivi et d'évaluation.  
Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

En dépit de faiblesses qui perdurent, les efforts à l'échelon pays pour l'application des «Trois Principes» affichent des progrès importants (Figure 7.8). A dire vrai, de nombreux pays ont utilisé les «Trois Principes» pour améliorer l'état de préparation nationale. En 2007, par exemple, le Tadjikistan a élaboré son premier plan national de suivi et d'évaluation des activités anti-VIH, assorti d'un budget détaillé et centré sur des indicateurs nationaux arrêtés d'un commun accord par l'ensemble des parties prenantes nationales. En Indonésie, un décret présidentiel en 2006 a officialisé la Commission nationale sur le SIDA en tant que seule et unique instance chargée de la conduite et de la coordination de la riposte du pays au VIH.

**FIGURE 7.8**

Progrès des pays en ce qui concerne l'application des critères de qualité associés aux «Trois Principes»: un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation\*



\* Application des critères de qualité renvoie à:

- 1 Une stratégie multisectorielle nationale et un plan opérationnel définissant les objectifs, les cibles, les coûts, et les sources de financement par secteur programmatique, et un cadre de suivi et d'évaluation;
- 2 Une instance de coordination nationale avec un mandat, une composition bien définie, un plan d'action, un secrétariat qui est opérationnel, et des réunions revenant régulièrement;
- 3 Un plan national de suivi et d'évaluation dont les coûts sont établis et dont le financement est garanti, une unité opérationnelle ou une équipe technique nationale pour le suivi et l'évaluation, et une base de données nationales centralisée contenant des données sur le sida.

\*\* Seuls les pays ayant les trois composantes en place ou deux sur les trois sont reflétés dans cette Figure; les autres pays ont seulement une ou aucune des composantes en place, ou n'ont rien déclaré.

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

Les gouvernements nationaux forgent de plus en plus de partenariats avec la société civile pour l'élaboration, la mise en œuvre, et le suivi des stratégies nationales sur le VIH. D'après les rapports des gouvernements, 83% des instances nationales de coordination de la riposte au VIH incluent dans leur composition des représentants de la société civile (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Dans la plupart des cas, les gouvernements rapportent que la stratégie nationale ou le cadre national ont été élaborés avec la participation active de la société civile (fourchette s'étendant de 62% pour l'Asie du Sud et du Sud-Est à 100% pour l'Amérique du Nord). Les membres de la société civile ont participé à l'examen de la stratégie nationale dans 78% des pays, et pour 58% des pays ils ont estimé leur contribution à «bonne» ou «très bonne» concernant la planification et la budgétisation des activités anti-VIH nationales.



*Atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH est une étape cruciale sur la voie d'une riposte viable et à long terme au VIH.*

### Décentraliser la riposte

Une gouvernance efficace de la riposte garantit la conversion des stratégies et mandats nationaux en action significative dans les districts et communautés. La décentralisation de la riposte contribue à donner aux unités sous-nationales les moyens de mettre en œuvre des programmes qui répondent aux besoins locaux.

En Ethiopie, l'expansion des services dans le cadre de la Campagne du Millénaire contre le sida lancée dans le pays s'est accélérée grâce à la décentralisation de la prestation de services. Avec le soutien du leadership local et l'implication de la communauté, 24 000 agents de vulgarisation sanitaire ont pu être formés pour aider les ménages et pour promouvoir les initiatives de santé communautaire, y compris l'offre du traitement antirétroviral. L'accent mis sur la décentralisation de la prestation de services a été associé à une nette augmentation du nombre de personnes bénéficiant du traitement antirétroviral – de 8276 en 2005 à 122 243 en 2007.

S'il est vrai que de nombreux gouvernements locaux ont pris des mesures importantes au fil des ans pour s'attaquer au VIH, le fait que les donateurs apportent leur soutien avant tout aux gouvernements nationaux

a parfois entravé l'aptitude à mettre en œuvre des ripostes au VIH décentralisées, solides.<sup>3</sup> La planification au niveau des districts en matière de développement du potentiel des entités locales et de la mobilisation de ressources pour ces entités pourrait aider à surmonter certains des obstacles entravant depuis longtemps la décentralisation de la riposte au VIH (PNUD, 2005). Dans la région de Mbeya en République-Unie de Tanzanie, par exemple, une action suivie et l'appui des donateurs ont permis à la région d'offrir à 80% de la population des services essentiels de prévention, et de réduire la prévalence du VIH au cours de la décennie écoulée (ONUSIDA, 2007b). En plus de l'apport d'un volume accru de fonds pour aider les gouvernements locaux à mettre en œuvre des stratégies anti-VIH qui répondent aux besoins locaux, il faut également que les donateurs augmentent leur soutien aux communautés locales qui s'organisent pour accroître la portée, l'impact et la transparence des initiatives locales de lutte contre le VIH.

### Fonder la riposte sur les droits humains

Les vrais leaders ont aussi à faire face à des problématiques dont ils préféreraient ne pas entendre parler. S'opposer au VIH oblige à aborder des sujets

<sup>3</sup> Par le biais de son Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique, la Banque mondiale a consacré 38% de son aide dans le domaine du VIH aux ripostes locales dans les pays (Banque mondiale, 2007).

## Bâtir et inscrire dans la durée une riposte efficace : Un programme d'action à long terme

- Gérer les besoins nationaux recensés, et fonder l'action nationale sur les preuves irréfutables de ce qui marche, en veillant à l'exécution intégrale de politiques et de programmes établis à partir de données factuelles.
- Prévoir pour l'avenir, en mettant en œuvre des systèmes de planification stratégique et d'évaluation s'étendant sur plus de trois et de cinq ans.
- Investir dans une riposte au VIH réellement efficace, en accordant une attention particulière aux stratégies de prévention reposant sur des données factuelles et propres à contenir les épidémies nationales.
- Conjuguer élargissement des programmes avec leadership multisectoriel pour neutraliser les facteurs sociétaux qui majorent le risque et la vulnérabilité face au VIH, à savoir les inégalités sexospécifiques, la stigmatisation et la discrimination, et la marginalisation sociale.
- Donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de contribuer à la conduite de la riposte nationale, et faire participer la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre, et à l'évaluation des stratégies nationales de lutte contre le VIH.
- Harmoniser et aligner les efforts de toutes les parties prenantes par rapport aux stratégies et priorités définies par les pays eux-mêmes, et renforcer la qualité et la souplesse du soutien technique offert pour bâtir un potentiel national durable – pas seulement au sein des systèmes de santé, mais dans d'autres secteurs clés, et dans les secteurs public et privé – à l'appui d'une riposte au VIH qui soit solide et efficace pour les années à venir.
- Mobiliser les ressources financières suffisantes afin d'atteindre les cibles mondiales associées à l'accès universel, en mettant en place des dispositifs innovants à l'appui d'un financement sur le long terme.

qui mettent les gens mal à l'aise, tels que la sexualité, et la consommation de drogues. Il faut également de la compassion et une action efficace par rapport à des groupes que la société choisit souvent d'ignorer.

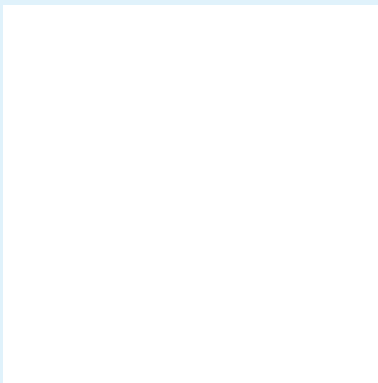
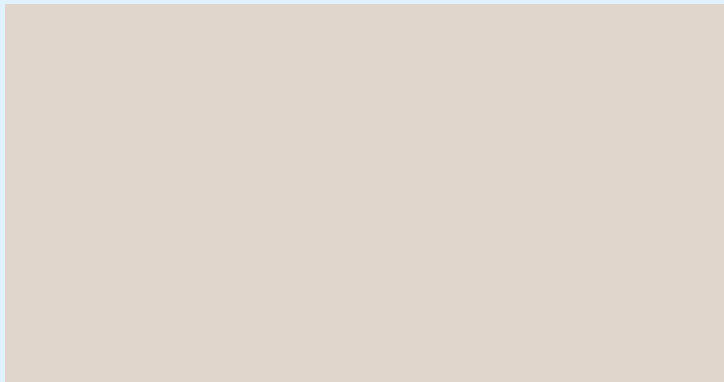
L'action visant à répondre aux besoins des populations marginalisées les plus à risque reste certes limitée, mais ces dernières années ont offert plusieurs exemples de leadership pour la gestion de ces aspects, avec notamment le lancement d'une campagne nationale contre l'homophobie au Mexique et l'annulation des lois anti-sodomie aux Bahamas. L'appui, suscité par des données factuelles, aux projets d'échange de seringues dans des pays tels que la République islamique d'Iran, la Malaisie et le Viet Nam, constitue un exemple manifeste de leadership courageux, visionnaire, pour la riposte au VIH.

A mesure qu'évolue l'épidémie et que s'accroissent le nombre et la gamme des technologies en rapport avec le VIH, il pourrait être tentant de penser la riposte uniquement en termes technocratiques. Ce serait une erreur. Compte tenu des réalités du VIH – sa concentration au sein des populations marginalisées, son lien incontournable avec la sexualité et avec la nature des relations que les gens entretiennent entre eux – ce n'est probablement pas une solution purement technologique qui un beau jour fera capituler l'épidémie.

Dans chaque pays ayant réalisé une baisse du taux des nouveaux cas d'infection à VIH, la riposte nationale a été fondée sur la défense des droits humains. Compassion et inclusion restent les maîtres-mots pour une riposte efficace à l'épidémie.

# Annexe

Estimations et données VIH et sida, 2007 et 2001



## Estimations et données VIH et sida, 2007 et 2008

Sauf mention contraire, les données et estimations données dans l'Annexe 1 sont relatives à 2007 et 2001. Ces estimations ont été produites et compilées par l'ONUSIDA/OMS. Elles ont été revues et commentées par les responsables des programmes nationaux sur le sida mais ne constituent pas nécessairement les estimations officielles utilisées par les gouvernements nationaux. Pour les pays pour lesquels il n'existait pas de données récentes, les estimations spécifiques au pays n'ont pas été indiquées dans le tableau. Pour calculer les totaux régionaux, on a eu recours à des données plus anciennes ou à des modèles régionaux pour produire les estimations pour ces pays.

Les estimations sont données en nombres arrondis à l'unité. On a néanmoins eu recours à des nombres décimaux pour le calcul des taux et des totaux régionaux, ce qui a pu entraîner quelques faibles écarts entre les totaux régionaux et mondiaux et la somme des chiffres des pays.

Les méthodes et les outils utilisés en général pour produire les estimations spécifiques par pays dans le tableau ont été décrites dans une série d'articles dans *Sexually Transmitted Infections*, 2008: « Improved methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections », pp 84 (Suppl. 1) et 2006, 82 (Suppl. 1). Les estimations produites par l'ONUSIDA/OMS se fondent sur les méthodes et les paramètres du Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections disponibles sur le site <http://www.epidem.org/>

Ce groupe se compose de chercheurs de haut niveau en matière de VIH et de sida, d'épidémiologie et de démographie et autres domaines connexes. Le Groupe de référence étudie les travaux de recherche les plus récents de différents pays, publiés ou non. Il se tient également au courant des avancées dans la compréhension des épidémies de VIH et propose des méthodes pour améliorer la qualité et la précision des estimations.

A partir des propositions du Groupe de référence, un logiciel a été mis au point pour modéliser le cours des épidémies de VIH et leur impact. Les analystes des pays ont été formés à l'usage de ces outils au cours d'une série d'ateliers en 2007. Ces changements dans les procédures et les hypothèses

et une meilleure coordination avec les pays ont conduit à de meilleures estimations concernant le VIH et le sida pour 2007. Pour permettre aux lecteurs d'évaluer les tendances de l'épidémie, nous avons également présenté les estimations pour 2001, élaborées selon la même méthode et le même type de données que pour les estimations 2007.

Les nouvelles estimations sont présentées dans ce rapport avec des fourchettes appelées « limites de plausibilité » qui reflètent le degré de certitude associé à chacune de ces estimations. Plus la fourchette est large, plus l'incertitude concernant une estimation est grande. L'ampleur de cette incertitude dépend principalement du type d'épidémie, de la qualité, de la couverture et de la régularité du service de surveillance d'un pays et, dans les épidémies généralisées, de l'existence ou non d'une enquête sur la population avec dépistage du VIH. On trouvera une description détaillée des méthodes de détermination pour les limites de plausibilité dans *Sexually Transmitted Infections* 2008, 84 (Suppl. 1).

On entend par adulte dans ce rapport les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus. Cela diffère des précédents rapports où les estimations se limitaient aux personnes âgées de 15 à 49 ans. Depuis que l'épidémie s'étend au-delà de l'âge de 49 ans et pour mieux estimer les besoins, le Groupe de référence sur les estimations, modèles et projections a demandé de prendre en compte tous les âges. Le pourcentage de prévalence du VIH continue cependant de prendre en compte les adultes de 15 à 49 ans de façon à permettre des comparaisons entre pays.

### Notes sur les indicateurs spécifiques figurant en Annexe 1

#### 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH, 2007 et 2001

Sont incluses dans cette estimation toutes les personnes vivant avec le VIH, qu'elles aient ou non développé des symptômes du sida, en 2007 et 2001. Pour quelques pays où il n'y a pas suffisamment de données pour les six dernières années, aucune estimation n'a été faite.

### *Adultes et enfants*

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

Sont adultes les personnes de 15 ans et plus. Est comptée parmi les enfants toute personne de 0 à 14 ans.

### *Adultes (15 ans et plus)*

Estimation du nombre d'adultes vivant avec le VIH, 2007 et 2001.

### *Adultes (15-49 ans) pourcentage de la prévalence (%)*

Pour calculer le pourcentage de la prévalence du VIH chez les adultes, le nombre estimé d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH en 2007 a été divisé par la population adulte en 2007 (15-49 ans) et de même pour 2001.

### *Femmes (15 ans et plus)*

Estimation du nombre de femmes (âgées de 15 et plus) vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

### *Enfants (0-14 ans)*

Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

### *Jeunes femmes (15-24 ans), prévalence (%)*

Pourcentage estimé de jeunes femmes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

### *Jeunes hommes (15-24 ans), prévalence (%)*

Pourcentage estimé de jeunes hommes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH en 2007 et 2001.

## 2. Décès d'adultes et d'enfants dus au sida

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants morts du sida au cours de 2007 et au cours de 2001.

## 3. Orphelins dus au sida

### *Orphelins (de 0 à 17 ans) en vie*

Estimation du nombre d'enfants âgés de 0 à 17 ans en 2007 et 2001 qui ont perdu un ou deux parents à cause du sida.

## Limites de plausibilité pour les indicateurs ci-dessus

Selon la fiabilité des données disponibles, chaque estimation comporte une marge plus ou moins grande d'incertitude. Un degré d'incertitude s'applique à toutes les estimations; le présent rapport

indique les limites de plausibilité pour les estimations suivantes :

- Estimation du nombre d'adultes (15 ans et plus) et d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH en 2007 et 2001
- Estimation du nombre d'adultes (15 ans et plus) vivant avec le VIH, en 2007 et en 2001
- Estimation du nombre de femmes (15 ans et plus) vivant avec le VIH en 2007 et en 2001
- Estimation du nombre d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH en 2007 et en 2001
- Estimation de la prévalence du VIH chez les jeunes hommes et jeunes femmes (15-24 ans) en 2007
- Estimation du nombre de décès d'adultes (15 et plus) et d'enfants (0-14 ans) dus au sida en 2007 et en 2001
- Orphelins (0-17 ans) du sida en 2007 et en 2001.

## 4. Tendances de la prévalence du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale

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

Les populations spécifiques courant les plus grands risques d'exposition au VIH comprennent :

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

## 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants 2007		Adultes et enfants 2001		Adultes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Monde	33 000 000	[30 000 000 – 36 000 000]	29 500 000	[27 000 000 – 33 700 000]	30 800 000	[28 200 000 – 34 000 000]
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>22 000 000</b>	<b>[20 500 000 – 23 600 000]</b>	<b>20 400 000</b>	<b>[19 200 000 – 23 200 000]</b>	<b>20 300 000</b>	<b>[18 700 000 – 21 700 000]</b>
Angola	190 000	[150 000 – 240 000]	120 000	[84 000 – 360 000]	180 000	[140 000 – 210 000]
Bénin	64 000	[58 000 – 73 000]	53 000	[46 000 – 61 000]	59 000	[53 000 – 67 000]
Botswana	300 000	[280 000 – 310 000]	280 000	[270 000 – 290 000]	280 000	[270 000 – 300 000]
Burkina Faso	130 000	[110 000 – 160 000]	140 000	[120 000 – 160 000]	120 000	[100 000 – 140 000]
Burundi	110 000	[78 000 – 130 000]	150 000	[120 000 – 170 000]	90 000	[66 000 – 120 000]
Cameroun	540 000	[430 000 – 640 000]	530 000	[460 000 – 590 000]	500 000	[390 000 – 590 000]
République centrafricaine	160 000	[150 000 – 170 000]	130 000	[120 000 – 140 000]	140 000	[130 000 – 150 000]
Tchad	200 000	[130 000 – 240 000]	150 000	[100 000 – 260 000]	180 000	[110 000 – 220 000]
Comores	<200	[<1000]	<100	[<500]	<200	[<1000]
Congo	79 000	[65 000 – 94 000]	84 000	[73 000 – 100 000]	73 000	[59 000 – 86 000]
Côte d'Ivoire	480 000	[400 000 – 550 000]	590 000	[540 000 – 670 000]	420 000	[350 000 – 490 000]
République démocratique du Congo	...	[400 000 – 500 000]	...	[320 000 – 410 000]	...	[360 000 – 450 000]
Djibouti	16 000	[12 000 – 19 000]	13 000	[9300 – 17 000]	15 000	[11 000 – 18 000]
Guinée équatoriale	11 000	[8200 – 14 000]	9500	[7600 – 12 000]	9800	[7400 – 13 000]
Erythrée	38 000	[25 000 – 58 000]	27 000	[19 000 – 42 000]	35 000	[22 000 – 54 000]
Ethiopie	980 000	[880 000 – 1 100 000]	920 000	[830 000 – 1 000 000]	890 000	[800 000 – 970 000]
Gabon	49 000	[37 000 – 68 000]	38 000	[26 000 – 51 000]	46 000	[35 000 – 65 000]
Gambie	8200	[3700 – 13 000]	6400	[3100 – 11 000]	7500	[3400 – 12 000]
Ghana	260 000	[230 000 – 290 000]	260 000	[230 000 – 290 000]	250 000	[220 000 – 280 000]
Guinée équatoriale	87 000	[73 000 – 110 000]	55 000	[40 000 – 72 000]	81 000	[67 000 – 110 000]
Guinée-Bissau	16 000	[11 000 – 23 000]	13 000	[9000 – 18 000]	15 000	[10 000 – 21 000]
Kenya <sup>2</sup>	...	[1 500 000 – 2 000 000]	...	[1 300 000 – 1 700 000]	...	[1 400 000 – 1 800 000]
Lesotho	270 000	[260 000 – 290 000]	250 000	[240 000 – 270 000]	260 000	[250 000 – 270 000]
Libéria	35 000	[29 000 – 41 000]	24 000	[17 000 – 58 000]	32 000	[26 000 – 37 000]
Madagascar	14 000	[9100 – 23 000]	8100	[5800 – 13 000]	13 000	[8800 – 22 000]
Malawi	930 000	[860 000 – 1 000 000]	850 000	[790 000 – 910 000]	840 000	[780 000 – 900 000]
Mali	100 000	[88 000 – 120 000]	82 000	[70 000 – 96 000]	93 000	[79 000 – 110 000]
Mauritanie	14 000	[8300 – 26 000]	9400	[5400 – 16 000]	14 000	[8100 – 25 000]
Maurice	13 000	[7500 – 28 000]	1800	[<1000 – 3900]	13 000	[7400 – 28 000]
Mozambique	1 500 000	[1 300 000 – 1 700 000]	1 000 000	[880 000 – 1 200 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 600 000]
Namibie	200 000	[160 000 – 230 000]	150 000	[130 000 – 180 000]	180 000	[150 000 – 220 000]
Niger	60 000	[44 000 – 85 000]	43 000	[33 000 – 57 000]	56 000	[42 000 – 81 000]
Nigéria	2 600 000	[2 000 000 – 3 200 000]	2 200 000	[1 700 000 – 4 200 000]	2 400 000	[1 600 000 – 2 900 000]
Rwanda	150 000	[130 000 – 170 000]	190 000	[170 000 – 210 000]	130 000	[120 000 – 150 000]
Sénégal	67 000	[47 000 – 96 000]	24 000	[17 000 – 31 000]	64 000	[45 000 – 92 000]
Sierra Leone	55 000	[42 000 – 76 000]	34 000	[18 000 – 56 000]	51 000	[38 000 – 72 000]
Somalie	24 000	[13 000 – 45 000]	17 000	[11 000 – 30 000]	24 000	[13 000 – 43 000]
Afrique du Sud	5 700 000	[4 900 000 – 6 600 000]	4 700 000	[4 000 000 – 5 500 000]	5 400 000	[4 700 000 – 6 200 000]
Swaziland	190 000	[180 000 – 200 000]	160 000	[150 000 – 170 000]	170 000	[160 000 – 180 000]
Togo	130 000	[110 000 – 150 000]	110 000	[92 000 – 130 000]	120 000	[97 000 – 140 000]
Ouganda	940 000	[870 000 – 1 000 000]	1 100 000	[990 000 – 1 300 000]	810 000	[740 000 – 910 000]
République-Unie de Tanzanie	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 400 000	[1 300 000 – 1 500 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]
Zambie	1 100 000	[1 000 000 – 1 200 000]	940 000	[870 000 – 1 000 000]	980 000	[920 000 – 1 100 000]
Zimbabwe	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]	1 900 000	[1 800 000 – 2 000 000]	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH								
Pays	Adultes (15+) 2001		Adultes (15-49) prévalence (%) 2007		Adultes (15-49) prévalence (%) 2001		Femmes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Monde	27 900 000	[25 500 000 – 31 700 000]	0.8	[0.7 – 0.9]	0.8	[0.7 – 0.9]	15 500 000	[14 200 000 – 16 900 000]
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>19 100 000</b>	<b>[17 900 000 – 21 400 000]</b>	<b>5.0</b>	<b>[4.6 – 5.4]</b>	<b>5.7</b>	<b>[5.3 – 6.4]</b>	<b>12 000 000</b>	<b>[11 100 000 – 12 900 000]</b>
Angola	110 000	[80 000 – 310 000]	2.1	[1.7 – 2.5]	1.6	[1.1 – 4.3]	110 000	[82 000 – 130 000]
Bénin	49 000	[43 000 – 57 000]	1.2	[1.1 – 1.4]	1.3	[1.2 – 1.5]	37 000	[33 000 – 42 000]
Botswana	270 000	[250 000 – 280 000]	23.9	[22.5 – 24.9]	26.5	[25.6 – 27.8]	170 000	[160 000 – 180 000]
Burkina Faso	130 000	[110 000 – 150 000]	1.6	[1.4 – 1.9]	2.1	[1.8 – 2.4]	61 000	[52 000 – 73 000]
Burundi	130 000	[100 000 – 160 000]	2.0	[1.3 – 2.5]	3.5	[2.7 – 4.2]	53 000	[39 000 – 69 000]
Cameroun	490 000	[430 000 – 550 000]	5.1	[3.9 – 6.2]	6.0	[5.3 – 6.8]	300 000	[240 000 – 360 000]
République centrafricaine	120 000	[110 000 – 130 000]	6.3	[5.9 – 6.7]	6.4	[5.9 – 6.9]	91 000	[85 000 – 97 000]
Tchad	140 000	[97 000 – 220 000]	3.5	[2.4 – 4.3]	3.4	[2.4 – 6.0]	110 000	[66 000 – 130 000]
Comores	<100	[<500]	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	<100	[<200]
Congo	77 000	[67 000 – 92 000]	3.5	[2.8 – 4.2]	4.4	[3.8 – 5.3]	43 000	[36 000 – 51 000]
Côte d'Ivoire	550 000	[500 000 – 630 000]	3.9	[3.2 – 4.5]	6.0	[5.5 – 6.8]	250 000	[210 000 – 290 000]
République démocratique du Congo	...	[290 000 – 370 000]	...	[1.2 – 1.5]	...	[1.2 – 1.5]	...	[210 000 – 270 000]
Djibouti	12 000	[9000 – 15 000]	3.1	[2.3 – 3.8]	3.1	[2.2 – 3.9]	8700	[6500 – 11 000]
Guinée équatoriale	8900	[7100 – 12 000]	3.4	[2.6 – 4.6]	3.7	[2.9 – 4.7]	5900	[4400 – 7900]
Erythrée	25 000	[17 000 – 39 000]	1.3	[0.8 – 2.0]	1.2	[0.8 – 1.8]	21 000	[13 000 – 33 000]
Ethiopie	840 000	[760 000 – 930 000]	2.1	[1.8 – 2.2]	2.4	[2.1 – 2.6]	530 000	[470 000 – 580 000]
Gabon	36 000	[25 000 – 49 000]	5.9	[4.4 – 8.3]	5.6	[3.9 – 7.6]	27 000	[20 000 – 38 000]
Gambie	6100	[3000 – 10 000]	0.9	[0.4 – 1.3]	0.9	[0.4 – 1.4]	4500	[2000 – 7200]
Ghana	240 000	[220 000 – 270 000]	1.9	[1.7 – 2.2]	2.3	[2.1 – 2.6]	150 000	[130 000 – 160 000]
Guinée équatoriale	52 000	[38 000 – 68 000]	1.6	[1.3 – 2.2]	1.2	[0.9 – 1.6]	48 000	[40 000 – 64 000]
Guinée-Bissau	12 000	[8400 – 16 000]	1.8	[1.3 – 2.6]	1.8	[1.3 – 2.5]	8700	[6100 – 12 000]
Kenya <sup>2</sup>	...	[1 200 000 – 1 600 000]	...	[7.1 – 8.5]	...	[7.4 – 9.8]	...	[800 000 – 1 100 000]
Lesotho	240 000	[230 000 – 260 000]	23.2	[21.9 – 24.5]	23.9	[22.8 – 25.2]	150 000	[140 000 – 160 000]
Libéria	22 000	[16 000 – 48 000]	1.7	[1.4 – 2.0]	1.4	[1.0 – 3.1]	19 000	[16 000 – 22 000]
Madagascar	8000	[5700 – 13 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	3400	[2200 – 5800]
Malawi	780 000	[730 000 – 840 000]	11.9	[11.0 – 12.9]	13.3	[12.4 – 14.3]	490 000	[450 000 – 530 000]
Mali	76 000	[66 000 – 90 000]	1.5	[1.2 – 1.8]	1.5	[1.3 – 1.8]	56 000	[47 000 – 67 000]
Mauritanie	9300	[5300 – 16 000]	0.8	[0.5 – 1.5]	0.7	[0.4 – 1.2]	3900	[2300 – 7400]
Maurice	1800	[<1000 – 3900]	1.7	[1.0 – 3.6]	0.3	[0.1 – 0.5]	3800	[2100 – 8100]
Mozambique	960 000	[840 000 – 1 100 000]	12.5	[10.9 – 14.7]	10.3	[8.8 – 11.9]	810 000	[690 000 – 960 000]
Namibie	140 000	[120 000 – 170 000]	15.3	[12.4 – 18.1]	14.6	[12.2 – 17.1]	110 000	[88 000 – 130 000]
Niger	41 000	[31 000 – 55 000]	0.8	[0.6 – 1.1]	0.7	[0.6 – 1.0]	17 000	[12 000 – 26 000]
Nigéria	2 000 000	[1 600 000 – 3 500 000]	3.1	[2.3 – 3.8]	3.2	[2.5 – 5.7]	1 400 000	[980 000 – 1 700 000]
Rwanda	160 000	[140 000 – 180 000]	2.8	[2.4 – 3.2]	4.3	[3.9 – 4.7]	78 000	[69 000 – 88 000]
Sénégal	23 000	[16 000 – 30 000]	1.0	[0.7 – 1.4]	0.4	[0.3 – 0.5]	38 000	[27 000 – 54 000]
Sierra Leone	32 000	[17 000 – 53 000]	1.7	[1.3 – 2.4]	1.3	[0.7 – 2.1]	30 000	[23 000 – 43 000]
Somalie	17 000	[10 000 – 30 000]	0.5	[0.3 – 1.0]	0.5	[0.3 – 0.8]	6700	[3600 – 13 000]
Afrique du Sud	4 600 000	[3 900 000 – 5 300 000]	18.1	[15.4 – 20.9]	16.9	[14.3 – 19.9]	3 200 000	[2 800 000 – 3 700 000]
Swaziland	150 000	[140 000 – 160 000]	26.1	[25.1 – 27.1]	26.3	[25.0 – 27.4]	100 000	[99 000 – 110 000]
Togo	100 000	[86 000 – 120 000]	3.3	[2.7 – 4.1]	3.6	[3.0 – 4.3]	69 000	[57 000 – 84 000]
Ouganda	950 000	[840 000 – 1 100 000]	5.4	[5.0 – 6.1]	7.9	[7.5 – 9.2]	480 000	[440 000 – 540 000]
République-Unie de Tanzanie	1 200 000	[1 100 000 – 1 300 000]	6.2	[5.8 – 6.6]	7.0	[6.5 – 7.4]	760 000	[710 000 – 810 000]
Zambie	860 000	[790 000 – 940 000]	15.2	[14.3 – 16.4]	15.4	[14.4 – 16.7]	560 000	[520 000 – 610 000]
Zimbabwe	1 700 000	[1 600 000 – 1 900 000]	15.3	[14.6 – 16.1]	26.0	[25.2 – 27.6]	680 000	[650 000 – 720 000]

## 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Femmes (15+) 2001		Enfants (0-14) 2007		Enfants (0-14) 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Monde	14 100 000	[13 000 000 – 15 900 000]	2 000 000	[1 900 000 – 2 300 000]	1 600 000	[1 400 000 – 2 100 000]
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>11 200 000</b>	<b>[10 500 000 – 12 600 000]</b>	<b>1 800 000</b>	<b>[1 700 000 – 2 000 000]</b>	<b>1 400 000</b>	<b>[1 300 000 – 1 900 000]</b>
Angola	67 000	[48 000 – 190 000]	17 000	[12 000 – 35 000]	7700	[3700 – 41 000]
Bénin	31 000	[27 000 – 36 000]	5400	[4700 – 6300]	3500	[2800 – 4600]
Botswana	160 000	[150 000 – 170 000]	15 000	[13 000 – 16 000]	13 000	[12 000 – 14 000]
Burkina Faso	59 000	[52 000 – 69 000]	10 000	[8400 – 12 000]	10 000	[6600 – 13 000]
Burundi	77 000	[61 000 – 92 000]	15 000	[12 000 – 19 000]	15 000	[12 000 – 18 000]
Cameroun	300 000	[260 000 – 340 000]	45 000	[38 000 – 51 000]	36 000	[28 000 – 44 000]
République centrafricaine	80 000	[74 000 – 86 000]	14 000	[12 000 – 16 000]	9800	[8200 – 11 000]
Tchad	85 000	[60 000 – 130 000]	19 000	[14 000 – 27 000]	11 000	[5300 – 36 000]
Comores	...	<100	...	<100	...	<100
Congo	45 000	[39 000 – 54 000]	6600	[5600 – 7700]	7600	[6500 – 9200]
Côte d'Ivoire	320 000	[290 000 – 360 000]	52 000	[44 000 – 58 000]	47 000	[36 000 – 58 000]
République démocratique du Congo	...	[170 000 – 220 000]	...	[37 000 – 52 000]	...	[31 000 – 43 000]
Djibouti	7200	[5300 – 9100]	1100	<1000 – 1400	<1000	<500 – 1200
Guinée équatoriale	5300	[4200 – 6900]	<1000	<1100	...	<1000
Erythrée	15 000	[10 000 – 23 000]	3100	[2300 – 4400]	1900	[1200 – 3300]
Ethiopie	500 000	[450 000 – 550 000]	92 000	[80 000 – 100 000]	75 000	[66 000 – 85 000]
Gabon	21 000	[15 000 – 29 000]	2300	[1600 – 3200]	1500	[1000 – 2200]
Gambie	3600	[1800 – 6000]	...	<1000	<500	<1000
Ghana	140 000	[130 000 – 150 000]	17 000	[15 000 – 19 000]	12 000	[10 000 – 14 000]
Guinée	31 000	[23 000 – 41 000]	6300	[5000 – 7900]	3100	[1900 – 5000]
Guinée-Bissau	7100	[5000 – 9800]	1500	[1100 – 2200]	<1000	[1200]
Kenya <sup>2</sup>	...	[800 000 – 1 000 000]	...	[130 000 – 180 000]	...	[110 000 – 160 000]
Lesotho	140 000	[130 000 – 150 000]	12 000	[11 000 – 13 000]	8000	[7300 – 8800]
Libéria	13 000	[9300 – 28 000]	3100	[2300 – 6300]	2000	[1300 – 10 000]
Madagascar	1900	[1200 – 3200]	<500	<1000	<200	<500
Malawi	440 000	[410 000 – 480 000]	91 000	[80 000 – 100 000]	65 000	[57 000 – 74 000]
Mali	46 000	[39 000 – 54 000]	9400	[7800 – 11 000]	5600	[3600 – 6800]
Mauritanie	2400	[1400 – 4200]	<500	<1000	<200	<500
Maurice	<500	<200 – 1100	<100	<200	...	<100
Mozambique	570 000	[500 000 – 660 000]	100 000	[87 000 – 120 000]	53 000	[41 000 – 81 000]
Namibie	85 000	[70 000 – 99 000]	14 000	[12 000 – 16 000]	7500	[6100 – 9100]
Niger	12 000	[8900 – 17 000]	3200	[2500 – 4200]	1600	[1200 – 2400]
Nigéria	1 200 000	[970 000 – 2 100 000]	220 000	[170 000 – 370 000]	150 000	[83 000 – 580 000]
Rwanda	97 000	[87 000 – 110 000]	19 000	[17 000 – 21 000]	26 000	[23 000 – 30 000]
Sénégal	14 000	[9800 – 18 000]	3100	[2500 – 3700]	1200	<1000 – 1700
Sierra Leone	19 000	[10 000 – 31 000]	4000	[3000 – 5300]	2100	<1000 – 3600
Somalie	4500	[2500 – 7900]	<1000	<1600	<500	<1000
Afrique du Sud	2 700 000	[2 300 000 – 3 200 000]	280 000	[230 000 – 320 000]	150 000	[120 000 – 190 000]
Swaziland	91 000	[86 000 – 96 000]	15 000	[14 000 – 17 000]	10 000	[9000 – 11 000]
Togo	61 000	[51 000 – 73 000]	10 000	[8400 – 12 000]	7600	[6100 – 10 000]
Ouganda	560 000	[500 000 – 660 000]	130 000	[120 000 – 150 000]	150 000	[140 000 – 170 000]
République-Unie de Tanzanie	740 000	[680 000 – 790 000]	140 000	[130 000 – 150 000]	120 000	[100 000 – 130 000]
Zambie	470 000	[430 000 – 520 000]	95 000	[86 000 – 110 000]	80 000	[71 000 – 91 000]
Zimbabwe	1 000 000	[970 000 – 1 100 000]	120 000	[110 000 – 140 000]	130 000	[120 000 – 140 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH					2. Décès dus au sida			
Pays	Jeunes femmes (15-24) prévalence (%) 2007		Jeunes hommes (15-24) prévalence (%) 2007		Décès adultes et enfants 2007		Décès adultes et enfants 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Monde	0.6	[0.5 – 0.8]	0.4	[0.3 – 0.5]	2 000 000	[1 800 000 – 2 300 000]	1 700 000	[1 500 000 – 2 300 000]
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>3.2</b>	<b>[2.6 – 3.8]</b>	<b>1.1</b>	<b>[0.8 – 1.4]</b>	<b>1 500 000</b>	<b>[1 300 000 – 1 700 000]</b>	<b>1 300 000</b>	<b>[1 200 000 – 1 900 000]</b>
Angola	0.3	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.4]	11 000	[7100 – 28 000]	5900	[2400 – 36 000]
Bénin	0.9	[0.6 – 1.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	3300	[2700 – 4400]	2900	[2100 – 3900]
Botswana	15.3	[10.0 – 20.8]	5.1	[2.1 – 7.9]	11 000	[6600 – 17 000]	16 000	[13 000 – 19 000]
Burkina Faso	0.9	[0.5 – 1.3]	0.5	[0.2 – 0.8]	9200	[7400 – 11 000]	10 000	[6100 – 13 000]
Burundi	1.3	[0.6 – 2.0]	0.4	[0.2 – 0.7]	11 000	[8600 – 14 000]	14 000	[12 000 – 17 000]
Cameroun	4.3	[1.0 – 5.9]	1.2	[0.5 – 2.2]	39 000	[33 000 – 45 000]	29 000	[22 000 – 39 000]
République centrafricaine	5.5	[4.1 – 7.0]	1.1	[0.5 – 1.5]	11 000	[9500 – 12 000]	8800	[6900 – 11 000]
Tchad	2.8	[1.3 – 4.1]	2.0	[0.9 – 2.9]	14 000	[11 000 – 20 000]	8600	[3900 – 30 000]
Comores	<0.1	[0.1]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]	...	[<100]
Congo	2.3	[1.3 – 3.3]	0.8	[0.3 – 1.1]	6400	[3000 – 10 000]	8300	[6900 – 10 000]
Côte d'Ivoire	2.4	[1.0 – 3.4]	0.8	[0.3 – 1.3]	38 000	[33 000 – 43 000]	43 000	[30 000 – 57 000]
République démocratique du Congo	...	[0.7 – 1.2]	...	[0.1 – 0.4]	...	[24 000 – 34 000]	...	[26 000 – 35 000]
Djibouti	2.1	[1.4 – 3.0]	0.7	[0.3 – 1.1]	1100	[<1000 – 1300]	<1000	[<200 – 1100]
Guinée équatoriale	2.5	[1.7 – 3.7]	0.8	[0.4 – 1.4]	...	[<1000]	...	[<1000]
Erythrée	0.9	[0.4 – 1.6]	0.3	[0.1 – 0.6]	2600	[1800 – 3900]	1700	[1100 – 3300]
Ethiopie	1.5	[1.1 – 1.9]	0.5	[0.2 – 0.7]	67 000	[57 000 – 77 000]	70 000	[57 000 – 84 000]
Gabon	3.9	[2.0 – 6.3]	1.3	[0.6 – 2.4]	2300	[1400 – 3700]	1800	[1100 – 2700]
Gambie	0.6	[0.3 – 1.0]	0.2	[0.1 – 0.4]	...	[<1000]	...	[<500]
Ghana	1.3	[0.9 – 1.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	21 000	[18 000 – 24 000]	15 000	[12 000 – 20 000]
Guinée	1.2	[0.9 – 1.8]	0.4	[0.2 – 0.6]	4500	[3300 – 5900]	2600	[1500 – 4300]
Guinée-Bissau	1.2	[0.3 – 2.5]	0.4	[0.2 – 0.8]	1100	[<1000 – 1500]	...	[<1000]
Kenya <sup>2</sup>	...	[4.6 – 8.4]	...	[0.8 – 2.5]	...	[85 000 – 130 000]	...	[100 000 – 160 000]
Lesotho	14.9	[10.6 – 18.4]	5.9	[2.5 – 9.6]	18 000	[16 000 – 20 000]	13 000	[9900 – 16 000]
Libéria	1.3	[0.8 – 1.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	2300	[1700 – 4700]	1700	[1100 – 10 000]
Madagascar	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<1000	[1300]	<200	[<500]
Malawi	8.4	[6.7 – 10.4]	2.4	[0.9 – 3.8]	68 000	[59 000 – 77 000]	60 000	[49 000 – 71 000]
Mali	1.1	[0.7 – 1.5]	0.4	[0.2 – 0.5]	5800	[4600 – 7300]	4300	[2500 – 5400]
Mauritanie	0.5	[0.2 – 1.0]	0.9	[0.4 – 1.9]	<1000	[<500 – 1300]	<200	[<500]
Maurice	1.0	[0.5 – 2.2]	1.8	[0.8 – 4.5]	...	[<500]	...	[<100]
Mozambique	8.5	[5.9 – 11.1]	2.9	[1.2 – 4.2]	81 000	[67 000 – 98 000]	47 000	[33 000 – 77 000]
Namibie	10.3	[6.2 – 14.5]	3.4	[1.4 – 5.3]	5100	[3100 – 7100]	6700	[5000 – 9000]
Niger	0.5	[0.3 – 0.8]	0.9	[0.4 – 1.5]	4000	[3000 – 5600]	1800	[1300 – 2900]
Nigéria	2.3	[1.2 – 3.3]	0.8	[0.3 – 1.2]	170 000	[130 000 – 270 000]	130 000	[67 000 – 540 000]
Rwanda	1.4	[0.9 – 1.9]	0.5	[0.3 – 0.7]	7800	[5700 – 10 000]	22 000	[20 000 – 25 000]
Sénégal	0.8	[0.5 – 1.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	1800	[1200 – 2600]	<1000	[1400]
Sierra Leone	1.3	[0.7 – 1.9]	0.4	[0.2 – 0.7]	3300	[2300 – 4700]	2100	[<1000 – 3400]
Somalie	0.3	[0.1 – 0.6]	0.6	[0.3 – 1.4]	1600	[<1000 – 3000]	<1000	[<500 – 1300]
Afrique du Sud	12.7	[9.1 – 17.0]	4.0	[1.7 – 6.0]	350 000	[270 000 – 420 000]	180 000	[130 000 – 250 000]
Swaziland	22.6	[17.7 – 27.2]	5.8	[2.2 – 9.3]	10 000	[8600 – 12 000]	7700	[6300 – 9700]
Togo	2.4	[1.4 – 3.3]	0.8	[0.4 – 1.2]	9100	[6900 – 12 000]	7200	[5400 – 9500]
Ouganda	3.9	[2.7 – 5.2]	1.3	[0.6 – 1.9]	77 000	[68 000 – 89 000]	120 000	[110 000 – 150 000]
République-Unie de Tanzanie	0.9	[0.5 – 1.3]	0.5	[0.4 – 0.7]	96 000	[86 000 – 110 000]	110 000	[99 000 – 130 000]
Zambie	11.3	[8.5 – 14.2]	3.6	[1.6 – 5.2]	56 000	[47 000 – 66 000]	78 000	[68 000 – 89 000]
Zimbabwe	7.7	[3.8 – 11.7]	2.9	[1.2 – 4.4]	140 000	[130 000 – 150 000]	150 000	[130 000 – 170 000]

3. Orphelins à cause du sida					4. Prévalence (%) du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale					
Pays	Orphelins (0-17) en vie en 2007		Orphelins (0-17) en vie en 2001		Année	F. profess. sexe		HSH		
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]		VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Monde	15 000 000	[13 000 000 – 19 000 000]	8 000 000	[6 900 000 – 12 000 000]	...	...	...	...	...	...
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>11 600 000</b>	<b>[10 600 000 – 15 300 000]</b>	<b>6 500 000</b>	<b>[5 600 000 – 10 000 000]</b>	...	...	...	...	...	...
Angola	50 000	[20 000 – 260 000]	23 000	[5900 – 200 000]	...	...	2007	23.1	...	...
Bénin	29 000	[22 000 – 40 000]	11 000	[6800 – 25 000]	...	...	2006	25.5	...	...
Botswana	95 000	[81 000 – 110 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	100 000	[62 000 – 130 000]	77 000	[23 000 – 120 000]	...	...	2005	8.9	...	...
Burundi	120 000	[100 000 – 150 000]	72 000	[53 000 – 93 000]	...	...	2002	16.8	...	...
Cameroun	300 000	[230 000 – 390 000]	110 000	[74 000 – 170 000]	...	...	2004	26.4	...	...
République centrafricaine	72 000	[58 000 – 86 000]	32 000	[22 000 – 46 000]	...	...	...	...	...	...
Tchad	85 000	[42 000 – 270 000]	31 000	[7000 – 170 000]	...	...	...	...	...	...
Comores	<100	[<200]	...	[<100]	...	...	2007	0.0	...	...
Congo	69 000	[57 000 – 84 000]	55 000	[42 000 – 70 000]	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	420 000	[320 000 – 530 000]	220 000	[100 000 – 370 000]	...	...	...	...	...	...
République démocratique du Congo	...	[270 000 – 380 000]	...	[210 000 – 310 000]	...	...	2007 <sup>1</sup>	14.7	...	...
Djibouti	5200	[1900 – 9600]	1500	[<200 – 4600]	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	4800	[3800 – 6100]	1900	[<1000 – 2700]	...	...	...	...	...	...
Erythrée	18 000	[12 000 – 32 000]	5700	[2800 – 16 000]	...	...	2006	9.7	...	...
Ethiopie	650 000	[540 000 – 780 000]	310 000	[220 000 – 430 000]	...	...	...	...	...	...
Gabon	18 000	[11 000 – 28 000]	8000	[4700 – 13 000]	...	...	2007	20.0	...	...
Gambie	2700	[1300 – 4700]	<1000	[<500 – 1000]	...	...	...	...	...	...
Ghana	160 000	[130 000 – 200 000]	45 000	[29 000 – 74 000]	...	...	2006	38.0	2006	25.0
Guinée	25 000	[15 000 – 39 000]	10 000	[5000 – 26 000]	...	...	2007	34.5	...	...
Guinée-Bissau	5900	[4200 – 8300]	1900	[<1000 – 2900]	...	...	...	...	...	...
Kenya <sup>2</sup>	...	[990 000 – 1 400 000]	...	[510 000 – 870 000]	2007	50.0	...	...	2007	43.0
Lesotho	110 000	[93 000 – 120 000]	37 000	[26 000 – 49 000]	...	...	...	...	...	...
Libéria	15 000	[10 000 – 87 000]	6200	[2600 – 55 000]	...	...	...	...	...	...
Madagascar	3400	[2100 – 6000]	<500	[<1000]	...	...	2007	0.5	...	...
Malawi	550 000	[470 000 – 640 000]	240 000	[150 000 – 340 000]	...	...	2006	69.1	...	...
Mali	44 000	[27 000 – 56 000]	16 000	[3600 – 22 000]	...	...	2006	35.3	...	...
Mauritanie	3000	[1500 – 5900]	<500	[<200 – 1300]	...	...	...	...	2007	19.1
Maurice	<500	[<1000]	<100	[<500]	...	...	...	...	...	...
Mozambique	400 000	[280 000 – 590 000]	120 000	[53 000 – 350 000]	...	...	...	...	...	...
Namibie	66 000	[50 000 – 85 000]	23 000	[16 000 – 34 000]	...	...	...	...	...	...
Niger	25 000	[18 000 – 39 000]	7300	[4800 – 11 000]	...	...	2006	38.4	...	...
Nigéria	1 200 000	[640 000 – 4 100 000]	460 000	[110 000 – 3 400 000]	2007	5.6	2007	32.7	2007	13.5
Rwanda	220 000	[190 000 – 250 000]	230 000	[180 000 – 270 000]	...	...	...	...	...	...
Sénégal	8400	[4600 – 14 000]	3800	[1900 – 7100]	...	...	2006	19.8	2004	21.5
Sierra Leone	16 000	[6400 – 26 000]	6000	[1300 – 10 000]	...	...	2005	8.5	...	...
Somalie	8800	[4900 – 16 000]	2000	[<1000 – 5700]	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud	1 400 000	[1 100 000 – 1 800 000]	400 000	[260 000 – 590 000]	...	...	...	...	...	...
Swaziland	56 000	[48 000 – 65 000]	19 000	[13 000 – 26 000]	...	...	...	...	...	...
Togo	68 000	[50 000 – 91 000]	31 000	[18 000 – 53 000]	...	...	2005	29.3	...	...
Ouganda	1 200 000	[1 100 000 – 1 400 000]	1 100 000	[910 000 – 1 300 000]	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	970 000	[850 000 – 1 100 000]	610 000	[500 000 – 740 000]	...	...	...	...	...	...
Zambie	600 000	[530 000 – 660 000]	390 000	[290 000 – 490 000]	...	...	2004	65.4	...	...
Zimbabwe	1 000 000	[920 000 – 1 100 000]	720 000	[610 000 – 830 000]	...	...	...	...	...	...

<sup>1</sup> Ces données ont été notifiées dans le rapport UNGASS 2007.

<sup>2</sup> Au moment de la préparation du présent rapport, des analyses incorporant de nouvelles données émanant d'une enquête démographique à des données en provenance d'autres sources étaient en cours. C'est la raison pour laquelle seules des fourchettes sont publiées, sur la base d'une analyse préliminaire. Dès que les estimations finales actualisées seront disponibles, elles seront publiées sur le site web de l'ONUSIDA.

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH						
	Adultes et enfants 2007		Adultes et enfants 2001		Adultes (15+) 2007	
Pays	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
<b>Asie de l'Est</b>	<b>740 000</b>	<b>[480 000 – 1 100 000]</b>	<b>490 000</b>	<b>[330 000 – 750 000]</b>	<b>730 000</b>	<b>[480 000 – 1 100 000]</b>
Chine	700 000	[450 000 – 1 000 000]	470 000	[320 000 – 730 000]	690 000	[450 000 – 1 000 000]
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	9600	[7900 – 10 000]	8100	[7600 – 8500]	9600	[7900 – 10 000]
Mongolie	<1000	[1500]	...	...	<1000	[<500 – 1500]
République de Corée	13 000	[7500 – 42 000]	6800	[3400 – 13 000]	13 000	[7500 – 42 000]
<b>Océanie</b>	<b>74 000</b>	<b>[66 000 – 93 000]</b>	<b>25 000</b>	<b>[19 000 – 41 000]</b>	<b>73 000</b>	<b>[65 000 – 91 000]</b>
Australie	18 000	[11 000 – 36 000]	14 000	[8100 – 29 000]	18 000	[11 000 – 36 000]
Fidji	...	[<500]	...	[<500]	...	[<500]
Nouvelle-Zélande	1400	[<1000 – 2600]	1200	[<1000 – 2000]	1400	[<1000 – 2600]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	54 000	[53 000 – 55 000]	10 000	[9800 – 11 000]	53 000	[52 000 – 54 000]
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	<b>4 200 000</b>	<b>[3 500 000 – 5 300 000]</b>	<b>4 200 000</b>	<b>[3 100 000 – 5 500 000]</b>	<b>4 100 000</b>	<b>[3 400 000 – 5 200 000]</b>
Afghanistan	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	12 000	[7700 – 19 000]	7500	[4800 – 12 000]	12 000	[7600 – 19 000]
Bhoutan	<500	[<1000]	...	[<100]	<500	[<1000]
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...
Cambodge	75 000	[67 000 – 84 000]	120 000	[110 000 – 140 000]	70 000	[63 000 – 80 000]
Inde	2 400 000	[1 800 000 – 3 200 000]	2 700 000	[1 700 000 – 3 800 000]	2 300 000	[1 700 000 – 3 100 000]
Indonésie	270 000	[190 000 – 400 000]	93 000	[37 000 – 140 000]	270 000	[190 000 – 400 000]
Iran (République islamique d')	86 000	[68 000 – 110 000]	46 000	[36 000 – 58 000]	85 000	[67 000 – 110 000]
République démocratique populaire lao	5500	[3300 – 13 000]	1200	[<100 – 2500]	5400	[3300 – 13 000]
Malaisie	80 000	[52 000 – 120 000]	44 000	[33 000 – 65 000]	79 000	[51 000 – 120 000]
Maldives	...	[<100]	...	[<100]	...	[<100]
Myanmar	240 000	[160 000 – 370 000]	300 000	[230 000 – 380 000]	240 000	[150 000 – 360 000]
Népal	70 000	[50 000 – 99 000]	56 000	[41 000 – 80 000]	68 000	[49 000 – 97 000]
Pakistan	96 000	[69 000 – 150 000]	51 000	[37 000 – 79 000]	94 000	[68 000 – 150 000]
Philippines	8300	[6000 – 11 000]	<1000	[1200]	8200	[5900 – 11 000]
Singapour	4200	[2600 – 7300]	2900	[1800 – 5300]	4100	[2500 – 7200]
Sri Lanka	3800	[2800 – 5100]	3000	[2200 – 4000]	3700	[2800 – 5000]
Thaïlande	610 000	[410 000 – 880 000]	660 000	[490 000 – 850 000]	600 000	[400 000 – 860 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	290 000	[180 000 – 470 000]	160 000	[97 000 – 250 000]	280 000	[170 000 – 470 000]
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	<b>1 500 000</b>	<b>[1 100 000 – 1 900 000]</b>	<b>650 000</b>	<b>[510 000 – 1 100 000]</b>	<b>1 500 000</b>	<b>[1 100 000 – 1 900 000]</b>
Arménie	2400	[1800 – 3500]	1800	[1300 – 2600]	2400	[1700 – 3500]
Azerbaïdjan	7800	[4700 – 16 000]	...	[<500]	7800	[4700 – 16 000]
Bélarus	13 000	[10 000 – 19 000]	13 000	[9600 – 18 000]	13 000	[10 000 – 18 000]
Bosnie-Herzégovine	<500	[<1000]	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	<500	[<1000]	...	...	...	...
Estonie	9900	[5400 – 19 000]	3500	[1400 – 10 000]	9900	[5300 – 18 000]
Géorgie	2700	[1500 – 6100]	...	[<500]	2700	[1500 – 6100]
Kazakhstan	12 000	[7000 – 29 000]	3500	[<500 – 6500]	12 000	[6900 – 29 000]
Kirghizistan	4200	[2300 – 7700]	1000	[<1000 – 1800]	4200	[2200 – 7600]
Lettonie	10 000	[7400 – 15 000]	4200	[2900 – 9700]	10 000	[7300 – 15 000]
Lituanie	2200	[1200 – 4600]	1400	[<1000 – 3200]	2200	[1200 – 4600]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH								
Pays	Adultes (15+) 2001		Adultes (15-49) prévalence (%) 2007		Adultes (15-49) prévalence (%) 2001		Femmes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
<b>Asie de l'Est</b>	490 000	[330 000 – 740 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	200 000	[130 000 – 320 000]
Chine	470 000	[320 000 – 730 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	200 000	[120 000 – 310 000]
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	8100	[7600 – 8500]	...	<0.1]	...	<0.1]	2300	[2000 – 2500]
Mongolie	...	<100]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<0.1]	<200	<500]
République de Corée	6800	[3400 – 13 000]	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	3600	[2000 – 12 000]
<b>Océanie</b>	25 000	[19 000 – 40 000]	0.4	[0.3 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.3]	22 000	[21 000 – 24 000]
Australie	14 000	[8100 – 29 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.3]	1200	<1000 – 2400]
Fidji	...	<500]	0.1	<0.1 – <0.2]	0.1	<0.1 – <0.2]	...	<200]
Nouvelle-Zélande	1200	<1000 – 1900]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<500]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	9800	[9600 – 9900]	1.5	[1.4 – 1.6]	0.3	[0.2 – 0.4]	21 000	[20 000 – 22 000]
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	4 100 000	[3 000 000 – 5 400 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.4	[0.3 – 0.5]	1 500 000	[1 200 000 – 1 900 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	7500	[4800 – 12 000]	...	<0.1]	...	<0.1]	2000	[1200 – 3400]
Bhoutan	...	<100]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<0.1]	<100	<200]
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	120 000	[110 000 – 130 000]	0.8	[0.7 – 0.9]	1.5	[1.5 – 2.0]	20 000	[17 000 – 23 000]
Inde	2 600 000	[1 600 000 – 3 700 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.5	[0.3 – 0.7]	880 000	[670 000 – 1 200 000]
Indonésie	93 000	[37 000 – 140 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	54 000	[36 000 – 87 000]
Iran (République islamique d')	45 000	[36 000 – 58 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	24 000	[18 000 – 32 000]
République démocratique populaire lao	1100	<100 – 2500]	0.2	[0.1 – 0.4]	<0.1	[0.1]	1300	<1000 – 3100]
Malaisie	43 000	[33 000 – 64 000]	0.5	[0.3 – 0.8]	0.3	[0.2 – 0.5]	21 000	[13 000 – 34 000]
Maldives	...	<100]	...	<0.1]	...	<0.1]	...	<100]
Myanmar	290 000	[220 000 – 370 000]	0.7	[0.4 – 1.1]	0.9	[0.7 – 1.2]	100 000	[63 000 – 150 000]
Népal	55 000	[41 000 – 78 000]	0.5	[0.4 – 0.7]	0.5	[0.3 – 0.7]	17 000	[12 000 – 25 000]
Pakistan	50 000	[36 000 – 77 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	27 000	[19 000 – 42 000]
Philippines	<1000	[1200]	...	<0.1]	...	...	2200	[1600 – 3100]
Singapour	2900	[1700 – 5200]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	1200	<1000 – 2100]
Sri Lanka	3000	[2200 – 4000]	...	<0.1]	...	<0.1]	1400	<1000 – 1800]
Thaïlande	650 000	[480 000 – 830 000]	1.4	[0.9 – 2.1]	1.7	[1.2 – 2.1]	250 000	[170 000 – 360 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	150 000	[96 000 – 240 000]	0.5	[0.3 – 0.9]	0.3	[0.2 – 0.5]	76 000	[46 000 – 120 000]
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	650 000	[500 000 – 1 100 000]	0.8	[0.6 – 1.1]	0.4	[0.3 – 0.7]	460 000	[350 000 – 590 000]
Arménie	1800	[1300 – 2600]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<1000]
Azerbaïdjan	<500	<1000]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	<0.1]	1300	<1000 – 2900]
Bélarus	12 000	[9600 – 17 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	3900	[2800 – 5500]
Bosnie-Herzégovine	...	...	<0.1	<0.2]	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	<0.1	<0.2]	...	...	...	...
Estonie	3500	[1400 – 10 000]	1.3	[0.7 – 2.5]	0.5	[0.2 – 1.4]	2400	[1300 – 4800]
Géorgie	<500	<1000]	0.1	<0.1 – 0.3]	...	<0.1]	<1000	<500 – 1500]
Kazakhstan	3400	<500 – 6400]	0.1	<0.1 – 0.3]	<0.1	[0.1]	3300	[1800 – 7700]
Kirghizistan	1000	<1000 – 1800]	0.1	<0.1 – 0.3]	<0.1	[0.1]	1100	<1000 – 2000]
Lettonie	4200	[2800 – 9700]	0.8	[0.6 – 1.2]	0.3	[0.2 – 0.8]	2700	[1800 – 4000]
Lituanie	1400	<1000 – 3200]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1-0.2]	<1000	<500 – 1200]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH						
Pays	Femmes (15+) 2001		Enfants (0-14) 2007		Enfants (0-14) 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
<b>Asie de l'Est</b>	130 000	[83 000 – 200 000]	7800	[5300 – 11 000]	3500	[2500 – 5100]
Chine	120 000	[80 000 – 200 000]	...	...	...	...
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	1800	[1700 – 2000]	...	...	...	...
Mongolie	...	[<100]	...	...	...	...
République de Corée	1800	[<1000 – 3300]	...	...	...	...
<b>Océanie</b>	4600	[4000 – 5900]	1100	[1200]	<500	...
Australie	<1000	[<500 – 2100]	...	...	...	...
Fidji	...	[<100]	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	<200	[<500]	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3400	[3300 – 3600]	1100	[<1000 – 1200]	<200	[<500]
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	1 500 000	[1 100 000 – 2 000 000]	140 000	[110 000 – 180 000]	98 000	[50 000 – 150 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	<100	[<500]	...	...	...	...
Bhoutan	...	[<100]	...	...	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...
Cambodge	31 000	[26 000 – 37 000]	4400	[4000 – 5000]	3600	[2900 – 4600]
Inde	1 000 000	[630 000 – 1 500 000]	...	...	...	...
Indonésie	10 000	[2600 – 20 000]	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	12 000	[8700 – 16 000]	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	<500	[<100 – <1000]	...	...	...	...
Malaisie	10 000	[6900 – 16 000]	...	...	...	...
Maldives	...	[<100]	...	...	...	...
Myanmar	97 000	[72 000 – 130 000]	...	...	...	...
Népal	12 000	[8200 – 18 000]	...	...	...	...
Pakistan	13 000	[9100 – 21 000]	...	...	...	...
Philippines	<500	[<1000]	...	...	...	...
Singapour	<1000	[<500 – 1500]	...	...	...	...
Sri Lanka	<1000	[1100]	...	...	...	...
Thaïlande	240 000	[170 000 – 310 000]	14 000	[12 000 – 17 000]	10 000	[7500 – 14 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	37 000	[22 000 – 61 000]	...	...	...	...
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	180 000	[130 000 – 300 000]	12 000	[9100 – 15 000]	2800	[2200 – 4800]
Arménie	<500	[<1000]	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	[<100]	...	...	...	...
Bélarus	3300	[2400 – 4700]	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Estonie	<1000	[<500 – 2100]	...	...	...	...
Géorgie	<100	[<200]	...	...	...	...
Kazakhstan	<1000	[<200 – 1600]	...	...	...	...
Kirghizistan	...	[<500]	...	...	...	...
Lettonie	<1000	[2200]	...	...	...	...
Lituanie	<500	[<200 – <1000]	...	...	...	...

Pays	1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH				2. Décès dus au sida			
	Jeunes femmes (15–24) prévalence (%) 2007		Jeunes hommes (15–24) prévalence (%) 2007		Décès adultes et enfants 2007		Décès adultes et enfants 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
<b>Asie de l'Est</b>	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.1]	40 000	[24 000 – 63 000]	15 000	[8200 – 24 000]
Chine	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	39 000	[23 000 – 62 000]	15 000	[8100 – 24 000]
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	<0.1]	...	<0.1]	<100	<500]	...	<100]
Mongolie	...	<0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	...
République de Corée	<0.1	[0.1]	<0.1	[0.2]	<500	<1000]	<200	<500]
<b>Océanie</b>	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.1 – 0.4]	1000	<1000 – 1400]	...	<500]
Australie	<0.1	[0.1]	0.2	[0.1 – 0.4]	<100	<500]	<100	<200]
Fidji	...	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Nouvelle-Zélande	...	<0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Papouasie-Nouvelle- Guinée	0.7	[0.5 – 0.9]	0.6	[0.2 – 0.8]	<1000	[1100]	...	<500]
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	0.5	[0.3 – 0.7]	0.3	[0.1 – 0.5]	340 000	[230 000 – 450 000]	250 000	[140 000 – 370 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	<100]	...	...
Bangladesh	...	<0.1]	...	<0.1]	<500	<1000]	...	<100]
Bhoutan	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.3]	...	<100]	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	0.3	[0.1 – 0.6]	0.8	[0.3 – 1.2]	6900	[4300 – 8100]	14 000	[11 000 – 16 000]
Inde	0.3	<0.1 – 0.5]	0.3	<0.1 – 0.5]	...	...	...	...
Indonésie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	8700	[4900 – 13 000]	<100	<200]
Iran (République islamique d')	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	4300	[3100 – 6100]	1000	<1000 – 1500]
République démocratique populaire lao	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.5]	<100	<200]	<100	<200]
Malaisie	0.3	[0.2 – 0.5]	0.6	[0.3 – 1.0]	3900	[2600 – 5600]	<1000	<500 – 1400]
Maldives	...	<0.1]	...	<0.1]	...	<100]	...	...
Myanmar	0.6	[0.3 – 1.0]	0.7	[0.3 – 1.2]	25 000	[19 000 – 34 000]	24 000	[17 000 – 34 000]
Népal	0.3	[0.2 – 0.4]	0.5	[0.3 – 0.9]	5000	[3500 – 7500]	2600	[1800 – 4100]
Pakistan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	5100	[3500 – 8200]	1900	[1200 – 3100]
Philippines	...	<0.1]	...	<0.1]	<200	<500]	...	<100]
Singapour	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	<500]	<100	<200]
Sri Lanka	...	<0.1]	<0.1	[0.1]	...	<500]	<200	<500]
Thaïlande	1.2	[0.4 – 2.0]	1.2	[0.5 – 2.1]	30 000	[16 000 – 47 000]	66 000	[46 000 – 92 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	0.3	[0.1 – 0.5]	0.6	[0.3 – 1.1]	24 000	[14 000 – 39 000]	5500	[1700 – 17 000]
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	0.1	<0.1 – 0.2]	0.9	[0.5 – 1.3]	58 000	[41 000 – 88 000]	6700	[4700 – 12 000]
Arménie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	<500]	...	<100]
Azerbaïdjan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.6]	<100	<200]	...	...
Bélarus	0.1	<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.4]	1100	[1500]	<500	<1000]
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	<100]	...	<100]
Croatie	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	0.7	[0.3 – 1.6]	1.6	[0.7 – 3.7]	<500	<1000]	...	<100]
Géorgie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.4]	...	<100]	...	<100]
Kazakhstan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	<500	<1000]	<100	<200]
Kirghizistan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	<500]	...	<100]
Lettonie	0.5	[0.2 – 0.7]	0.9	[0.4 – 1.6]	<500	<1000]	...	<100]
Lituanie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.3]	<200	<500]	...	<100]

3. Orphelins à cause du sida					4. Prévalence (%) du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale					
Pays	Orphelins (0-17) en vie en 2007		Orphelins (0-17) en vie en 2001		CDI	F. profess. sexe		HSH		
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
<b>Asie de l'Est</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chine	...	...	...	...	2007	8.1	2007	0.3	2007	2.1
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	...	...	2005	5.3
Mongolie	...	...	...	...	...	...	...	...	2005	0.0
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Océanie</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Australie	...	...	...	...	2007	1.5	2006	0.0	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	2007 <sup>1</sup>	0.0	2007 <sup>1</sup>	0.0	2007 <sup>1</sup>	0.9
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Afghanistan	...	...	...	...	2006	3.0	2007	0.0	...	...
Bangladesh	...	...	...	...	2006	6.4	2006	0.2	2006	0.2
Bhoutan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	...	...	...	...	...	...	2007	12.7	2005	4.5
Inde	...	...	...	...	2006	6.9	...	...	2006	6.4
Indonésie	...	...	...	...	2007	52.4	2007	9.5	2007	5.2
Iran (République islamique d')	...	...	...	...	2007	18.8	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	...	...	...	...	...	...	...	...	2007	5.6
Malaisie	...	...	...	...	2007	4.5	...	...	2007	7.1
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	...	...	...	...	2007	34.7	2007	1.7	2007	3.3
Pakistan	...	...	...	...	...	...	2007	0.9	...	...
Philippines	...	...	...	...	2007	0.1	2007	0.1	2007	0.3
Singapour	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	...	...	...	...	...	...	2006	0.2	...	...
Thaïlande	...	...	...	...	2007	28.8	2007	5.0	2007	24.6
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	...	...	...	...	2006	23.1	2006	4.2	2006	9.0
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Arménie	...	...	...	...	2007	6.8	2007	0.4	2007	2.0
Azerbaïdjan	...	...	...	...	2003	13.0	...	...	...	...
Bélarus	...	...	...	...	2006	16.6	2006	1.0	2006	0.2
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	2006	0.1	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	2006	3.4	2006	0.2	2006	0.0
Croatie	...	...	...	...	2006	0.6	2006	1.4	2006	3.0
Estonie	...	...	...	...	2005	62.1	2006	7.7	2007	1.7
Géorgie	...	...	...	...	2006	0.0	2006	0.6	2007	3.6
Kazakhstan	...	...	...	...	2006	7.4	2006	1.4	2006	1.0
Kirghizistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	2007	22.5	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	2007	9.7	2007	0.0	2007	1.2

<sup>1</sup> Ces données ont été notifiées dans le rapport UNGASS 2007.

## 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants 2007		Adultes et enfants 2001		Adultes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Moldova	8900	[6000 – 15 000]	<1000	[<200 – 1400]	8800	[6000 – 15 000]
Roumanie	15 000	[12 000 – 16 000]	15 000	[14 000 – 16 000]	14 000	[11 000 – 16 000]
Fédération de Russie	940 000	[630 000 – 1 300 000]	390 000	[260 000 – 860 000]	940 000	[630 000 – 1 300 000]
Tadjikistan	10 000	[5000 – 23 000]	2500	[<100 – 5300]	10 000	[4900 – 23 000]
Turkménistan	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Ukraine	440 000	[340 000 – 540 000]	210 000	[180 000 – 260 000]	430 000	[330 000 – 530 000]
Ouzbékistan	16 000	[8100 – 45 000]	1400	[<1000 – 3800]	16 000	[8000 – 44 000]
<b>Europe occidentale et centrale</b>	<b>730 000</b>	<b>[580 000 – 1 000 000]</b>	<b>610 000</b>	<b>[490 000 – 810 000]</b>	<b>730 000</b>	<b>[580 000 – 990 000]</b>
Albanie	...	[<1000]	...	...	...	...
Autriche	9800	[7600 – 13 000]	5500	[4700 – 6400]	9800	[7600 – 13 000]
Belgique	15 000	[8900 – 29 000]	13 000	[7500 – 23 000]	15 000	[8900 – 29 000]
République tchèque	1500	[<1000 – 2800]	1300	[<1000 – 2400]	1500	[<1000 – 2800]
Danemark	4800	[3700 – 6900]	3300	[2700 – 4000]	4800	[3700 – 6900]
Finlande	2400	[1400 – 4400]	2000	[1200 – 3700]	2400	[1400 – 4400]
France	140 000	[78 000 – 240 000]	120 000	[66 000 – 200 000]	140 000	[78 000 – 240 000]
Allemagne	53 000	[31 000 – 97 000]	44 000	[27 000 – 80 000]	52 000	[31 000 – 97 000]
Grèce	11 000	[6100 – 19 000]	8400	[4900 – 15 000]	11 000	[6100 – 19 000]
Hongrie	3300	[2000 – 5900]	2800	[1700 – 4900]	3300	[2000 – 5900]
Islande	<500	[<1000]	...	<500	<500	[<1000]
Irlande	5500	[4100 – 7700]	4600	[3100 – 6400]	5500	[4100 – 7700]
Israël	5100	[2500 – 12 000]	3600	[1800 – 9400]	4900	[2500 – 12 000]
Italie	150 000	[110 000 – 210 000]	140 000	[100 000 – 190 000]	150 000	[110 000 – 210 000]
Luxembourg	...	[<1000]	<500	[<1000]	...	[<1000]
Malte	<500	[<1000]	<200	[<500]	200	[<500]
Monténégro	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	18 000	[10 000 – 32 000]	16 000	[9300 – 27 000]	18 000	[10 000 – 32 000]
Norvège	3000	[1700 – 5000]	2400	[1500 – 4000]	3000	[1700 – 5000]
Pologne	20 000	[11 000 – 34 000]	15 000	[8600 – 25 000]	19 000	[11 000 – 34 000]
Portugal	34 000	[20 000 – 63 000]	29 000	[18 000 – 51 000]	34 000	[20 000 – 63 000]
Serbie	6400	[3900 – 12 000]	5100	[3100 – 11 000]	6400	[3900 – 12 000]
Slovaquie	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Slovénie	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Espagne	140 000	[80 000 – 230 000]	120 000	[70 000 – 200 000]	140 000	[80 000 – 230 000]
Suède	6200	[3500 – 11 000]	5300	[3100 – 9100]	6200	[3500 – 11 000]
Suisse	25 000	[14 000 – 43 000]	22 000	[13 000 – 38 000]	25 000	[14 000 – 43 000]
Ex-République yougoslave de Macédoine	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	77 000	[37 000 – 160 000]	47 000	[27 000 – 82 000]	77 000	[37 000 – 160 000]
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	<b>380 000</b>	<b>[280 000 – 510 000]</b>	<b>300 000</b>	<b>[210 000 – 400 000]</b>	<b>350 000</b>	<b>[250 000 – 490 000]</b>
Algérie	21 000	[11 000 – 43 000]	12 000	[7000 – 28 000]	21 000	[11 000 – 43 000]
Bahreïn	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Chypre	<500	[<1000]	...	...	...	...
Egypte	9200	[7200 – 13 000]	5700	[4500 – 7800]	9000	[7100 – 12 000]
Iraq	...	...	...	...	...	...
Jordanie	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Koweït	<1000	[<2000]	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH								
Pays	Adultes (15+) 2001		Adultes (15-49) prévalence (%) 2007		Adultes (15-49) prévalence (%) 2001		Femmes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Moldova	<1000	[<200 – 1400]	0.4	[0.3 – 0.7]	<0.1	[0.1]	2600	[1700 – 4400]
Roumanie	14 000	[13 000 – 15 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	7000	[5500 – 7700]
Fédération de Russie	390 000	[260 000 – 850 000]	1.1	[0.8 – 1.6]	0.5	[0.3 – 1.0]	240 000	[150 000 – 350 000]
Tadjikistan	2400	[<100 – 5200]	0.3	[0.1 – 0.6]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2100	[<1000 – 5000]
Turkménistan	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Ukraine	210 000	[180 000 – 250 000]	1.6	[1.2 – 2.0]	0.8	[0.7 – 1.0]	190 000	[140 000 – 230 000]
Ouzbékistan	1400	[<1000 – 3700]	0.1	[<0.1 – 0.3]	...	[<0.1]	4600	[2100 – 12 000]
<b>Europe occidentale et centrale</b>	<b>610 000</b>	<b>[490 000 – 810 000]</b>	<b>0.3</b>	<b>[0.2 – 0.4]</b>	<b>0.2</b>	<b>[0.1 – 0.3]</b>	<b>200 000</b>	<b>[160 000 – 270 000]</b>
Albanie	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Autriche	5500	[4700 – 6400]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2900	[2100 – 3900]
Belgique	13 000	[7500 – 23 000]	0.2	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.4]	4100	[2400 – 8400]
République tchèque	1300	[<1000 – 2400]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	<500	[<1000]
Danemark	3300	[2700 – 4000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	1100	[<1000 – 1600]
Finlande	2000	[1200 – 3700]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[<500 – 1300]
France	120 000	[66 000 – 200 000]	0.4	[0.2 – 0.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	38 000	[21 000 – 68 000]
Allemagne	44 000	[27 000 – 79 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	15 000	[8500 – 27 000]
Grèce	8300	[4900 – 15 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	3000	[1700 – 5400]
Hongrie	2800	[1700 – 4900]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[1600]
Islande	<500	[<1000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	[<500]
Irlande	4600	[3100 – 6300]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	1500	[1100 – 2100]
Israël	3500	[1800 – 9100]	0.1	[<0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.3]	2900	[1500 – 6700]
Italie	140 000	[100 000 – 190 000]	0.4	[0.3 – 0.6]	0.4	[0.3 – 0.6]	41 000	[30 000 – 58 000]
Luxembourg	<500	[<1000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	<200	[<500]
Malte	<200	[<500]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	...	[<100]
Monténégro	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	16 000	[9200 – 27 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	4900	[2800 – 8600]
Norvège	2400	[1500 – 4000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[<500 – 1400]
Pologne	15 000	[8600 – 25 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	5500	[3000 – 9700]
Portugal	29 000	[17 000 – 50 000]	0.5	[0.3 – 0.9]	0.5	[0.3 – 0.8]	9400	[5500 – 18 000]
Serbie	5100	[3100 – 11 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	1800	[1100 – 3500]
Slovaquie	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Slovénie	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Espagne	120 000	[70 000 – 200 000]	0.5	[0.3 – 0.8]	0.5	[0.3 – 0.8]	28 000	[16 000 – 47 000]
Suède	5300	[3000 – 9100]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	2900	[1600 – 4800]
Suisse	22 000	[13 000 – 38 000]	0.6	[0.3 – 1.0]	0.6	[0.3 – 1.0]	9200	[5100 – 16 000]
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	47 000	[27 000 – 82 000]	0.2	[0.1 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.3]	22 000	[11 000 – 48 000]
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	<b>280 000</b>	<b>[200 000 – 360 000]</b>	<b>0.3</b>	<b>[0.2 – 0.4]</b>	<b>0.3</b>	<b>[0.2 – 0.4]</b>	<b>190 000</b>	<b>[130 000 – 260 000]</b>
Algérie	12 000	[6900 – 27 000]	0.1	[<0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	6000	[3100 – 12 000]
Bahreïn	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Egypte	5600	[4500 – 7700]	...	[<0.1]	...	[<0.1]	2600	[1900 – 3600]
Iraq	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...

## 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Femmes (15+) 2001		Enfants (0-14) 2007		Enfants (0-14) 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Moldova	...	<500	...	<100	...	<100
Roumanie	7100	[6600 – 7400]	...	<500	...	<1000
Fédération de Russie	86 000	[50 000 – 200 000]	5200	[3500 – 7500]	<1000	[2800]
Tadjikistan	<500	<100 – <1000	<100	<200	...	<100
Turkménistan	...	...	...	...	...	...
Ukraine	75 000	[62 000 – 95 000]	5100	[3900 – 6400]	1100	<1000 – 1500
Ouzbékistan	<500	<200 – <1000	<200	<100 – <500	...	<100
<b>Europe occidentale et centrale</b>	<b>160 000</b>	<b>[120 000 – 210 000]</b>	<b>1300</b>	<b>&lt;1000 – 1800</b>	<b>2100</b>	<b>[1600 – 3000]</b>
Albanie	...	...	...	...	...	...
Autriche	1500	[1200 – 1800]	...	...	...	...
Belgique	3400	[2000 – 6100]	...	...	...	...
République tchèque	<500	<1000	...	...	...	...
Danemark	...	<100	...	...	...	...
Finlande	...	<1000	...	...	...	...
France	30 000	[17 000 – 52 000]	...	...	...	...
Allemagne	12 000	[6800 – 21 000]	...	...	...	...
Grèce	2200	[1300 – 4000]	...	...	...	...
Hongrie	<1000	<500 – 1300	...	...	...	...
Islande	<100	<200	...	...	...	...
Irlande	1200	<1000 – 1700	...	...	...	...
Israël	2100	[1000 – 5300]	...	...	...	...
Italie	36 000	[26 000 – 51 000]	...	...	...	...
Luxembourg	<200	<500	...	...	...	...
Malte	...	<100	...	...	...	...
Monténégro	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	4100	[2300 – 7100]	...	...	...	...
Norvège	<1000	<500 – 1100	...	...	...	...
Pologne	3900	[2300 – 6700]	...	...	...	...
Portugal	7700	[4600 – 14 000]	...	...	...	...
Serbie	1300	<1000 – 2900	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Espagne	25 000	[14 000 – 42 000]	...	...	...	...
Suède	2300	[1300 – 3900]	...	...	...	...
Suisse	7300	[4200 – 13 000]	...	...	...	...
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	12 000	[6900 – 22 000]	...	...	...	...
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	<b>150 000</b>	<b>[110 000 – 200 000]</b>	<b>26 000</b>	<b>[18 000 – 34 000]</b>	<b>20 000</b>	<b>[8800 – 34 000]</b>
Algérie	3000	[1700 – 7400]	...	...	...	...
Bahreïn	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...
Egypte	1500	[1100 – 2100]	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH					2. Décès dus au sida			
Pays	Jeunes femmes (15-24) prévalence (%) 2007		Jeunes hommes (15-24) prévalence (%) 2007		Décès adultes et enfants 2007		Décès adultes et enfants 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Moldova	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.9]	<100	<200]	...	<100]
Roumanie	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	<1000]	...	<500]
Fédération de Russie	0.6	[0.3 – 1.0]	1.3	[0.6 – 2.3]	40 000	[23 000 – 71 000]	1900	[1100 – 6400]
Tadjikistan	0.1	<0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 1.2]	<500	<1000]	<100	<200]
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	1.5	[1.0 – 2.0]	1.5	[0.6 – 2.2]	19 000	[14 000 – 25 000]	4000	[2400 – 6100]
Ouzbékistan	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.3]	<500	<1000]	...	<100]
<b>Europe occidentale et centrale</b>	<b>0.2</b>	<b>[0.1 – 0.3]</b>	<b>0.2</b>	<b>[0.1 – 0.3]</b>	<b>8000</b>	<b>[4800 – 17 000]</b>	<b>9600</b>	<b>[6800 – 16 000]</b>
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	...	<100]	...	<100]
Belgique	0.1	<0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.5]	<100	<500]	<100	<200]
République tchèque	...	<0.1]	<0.1	[0.1]	...	<100]	...	<100]
Danemark	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	...	<100]	...	<100]
Finlande	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
France	0.2	[0.1 – 0.5]	0.4	[0.2 – 0.8]	1600	<1000 – 4100]	<1000	<500 – 1700]
Allemagne	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<500	<100 – 1300]	<200	<1000]
Grèce	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<100	<500]	<100	<200]
Hongrie	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Islande	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	...	<100]	...	<100]
Irlande	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<100	<200]	...	<100]
Israël	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	<200	<500]	<100	<200]
Italie	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	1900	<1000 – 5000]	3100	[1900 – 5200]
Luxembourg	0.1	<0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.5]	...	<100]	...	<100]
Malte	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Monténégro	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.4]	<200	<500]	<100	<500]
Norvège	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	...	<100]	...	<100]
Pologne	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<200	<500]	...	<100]
Portugal	0.3	[0.1 – 0.7]	0.5	[0.2 – 1.1]	<500	<200 – 1100]	<1000	<500 – 1200]
Serbie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<100	<200]	...	<100]
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	<100	<200]	...	...
Espagne	0.2	<0.1 – 0.4]	0.6	[0.2 – 1.1]	2300	<1000 – 6600]	3000	[1500 – 5700]
Suède	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<100	<200]	...	<100]
Suisse	0.5	[0.2 – 1.0]	0.4	[0.1 – 0.9]	<500	<1000]	<500	<1000]
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0.1	<0.1 – 0.3]	0.3	[0.1 – 0.6]	<500	<100 – 1200]	<200	<500]
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	<b>0.3</b>	<b>[0.1 – 0.5]</b>	<b>0.1</b>	<b>&lt;0.1 – 0.2]</b>	<b>27 000</b>	<b>[20 000 – 35 000]</b>	<b>22 000</b>	<b>[10 000 – 37 000]</b>
Algérie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.3]	<1000	<500 – 1600]	<200	<500]
Bahreïn	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	...	<0.1]	...	<0.1]	<500]	<1000]	...	<500]
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...

3. Orphelins à cause du sida					4. Prévalence (%) du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale					
Orphelins (0-17) en vie en 2007		Orphelins (0-17) en vie en 2001			CDI	F. profess. sexe		HSH		
Pays	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Moldova	...	...	...	...	2007	17.5	2007	2.9	2007	4.8
Roumanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	2006	10.3	...	...	2006	0.9
Tadjikistan	...	...	...	...	2006	23.5	2006	3.7	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	...	...	...	...	2006	61.2	2006	4.0	2007	4.4
Ouzbékistan	...	...	...	...	2005	17.9	2005	4.7	2005	10.8
<b>Europe occidentale et centrale</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...	2005	0.8
Autriche	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	2007 <sup>1</sup>	1.4	...	...	2007 <sup>1</sup>	4.5
France	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Allemagne	...	...	...	...	...	...	...	...	2007	10.7
Grèce	...	...	...	...	2006	0.7	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	2006	0.0	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Italie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Monténégro	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Serbie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	2006	0.0	...	...	2006	2.1
Espagne	...	...	...	...	2005	17.8	2005	2.2	2005	9.2
Suède	...	...	...	...	2007	5.1	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	2006	10.9	...	...	2007	8.1
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	2006	0.8	2006	0.0	2006	2.8
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Algérie	...	...	...	...	...	...	2007	4.0	...	...
Bahreïn	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

<sup>1</sup> Ces données ont été notifiées dans le rapport UNGASS 2007.

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH						
Pays	Adultes et enfants 2007		Adultes et enfants 2001		Adultes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Liban	3000	[1700 – 7200]	2200	[1100 – 5600]	3000	[1600 – 7100]
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...
Maroc	21 000	[15 000 – 31 000]	13 000	[8800 – 19 000]	21 000	[15 000 – 31 000]
Oman	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Soudan	320 000	[220 000 – 440 000]	270 000	[180 000 – 350 000]	290 000	[190 000 – 420 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Tunisie	3700	[2700 – 5400]	2200	[1600 – 3300]	3600	[2600 – 5400]
Turquie	<2000	[<5000]	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
<b>Amérique du Nord</b>	<b>1 200 000</b>	<b>[760 000 – 2 000 000]</b>	<b>1 100 000</b>	<b>[670 000 – 1 700 000]</b>	<b>1 200 000</b>	<b>[750 000 – 2 000 000]</b>
Canada	73 000	[43 000 – 110 000]	49 000	[29 000 – 75 000]	73 000	[43 000 – 110 000]
Etats-Unis d'Amérique	1 200 000	[690 000 – 1 900 000]	1 000 000	[620 000 – 1 600 000]	1 100 000	[690 000 – 1 900 000]
<b>Caraïbes</b>	<b>230 000</b>	<b>[210 000 – 270 000]</b>	<b>210 000</b>	<b>[180 000 – 240 000]</b>	<b>220 000</b>	<b>[200 000 – 250 000]</b>
Bahamas	6200	[4000 – 8700]	5700	[4400 – 7500]	6100	[3900 – 8600]
Barbade	2200	[1500 – 3200]	2100	[1600 – 2800]	2200	[1500 – 3200]
Cuba	6200	[3600 – 12 000]	2400	[3900]	6200	[3600 – 12 000]
République dominicaine	62 000	[52 000 – 71 000]	65 000	[53 000 – 76 000]	59 000	[50 000 – 69 000]
Haiti	120 000	[100 000 – 140 000]	98 000	[83 000 – 110 000]	110 000	[95 000 – 130 000]
Jamaïque	27 000	[19 000 – 36 000]	23 000	[16 000 – 29 000]	26 000	[19 000 – 35 000]
Trinité-et-Tobago	14 000	[9500 – 19 000]	12 000	[8200 – 17 000]	13 000	[9200 – 19 000]
<b>Amérique latine</b>	<b>1 700 000</b>	<b>[1 500 000 – 2 100 000]</b>	<b>1 400 000</b>	<b>[1 200 000 – 1 900 000]</b>	<b>1 700 000</b>	<b>[1 400 000 – 2 000 000]</b>
Argentine	120 000	[90 000 – 150 000]	100 000	[77 000 – 130 000]	120 000	[88 000 – 150 000]
Belize	3600	[2200 – 5300]	2900	[1700 – 4400]	3400	[2100 – 5000]
Bolivie	8100	[6500 – 11 000]	6200	[4900 – 8300]	7900	[6300 – 10 000]
Brésil	730 000	[600 000 – 890 000]	660 000	[520 000 – 810 000]	710 000	[580 000 – 870 000]
Chili	31 000	[23 000 – 39 000]	25 000	[20 000 – 32 000]	31 000	[23 000 – 39 000]
Colombie	170 000	[110 000 – 230 000]	140 000	[96 000 – 190 000]	160 000	[110 000 – 230 000]
Costa Rica	9700	[6100 – 15 000]	5200	[3200 – 8200]	9600	[6000 – 15 000]
Equateur	26 000	[15 000 – 40 000]	19 000	[12 000 – 32 000]	25 000	[14 000 – 39 000]
El Salvador	35 000	[24 000 – 72 000]	28 000	[17 000 – 220 000]	34 000	[23 000 – 67 000]
Guatemala	59 000	[41 000 – 84 000]	52 000	[38 000 – 68 000]	53 000	[35 000 – 77 000]
Guyana	13 000	[7600 – 18 000]	12 000	[9500 – 17 000]	12 000	[7200 – 17 000]
Honduras	28 000	[18 000 – 44 000]	31 000	[18 000 – 61 000]	26 000	[17 000 – 42 000]
Mexique	200 000	[150 000 – 310 000]	180 000	[130 000 – 260 000]	200 000	[140 000 – 300 000]
Nicaragua	7700	[5300 – 15 000]	4400	[3200 – 15 000]	7500	[5200 – 15 000]
Panama	20 000	[16 000 – 26 000]	17 000	[13 000 – 21 000]	19 000	[15 000 – 26 000]
Paraguay	21 000	[12 000 – 38 000]	11 000	[7000 – 22 000]	20 000	[12 000 – 37 000]
Pérou	76 000	[57 000 – 97 000]	57 000	[45 000 – 74 000]	74 000	[55 000 – 96 000]
Suriname	6800	[4200 – 12 000]	3500	[1700 – 5600]	6700	[4200 – 12 000]
Uruguay	10 000	[5900 – 19 000]	6300	[3400 – 25 000]	10 000	[5800 – 19 000]
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...

## 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes (15+) 2001		Adultes (15-49) prévalence (%) 2007		Adultes (15-49) prévalence (%) 2001		Femmes (15+) 2007	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Liban	2200	[1100 – 5500]	0.1	<0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.3]	<1000	<500 – 2000]
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Maroc	12 000	[8700 – 19 000]	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	5900	[4100 – 9100]
Oman	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Soudan	250 000	[170 000 – 320 000]	1.4	[1.0 – 2.0]	1.4	[1.0 – 1.8]	170 000	[120 000 – 250 000]
République arabe syrienne	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Tunisie	2200	[1600 – 3300]	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	1000	<1000 – 1600]
Turquie	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	<0.2]	...	...	...	...
<b>Amérique du Nord</b>	<b>1 100 000</b>	<b>[660 000 – 1 700 000]</b>	<b>0.6</b>	<b>[0.4 – 1.0]</b>	<b>0.6</b>	<b>[0.4 – 0.9]</b>	<b>250 000</b>	<b>[150 000 – 420 000]</b>
Canada	49 000	[28 000 – 74 000]	0.4	[0.2 – 0.6]	0.3	[0.2 – 0.4]	20 000	[11 000 – 32 000]
Etats-Unis d'Amérique	1 000 000	[620 000 – 1 600 000]	0.6	[0.4 – 1.0]	0.6	[0.4 – 1.0]	230 000	[140 000 – 400 000]
<b>Caraïbes</b>	<b>200 000</b>	<b>[170 000 – 230 000]</b>	<b>1.1</b>	<b>[1.0 – 1.2]</b>	<b>1.1</b>	<b>[0.9 – 1.2]</b>	<b>110 000</b>	<b>[95 000 – 120 000]</b>
Bahamas	5600	[4300 – 7300]	3.0	[1.9 – 4.2]	3.1	[2.3 – 4.1]	1600	[1000 – 2400]
Barbade	2100	[1600 – 2800]	1.2	[0.8 – 1.7]	1.2	[0.9 – 1.6]	...	<1000]
Cuba	2300	<100 – 3900]	0.1	<0.1 – 0.2]	<0.1	[0.1]	1800	[1000 – 3600]
République dominicaine	63 000	[50 000 – 73 000]	1.1	[0.9 – 1.2]	1.3	[1.0 – 1.5]	30 000	[25 000 – 35 000]
Haïti	94 000	[79 000 – 110 000]	2.2	[1.9 – 2.5]	2.2	[1.9 – 2.6]	58 000	[50 000 – 68 000]
Jamaïque	22 000	[16 000 – 29 000]	1.6	[1.1 – 2.1]	1.4	[1.0 – 1.9]	7600	[5200 – 10 000]
Trinité-et-Tobago	12 000	[8000 – 17 000]	1.5	[1.0 – 2.1]	1.4	[1.0 – 2.0]	7700	[5400 – 11 000]
<b>Amérique latine</b>	<b>1 400 000</b>	<b>[1 200 000 – 1 800 000]</b>	<b>0.5</b>	<b>[0.4 – 0.6]</b>	<b>0.5</b>	<b>[0.4 – 0.7]</b>	<b>550 000</b>	<b>[470 000 – 680 000]</b>
Argentine	100 000	[76 000 – 130 000]	0.5	[0.4 – 0.7]	0.5	[0.4 – 0.6]	32 000	[23 000 – 43 000]
Belize	2800	[1600 – 4100]	2.1	[1.2 – 3.1]	2.1	[1.2 – 3.1]	2000	[1200 – 3000]
Bolivie	6100	[4800 – 8100]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.1	<0.1 – 0.2]	2200	[1700 – 2900]
Bésil	640 000	[510 000 – 790 000]	0.6	[0.5 – 0.8]	0.6	[0.5 – 0.8]	240 000	[200 000 – 310 000]
Chili	25 000	[20 000 – 31 000]	0.3	[0.2 – 0.4]	0.3	[0.2 – 0.4]	8700	[6400 – 11 000]
Colombie	130 000	[95 000 – 190 000]	0.6	[0.4 – 0.8]	0.5	[0.4 – 0.8]	47 000	[32 000 – 66 000]
Costa Rica	5100	[3200 – 8100]	0.4	[0.2 – 0.6]	0.2	[0.1 – 0.4]	2700	[1600 – 4500]
Equateur	19 000	[12 000 – 31 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.3	[0.2 – 0.4]	7100	[3900 – 12 000]
El Salvador	28 000	[17 000 – 220 000]	0.8	[0.6 – 1.5]	0.8	[0.5 – 0.9]	9700	[6500 – 20 000]
Guatemala	48 000	[35 000 – 62 000]	0.8	[0.5 – 1.1]	0.8	[0.6 – 1.1]	52 000	[35 000 – 76 000]
Guyana	12 000	[9100 – 17 000]	2.5	[1.4 – 3.7]	2.5	[1.9 – 3.4]	7100	[4300 – 10 000]
Honduras	30 000	[18 000 – 56 000]	0.7	[0.4 – 1.1]	0.9	[0.5 – 1.6]	7400	[4600 – 12 000]
Mexique	170 000	[120 000 – 250 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.3	[0.2 – 0.4]	57 000	[39 000 – 87 000]
Nicaragua	4300	[3100 – 15 000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.5]	2100	[1400 – 3900]
Panama	16 000	[13 000 – 21 000]	1.0	[0.8 – 1.3]	1.0	[0.8 – 1.2]	5500	[4100 – 7600]
Paraguay	11 000	[6800 – 21 000]	0.6	[0.4 – 1.1]	0.4	[0.2 – 0.7]	5800	[3400 – 10 000]
Pérou	56 000	[44 000 – 73 000]	0.5	[0.3 – 0.6]	0.4	[0.3 – 0.5]	21 000	[15 000 – 29 000]
Suriname	3400	[1700 – 5500]	2.4	[1.5 – 4.3]	1.3	[0.7 – 2.2]	1900	[1200 – 3500]
Uruguay	6300	[3400 – 25 000]	0.6	[0.3 – 1.1]	0.4	[0.2 – 1.4]	2800	[1600 – 5500]
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH						
Pays	Femmes (15+) 2001		Enfants (0-14) 2007		Enfants (0-14) 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Liban	<1000	[<500 – 1500]	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...
Maroc	3300	[2200 – 5100]	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Soudan	140 000	[100 000 – 180 000]	25 000	[18 000 – 33 000]	20 000	[8400 – 33 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	[<1000]	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
<b>Amérique du Nord</b>	<b>190 000</b>	<b>[120 000 – 320 000]</b>	<b>4400</b>	<b>[2600 – 7300]</b>	<b>5400</b>	<b>[3400 – 8900]</b>
Canada	13 000	[7200 – 20 000]	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	180 000	[110 000 – 300 000]	...	...	...	...
<b>Caraïbes</b>	<b>92 000</b>	<b>[79 000 – 100 000]</b>	<b>11 000</b>	<b>[9400 – 12 000]</b>	<b>8200</b>	<b>[6800 – 10 000]</b>
Bahamas	1300	[<1000 – 1800]	...	[<200]	...	[<200]
Barbade	...	[<1000]	...	[<100]	...	[<100]
Cuba	<1000	[<100 – 1200]	...	...	...	...
République dominicaine	34 000	[27 000 – 39 000]	2700	[2200 – 3300]	2700	[2200 – 3500]
Haiti	43 000	[36 000 – 51 000]	6800	[5800 – 8100]	4700	[3600 – 6200]
Jamaïque	5800	[4000 – 7900]	...	[<1000]	<500	[<1000]
Trinité-et-Tobago	6900	[4800 – 9700]	...	[<500]	...	[<500]
<b>Amérique latine</b>	<b>450 000</b>	<b>[380 000 – 590 000]</b>	<b>44 000</b>	<b>[37 000 – 58 000]</b>	<b>36 000</b>	<b>[29 000 – 56 000]</b>
Argentine	25 000	[18 000 – 34 000]	...	...	...	...
Belize	1600	[<1000 – 2400]	<200	[<500]	<200	[<500]
Bolivie	1500	[1100 – 2000]	...	...	...	...
Brésil	220 000	[170 000 – 270 000]	...	...	...	...
Chili	6500	[5000 – 8600]	...	...	...	...
Colombie	35 000	[24 000 – 51 000]	...	...	...	...
Costa Rica	1400	[<1000 – 2300]	...	...	...	...
Equateur	4900	[2900 – 8500]	...	...	...	...
El Salvador	7200	[3900 – 52 000]	...	...	...	...
Guatemala	47 000	[35 000 – 62 000]	...	...	...	...
Guyana	7000	[5300 – 9600]	...	[<1000]	...	[<1000]
Honduras	7700	[4500 – 15 000]	1600	[1000 – 3000]	1500	[<1000 – 4000]
Mexique	46 000	[31 000 – 68 000]	...	...	...	...
Nicaragua	1100	[<1000 – 3900]	...	...	...	...
Panama	4300	[3200 – 5600]	...	...	...	...
Paraguay	2900	[1700 – 5700]	...	...	...	...
Pérou	15 000	[11 000 – 20 000]	...	...	...	...
Suriname	<1000	[<500 – 1600]	<200	[<500]	<100	[<200]
Uruguay	1600	[<1000 – 6800]	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH					2. Décès dus au sida			
Pays	Jeunes femmes (15–24) prévalence (%) 2007		Jeunes hommes (15–24) prévalence (%) 2007		Décès adultes et enfants 2007		Décès adultes et enfants 2001	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]
Liban	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.4]	<200	<500]	<200	<500]
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<1000	[1500]	<500	<1000]
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	1.0	[0.6 – 1.5]	0.3	[0.2 – 0.5]	25 000	[17 000 – 32 000]	21 000	[9200 – 35 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	<0.1	[0.1]	0.1	<0.1 – 0.2]	<200	<500]	...	<200]
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Amérique du Nord</b>	<b>0.7</b>	<b>[0.6 – 0.9]</b>	<b>0.6</b>	<b>[0.3 – 1.0]</b>	<b>23 000</b>	<b>[9100 – 55 000]</b>	<b>18 000</b>	<b>[8900 – 37 000]</b>
Canada	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	<500	<1000]	<200	<500]
Etats-Unis d'Amérique	0.3	[0.1 – 0.6]	0.7	[0.3 – 1.3]	22 000	[9000 – 54 000]	17 000	[8800 – 36 000]
<b>Caraïbes</b>	<b>0.4</b>	<b>[0.3 – 0.6]</b>	<b>0.5</b>	<b>[0.3 – 0.7]</b>	<b>14 000</b>	<b>[11 000 – 16 000]</b>	<b>15 000</b>	<b>[12 000 – 18 000]</b>
Bahamas	1.5	[0.3 – 2.8]	3.2	[0.8 – 5.5]	<200	<500]	...	<1000]
Barbade	0.6	[0.3 – 1.1]	1.3	[0.5 – 2.3]	<100	<200]	...	<200]
Cuba	0.1	<0.1 – 0.2]	0.1	<0.1 – 0.2]	<100	<500]	<100	<200]
République dominicaine	0.6	[0.3 – 0.9]	0.3	[0.1 – 0.4]	4100	[3000 – 5100]	4800	[3700 – 6400]
Haïti	1.4	[1.0 – 1.8]	0.6	[0.2 – 0.9]	7200	[5800 – 8900]	7500	[5700 – 9900]
Jamaïque	0.9	[0.5 – 1.4]	1.7	[0.8 – 2.8]	1500	<1000 – 2200]	1200	<1000 – 1700]
Trinité-et-Tobago	1.0	[0.6 – 1.6]	0.3	[0.1 – 0.5]	<1000	<1000]	<1000	<500]
<b>Amérique latine</b>	<b>0.2</b>	<b>[0.1 – 0.3]</b>	<b>0.7</b>	<b>[0.4 – 0.9]</b>	<b>63 000</b>	<b>[49 000 – 98 000]</b>	<b>47 000</b>	<b>[36 000 – 100 000]</b>
Argentine	0.3	[0.2 – 0.4]	0.6	[0.3 – 0.9]	7000	[3800 – 11 000]	3700	[2500 – 5500]
Belize	1.5	[0.8 – 2.4]	0.5	[0.2 – 0.9]	<200	<500]	<200	<500]
Bolivie	0.1	<0.1 – 0.2]	0.2	[0.1 – 0.3]	<500	<1000]	...	<500]
Brésil	0.6	[0.3 – 0.9]	1.0	[0.6 – 1.5]	15 000	[9700 – 22 000]	9400	[3500 – 16 000]
Chili	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.2 – 0.5]	1100	<1000 – 1800]	...	<1000]
Colombie	0.3	[0.2 – 0.5]	0.7	[0.3 – 1.0]	9800	[6000 – 15 000]	5800	[4000 – 8600]
Costa Rica	0.2	[0.1 – 0.4]	0.4	[0.2 – 0.7]	<200	<500]	...	<200]
Equateur	0.2	[0.1 – 0.3]	0.4	[0.1 – 0.7]	1400	<1000 – 2600]	<1000	[1400]
El Salvador	0.5	<0.1 – 0.9]	0.9	<0.1 – 1.8]	1700	<1000 – 18 000]	1200	<100 – 26 000]
Guatemala	1.5	[0.6 – 2.4]	...	<0.1]	3900	[2500 – 5500]	2900	[1800 – 4300]
Guyana	1.7	[0.2 – 2.8]	0.5	[0.2 – 0.9]	<1000	<500 – 1100]	1300	<1000 – 2000]
Honduras	0.4	[0.1 – 0.9]	0.7	[0.1 – 1.6]	1900	<1000 – 3700]	3200	[1000 – 9900]
Mexique	0.2	[0.1 – 0.3]	0.3	[0.2 – 0.6]	11 000	[6000 – 19 000]	9900	[6800 – 15 000]
Nicaragua	0.1	<0.1 – 0.2]	0.3	[0.1 – 0.5]	<500	<1000]	<200	<500]
Panama	0.6	[0.3 – 0.9]	1.1	[0.5 – 1.7]	<1000	[1400]	<1000	[1300]
Paraguay	0.3	[0.2 – 0.7]	0.7	[0.3 – 1.3]	<1000	<500 – 1800]	<500	<1000]
Pérou	0.3	[0.1 – 0.4]	0.5	[0.2 – 0.8]	3300	[2000 – 5000]	2900	[2000 – 4200]
Suriname	1.4	[0.7 – 2.8]	2.7	[1.2 – 5.2]	...	<500]	<200	<1000]
Uruguay	0.3	<0.1 – 0.7]	0.6	[0.1 – 1.4]	<500	<100 – 1700]	<500	<100 – 4000]
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...	...	...

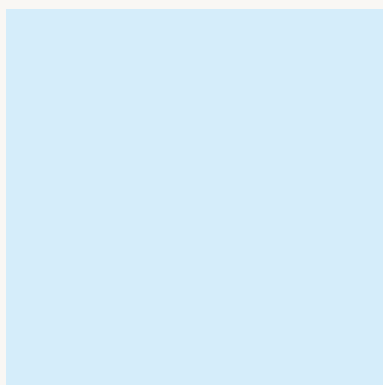
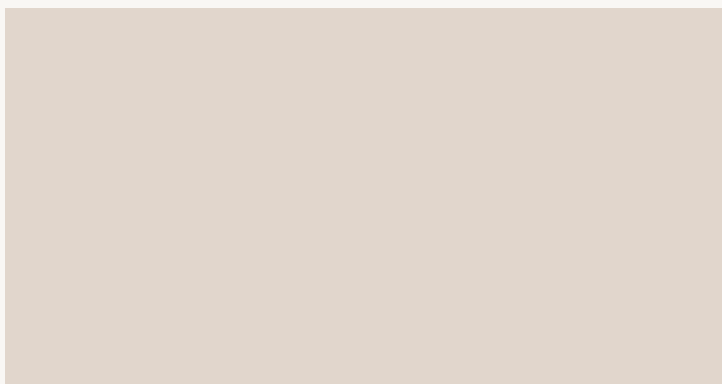
3. Orphelins à cause du sida					4. Prévalence (%) du VIH dans les groupes à plus haut risque dans la capitale						
Pays	Orphelins (0-17) en vie en 2007		Orphelins (0-17) en vie en 2001		Année	CDI		F. profess. sexe		HSH	
	Estimation	[estimation basse – estimation haute]	Estimation	[estimation basse – estimation haute]		VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	
Liban	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...	2007	2.6	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	...	...	2007 <sup>1</sup>	0.0	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	2007	1.5	2007	1.6	2007	1.8	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Amérique du Nord</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Canada	...	...	...	...	2007 <sup>1</sup>	13.2	...	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Caraïbes</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...	...	2007	8.2	...
Barbade	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	...	...	...	...	...	...	2006	0.1	2006	0.9	...
République dominicaine	...	...	...	...	...	...	2006	2.7	2004	11.0	...
Haïti	...	...	...	...	...	...	2007	5.0	...	...	...
Jamaïque	...	...	...	...	...	...	2004	9.1	...	...	...
Trinité-et-Tobago	...	...	...	...	...	...	...	...	2004	20.4	...
<b>Amérique latine</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argentine	...	...	...	...	2007	6.7	...	...	2007	10.9	...
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie	...	...	...	...	...	...	2007	0.4	2007	21.5	...
Brésil	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chili	...	...	...	...	...	...	2006	0.9	...	...	...
Colombie	...	...	...	...	...	...	...	...	2007	10.8	...
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	2006	0.2	...	...	...
Equateur	...	...	...	...	...	...	...	...	2007	19.3	...
El Salvador	...	...	...	...	...	...	2007	3.9	2007	17.8	...
Guatemala	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	...	...	...	...	...	...	2005	26.6	2005	21.3	...
Honduras	...	...	...	...	...	...	2006	3.0	2006	6.3	...
Mexique	...	...	...	...	2005	2.8	2005	5.5	2006	9.9	...
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Panama	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	2006	9.1	2006	4.3	...	...	...
Pérou	...	...	...	...	...	...	2006	0.5	2006	10.8	...
Suriname	...	...	...	...	...	...	2006	24.1	2006	6.7	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

<sup>1</sup> Ces données ont été notifiées dans le rapport UNGASS 2007.



# Annexe

## Indicateurs de progrès par pays



## Annexe 2



### Indicateurs de progrès par pays

#### Rapports par pays et validation des données

A la date de mars 2008, 147 pays avaient remis à l'ONUSIDA leur rapport d'activité sur la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Les indicateurs repris dans ce document provenaient de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* originale de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (2001). Les données des tableaux ci-joints reprennent les données des rapports d'activité des pays ainsi que des informations provenant d'autres sources.

Les spécialistes en évaluation travaillant à l'ONUSIDA ont procédé à un examen attentif des données pour vérifier que les rapports de pays étaient complets, exacts et en harmonie avec les indicateurs retenus. L'ONUSIDA a envoyé des questions de suivi à 118 pays; 80% des questions relatives aux données ont pu être résolues au cours de ce suivi. Les questions non résolues à temps pour être publiées n'ont pas été incluses dans les analyses du présent rapport. On a procédé en outre à l'harmonisation des données parvenues à l'ONUSIDA; au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; à l'UNICEF; au Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (Etats-Unis); à l'OMS; et au programme de mesure et d'évaluation [Measure Evaluation] qui concerne les données recueillies au cours du programme d'Enquêtes démographiques et de santé. Des messages envoyés aux bureaux de l'ONUSIDA dans 122 pays ont permis de clarifier certaines discordances: 88% de ces 122 pays ont fourni des éclaircissements sur la couverture par médicaments antirétroviraux et la prévention de la transmission mère-enfant; 50% ont répondu en ce qui concerne les autres indicateurs. Seules les données ainsi harmonisées ont été utilisées pour les analyses du présent rapport.

L'Indice composite des politiques nationales (NCPI), un questionnaire qui évalue les progrès en matière de politiques et stratégies nationales sur le

VIH, a été validé séparément. Deux spécialistes en évaluation ont vérifié les rapports NCPI en termes d'exhaustivité et en termes de cohérence interne; on a procédé ensuite à la correction des valeurs incohérentes ou illogiques et on a pris contact avec les pays en cas d'insuffisances significatives de données, ou encore de rapports NCPI multiples et non consolidés. Dans l'ensemble, l'ONUSIDA a pris contact avec 34 pays pour résoudre des problèmes de données concernant le NCPI et 31 pays ont répondu. Comme il y a plus de 200 entrées par pays, les données NCPI ne sont pas reprises en Annexe 2 – elles sont disponibles avec les rapports de pays individuels sur le site web de l'ONUSIDA. Les analyses contenues dans le présent rapport intègrent des données validées en provenance de 130 Etats Membres des Nations Unies.

#### Tabulation des données

Les tableaux qui suivent présentent les données fournies à l'ONUSIDA par les rapports d'activité des pays dans le cadre du suivi de la *Déclaration d'engagement*. L'ensemble des données disponibles pour les années précédentes a été repris chaque fois que ces données étaient cohérentes au cours des années, afin de permettre l'examen des changements au cours du temps. Dans la mesure du possible, on a distingué l'année de collecte et l'année de notification. Les chiffres et pourcentages ont été arrondis à l'unité la plus proche. Certains de ces rapports étaient encore en discussion avec le pays d'origine lors de la publication de cette Annexe – dans ce cas, le fait est explicitement mentionné dans une note au bas du tableau des données relatives aux indicateurs.

Là où les données manquent pour un pays et un indicateur donnés, ce pays a été exclu du tableau correspondant. Un pays peut ne pas avoir soumis de données pour un indicateur soit parce que les données ne permettaient pas de construire cet indicateur selon la définition de l'UNGASS, soit parce que le pays, considérant que l'indicateur n'était pas pertinent pour son type d'épidémie, n'a pas donné d'information sur cet indicateur.

Les valeurs affichées sur les tableaux sont celles que le pays reconnaît. Il peut arriver que ces valeurs diffèrent des valeurs soumises à l'origine, par suite du processus d'harmonisation, et donc des valeurs publiées dans les rapports d'activité des pays.

Là où les données en provenance d'un pays manquent pour un indicateur donné mais où il existe des données provenant d'autres sources, par exemple les enquêtes démographiques et de santé, ces dernières données ont été incluses dans le tableau bien qu'elles ne constituent pas nécessairement les données officielles du gouvernement national. Dans ce dernier cas, la source et l'année des données sont clairement indiquées dans le tableau des indicateurs ; l'indicateur en question est spécifiquement défini et référencé dans la section 'Notes' qui suit cette Annexe. Le personnel du Siège de l'ONUSIDA à Genève qui a dressé ces tableaux à partir de diverses sources ne peut être tenu responsable de l'exactitude des sources originales.

### Indicateurs

Depuis la publication en 2003 du premier rapport de suivi de l'UNGASS : *Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS : Actualisation*, des indicateurs fondamentaux ont été mis au point et consolidés à chaque étape, en collaboration avec les partenaires mondiaux et le Groupe de référence de l'ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation (MERG), lequel fixe les normes internationales pour le suivi et l'évaluation. Le tableau ci-dessous résume les modifications apportées aux indicateurs UNGASS depuis le dernier cycle (Tableau 1). On trouvera des instructions sur la mise en place des indicateurs sur le site web de l'ONUSIDA dans le document : *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base UNGASS* (avril 2007).

Lors du cycle précédent des rapports UNGASS, les indicateurs avaient été groupés en deux catégories selon la nature de l'épidémie. Pour le présent cycle, on n'a pas établi de distinction entre un ensemble d'indicateurs pour épidémie généralisée et un ensemble pour épidémie concentrée/de prévalence faible. Cela tient au fait que les épidémies ne se conforment pas nécessairement à des dichotomies aussi simples. En 2006, par exemple, certains pays à

épidémie généralisée et à prévalence relativement élevée ont reconnu que les sous-épidémies au sein des populations les plus exposées au risque – professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – jouaient un rôle important dans leur épidémie et que les programmes de prévention destinés à ces populations constituaient un élément essentiel de la riposte nationale. Avec raison, ces pays ont choisi de documenter les indicateurs visant ces populations en plus des informations sur l'ensemble des indicateurs généralisés.

Pour le cycle actuel tous les pays, quel que soit leur statut économique ou épidémiologique, ont été priés de répondre sur tous les indicateurs appropriés à leur cas. Chaque pays devait envisager chaque indicateur en fonction de la dynamique individuelle de son épidémie. Si un pays choisissait de ne pas répondre à un indicateur particulier, il lui était demandé d'expliquer la raison de cette décision, afin de permettre une analyse qui fasse la différence entre l'absence de données et la non-pertinence d'un ou plusieurs indicateurs particuliers à une situation propre au pays donné.

Tableau 1

## Révision des indicateurs UNGASS depuis le cycle précédent de rapports

2005	2007	Commentaires
<b>Engagement et action sur le plan national</b>		
Montant des fonds nationaux déboursés par les gouvernements dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	Dépenses consacrées au sida, par catégorie et source de financement	Définition modifiée
Indice composite des politiques nationales (NCPI)	Indice composite des politiques nationales (NCPI)	Questions ajoutées
Pourcentage d'unités de sang transfusées et soumises au dépistage du VIH	Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité	'Sang transfusé' remplacé par 'don de sang'. Une seconde partie ajoutée à l'indicateur sur la proportion de sang soumis à un dépistage selon les procédures d'opération standard et l'assurance de la qualité
Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé sous association d'antirétroviraux	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé sous association d'antirétroviraux	Enfants inclus
Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH recevant un traitement complet de prophylaxie antirétrovirale en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Définition modifiée
	Pourcentage des cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	Indicateur ajouté à la liste de base
	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Indicateur ajouté à la liste de base
Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Sans changement
Pourcentage de groupes de population les plus à risque bénéficiant de programmes de prévention	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre	Définition modifiée
Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Sans changement
Pourcentage d'écoles dont les enseignants ont été formés à dispenser un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes utiles à la vie et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	Définition modifiée
Pourcentage de grandes entreprises/sociétés ayant mis en place des politiques et programmes de riposte au VIH sur le lieu de travail		Retiré de la liste des indicateurs de base, incorporé à l'Indice composite des politiques nationales
Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'infections sexuellement transmissibles se rendant dans un centre de santé et y recevant un diagnostic, un traitement et des conseils appropriés		Retiré de la liste des indicateurs de base, actuellement révisé en vue du cycle de rapports de 2010

Indicateurs de connaissances et de comportements		
Ratio de la fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et celle constatée chez les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	Le calcul de ce ratio n'est plus requis
Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Il est suggéré de remplacer les deux questions concernant les idées fausses par des versions locales, lorsque la situation s'y prête
Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Il est suggéré de remplacer les deux questions concernant les idées fausses par des versions locales, lorsque la situation s'y prête
Pourcentage de jeunes femmes et hommes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Extension de la fourchette d'âge
Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un(e) partenaire ne vivant pas sous le même toit au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes et hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois	Extension de la fourchette d'âge, définition modifiée
Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel hors mariage ou avec un(e) partenaire ne vivant pas sous le même toit au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes et hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Extension de la fourchette d'âge, définition modifiée
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Sans changement
Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Sans changement
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables ayant adopté des comportements propres à réduire la transmission du VIH, c'est-à-dire qui ont évité de partager leur matériel d'injection et qui ont utilisé des préservatifs au cours des 12 derniers mois (pour les pays où la consommation de drogues injectables est un mode de transmission du VIH établi de longue date)	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Indicateur composite divisé en éléments constitutifs (partie 1)
	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue	Indicateur composite divisé en éléments constitutifs (partie 2)
Indicateurs de l'impact du VIH		
Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Sans changement
Pourcentage de personnes séropositives au VIH parmi les populations les plus à risque	Pourcentage de personnes séropositives au VIH parmi les populations les plus à risque	Sans changement
Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection par le VIH qui sont encore en vie 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Définition modifiée
Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Toujours un indicateur de base mais calculé par l'ONUSIDA/Genève

### Défis posés par le suivi des populations les plus à risque

Des défis éthiques et techniques importants entourent la mise en place d'échantillons représentatifs au niveau des pays et d'un système d'information sur la riposte mondiale en ce qui concerne la couverture par les programmes et les comportements à risque pour les populations à risque accru. Les méthodes destinées à obtenir un échantillonnage représentatif chez ces populations difficiles à atteindre (échantillonnage dépendant des personnes interrogées) sont en cours de mise au point – en attendant, il faut accepter que les pays ne pourront pas nécessairement attester que les échantillons utilisés pour les populations les plus à risque sont représentatifs. Les données fournies par de telles enquêtes de surveillance comportementale proviennent souvent d'échantillons de commodité urbains au sein de la zone de couverture des programmes et tendent à introduire un biais dans la mesure des comportements à risque et de la couverture par les services. Il est donc recommandé aux pays d'inclure des données pour ces indicateurs en ayant recours à la plus récente parmi les enquêtes auprès des populations les plus à risque, examinée et approuvée par les experts techniques du pays, comme par exemple les groupes de travail techniques sur le suivi et l'évaluation ou les conseils nationaux pour la recherche.

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

Au niveau des pays, ces indicateurs doivent être interprétés à la lumière de l'Indice composite des politiques nationales (NCPI) fourni par le pays ; cet indice apporte une vue d'ensemble de l'environnement politique et des programmes de riposte à l'égard des populations les plus exposées au risque dans un pays donné, tant pour le gouvernement que pour les groupes non gouvernementaux et la société civile.

### L'Indice composite des politiques nationales (NCPI)

Pour remplir le questionnaire NCPI, on utilise une analyse des documents pertinents et des entretiens avec des spécialistes des sujets étudiés. Les responsables gouvernementaux remplissent une partie<sup>1</sup> du NCPI, une autre étant confiée<sup>2</sup> à des représentants de la société civile et d'organisations bilatérales ou multilatérales. Le processus recommandé vise à encourager un environnement menant à l'inclusion de perspectives tant gouvernementales que non gouvernementales dans la réponse intégrée sur le NCPI, qui sera incluse par le gouvernement dans son rapport UNGASS. Tel n'est pas toujours le cas, cependant. Le rapport régional de l'UNGASS pour la Région des Caraïbes en 2006 note qu'il n'est pas toujours clairement indiqué quelle est la réponse qui domine quand les opinions diffèrent (*Keeping score : AIDS responses in the Caribbean : a consolidated analysis based on Caribbean reports submitted to the UNGASS 2006*, page 25). Afin d'assurer la pleine indépendance des réponses du gouvernement et des réponses non gouvernementales, le Gouvernement du Rwanda, par exemple, n'a délibérément pas pris part à la réunion de consensus qui a réuni et consolidé les réponses de la société civile sur le NCPI (Rapport UNGASS du Rwanda, 2008). Dans l'ensemble, les réponses des gouvernements sur le NCPI sont souvent plus optimistes que celles des responsables non gouvernementaux. Là où elles sont disponibles, les deux valeurs ont été enregistrées pour le NCPI tout au long du rapport.

<sup>1</sup> Les responsables gouvernementaux traitent des questions relatives au plan stratégique national, à l'appui politique et aux stratégies et orientations politiques clés des programmes VIH.

<sup>2</sup> Les représentants non gouvernementaux traitent des questions relatives au contexte national en ce qui concerne les droits de l'homme et le VIH ; à l'implication de la société civile dans la riposte au VIH ; aux orientations politiques et stratégiques principales des programmes VIH.

## Notes pour les indicateurs spécifiques

### 1. Fonds alloués à la lutte contre le sida

Au fur et à mesure que la riposte nationale et internationale au sida continue de croître, il devient de plus en plus important de suivre en détails : i) la façon dont les fonds sont dépensés au niveau des pays et ii) l'origine des fonds. Ces données servent à mesurer l'engagement et l'action au niveau national – parties importantes de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de l'UNGASS. Elles aident en outre les décideurs au niveau national à suivre l'ampleur et l'efficacité de leurs programmes. Une fois réunies pour de nombreux pays, les données aident aussi la communauté internationale à évaluer la riposte mondiale. Cette information stratégique soutient le rôle coordonnateur de l'Autorité nationale pour le sida dans chaque pays et apporte une justification pour l'allocation des ressources et pour les améliorations aux processus de planification stratégique.

Les pays peuvent choisir parmi des méthodes et des outils différents pour suivre les flux de financement pour le sida – par exemple l'estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), les sections sida des comptes nationaux de la santé (NHA) et les enquêtes ad hoc pour le flux des ressources ; la matrice nationale de financement comporte un tableur qui permet d'entrer, d'analyser et de signaler aisément les données de chacune de ces trois sources. On a établi un 'pont' entre NASA et NHA pour les dépenses sanitaires liées au sida et il n'y a donc plus de différence entre ces outils, destinés à suivre ces dépenses ; NASA fournit simplement plus de détails sur les dépenses engagées hors du système de santé, comme par exemple l'atténuation sociale, l'éducation, la justice et autres domaines. On a mis en place un processus d'alignement semblable pour le Projet interdisciplinaire sur les flux de ressources de l'Institut démographique néerlandais/UNFPA/ONUSIDA.

Le but de cet indicateur est d'assembler des données exactes et cohérentes sur la façon dont les fonds sont dépensés au niveau national et sur l'origine de ces fonds.

*Définition : Dépenses intérieures et internationales relatives au sida, par catégorie et source de financement*

On mesure cet indicateur grâce à une estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), qui documente les dépenses effectives selon huit catégories de dépenses liées au sida et par source de financement – notamment les dépenses publiques de source propre (sources gouvernementales telles que les impôts) et les sources internationales :

1. Prévention ;
2. Prise en charge et traitement ;
3. Orphelins et enfants vulnérables<sup>3</sup> ;
4. Gestion du programme et renforcement de l'administration ;
5. Encouragement pour les ressources humaines ;
6. Protection sociale et services sociaux (sauf orphelins et enfants vulnérables) ;
7. Environnement habilitant et développement communautaire ;
8. Recherche (sauf recherche opérationnelle incluse dans la gestion des programmes).

Trois groupes principaux de financement :

1. Fonds publics nationaux ;
2. Fonds internationaux ;
3. Fonds privés nationaux (signalement facultatif pour l'UNGASS).

<sup>3</sup> Dans le contexte des estimations de ressources et de l'estimation nationale des dépenses relatives au sida, les enfants vulnérables sont définis comme les enfants dont au moins un parent est vivant mais gravement malade (le plus souvent à cause du VIH) et incapable d'en prendre soin.

## 2. Politiques gouvernementales concernant la lutte contre le VIH et le sida

### Indice composite des politiques nationales

Le but de l'Indice composite des politiques nationales est d'évaluer l'avancement vers l'élaboration et la mise en œuvre des orientations politiques et stratégiques nationales relatives au VIH et au sida.

Cet indice composite couvre les orientations suivantes en matière de mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes :

Partie A : à compléter par les responsables du gouvernement

1. Plan stratégique
2. Soutien politique
3. Prévention
4. Traitement, prise en charge et soutien
5. Evaluation et suivi

Partie B : à compléter par les responsables de la société civile

1. Droits de l'homme
2. Implication de la société civile
3. Prévention
4. Prise en charge et soutien.

### 3. Sécurité transfusionnelle

Cet indicateur sert à estimer les progrès vers un approvisionnement en sang sûr. Il s'applique à tous les pays et on le mesure chaque année selon le protocole de la base de données OMS sur la sécurité transfusionnelle.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité.*

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

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

### 4. Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale

Cet indicateur sert à mesurer le progrès des pays à fournir un traitement par une association d'antirétroviraux aux adultes et aux enfants présentant une infection à VIH avancée. L'indicateur s'applique à tous les pays ; les données sont récoltées en continu (chaque mois ou chaque trimestre) avec une estimation du dénominateur.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé sous association d'antirétroviraux.*

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

*Dénominateur : Nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé.*

Notes sur la méthode : Toutes les analyses de cet indicateur mises à jour pour le rapport mondial, y compris les chiffres cités par les pays, reflètent des numérateurs qui ont fait l'objet d'une harmonisation par trois organismes (ONUSIDA/OMS/UNICEF) et des dénominateurs estimés directement par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections (Spectrum).

Le processus d'harmonisation a fait en sorte que tous les organismes notifient le même chiffre – accepté par le pays – qui était le plus récent et rencontrait la définition de 'personne atteinte d'une infection à VIH avancée en cours de traitement'. En cas de désaccord parmi les trois organismes, un effort particulier a été entrepris pour obtenir l'approbation du pays quant à une valeur finale pour l'indicateur. Là où cette approbation n'a pu être obtenue, la

valeur retenue par le pays a été indiquée en note de bas de tableau dans l'Annexe 2.

Pour les données de 2007, certains pays n'avaient pas encore répondu en décembre 2007. On a eu recours à des projections pour décembre afin d'obtenir un laps de temps cohérent.<sup>4</sup>

Les dénominateurs estimés par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections ont servi pour toutes les analyses et pour les chiffres cités dans le texte afin d'assurer un minimum de cohérence. Les dénominateurs fournis par les pays sont repris en Annexe 2.

## 5. Prévention de la transmission mère-enfant

En l'absence de toute intervention préventive, les nourrissons nés de mères infectées par le VIH ou allaités par celles-ci courent un risque d'environ un sur trois d'être eux-mêmes infectés. L'infection peut survenir au cours de la grossesse, pendant le travail, au moment de l'accouchement ou encore au cours de l'allaitement. Il est possible de réduire significativement le risque d'infection en utilisant les approches complémentaires d'une prophylaxie antirétrovirale pour la mère pendant la grossesse – avec ou sans prophylaxie pour le nourrisson – du recours à des pratiques d'accouchement sans risque et d'alternatives sûres à l'allaitement au sein. On peut aussi limiter le risque de transmission verticale en pratiquant une prophylaxie antirétrovirale suivie d'un allaitement au sein exclusif limité à six mois.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la suppression de la transmission verticale du VIH.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant.*

*Numérateur : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH à qui l'on a administré des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire la transmission mère-enfant.*

*Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois.*

Toutes les analyses de cet indicateur mises à jour pour le rapport mondial, y compris les chiffres cités par les pays, reflètent des numérateurs qui ont fait l'objet d'une harmonisation par trois organismes (ONUSIDA/OMS/UNICEF) et des dénominateurs estimés directement par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections (Spectrum).

Le processus d'harmonisation a fait en sorte que tous les organismes notifient le même chiffre – accepté par le pays – qui était le plus récent et rencontrait la définition de 'femme enceinte infectée par le VIH à qui l'on a administré des antirétroviraux au cours des 12 mois écoulés', couvrant ainsi une année pleine. En cas de désaccord parmi les trois organismes, un effort particulier a été entrepris pour obtenir l'approbation du pays quant à une valeur finale pour l'indicateur. Là où cette approbation n'a pu être obtenue, la valeur retenue par le pays a été indiquée en note de bas de tableau dans l'Annexe 2.

Pour les données de 2007, certains pays n'avaient pas encore répondu en décembre 2007. On a eu recours à des projections pour décembre afin d'obtenir un laps de temps cohérent.<sup>5</sup>

Les dénominateurs estimés par la méthode du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections ont servi pour toutes les analyses et pour les chiffres cités dans le texte afin d'assurer un minimum de cohérence. Les dénominateurs fournis par les pays sont repris en Annexe 2.

## 6. Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH

La tuberculose est une des causes les plus courantes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même chez celles qui sont sous traitement antirétroviral. La recherche intensifiée des cas de tuberculose et l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité conformes aux directives internationales et nationales sont indispensables pour améliorer la durée et la qualité de vie chez les personnes vivant avec le VIH, d'où l'importance de pouvoir mesurer le pourcentage de cas de tuberculose séropositifs ayant accès à un traitement adéquat pour leur tuberculose et leur infection à VIH.

<sup>4</sup> Méthode de projection – toutes les valeurs signalées correspondant à une période antérieure à décembre 2007 sont projetées à partir des deux dernières données en calculant la croissance mensuelle pour calculer la projection à décembre 2007.

<sup>5</sup> Méthode de projection – toutes les valeurs signalées qui correspondent à une période de moins de 12 mois sont projetées en prenant le nombre de femmes enceintes séropositives sous antirétroviraux chaque mois, en divisant ce chiffre par le nombre de mois correspondant aux données puis en multipliant le résultat par 12.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la détection et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Définition et composantes de l'indicateur :

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

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

*Dénominateur : Estimation du nombre de nouveaux cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.*

## 7. Dépistage du VIH au sein de la population générale

Afin de nous protéger nous-mêmes et ne pas infecter les autres, il est important que tous et toutes connaissent leur statut VIH. C'est aussi un facteur critique quand il s'agit de décider si l'on doit commencer un traitement.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la mise en œuvre du test VIH et du conseil.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.*

*Numérateur : Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH et qui en connaissent le résultat.*

*Dénominateur : Nombre total des répondants de 15 à 49 ans.*

Plusieurs pays ont choisi de répondre sur cet indicateur en ayant recours à des données obtenues grâce à des programmes de test VIH. Ces données, qui ne peuvent être comparées aux données obtenues au moyen d'enquêtes démographiques, sont reprises dans des notes en bas de tableau.

## 8. Dépistage du VIH au sein des populations les plus à risque

Afin d'être protégées et d'éviter qu'elles en infectent d'autres, il est important que les populations les plus à risque connaissent leur statut VIH. C'est aussi un facteur critique quand il s'agit de décider si l'on doit commencer un traitement. Cet indicateur devra être calculé séparément pour chacune des populations considérées comme les plus à risque dans un pays donné : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la mise en œuvre du test VIH et du conseil au sein des populations les plus à risque.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.*

*Numérateur : Nombre de personnes faisant partie des groupes les plus à risque ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.*

*Dénominateur : Nombre de personnes faisant partie des groupes les plus à risque incluses dans l'échantillon.*

## 9. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque

Les populations les plus à risque sont souvent difficiles à atteindre par des programmes de prévention du VIH, alors qu'il est important qu'elles bénéficient de ces services afin de prévenir la propagation du VIH en leur sein et dans la population générale. Cet indicateur devra être calculé séparément pour chacune des populations considérées comme les plus à risque dans un pays donné : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH pour les populations les plus à risque.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition* Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre.

*Numérateur*: Nombre de membres interrogés parmi les populations les plus à risque ayant répondu « oui » aux questions 1 et 2 ci-après (les trois pour les consommateurs de drogues injectables):

1. Savez-vous où aller pour un test VIH?
2. Vous a-t-on fourni des préservatifs au cours des 12 mois écoulés?
2. (Consommateurs de drogues injectables) Au cours des 12 mois écoulés, vous a-t-on fourni des aiguilles et seringues stériles?

*Dénominateur*: Nombre total de personnes interrogées incluses dans l'enquête.

## 10. Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le sida

Le nombre d'orphelins ou d'enfants vulnérables continue d'augmenter et il convient d'assurer un soutien adéquat aux familles et aux communautés concernées. En pratique, ces communautés assurent une prise en charge et un soutien aux enfants rendus orphelins ; pour soutenir cet effort, il conviendra de fournir un appui extérieur supplémentaire aux foyers concernés.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la fourniture d'un appui externe aux foyers qui prennent en charge des orphelins ou des enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans.

Définition et composantes de l'indicateur:

*Définition*: Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables (0 à 17 ans) vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.

*Numérateur*: Nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des foyers ayant bénéficié d'au moins un des quatre types de soutien pour chaque enfant (médical, scolarisation, psychique, social).

*Dénominateur*: Nombre total d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans.

*Aux fins de cet indicateur et en accord avec les définitions de l'UNICEF (voir ci-dessous), on considérera comme orphelin tout enfant de moins de 18 ans qui a perdu un parent ou ses deux parents.*

Un enfant vulnérable en raison du VIH a moins de 18 ans et:

- i) a perdu un de ses parents ou les deux; ou
- ii) un de ses parents est atteint de maladie chronique (indépendamment du fait que celui-ci vive ou non sous le même toit que l'enfant); ou
- iii) vit dans un foyer où, au cours des 12 derniers mois, un adulte au moins est décédé après avoir été malade pendant trois des quatre mois qui ont précédé son décès; ou
- iv) vit dans un foyer où un des adultes au moins a été gravement malade pendant au moins trois des 12 mois écoulés.

Plusieurs pays ont choisi de répondre sur cet indicateur en ayant recours à des données obtenues grâce à des programmes de test VIH. Ces données, qui ne peuvent être comparées aux données obtenues par des enquêtes démographiques, sont reprises dans des notes en bas de tableau.

## 11. Enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes scolaires de préparation à la vie active

L'éducation basée sur les compétences vitales est une méthode efficace qui a recours à des exercices de participation afin d'apprendre aux jeunes des comportements qui les aident à faire face aux défis et aux exigences de la vie quotidienne. Il peut s'agir de compétences en résolution de problèmes et en prise de décisions, en réflexion créatrice et critique, en conscience de soi, en communication et en relations interpersonnelles. Cette méthode peut aussi apprendre aux jeunes comment faire face à leurs émotions et aux causes de stress. Adaptée spécifiquement à l'éducation VIH en milieu scolaire, cette approche aide les jeunes à comprendre et à évaluer les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui modifient le risque de transmission du VIH. Appliquée de façon correcte, elle peut avoir un effet positif sur les comportements, tels que le recul de l'âge des premiers rapports sexuels et la réduction du nombre de partenaires sexuels.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la mise en place d'une éducation fondée sur les compétences vitales dans toutes les écoles.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.*

*Numérateur : Nombre d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre de l'apprentissage des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.*

*Dénominateur : Nombre d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête.*

## 12. Scolarisation des orphelins

Le sida tue un nombre toujours croissant d'adultes à l'âge où ils fondent une famille et élèvent leurs enfants. Par voie de conséquence, la proportion d'orphelins croît régulièrement dans de nombreux pays, alors même que la diminution du nombre de jeunes adultes dans la famille rend de plus en plus incertain l'avenir des orphelins. Le statut d'orphelin s'accompagne souvent de pauvreté accrue et de préjugés, qui en eux-mêmes peuvent mettre en danger la scolarisation de ces enfants et peuvent aussi les amener à adopter des stratégies de survie qui les rendent plus vulnérables au VIH. Il est donc important de suivre à quel point les programmes de soutien arrivent à assurer des chances de scolarisation aux enfants rendus orphelins.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention du désavantage relatif des orphelins vis-à-vis des non-orphelins en ce qui concerne la scolarisation.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans.*

A : Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans.

*Numérateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents et qui fréquentent l'école.*

*Dénominateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents.*

B : Taux actuel de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux

*Numérateur : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec au moins l'un d'entre eux et qui fréquentent l'école.*

*Dénominateur : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux*

## 13. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

C'est surtout par voie sexuelle que les épidémies de VIH se perpétuent au sein de générations successives de jeunes. Une bonne information sur le VIH et le sida constitue une condition préalable essentielle pour adopter des comportements qui diminuent le risque de transmission du VIH – même si souvent elle ne suffit pas.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers une connaissance universelle des faits essentiels concernant la transmission du VIH.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*

*Numérateur : Nombre de jeunes de 15 à 24 ans interrogés qui répondent correctement à la totalité des cinq questions ci-après :*

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire non infecté(e) et qui n'a pas d'autres partenaires ?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

*Dénominateur : Nombre de répondants (âgés de 15 à 24 ans).*

## 14. Connaissances des populations les plus à risque en matière de prévention du VIH

C'est principalement la transmission sexuelle ou l'utilisation de matériel d'injection contaminé qui perpétuent les épidémies concentrées. Une bonne information sur le VIH et le sida constitue une condition préalable essentielle pour adopter des comportements qui diminuent leur risque d'infection. Cet indicateur devra être calculé séparément pour chacune des populations considérées comme les plus à risque dans un pays donné : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers une connaissance des faits essentiels parmi les populations les plus à risque en ce qui concerne la transmission du VIH.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes qui tout à la fois possèdent des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.*

*Numérateur : Nombre de personnes interrogées parmi les populations les plus à risque qui ont répondu correctement aux cinq questions ci-après :*

1. *Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire non infecté(e) et qui n'a pas d'autres partenaires ?*
2. *Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?*
3. *Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?*
4. *Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?*
5. *Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?*

*Dénominateur : Nombre de personnes interrogées parmi les populations les plus à risque qui ont répondu aux cinq questions (y compris « je ne sais pas »).*

## 15. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Dans de nombreux pays, on s'efforce de retarder l'âge des premiers rapports sexuels parmi les jeunes et de décourager les rapports sexuels avant le mariage, dans le but de réduire le risque d'exposition au VIH. Il semble aussi que le fait de retarder l'âge des premiers rapports diminue aussi le risque d'infection lors de chaque rapport, au moins chez les femmes.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers l'accroissement de l'âge des premiers rapports chez les jeunes femmes et les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.*

*Numérateur : Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.*

*Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans.*

## 16. Rapports sexuels à plus haut risque

Les rapports sexuels non protégés parmi les personnes à partenaires nombreux affectent considérablement la propagation du VIH. Les personnes qui ont des partenaires multiples (consécutivement ou simultanément) encourent un risque plus élevé de transmission du VIH que celles qui ne sont pas liées à un réseau sexuel élargi.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la réduction du nombre de personnes ayant des pratiques sexuelles à risque accru.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 mois écoulés*

*Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 mois écoulés*

*Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans.*

## 17. Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à plus haut risque

Le recours au préservatif est une protection importante contre l'infection à VIH, particulièrement chez les personnes qui ont des partenaires multiples.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de l'exposition au VIH lors de rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.*

*Numérateur : Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.*

*Dénominateur : Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois.*

## 18. Utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe

Plusieurs facteurs accroissent le risque d'exposition au VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, notamment la multiplicité des partenaires occasionnels et la fréquence accrue des rapports sexuels. Les professionnel(le)s du sexe peuvent néanmoins considérablement réduire le risque de transmission du VIH, tant à partir de leur clientèle que vers celle-ci, en utilisant systématiquement et correctement le préservatif.

Note : Les pays à épidémie généralisée peuvent aussi avoir une sous-épidémie concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, ils auront avantage à calculer cet indicateur pour cette population et à fournir le résultat.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de l'exposition au VIH parmi les professionnel(le)s du sexe lors de rapports non protégés avec leur clientèle.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.*

*Numérateur : Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client au cours des 12 derniers mois.*

*Dénominateur : Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels rémunérés au cours des 12 derniers mois.*

## 19. Utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Le préservatif peut diminuer significativement le risque de transmission du VIH par voie sexuelle. En conséquence, il est important que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aient recours systématiquement et correctement au préservatif à cause du risque élevé de transmission du VIH, notamment au cours des rapports anaux non protégés. En outre, les hommes qui pratiquent ce genre de rapports peuvent également avoir des partenaires féminines, qui seront à leur tour infectées. Le recours par ces hommes au préservatif lors de leur plus récent rapport avec un partenaire masculin est considéré comme un indicateur fiable du comportement à plus long terme.

Note : Les pays à épidémie généralisée peuvent aussi avoir une sous-épidémie concentrée parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Dans ce cas, ils auront avantage à calculer cet indicateur pour cette population et à fournir le résultat.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de l'exposition au VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin.

Définition et composantes de l'indicateur :

*Définition : Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin*

*Numérateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal*

*Dénominateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois.*

## 20. Utilisation du préservatif par les consommateurs de drogues injectables

Même dans les pays où prédominent d'autres modes de transmission du VIH, les pratiques sexuelles et d'injection à moindre risque sont essentielles au sein des consommateurs de drogues injectables. En effet: (i) le risque de transmission du VIH à partir de matériel d'injection contaminé est très élevé et (ii) les consommateurs de drogues injectables peuvent propager le VIH (par exemple par voie sexuelle) à la population générale.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de la transmission sexuelle du VIH.

Définition et composantes de l'indicateur.

*Définition: Pourcentage de consommateurs de drogues injectables signalant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.*

*Numérateur: Nombre de consommateurs de drogues injectables interrogés signalant avoir utilisé un préservatif lors de leur plus récent rapport sexuel.*

*Dénominateur: Nombre de consommateurs de drogues injectables interrogés signalant avoir eu un rapport sexuel au cours du mois écoulé.*

## 21. Pratiques d'injection sans risque parmi les consommateurs de drogues injectables

Même dans les pays où prédominent d'autres modes de transmission du VIH, les pratiques sexuelles et d'injection à moindre risque sont essentielles au sein des consommateurs de drogues injectables. En effet: i) le risque de transmission du VIH à partir de matériel d'injection contaminé est très élevé et ii) les consommateurs de drogues injectables peuvent propager le VIH (par exemple par voie sexuelle) à la population générale.

Note: Les pays à épidémie généralisée peuvent aussi avoir une sous-épidémie concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, ils auront avantage à calculer cet indicateur pour cette population et à fournir le résultat.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prévention de la transmission du VIH associée à l'injection de drogues.

Définition et composantes de l'indicateur:

*Définition: Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue.*

*Numérateur: Nombre de consommateurs de drogues interrogés déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue.*

*Dénominateur: Nombre de consommateurs de drogues interrogés déclarant s'être injecté de la drogue au cours du mois écoulé.*

## 24. Traitement de l'infection à VIH: personnes en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale

Un des buts de tout programme de traitement antirétroviral est de prolonger la survie parmi les personnes infectées. Au fur et à mesure que le traitement s'intensifie de par le monde, il est important aussi de comprendre combien de gens abandonnent les programmes de traitement et pourquoi. Ces données pourront servir à prouver l'efficacité de ces programmes et à souligner les obstacles à leur expansion et à leur amélioration.

Cet indicateur vise à mesurer les progrès vers la prolongation de la survie parmi les adultes et les enfants infectés, en les maintenant sous traitement antirétroviral.

Définition et composantes de l'indicateur:

*Définition: Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.*

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

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

Les révisions effectuées pour cet indicateur ont tenu compte des survies *a minima*. L'indicateur peut donc fournir un taux de survie moindre que pour la définition de la survie maximale qui exclut les personnes qui ont arrêté le traitement antirétroviral, sont mortes ou ont été perdues de vue. Là où l'on

sait qu'une donnée ne correspond pas à la définition ci-dessus, l'information est reprise en bas de page dans les tableaux annexes.

Toutes les analyses de cet indicateur effectuées pour le *Rapport mondial*, notamment les chiffres cités par les pays, correspondent à des numérateurs qui ont subi un processus d'harmonisation entre deux organismes (ONUSIDA/OMS).

Le processus d'harmonisation a fait en sorte que tous les organismes ont notifié le même chiffre – accepté par le pays – qui était le plus récent et correspondait à la définition de survie *a minima* à 12 mois pour une cohorte. En cas de désaccord parmi les deux organismes, un effort particulier a été entrepris pour obtenir l'approbation du pays quant à une valeur finale pour l'indicateur. Là où cette approbation n'a pu être obtenue, la valeur retenue par le pays a été indiquée en note de bas de tableau dans l'Annexe 2.

### **Pays ayant soumis des rapports sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement (n=147)**

#### **Revenu élevé**

Allemagne  
Antigua-et Barbuda  
Australie  
Bahamas  
Barbade  
Belgique  
Canada  
Chypre  
Espagne  
Estonie  
Finlande  
Grèce  
Irlande  
Israël  
Japon  
Nouvelle-Zélande  
Pays-Bas  
Qatar  
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord  
Slovénie  
Suède  
Suisse  
Trinité-et-Tobago

#### **Caraïbes**

Cuba  
Dominique  
Grenade  
Haïti  
Jamaïque  
République dominicaine  
Saint-Kitts-et-Nevis  
Sainte-Lucie  
Saint-Vincent-et-les Grenadines

#### **Asie de l'Est**

Chine  
Mongolie

#### **Europe orientale et Asie centrale**

Arménie  
Azerbaïdjan  
Biélarus  
Bosnie-Herzégovine  
Bulgarie  
Croatie  
Fédération de Russie  
Géorgie  
Kazakhstan  
Kirghizistan  
Lettonie  
Lituanie  
Moldova  
Ouzbékistan  
Roumanie  
Tadjikistan  
Ukraine

#### **Amérique latine**

Argentine  
Belize  
Bolivie  
Brésil  
Chili  
Colombie  
Costa Rica  
El Salvador  
Equateur  
Guatemala  
Guyana  
Honduras  
Mexique

Nicaragua  
Panama  
Paraguay  
Pérou  
Suriname  
Uruguay

### Afrique du Nord et Moyen-Orient

Algérie  
Jordanie  
Liban  
Maroc  
Soudan  
Tunisie  
Turquie

### Océanie

Etats fédérés de Micronésie  
Fidji  
Îles Marshall  
Palaos  
Papouasie-Nouvelle-Guinée  
Tuvalu

### Asie du Sud et du Sud-Est

Afghanistan  
Bangladesh  
Cambodge  
Inde  
Indonésie  
Iran (République islamique d')  
Malaisie  
Népal  
Pakistan  
Philippines  
République démocratique populaire lao  
Sri Lanka  
Thaïlande  
Viet Nam

### Afrique subsaharienne

Angola  
Afrique du Sud  
Bénin  
Botswana  
Burkina Faso

Burundi  
Cameroun  
Cap-Vert  
Comores  
Congo  
Côte d'Ivoire  
Erythrée  
Ethiopie  
Gabon  
Gambie  
Ghana  
Guinée  
Guinée-Bissau  
Kenya  
Lesotho  
Madagascar  
Malawi  
Mali  
Maurice  
Mauritanie  
Mozambique  
Namibie  
Niger  
Nigéria  
Ouganda  
République centrafricaine  
République démocratique du Congo  
République-Unie de Tanzanie  
Rwanda  
Sao Tomé-et-Principe  
Sénégal  
Seychelles  
Sierra Leone  
Somalie  
Swaziland  
Tchad  
Togo  
Zambie  
Zimbabwe

### Europe centrale et occidentale

Albanie  
Ex-République yougoslave de Macédoine  
Hongrie  
Monténégro  
Pologne  
Serbie

## UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales				Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires
				Bilatérales (%)	Multilatérales		Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)			
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
<b>Caraïbes</b>										
Antigua-et-Barbuda	2006	\$0.157	65.9%	25.4%	8.7%	0.0%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Antigua-et-Barbuda <sup>1</sup>	2007	\$0.160	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Aruba <sup>1</sup>	2005	\$0.010	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Aruba <sup>1</sup>	2006	\$0.010	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Aruba <sup>1</sup>	2007	\$0.010	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Bahamas <sup>1</sup>	2006	\$2.145	71.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	28.4%	\$0.005	N/A / N/R	N/A / N/R
Barbade <sup>1</sup>	2006	\$7.073	98.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	2.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Cuba	2007	\$41.927	80.9%	0.0%	19.1%	0.0%	0.0%	\$6.385	\$5.584	\$0.801
République dominicaine <sup>1</sup>	2007	\$13.737	44.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	56.0%	\$4.121	N/A / N/R	N/A / N/R
Grenade <sup>1</sup>	2006	\$1.050	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Haïti	2006	\$70.284	0.6%	67.3%	24.0%	6.50%	1.55%	\$12.597	\$1.882	\$3.427
Jamaïque	2005	\$11.306	54.5%	5.8%	39.7%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Jamaïque	2006	\$10.362	65.9%	5.2%	28.9%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Jamaïque	2007	\$14.749	62.5%	2.0%	35.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Sainte-Lucie	2006	\$1.000	21.4%	0.0%	7.8%	46.7%	24.10%	\$0.604	\$0.105	\$0.014
Sainte-Lucie	2007	\$0.772	21.6%	0.0%	13.9%	64.6%	0.0%	\$0.446	\$0.202	\$0.042
Trinité-et-Tobago	2006	\$12.148	95.6%	0.0%	0.0%	4.4%	0.0%	\$5.626	\$3.218	\$0.118
Iles Turques et Caïques	2006	\$0.958	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Iles Turques et Caïques	2007	\$1.109	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
<b>Asie de l'Est</b>										
Chine	2006	\$138.927	77.1%	4.6%	17.5%	0.8%	0.0%	\$0.927	\$0.927	N/A / N/R
Chine <sup>2</sup>	2007	\$124.116	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$48.078	\$46.392	\$0.897
Japon	2006	\$68.135	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$4.130	N/A / N/R	N/A / N/R
Mongolie	2007	\$3.377	7.3%	23.6%	36.0%	19.2%	14.0%	\$1.946	\$0.179	\$0.184
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>										
Arménie	2007	\$2.476	16.2%	7.3%	55.7%	20.8%	0.0%	\$1.296	\$0.101	\$0.197
Azerbaïdjan	2007	\$2.220	65.7%	0.0%	34.3%	N/A / N/R	0.0%	\$0.851	N/A / N/R	\$0.851
Bélarus	2006	\$13.133	68.19%	0.0%	28.53%	2.25%	1.03%	\$9.745	\$0.491	\$0.977
Bulgarie	2005	\$7.778	35.40%	0.0%	57.71%	6.89%	0.0%	\$3.758	\$0.336	\$0.627
Bulgarie	2006	\$6.604	48.8%	0.0%	43.0%	8.2%	0.0%	\$3.114	\$0.440	\$0.491
Bulgarie	2007	\$6.659	50.8%	0.0%	43.4%	5.9%	0.0%	\$2.877	\$0.418	\$0.552
Croatie	2006	\$8.424	73.8%	0.0%	23.0%	2.3%	0.9%	\$3.743	N/A / N/R	\$0.442
Géorgie	2006	\$5.263	10.9%	19.3%	56.5%	13.3%	0.0%	\$2.563	\$0.058	\$0.066

## UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention			Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDI	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement	Traitement par antirétroviraux		Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination	Suivi et évaluation <sup>4</sup>	
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.704	\$0.408	N/A / N/R	\$0.145	\$0.115	\$0.001	\$1.290
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$32.604	\$11.314	N/A / N/R	\$0.176	\$0.176	N/A / N/R	\$2.762
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$3.434	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.473	N/A / N/R	N/A / N/R	\$3.709
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.914	\$0.818	\$3.288	\$31.192	\$13.910	\$2.450	\$20.286	\$10.159	\$4.639	\$3.759
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.001	\$0.103	\$0.010	\$0.066	\$0.015	\$0.052	\$0.080	\$0.048	\$0.025	\$0.198
\$0.005	\$0.050	\$0.001	\$0.077	\$0.029	\$0.075	\$0.139	\$0.051	\$0.086	\$0.036
\$0.651	\$0.170	\$0.113	\$3.989	\$1.184	\$0.131	\$1.778	\$1.405	\$0.054	\$0.624
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.012	N/A / N/R	\$0.505	\$7.300	\$4.781	\$2.329	\$129.153
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$56.583	\$43.669	N/A / N/R	\$17.362	\$0.947	\$4.502	\$2.093
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$9.389	N/A / N/R	N/A / N/R	\$17.398	N/A / N/R	N/A / N/R	\$37.218
\$0.312	\$0.291	\$0.076	\$0.205	\$0.010	\$0.016	\$0.801	\$0.453	\$0.198	\$0.409
\$0.154	\$0.016	\$0.045	\$0.392	\$0.098	\$0.004	\$0.287	\$0.188	\$0.099	\$0.498
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.500	\$0.417	N/A / N/R	\$0.411	\$0.411	N/A / N/R	\$0.458
N/A / N/R	\$0.233	\$0.366	\$1.443	\$0.823	\$0.084	\$0.854	\$0.233	\$0.221	\$1.007
\$0.842	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.689	\$1.614	N/A / N/R	\$0.561	\$0.337	\$0.135	\$0.770
\$0.588	\$0.122	N/A / N/R	\$2.585	\$1.955	N/A / N/R	\$0.363	\$0.218	\$0.087	\$0.543
\$0.597	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.932	\$2.025	N/A / N/R	\$0.348	\$0.209	\$0.084	\$0.501
\$0.509	N/A / N/R	N/A / N/R	\$4.354	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.328	\$0.125	\$0.080	N/A / N/R
\$1.025	\$0.079	\$0.225	\$0.839	\$0.552	N/A / N/R	\$1.036	\$0.206	\$0.088	\$0.824

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales			Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires	
				Bilatérales (%)	Multilatérales					Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
Kazakhstan	2007	\$17.959	70.0%	1.3%	27.3%	0.6%	0.7%	\$3.392	\$0.111	N/A / N/R
Kirghizistan	2006	\$7.917	8.8%	8.7%	38.7%	43.8%	0.0%	\$6.469	\$0.049	\$0.088
Lettonie <sup>1</sup>	2006	\$5.748	98.7%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	1.3%	\$0.996	\$0.032	\$0.186
Moldova	2007	\$8.186	26.9%	19.0%	17.1%	31.9%	5.1%	\$6.292	\$0.903	\$0.325
Roumanie	2006	\$76.088	93.1%	0.0%	5.4%	1.4%	0.0%	\$5.239	N/A / N/R	N/A / N/R
Fédération de Russie <sup>1</sup>	2006	\$304.835	83.4%	0.0%	11.6%	0.3%	4.7%	\$61.749	N/A / N/R	N/A / N/R
Tadjikistan	2006	\$5.211	5.7%	19.4%	36.6%	19.8%	18.5%	\$2.509	\$0.173	\$0.140
Ukraine	2005	\$39.414	42.9%	17.1%	32.9%	5.5%	1.7%	\$7.442	\$0.025	\$0.373
Ukraine	2006	\$55.417	50.8%	8.2%	36.3%	3.1%	1.6%	\$17.067	\$0.197	\$0.715
<b>Amérique latine</b>										
Argentine	2006	\$149.527	96.7%	0.1%	2.9%	0.2%	0.2%	\$24.855	\$2.141	\$3.011
Bolivie	2005	\$1.833	9.6%	44.7%	21.4%	N/A / N/R	24.2%	\$0.918	\$0.182	N/A / N/R
Bolivie	2006	\$4.025	9.1%	16.6%	51.6%	3.0%	19.8%	\$1.242	\$0.228	N/A / N/R
Bolivie	2007	\$3.183	16.9%	40.7%	16.5%	5.7%	20.1%	\$1.252	\$0.209	N/A / N/R
Brésil <sup>1</sup>	2006	\$565.186	99.5%	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%	\$34.159	\$9.903	\$2.455
Chili	2005	\$54.070	83.6%	0.0%	16.4%	0.0%	0.0%	\$9.472	\$0.555	\$0.430
Colombie	2006	\$97.645	98.91%	0.0%	0.92%	0.14%	0.0%	\$34.662	\$2.799	\$0.031
Costa Rica	2006	\$11.271	89.6%	0.0%	9.1%	0.8%	0.6%	\$3.418	\$0.707	N/A / N/R
Equateur <sup>1</sup>	2005	\$2.951	88.9%	0.0%	4.2%	6.8%	0.0%	\$0.545	\$0.013	\$0.250
Equateur <sup>1</sup>	2006	\$10.209	31.9%	0.0%	61.8%	4.6%	1.7%	\$2.942	\$0.052	\$0.489
Equateur <sup>1</sup>	2007	\$7.473	42.8%	0.0%	38.6%	3.7%	14.8%	\$2.413	\$0.022	\$0.435
El Salvador	2006	\$33.128	82.0%	1.3%	8.4%	7.7%	0.6%	\$9.691	\$1.483	\$1.135
Guatemala <sup>1</sup>	2005	\$19.142	66.4%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	33.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Guatemala <sup>1</sup>	2006	\$18.957	65.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	35.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Honduras	2006	\$14.354	28.9%	23.5%	28.5%	4.4%	14.5%	\$6.183	\$0.430	\$0.943
Mexique <sup>1</sup>	2005	\$176.052	99.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.7%	\$40.663	\$0.291	\$2.950
Panama	2006	\$14.164	97.3%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	\$0.438	N/A / N/R	\$0.038
Paraguay	2006	\$1.018	75.5%	0.0%	0.0%	17.2%	7.3%	\$0.234	N/A / N/R	\$0.111
Paraguay	2007	\$2.326	47.8%	0.0%	31.2%	11.2%	9.7%	\$0.796	N/A / N/R	\$0.154
Pérou	2005	\$21.875	41.33%	6.63%	34.06%	2.86%	15.12%	\$5.115	\$0.063	N/A / N/R
Pérou	2006	\$32.387	41.07%	1.72%	32.0%	1.74%	23.47%	\$4.769	\$0.197	N/A / N/R
Pérou	2007	\$28.008	44.5%	3.6%	21.8%	4.4%	25.7%	\$9.060	\$0.978	N/A / N/R
Uruguay <sup>1</sup>	2005	\$6.245	94.9%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	5.1%	\$0.770	\$0.030	\$0.162
Uruguay <sup>1</sup>	2006	\$5.731	93.3%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	6.7%	\$0.852	\$0.081	\$0.168

**UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement**

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention			Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDI	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement	Traitement par antirétroviraux		Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination	Suivi et évaluation <sup>4</sup>	
\$0.030	\$0.899	N/A / N/R	\$2.400	\$2.066	N/A / N/R	\$11.850	\$0.158	\$0.181	\$0.317
\$0.610	\$0.016	N/A / N/R	\$0.847	\$0.169	\$0.033	\$0.470	\$0.355	\$0.030	\$0.098
\$0.338	N/A / N/R	\$0.028	\$4.400	\$4.400	N/A / N/R	\$0.352	\$0.352	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.332	N/A / N/R	\$0.231	\$0.680	\$0.456	N/A / N/R	\$1.137	\$0.185	\$0.337	\$0.078
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$57.796	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.322	N/A / N/R	N/A / N/R	\$12.732
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$96.798	N/A / N/R	\$32.610	\$18.636	N/A / N/R	N/A / N/R	\$95.041
\$0.285	\$0.105	\$0.030	\$0.144	\$0.114	\$0.020	\$0.335	\$0.144	\$0.095	\$2.203
\$3.174	N/A / N/R	\$0.837	\$15.751	\$2.416	\$0.952	\$7.678	\$3.342	\$0.991	\$7.591
\$7.267	N/A / N/R	\$0.529	\$23.289	\$5.352	\$0.901	\$10.434	\$2.675	\$0.356	\$3.727
\$0.544	\$1.034	\$4.842	\$107.280	\$58.897	\$1.272	\$6.915	\$1.682	\$0.659	\$9.206
\$0.006	\$0.004	\$0.001	\$0.483	\$0.247	N/A / N/R	\$0.266	\$0.102	\$0.038	\$0.166
\$0.002	\$0.002	\$0.004	\$1.881	\$1.664	N/A / N/R	\$0.653	\$0.239	\$0.100	\$0.248
\$0.028	\$0.044	\$0.001	\$0.766	\$0.450	N/A / N/R	\$0.868	\$0.526	\$0.090	\$0.297
\$0.405	\$7.440	\$5.155	\$470.055	\$438.384	\$0.148	\$25.403	\$19.971	\$4.899	\$35.420
\$0.108	\$0.983	\$1.919	\$40.429	\$36.318	N/A / N/R	\$2.204	\$1.554	\$0.276	\$1.966
N/A / N/R	\$6.967	\$2.132	\$62.074	\$36.541	\$0.035	\$0.774	\$0.774	N/A / N/R	\$0.100
N/A / N/R	\$0.080	N/A / N/R	\$7.681	\$4.141	\$0.057	\$0.072	N/A / N/R	\$0.011	\$0.042
N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.011	\$1.661	\$1.468	\$0.019	\$0.534	\$0.033	N/A / N/R	\$0.191
N/A / N/R	\$0.027	\$0.534	\$3.986	\$1.932	\$0.003	\$1.201	\$0.095	\$0.102	\$2.078
\$0.013	\$0.283	\$0.188	\$3.125	\$2.358	N/A / N/R	\$0.376	\$0.118	\$0.146	\$1.559
\$0.055	\$1.450	\$1.019	\$20.867	\$7.551	\$0.399	\$1.024	\$0.510	\$0.335	\$1.147
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.499	\$0.305	\$0.420	\$4.204	\$2.420	\$0.030	\$3.687	\$1.659	\$1.145	\$0.250
\$5.227	\$3.369	\$4.472	\$122.333	\$103.396	\$0.036	\$12.404	\$3.737	\$1.149	\$0.615
\$0.073	N/A / N/R	\$0.011	\$13.425	\$13.422	\$0.012	\$0.206	\$0.071	N/A / N/R	\$0.083
N/A / N/R	\$0.020	\$0.059	\$0.481	\$0.163	N/A / N/R	\$0.009	\$0.005	\$0.004	\$0.294
\$0.088	\$0.036	\$0.091	\$0.683	\$0.374	N/A / N/R	\$0.168	\$0.045	\$0.063	\$0.679
\$1.128	\$0.808	\$0.555	\$13.168	\$7.806	N/A / N/R	\$0.543	\$0.311	\$0.225	\$3.049
\$0.798	\$0.763	\$0.970	\$20.738	\$13.858	N/A / N/R	\$0.688	\$0.286	\$0.378	\$6.192
\$1.935	\$1.781	\$1.428	\$12.448	\$3.163	\$0.090	\$0.948	\$0.491	\$0.436	\$5.461
\$0.042	\$0.079	\$0.073	\$4.237	\$3.816	N/A / N/R	\$0.135	N/A / N/R	\$0.014	\$1.103
\$0.037	\$0.069	\$0.052	\$3.549	\$3.074	N/A / N/R	\$0.196	N/A / N/R	\$0.015	\$1.135

## UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales			Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires	
				Bilatérales (%)	Multilatérales					Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
<b>Moyen-Orient et Afrique du Nord</b>										
Algérie	2006	\$3.674	30.9%	0.0%	65.2%	3.9%	0.0%	\$1.561	\$0.038	\$0.046
Jordanie	2007	\$2.697	5.1%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	94.9%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Liban	2007	\$2.735	30.5%	36.2%	0.0%	17.1%	16.2%	\$1.445	\$0.050	\$0.055
Maroc	2006	\$6.900	33.0%	9.8%	32.5%	11.9%	12.8%	\$2.996	N/A / N/R	N/A / N/R
Maroc	2007	\$8.833	30.5%	3.4%	54.5%	8.4%	3.2%	\$4.147	N/A / N/R	N/A / N/R
Soudan, Nord <sup>1</sup>	2007	\$15.985	8.8%	0.0%	57.9%	33.4%	0.0%	\$8.923	\$1.024	\$0.731
Soudan, Sud <sup>1</sup>	2006	\$0.260	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Soudan, Sud <sup>1</sup>	2007	\$1.313	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	100.0%	N/A / N/R	\$0.518	\$0.259	\$0.152
Turquie <sup>1</sup>	2006	\$54.175	92.3%	0.0%	3.2%	4.6%	0.0%	\$27.657	\$0.145	\$0.055
Turquie <sup>1</sup>	2007	\$56.472	89.3%	0.0%	3.5%	7.2%	0.0%	\$25.265	\$0.087	\$0.089
<b>Océanie</b>										
Australie	2006	\$101.415	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$1.898	\$0.079	N/A / N/R
Iles Marshall	2007	\$0.123	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Palaos	2007	\$0.333	16.4%	0.0%	10.7%	0.0%	72.9%	\$0.148	\$0.005	\$0.026
<b>Asie du Sud et Asie du Sud-Est</b>										
Cambodge	2006	\$44.179	13.7%	42.5%	21.5%	19.2%	3.2%	\$19.948	\$0.685	\$2.587
Indonésie	2006	\$56.577	26.6%	47.7%	18.5%	7.2%	0.0%	\$23.180	\$3.765	\$0.128
Iran (République islamique d')	2006	\$32.778	90.8%	0.0%	5.9%	3.3%	0.0%	\$20.483	N/A / N/R	N/A / N/R
République démocratique populaire lao <sup>1</sup>	2006	\$4.676	0.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	99.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
République démocratique populaire lao <sup>1</sup>	2007	\$5.824	0.4%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	99.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Népal <sup>1</sup>	2006	\$8.897	2.4%	46.5%	12.7%	14.4%	24.0%	\$6.120	\$0.289	\$0.281
Pakistan	2007	\$5.077	36.1%	0.0%	0.0%	59.8%	4.1%	\$3.597	N/A / N/R	N/A / N/R
Philippines	2005	\$6.842	18.9%	35.6%	28.7%	15.2%	1.7%	\$3.187	\$0.566	\$0.064
Philippines	2006	\$7.686	34.6%	40.8%	8.0%	15.5%	1.0%	\$4.936	\$2.362	\$0.085
Sri Lanka	2007	\$1.706	99.4%	0.0%	N/A / N/R	0.6%	0.0%	\$0.011	N/A / N/R	N/A / N/R
Thaïlande	2007	\$199.645	82.7%	0.5%	16.0%	0.8%	0.0%	\$28.186	\$0.188	\$5.497
Viet Nam <sup>1</sup>	2006	\$47.156	10.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	89.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
<b>Afrique subsaharienne</b>										
Angola <sup>1</sup>	2006	\$27.724	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Angola <sup>1</sup>	2007	\$47.494	82.14%	0.0%	5.87%	8.21%	3.78%	\$23.687	\$5.270	N/A / N/R
Bénin <sup>1</sup>	2006	\$25.931	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Bénin <sup>1</sup>	2007	\$25.992	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Botswana <sup>1</sup>	2005	\$206.939	79.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	20.2%	\$28.346	\$5.576	\$8.062

## UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention			Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDI	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement	Traitement par antirétroviraux		Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination	Suivi et évaluation <sup>4</sup>	
\$0.088	\$0.407	\$0.027	\$1.578	\$1.044	N/A / N/R	\$0.206	N/A / N/R	\$0.172	\$0.329
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.298	\$0.029	N/A / N/R	\$0.850	\$0.820	N/A / N/R	\$0.243	\$0.163	\$0.080	\$0.197
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.673	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.518	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.713
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$3.644	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.708	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.334
N/A / N/R	\$0.792	\$0.243	\$1.479	\$1.351	\$0.095	\$4.306	\$3.469	\$0.508	\$1.182
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.060	\$0.100	\$0.100	N/A / N/R	\$0.100
N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.051	\$0.234	\$0.200	\$0.100	\$0.220	\$0.150	\$0.070	\$0.240
\$0.816	\$0.085	\$0.015	\$25.085	\$6.500	\$0.070	\$1.102	\$0.332	\$0.770	\$0.261
\$0.878	N/A / N/R	\$0.040	\$27.429	\$8.012	\$0.200	\$1.175	\$0.356	\$0.750	\$2.003
\$1.345	N/A / N/R	N/A / N/R	\$93.003	\$93.003	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$6.514
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	\$0.015	\$0.021	\$0.016	\$0.009	N/A / N/R	\$0.117	\$0.074	\$0.032	\$0.053
\$0.626	\$4.381	N/A / N/R	\$9.603	\$2.708	\$2.019	\$8.826	\$4.494	\$4.230	\$3.784
\$0.143	\$0.260	\$0.022	\$14.074	\$0.092	\$0.046	\$12.161	\$0.941	\$0.361	\$7.116
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.944	N/A / N/R	N/A / N/R	\$4.509	N/A / N/R	N/A / N/R	\$4.843
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$2.227	\$1.326	N/A / N/R	\$1.122	\$0.013	\$0.022	\$0.962	\$0.460	\$0.336	\$0.671
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.046	N/A / N/R	\$0.149	\$0.412	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.873
\$1.331	\$0.360	N/A / N/R	\$0.550	\$0.394	\$0.011	\$2.109	\$0.782	\$1.135	\$0.985
\$1.531	\$0.003	\$0.062	\$0.123	\$0.008	\$0.023	\$1.814	\$0.832	\$0.883	\$0.791
\$0.001	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.695
\$1.029	\$2.529	\$3.542	\$143.334	\$93.625	\$3.006	\$19.449	\$10.991	\$5.896	\$5.669
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.700	\$17.095	\$6.225	N/A / N/R	\$1.529	\$1.529	N/A / N/R	\$5.183
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	\$4.538	\$6.745	\$102.796	\$38.741	\$39.698	\$27.991	\$24.542	\$2.237	\$8.108

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales				Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires
				Bilatérales (%)	Multilatérales		Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)			
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				
Botswana	2006	\$143.406	91.3%	8.1%	0.3%	N/A / N/R	0.4%	\$9.853	\$0.208	\$0.324
Botswana	2007	\$229.458	88.8%	10.5%	0.2%	N/A / N/R	0.4%	\$15.995	\$0.404	\$0.162
Burkina Faso	2006	\$43.275	22.3%	32.3%	6.7%	29.3%	9.4%	\$12.251	\$0.125	\$1.196
Cameroun <sup>1</sup>	2005	\$43.174	10.2%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	89.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Cameroun <sup>1</sup>	2006	\$33.938	17.7%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	82.3%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Cameroun <sup>1</sup>	2007	\$37.826	25.4%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	74.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Cap-Vert <sup>1</sup>	2006	\$0.800	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.209	N/A / N/R	N/A / N/R
Cap-Vert <sup>1</sup>	2007	\$1.791	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.856	\$0.242	N/A / N/R
République centrafricaine	2006	\$14.694	4.3%	0.0%	13.4%	69.2%	13.1%	\$2.032	N/A / N/R	N/A / N/R
Tchad <sup>1</sup>	2006	\$1.733	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Tchad <sup>1</sup>	2007	\$5.108	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Comores <sup>1</sup>	2007	\$0.150	100.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Congo	2007	\$16.151	31.1%	7.6%	29.1%	32.2%	0.0%	\$5.329	N/A / N/R	\$0.563
Côte d'Ivoire	2005	\$15.723	26.5%	37.6%	2.4%	26.8%	6.6%	\$3.998	\$0.037	\$0.354
Côte d'Ivoire	2006	\$39.130	12.0%	26.9%	0.8%	55.1%	5.2%	\$9.174	\$0.169	\$0.907
République démocratique du Congo <sup>1</sup>	2006	\$41.033	N/A / N/R	29.7%	25.0%	39.0%	6.3%	\$11.896	\$1.110	\$1.483
Erythrée	2005	\$15.412	4.1%	4.3%	23.4%	68.2%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Erythrée	2006	\$7.183	9.7%	0.0%	66.4%	23.9%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Erythrée	2007	\$7.793	9.7%	0.0%	50.6%	39.7%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Gabon	2007	\$9.691	58.9%	0.3%	25.4%	11.5%	3.9%	\$3.489	N/A / N/R	N/A / N/R
Gambie	2007	\$16.931	92.7%	0.0%	7.3%	N/A / N/R	0.0%	\$16.023	\$0.007	\$0.200
Ghana	2006	\$22.982	21.4%	7.9%	39.6%	2.3%	28.8%	\$7.198	\$3.659	\$0.454
Guinée-Bissau	2006	\$2.859	0.0%	2.9%	24.2%	69.8%	3.1%	\$0.183	N/A / N/R	N/A / N/R
Guinée-Bissau	2007	\$2.800	0.0%	7.3%	25.6%	63.7%	3.4%	\$0.490	N/A / N/R	N/A / N/R
Lesotho	2006	\$24.436	18.7%	28.5%	14.5%	30.3%	7.9%	\$3.170	\$0.224	\$1.962
Madagascar	2007	\$16.823	18.2%	14.0%	32.9%	34.9%	0.0%	\$10.407	N/A / N/R	N/A / N/R
Malawi <sup>1</sup>	2005	\$56.491	32.3%	0.0%	8.1%	N/A / N/R	59.5%	\$5.758	\$0.675	\$0.618
Mali	2006	\$26.773	32.3%	28.7%	22.2%	3.8%	13.0%	\$11.740	\$1.156	\$0.069
Maurice	2006	\$1.501	70.7%	0.0%	0.0%	29.3%	0.0%	\$0.506	\$0.008	\$0.045
Mozambique <sup>7</sup>	2005	\$58.246	19.8%	41.5%	0.0%	30.9%	7.7%	\$26.236	\$3.594	\$2.177
Mozambique <sup>7</sup>	2006	\$95.505	15.0%	46.8%	0.7%	31.4%	6.2%	\$31.555	\$4.811	\$2.413
Namibie <sup>1</sup>	2005	\$79.122	48.73%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	51.27%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Namibie <sup>1</sup>	2007	\$130.500	50.80%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	49.20%	\$18.639	N/A / N/R	N/A / N/R
Niger	2006	\$21.632	52.4%	6.6%	14.9%	26.0%	0.0%	\$21.632	\$19.982	\$0.002

## UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention		Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH	
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDII	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement		Traitement par antirétroviraux	Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination		Suivi et évaluation <sup>4</sup>
N/A / N/R	\$0.052	\$4.305	\$90.978	\$33.150	\$29.367	\$13.007	\$1.695	\$0.457	\$0.202
N/A / N/R	\$0.017	\$8.704	\$140.364	\$44.482	\$51.442	\$20.762	\$2.498	\$1.321	\$0.895
\$0.207	\$2.692	\$2.058	\$14.323	\$7.916	\$1.931	\$9.345	\$4.726	\$4.619	\$5.425
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.590	\$0.465	\$0.125	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.254	N/A / N/R	\$0.016	\$0.665	\$0.588	\$0.077	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$5.596	N/A / N/R	\$4.858	\$1.217	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.990
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.009	\$1.456	\$0.326	\$5.607	\$4.967	\$0.626	\$4.524	\$3.733	\$0.187	\$0.066
\$0.005	\$2.623	\$0.591	\$5.968	N/A / N/R	\$2.141	\$2.323	\$1.895	\$0.428	\$1.291
\$0.004	\$3.462	\$2.191	\$22.502	\$1.873	\$2.815	\$3.027	\$2.026	\$0.715	\$1.611
\$0.018	\$1.619	\$0.805	\$9.026	\$4.018	\$4.271	\$13.065	\$9.142	\$2.019	\$2.775
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.004	\$0.195	N/A / N/R	\$2.544	\$1.828	\$0.708	\$2.468	\$0.423	\$0.523	\$0.481
N/A / N/R	\$0.116	\$0.191	\$0.062	N/A / N/R	\$0.077	\$0.145	\$0.006	\$0.116	\$0.625
\$0.017	\$0.768	N/A / N/R	\$15.784	\$4.297	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.246	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$2.430
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.160	N/A / N/R	\$0.006	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.144
N/A / N/R	\$0.225	\$0.291	\$4.834	\$1.192	\$3.967	\$5.180	\$3.143	\$0.443	\$7.286
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$0.323	N/A / N/R	\$0.199	\$4.023	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.872
N/A / N/R	\$0.125	\$0.021	\$27.490	N/A / N/R	\$1.009	\$5.523	\$2.614	\$0.821	\$16.712
\$0.340	\$0.170	\$0.222	\$3.022	\$1.331	\$0.820	\$6.327	\$2.627	\$0.515	\$4.864
\$0.166	N/A / N/R	\$0.023	\$0.304	\$0.304	\$0.456	\$0.198	\$0.184	\$0.014	\$0.037
\$0.305	\$2.488	\$2.558	\$12.939	\$6.718	\$4.101	\$10.509	\$8.799	\$1.491	\$4.460
\$0.140	\$2.627	\$4.935	\$35.489	\$19.422	\$7.273	\$14.573	\$10.561	\$2.145	\$6.616
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$74.574	N/A / N/R	N/A / N/R	\$14.871	N/A / N/R	N/A / N/R	\$22.416
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R

UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Région/Pays (ou territoire)	Année de dépenses	Total des dépenses nationales et internationales en millions de US\$	Pourcentage par source de financement					Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)		
			Nationales publiques (%)	Internationales			Total pour la prévention	Communica- tion pour le changement social et comporte- mental	Conseil et dépistage volontaires	
				Bilatérales (%)	Multilatérales					
					Fonds mondial (%)	Nations Unies et toutes les autres multi- latérales (%)				Toutes les autres sources inter- nationales ou non spécifiées (%)
Nigéria <sup>3</sup>	2006	\$19.141	56.2%	0.3%	28.9%	14.6%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Nigéria <sup>3</sup>	2007	\$19.141	56.2%	0.3%	28.9%	14.6%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Rwanda <sup>5</sup>	2006	\$84.742	5.1%	0.0%	15.3%	17.3%	62.3%	\$20.651	\$4.002	\$4.656
Sénégal <sup>1</sup>	2006	\$11.935	48.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	51.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Sénégal <sup>1</sup>	2007	\$17.815	47.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	52.2%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Seychelles	2007	\$0.146	87.1%	0.0%	0.0%	12.9%	0.0%	\$0.146	N/A / N/R	N/A / N/R
Sierra Leone <sup>1</sup>	2006	\$7.760	4.2%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	95.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Sierra Leone <sup>1</sup>	2007	\$5.619	4.2%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	95.8%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Somalie <sup>1</sup>	2006	\$12.203	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Somalie <sup>1</sup>	2007	\$9.812	N/A / N/R	0.0%	59.9%	36.2%	3.9%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Afrique du Sud <sup>6</sup>	2006	\$575.680	74.0%	7.1%	14.0%	3.4%	1.5%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Afrique du Sud <sup>6</sup>	2007	\$621.623	77.3%	4.0%	13.0%	3.2%	2.6%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Swaziland	2006	\$49.113	39.8%	5.8%	31.0%	9.7%	13.6%	\$8.301	\$2.900	\$2.243
RU de Tanzanie	2005	\$266.371	40.6%	7.1%	14.2%	3.1%	35.0%	\$82.399	\$1.295	\$4.961
RU de Tanzanie <sup>1</sup>	2006	\$323.501	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Togo	2006	\$8.435	11.9%	3.9%	65.2%	10.5%	8.5%	\$6.320	\$1.245	\$1.584
Togo	2007	\$11.793	13.3%	4.4%	53.2%	11.8%	17.4%	\$8.632	\$1.790	\$1.688
Ouganda	2005	\$202.419	6.1%	77.3%	4.4%	4.8%	7.4%	\$37.841	\$12.707	\$12.006
Zambie	2006	\$189.930	15.3%	60.9%	12.9%	7.0%	3.9%	\$47.062	\$5.118	\$8.254
Zimbabwe <sup>1</sup>	2005	\$89.432	16.4%	71.9%	0.0%	11.7%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Zimbabwe <sup>1</sup>	2006	\$129.517	49.0%	32.4%	0.0%	18.6%	0.0%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
<b>Europe occidentale et centrale</b>										
Albanie	2005	\$2.377	46.7%	0.0%	0.0%	0.0%	53.3%	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
Pologne	2007	\$42.786	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$4.400	\$0.271	\$0.154
Suisse	2006	\$18.506	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	\$5.747	\$3.448	N/A / N/R
Ex-République yougoslave de Macédoine	2005	\$3.627	46.4%	0.0%	37.1%	13.24%	3.30%	\$2.939	\$0.173	\$0.281

## UNGASS Indicateur 1. Rapports des pays sur les dépenses sida par catégories et sources de financement

Total des dépenses VIH dans les services sélectionnés (en millions de US\$)

Prévention			Prise en charge et traitement		Orphelins et enfants vulnérables	Soutien aux programmes			Autres dépenses liées au VIH
Programmes pour les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, pour les HSH et programmes de réduction des risques pour les CDI	Préservatif, marketing social, fourniture de préservatifs secteur public et commercial et préservatifs féminins	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Total pour prise en charge et traitement	Traitement par antirétroviraux		Total pour le soutien au programme et à la gestion	Programme gestion, planification et coordination	Suivi et évaluation <sup>4</sup>	
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	\$0.657	\$2.089	\$25.500	\$6.337	\$7.034	\$25.311	\$18.412	\$0.358	\$6.247
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	\$0.713	\$0.344	\$9.384	\$6.244	\$15.027	\$6.866	\$3.136	\$0.963	\$9.535
\$0.044	\$1.735	\$3.499	\$63.340	\$8.031	N/A / N/R	\$48.277	\$24.976	\$0.108	\$72.355
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$0.083	\$0.093	\$0.153	\$0.552	\$0.247	\$0.164	\$1.033	\$0.622	\$0.144	\$0.365
\$0.113	\$0.681	\$0.239	\$0.862	\$0.386	\$0.257	\$1.471	\$0.936	\$0.225	\$0.571
\$0.079	\$0.154	\$5.705	\$85.149	\$59.231	\$13.716	\$44.878	\$12.906	\$10.855	\$20.835
\$0.117	\$1.385	\$17.864	\$89.306	\$38.992	\$8.300	\$27.052	\$5.441	\$5.898	\$18.211
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R
\$2.881	N/A / N/R	\$0.709	\$38.022	\$36.650	\$0.013	\$0.019	N/A / N/R	\$0.017	\$0.332
N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	N/A / N/R	\$1.264	\$0.805	\$0.460	\$11.494
\$2.071	\$0.016	N/A / N/R	\$0.107	\$0.039	N/A / N/R	\$0.395	\$0.256	\$0.082	\$0.186

**Notes:**

« N/A / N/R » signifie que les données sont soit « non applicables », soit « non enregistrées » ou que la dépense était \$0 mais que cela n'est pas clair dans le rapport national.

Cette annexe reflète les rapports de pays et clarifications reçus au 27 mai 2008.

<sup>1</sup> Ces chiffres sont des indications préliminaires et soumises à révision parce qu'il est nécessaire de s'assurer qu'ils sont à jour ou par manque de temps pour des clarifications, ou à cause de différences sur la période référencée, ou encore parce que des pays les ont donnés comme des estimations partielles.

<sup>2</sup> Pour 2007, le montant des dépenses internationales pour la Chine n'était pas disponible et seul figure ici le financement public national.

<sup>3</sup> Le Nigéria a enregistré deux années (2006 et 2007). La dépense a donc été divisée par deux et répartie également entre les deux années. Données sur les dépenses du PEPFAR non comprises.

<sup>4</sup> Suivi et évaluation incluent également la recherche opérationnelle, la sérosurveillance, la surveillance de la résistance médicamenteuse du VIH et les technologies de l'information.

<sup>5</sup> Les sources bilatérales ne comprennent pas US\$ 28,8 millions du PEPFAR qui ont été signalées dans le cadre du « Total des sources internationales ».

<sup>6</sup> Données sur les dépenses du PEPFAR non comprises.

<sup>7</sup> Inclut les dépenses bilatérales émanant de l'USAID mais non le financement en provenance des Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

**Indicateur UNGASS 3. Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité**

Pays (ou territoire)	Valeur de l'indicateur <sup>1</sup>
Afghanistan	39
Algérie	100
Antigua-et-Barbuda	33
Argentine	100
Arménie	100
Australie	100
Autriche	100 <sup>2</sup>
Bahamas	100
Bahreïn	100 <sup>2</sup>
Barbade	100
Bélarus	100
Belgique	100
Belize	100
Bénin	99
Bhoutan	50 <sup>2</sup>
Bolivie	88
Bosnie-Herzégovine	0
Botswana	100
Bulgarie	100
Burkina Faso	66
Burundi	100
Cambodge	97
Canada	100
Cap-Vert	61
République centrafricaine	76
Tchad	100
Chine	100
Colombie	100
Comores	100
Congo	100
Costa Rica	100
Côte d'Ivoire	100
Croatie	86
Cuba	100
Chypre	100
République tchèque	100 <sup>2</sup>
République démocratique du Congo	47
Dominique	100

**Indicateur UNGASS 3. Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité**

Pays (ou territoire)	Valeur de l'indicateur <sup>1</sup>
République dominicaine	100
Equateur	100
El Salvador	100
Erythrée	100
Estonie	100
Ethiopie	100
Fidji	100
Finlande	100
Gabon	100
Géorgie	0
Allemagne	100
Ghana	100
Grenade	91
Guatemala	100
Guinée	53
Guinée-Bissau	100
Guyana	100
Haïti	100
Honduras	46
Hongrie	100
Inde	100
Iran (République islamique d')	100
Irlande	100
Israël	100
Jamaïque	100
Japon	100
Jordanie	100
Kazakhstan	95
Kenya	100
Koweït	100 <sup>2</sup>
Kirghizistan	88
République démocratique populaire lao	100
Lettonie	100
Liban	100
Lesotho	100
Lituanie	100
Luxembourg	100 <sup>2</sup>
Madagascar	99

**Indicateur UNGASS 3. Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité**

Pays (ou territoire)	Valeur de l'indicateur <sup>1</sup>
Malawi	99
Malaisie	100
Maldives	0 <sup>2</sup>
Mali	94
Malte	100 <sup>2</sup>
Îles Marshall	100
Mauritanie	100
Maurice	100
Mexique	100
Moldova	74
Mongolie	72
Monténégro	100
Maroc	100
Mozambique	36
Namibie	100 <sup>2</sup>
Népal	100
Pays-Bas	100 <sup>2</sup>
Nouvelle-Zélande	100
Nicaragua	90
Niger	100
Nigéria	100
Norvège	100 <sup>2</sup>
Pakistan	87
Palaos	100
Panama	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	100
Paraguay	95
Pérou	99
Pologne	100 <sup>2</sup>
Republique de Corée	100 <sup>2</sup>
Roumanie	100
Rwanda	100
Saint-Kitts-et-Nevis	100
Sainte-Lucie	100
Saint-Vincent-et-les Grenadines	100
Samoa	100 <sup>2</sup>
Sao Tomé-et-Principe	0
Sénégal	78

**Indicateur UNGASS 3. Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité**

Pays (ou territoire)	Valeur de l'indicateur <sup>1</sup>
Serbie	100
Seychelles	100
Sierra Leone	100
Singapour	100
Slovénie	100
Afrique du Sud	100
Espagne	100
Sri Lanka	42
Suriname	100
Swaziland	100
Suède	100
Suisse	100
Tadjikistan	97
Thaïlande	99
Timor-Leste	58 <sup>2</sup>
Togo	85
Trinidad-et-Tobago	100
Tunisie	100
Turquie	100
Ouganda	100
Ukraine	0
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	100
République-Unie de Tanzanie	100
Uruguay	100
Zambie	100
Zimbabwe	100

<sup>1</sup> La collecte de données peut varier de 2005 à 2007.

<sup>2</sup> Données fournies par le Département Sécurité transfusionnelle de l'OMS.

## Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Albanie	50	...	...	...	45 <sup>6</sup>	...
Algérie	...	...	424	13 [6-24]	588 <sup>6</sup>	14 [7-26]
Andorre	...	...	...	...	24 <sup>6</sup>	...
Angola	3000	9 [2-16]	3000	8 [3-13]	6514 <sup>5</sup>	16 [6-23]
Antigua-et-Barbuda	0	...	40	60 <sup>13</sup>	114	...
Argentine	29500	70 [52->95]	30127	65 [49-90]	35211	71 [55->95]
Arménie	...	0 <sup>12</sup>	29	6 [4-8]	47	8 [5-12]
Azerbaïdjan	...	0 <sup>12</sup>	...	...	7	1 <sup>13</sup>
Bahamas	...	...	...	...	1252	48 [34-67]
Bangladesh	5	<1 [<1-1]	5	<1 [<1-<1]	59 <sup>3</sup>	3 [2-5]
Barbade	333	39 [29-52]	582	65 [48-86]	623	67 [50-90]
Bélarus	33	<1 [<1-1]	120	3 [2-4]	638	15 [11-22]
Belgique	...	94 <sup>12</sup>	...	...	6450 <sup>6</sup>	67 [39->95]
Belize	178	20 [12-35]	180	19 [12-33]	435 <sup>3</sup>	42 [27-68]
Bénin	2000	13 [11-17]	4673	28 [23-36]	7634 <sup>3</sup>	42 [35-53]
Bhoutan	5	... <sup>2</sup>	5	... <sup>2</sup>	19 <sup>6</sup>	... <sup>2</sup>
Bolivie	130	7 [5-10]	300	16 [11-22]	382	18 [13-25]
Bosnie-Herzégovine	13	10 <sup>12</sup>	29	...	19 <sup>5</sup>	...
Botswana	37000	44 [37-54]	59946	64 [55-76]	79490	76 [66-88]
Bésil	154000	74 [64-88]	174000	80 [69-95]	174270 <sup>5</sup>	78 [68-94]
Bulgarie	90	45	187	...	196	...
Burkina Faso	3000	7 [6-10]	8214	19 [15-25]	14079	31 [25-39]
Burundi	3000	6 [5-8]	6416	13 [10-18]	8048	17 [13-23]
Cambodge	5000	14 [11-18]	12396	34 [28-44]	20131	54 [45-66]
Cameroun	14000	9 [7-11]	23820	14 [11-18]	28403	16 [13-21]
Canada	...	...	...	...	21000 <sup>6</sup>	...
Cap-Vert	...	...	215	...	223	...
République centrafricaine	1000	3 [2-3]	1647	4 [3-5]	2782	6 [5-8]
Tchad	300	1 [<1-1]	5275	11 [6-18]	5500	11 [7-16]
Chili	9000	>95 [74->95]	6964	67 [51-89]	7782	68 [52-90]
Chine	9000	7 [5-11]	19282	13 [9-20]	31140 <sup>6</sup>	19 [12-29]
Colombie	12000	28 [19-40]	13000	27 [19-39]	17540	34 [24-48]
Comores	200	... <sup>2</sup>	...	...	5	>95 <sup>13</sup>
Congo	464	2 [1-2]	2967	11 [9-14]	3186	12 [10-15]
Costa Rica	2000	>95 [83->95]	2717	>95 [88->95]	2866	>95 [75->95]
Côte d'Ivoire	5000	3 [2-4]	18533	10 [8-13]	36348	19 [16-25]
Croatie	204	>95 <sup>12</sup>	247	...	291 <sup>5</sup>	...
Cuba	2000	>95 [>95->95]	2079	>95 [>95->95]	1711	>95 [76->95]

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>18</sup>	Total des besoins indiqués par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
...	...	12	62	74	Déc 07	74	...	...	...
...	...	45	884	929	Oct 07	993 <sup>3</sup>	20 [10-36]	4900 [2700-10000]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	363 <sup>8</sup>	10877 <sup>8</sup>	11540	Déc 07	11540	25 [11-35]	47000 [33000-110000]	45287
14	16	...	...	30	Sep 07	148 <sup>3</sup>	...	...	161
22557	15685	3654	34588	38242	Déc 07	38242	73 [57->95]	53000 [38000-67000]	38242
52	26	4	74	78	Déc 07	78	12 [8-17]	660 [<500-1000]	860
...	...	0	81	81	Déc 07	81	14 [6-24]	580 [<500-1300]	...
577	667	98	1146	1244	Sep 07	1244	43 [31-64]	2900 [1900-4100]	2083
...	...	...	...	178	Déc 07	178	7 [4-12]	2400 [1500-4000]	1125
358 <sup>7</sup>	302 <sup>7</sup>	17 <sup>15</sup>	...	660	Juin 07	660 <sup>7</sup>	73 [56->95]	980 [730-1300]	772
655	229	69	815	884	Déc 07	884	20 [14-29]	4300 [3000-6200]	1210
...	...	...	...	...	...	...	...	10000 [6100-18000]	...
263	295	65	493	558	Déc 07	558	49 [32-76]	1100 [740-1700]	4131
...	...	542	9223	9765	Déc 07	9765	49 [41-60]	20000 [16000-24000]	21706
10	8	0	18	18	Déc 07	18	... <sup>2</sup>	<100 [<100-<100]	...
345	151	22	474	496	Déc 07	496	22 [16-30]	2300 [1700-3100]	1055
22	8	1	29	30	Déc 07	30	...	...	30
32623 <sup>8</sup>	50795 <sup>8</sup>	9496 <sup>8</sup>	73922 <sup>8</sup>	92932	Déc 07	92932	79 [69->95]	120000 [100000-130000]	110000
109057	71943	6815	174185	181000	Déc 07	181000	80 [69->95]	230000 [190000-260000]	...
150	71	3	218	221	Déc 07	221	...	...	...
5084	10804	629 <sup>14</sup>	15259	15888	Sep 07	16938 <sup>3</sup>	35 [29-43]	48000 [39000-58000]	47942
3486	7408	1198	9696	10894	Déc 07	10894	23 [18-31]	47000 [35000-59000]	23532
13118	13546	2541	24123	26664	Déc 07	26664	67 [57-80]	40000 [34000-47000]	29200
16036	29781	1694	44123	45817	Déc 07	45817	25 [21-32]	180000 [140000-220000]	86453
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
125	166	23	268	291	Déc 07	291	...	...	1028
3215	4822	380 <sup>14</sup>	5876 <sup>10</sup>	8037	Sep 07	9591 <sup>3</sup>	21 [18-27]	45000 [36000-54000]	36920
2738	4662	148	7252	7400	Déc 07	7400	13 [9-18]	55000 [41000-79000]	21000
8495	1728	...	...	10223	Déc 07	10223	82 [64->95]	12000 [9100-16000]	9023
19245 <sup>8,10</sup>	15148 <sup>8,10</sup>	766 <sup>8</sup>	33846 <sup>8</sup>	35112	Déc 07	35112	...	...	...
...	...	3 <sup>15</sup>	...	...	...	...	...	54000 [39000-78000]	...
4	3	1	6	7	Déc 07	7	... <sup>2</sup>	<100 [<100-<100]	8
1886	2830	462	4254	4716	Sep 07	4956 <sup>3</sup>	17 [14-21]	29000 [23000-35000]	11895
...	...	...	...	2952	Déc 07	2952 <sup>6</sup>	>95 [64->95]	2800 [1600-4600]	3060
12349 <sup>8</sup>	22525 <sup>8</sup>	1785 <sup>8</sup>	33089 <sup>8</sup>	46007	Sep 07	51812 <sup>3</sup>	28 [23-35]	190000 [150000-230000]	165448
...	...	...	...	310	Juin 07	322 <sup>3</sup>	...	...	...
...	...	17	3089	3106	Déc 07	3106	>95 [>95->95]	1400 [760-2500]	1887

## Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Chypre	...	...	...	...	...	...
République tchèque	270	34 [18-57]	322	37 [19-62]	570 <sup>6</sup>	60 [32->95]
République démocratique du Congo	4000	4 [3-5]	7721	7 [6-9]	17561	15 [13-19]
Djibouti	200	6 [4-9]	350	9 [6-13]	598 <sup>3</sup>	14 [11-20]
Dominique	5	...	21	37 <sup>13</sup>	37	...
République dominicaine	1000	5 [4-7]	2582	12 [10-17]	5001	24 [19-31]
Equateur	1000	16 [9-28]	1567	23 [14-41]	1745 <sup>3</sup>	24 [14-43]
Egypte	58	4 [3-5]	200	11 [8-16]	205 <sup>6</sup>	10 [7-14]
El Salvador	2000	23 [2-76]	2873	31 [3-65]	4712	46 [6-75]
Guinée équatoriale	5	<1 [<1-<1]	5	<1 [<1-<1]	414 <sup>3</sup>	14 [10-19]
Erythrée	50	<1 [<1-<1]	563	6 [4-10]	1175	12 [8-19]
Estonie	76	12 [4-33]	201	19 [7-48]	495	33 [15-76]
Ethiopie	11000	4 [3-5]	20477	7 [6-9]	53720	18 [15-23]
Fidji	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	95 <sup>12</sup>	...	...	450 <sup>6</sup>	54 <sup>13</sup>
France	...	...	...	...	...	64 <sup>13</sup>
Gabon	2000	20 [13-31]	2000	17 [12-26]	5278	39 [28-56]
Gambie	150	9 [5-19]	150	8 [5-16]	400 <sup>3</sup>	19 [11-38]
Géorgie	83	8 <sup>12</sup>	140	>95 <sup>13</sup>	267	69 <sup>13</sup>
Allemagne	...	95 <sup>12</sup>	...	...	27000 <sup>6</sup>	...
Ghana	2000	3 [2-3]	4328	5 [4-7]	9882 <sup>3</sup>	12 [9-15]
Grèce	...	...	...	...	3426	...
Grenade	...	...	...	...	33	...
Guatemala	4000	24 [17-37]	5632	32 [22-46]	6030	31 [22-44]
Guinée	1000	7 [5-11]	2101	13 [9-19]	4699	26 [19-36]
Guinée-Bissau	...	...	62	2 [1-2]	349	9 [6-13]
Guyana	500	12 [8-17]	1200	29 [19-41]	1569	37 [26-51]
Haïti	3000	10 [8-13]	6896	22 [17-28]	8796	26 [21-33]
Honduras	3000	27 [11-53]	4305	39 [19-70]	4674	41 [22-66]
Hongrie	300	20 [11-33]	402	24 [14-39]	412	22 [13-37]
Inde	28000	3 [2-7]	51888	6 [4-11]	90597	10 [7-16]
Indonésie	3000	19 [8->95]	3520	14 [7-69]	5100	15 [7-41]
Iran (République islamique d')	...	...	420	3 [2-4]	525 <sup>3</sup>	3 [2-5]
Iraq	...	...	75	...	0 <sup>6</sup>	...
Israël	...	...	...	...	2431	61 <sup>13</sup>
Jamaïque	500	7 [5-11]	1456	20 [14-29]	2633	33 [25-48]
Japon	...	...	...	...	48	...
Jordanie	40	21 <sup>12</sup>	45	...	45 <sup>6</sup>	...

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>18</sup>	Total des besoins indiqué par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
117	34	1	150	151	Déc 07	151	...	...	154
...	...	...	...	570	Juin 07	570 <sup>6</sup>	56 [30->95]	1000 [590-1900]	...
...	...	1632 <sup>15</sup>	...	14678	Juin 07	28925 <sup>3</sup>	24 [20-29]	[99000-150000]	347490
343	362	25	680	705	Déc 07	705 <sup>6</sup>	16 [12-21]	4500 [3300-5900]	...
9 <sup>7</sup>	28 <sup>7</sup>	2	37	39	Déc 07	39	...	...	53
3661	3803	589	7610	8199	Déc 07	8199	38 [31-48]	22000 [17000-27000]	21780
...	...	252	2962	3214	Déc 07	3214	42 [25-71]	7600 [4500-13000]	7632
...	...	18 <sup>15</sup>	...	209	Déc 07	209 <sup>6</sup>	9 [7-13]	2200 [1600-3100]	...
2136 <sup>10</sup>	2315 <sup>10</sup>	693 <sup>10</sup>	3758 <sup>10</sup>	5773	Déc 07	5773	51 [9-74]	11000 [7800-63000]	4840
...	...	...	...	859	Sep 07	985 <sup>3,6</sup>	31 [23-43]	3100 [2300-4300]	...
...	...	65	1236	1301	Déc 07	1301	13 [9-20]	10000 [6700-15000]	12940
...	...	...	...	772	Déc 07	772	38 [19-81]	2000 [960-4100]	...
40138	50074	4534	85678	90212	Déc 07	90212	29 [25-36]	310000 [250000-370000]	258284
...	...	1	27	28	Déc 07	28 <sup>6</sup>	... <sup>2</sup>	<200 [<100-<200]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	1000 [600-1800]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	88000 [51000-140000]	...
2886	3487	73	6300	6373	Déc 07	6373	42 [30-60]	15000 [11000-21000]	14598
...	...	...	...	423	Sep 07	431 <sup>3</sup>	18 [12-37]	2300 [1200-3700]	4787
239	95	15	319	334	Nov 07	343 <sup>3</sup>	... <sup>2</sup>	<500 [<200-<500]	476
...	...	...	...	...	...	...	...	35000 [20000-64000]	...
...	...	576	12781	13357	Déc 07	13357	15 (13-19)	87000 (69000-110000)	74060
...	...	...	...	...	...	...	...	6400 [3500-11000]	...
24 <sup>7</sup>	21 <sup>7</sup>	2	45	47	Déc 07	47	...	...	129
...	...	597	7215	7812	Déc 07	7812	37 [28-51]	21000 [15000-28000]	11113
2296	2932	307	4921	5228	Sep 07	5660 <sup>5</sup>	27 [21-37]	21000 [15000-27000]	23250
321	569	41	849	890	Déc 07	890	20 [13-30]	4400 [2900-6600]	3171
894	1071	162	1803	1965	Déc 07	1965	45 [33-61]	4300 [3200-6000]	3240
6240	8274	439	...	14514	Déc 07	14514	41 [33-51]	36000 [29000-43000]	27738
...	...	751	4829	5580	Déc 07	5580	47 [29-71]	12000 [7900-19000]	9916
381	71	7	445	452	Déc 07	452	22 [13-38]	2000 [1200-3600]	...
73061 <sup>8</sup>	40888 <sup>8</sup>	8887 <sup>8</sup>	114133 <sup>8</sup>	158020	Déc 07	158020	... <sup>9</sup>	...	...
...	...	19 <sup>15</sup>	...	...	...	6600 <sup>6</sup>	15 [8-28]	43000 [23000-84000]	...
697	132	21	808	829	Sep 07	945 <sup>3</sup>	5 [4-7]	19000 [13000-26000]	8730
0	0	0	0	0	Déc 07	0	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	2400 [1200-6100]	...
...	...	336 <sup>15</sup>	...	3637	Déc 07	3637	43 [32-60]	8500 [6000-11000]	6000
...	...	...	...	...	...	...	...	6300 [4600-7200]	...
42	11	4	49	53	Déc 07	53	...	...	...

## Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Kazakhstan	7	<1 [ $<1-5$ ]	240	23 [12-62]	326	23 [13-39]
Kenya	29000	6 [5-8]	65773	14 [12-19]	125026	27 [22-36]
Kiribati	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	...	...	46	... <sup>2</sup>	47	23 <sup>13</sup>
Republique démocratique populaire lao	104	... <sup>2</sup>	104	... <sup>2</sup>	479	94 [48->95]
Lettonie	202	25 [9-38]	235	19 [9-29]	301 <sup>6</sup>	18 [10-27]
Liban	...	...	200	28 [11-54]	213	25 [10-46]
Lesotho	3000	4 [3-5]	8400	11 [9-14]	17667 <sup>3</sup>	22 [18-29]
Libéria	...	...	397	5 [2-8]	796 <sup>3</sup>	10 [4-14]
Jamahiriya arabe libyenne	100	...	450	...	...	...
Lituanie	37	55 <sup>12</sup>	55	... <sup>2</sup>	75 <sup>5</sup>	79 <sup>13</sup>
Luxembourg	...	...	...	... <sup>2</sup>	312 <sup>6</sup>	... <sup>2</sup>
Madagascar	6	<1 [ $<1-1$ ]	6	<1 [ $<1-1$ ]	92 <sup>3</sup>	3 [2-5]
Malawi	13183	5 [4-7]	29087	11 [9-14]	59980	21 [18-27]
Malaisie	2700	23 [16-33]	2700	19 [13-26]	...	...
Maldives	...	...	...	... <sup>2</sup>	1 <sup>6</sup>	... <sup>2</sup>
Mali	808	4 [3-5]	7038	28 [22-38]	11508	42 [33-54]
Malte	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	39	2 [1-4]	...	...	256	8 [5-15]
Maurice	120	...	120	18 [8-40]	243	24 [13-42]
Mexique	29000	45 [31-67]	30624	45 [31-64]	39295	54 [38-77]
Micronésie (Etats fédérés de)	...	...	...	0 <sup>13</sup>	...	...
Moldova	120	8 <sup>12</sup>	222	... <sup>2</sup>	262	48 <sup>13</sup>
Mongolie	...	...	...	...	2	13 <sup>13</sup>
Monténégro	...	...	...	...	26	...
Maroc	465	13 [9-19]	880	22 [14-31]	1370	29 [20-42]
Mozambique	7000	3 [2-3]	19854	7 [5-9]	40891 <sup>3</sup>	12 [10-16]
Myanmar	2000	3 [2-4]	3500	5 [3-7]	5295 <sup>3</sup>	7 [5-10]
Namibie	9000	22 [17-28]	29200	62 [50-80]	33593	64 [52-81]
Nauru	...	...	...	... <sup>2</sup>	...	...
Népal	75	<1 [ $<1-1$ ]	75	<1 [ $<1-1$ ]	541 <sup>3</sup>	3 [2-4]
Pays-Bas	...	>95 <sup>12</sup>	...	...	...	...
Nicaragua	33	3 [1-4]	163	13 [4-19]	387	26 [9-38]
Niger	...	...	609	5 [3-6]	1168	8 [6-11]
Nigéria	13000	2 [ $<1-3$ ]	41224	6 [3-9]	95008	13 [8-19]
Oman	100	...	225	...	...	...
Pakistan	100	<1 [ $<1-1$ ]	132	<1 [ $<1-1$ ]	167 <sup>3</sup>	<1 [ $<1-1$ ]

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>18</sup>	Total des besoins indiqué par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
283	159	71	371	442	Déc 07	442	23 [14-36]	1900 [1200-3200]	1078
60200 <sup>8</sup>	111800 <sup>8</sup>	15090 <sup>8</sup>	156910 <sup>8</sup>	177000	Déc 07	177000	38 [31-48]	[370000-570000]	407000
...	...	...	...	5	Déc 07	5	...	...	...
67	20	26	61	87	Déc 07	87	14 [8-26]	610 [<500-1100]	345
427	273	36	664	700	Déc 07	700	>95 [59->95]	690 [<200-1200]	1182
...	...	...	...	323	May 07	323	15 [9-22]	2200 [1500-3400]	...
192	54	9	237	246	Déc 07	246	26 [11-45]	940 [550-2300]	432
7582	14128	1553	20157	21710	Déc 07	21710	26 [21-33]	85000 [66000-100000]	84791
...	...	92 <sup>15</sup>	...	1414	Déc 07	1414 <sup>6</sup>	17 [9-23]	8500 [6100-17000]	...
...	...	...	...	1000	Déc 07	1000 <sup>6</sup>	...	...	...
81	17	1	97	98	Déc 07	98	18 [8-31]	550 [<500-1200]	131
...	...	...	...	...	...	...	... <sup>2</sup>	<500 [<500-770]	...
...	...	...	...	138	Déc 07	138	4 [3-7]	3200 [2000-5400]	1206
51204 <sup>8,11</sup>	79284 <sup>8,11</sup>	10238 <sup>8,11,14</sup>	120250 <sup>8,11</sup>	100649	Déc 07	100649	35 [29-42]	290000 [240000-340000]	252720
...	...	500 <sup>15</sup>	...	6590	Oct 07	6762 <sup>3</sup>	35 [24-49]	20000 [14000-28000]	13080
...	...	...	...	...	...	1 <sup>6</sup>	... <sup>2</sup>	<100 [<100-<100]	...
4369	7803	579	11593	12172	Nov 07	12398 <sup>3</sup>	41 [32-51]	30000 [24000-38000]	31198
...	...	...	...	65	Juin 07	65 <sup>6</sup>	... <sup>2</sup>	<500 [<500-640]	...
...	...	...	...	1	Déc 07	1	...	...	...
469	370	23	816	839	Déc 07	839	23 [13-40]	3600 [2100-6300]	1627
...	...	...	...	321	Déc 07	321	22 [14-32]	1500 [1000-2400]	1200
...	...	...	...	...	...	...	...	76000 [54000-110000]	...
...	...	...	...	1	Déc 07	1	...	...	...
261	203	19	445	464	Déc 07	464	58 [43-86]	800 [540-1100]	856
3	0	0	3	3	Déc 07	3	... <sup>2</sup>	<100 [<100-<100]	26
...	...	1 <sup>15</sup>	...	...	...	...	...	...	...
867	781	58	1590	1648	Déc 07	1648	31 [21-44]	5300 [3700-7900]	2230
32990	52832	6320	79502	85822	Nov 07	89592 <sup>3</sup>	24 [20-31]	370000 [290000-460000]	294986
6634	4466	...	...	11100	Déc 07	11100	15 [11-20]	76000 [55000-100000]	...
13783	25939	5283	34439	52316	Déc 07	52316	88 [73->95]	59000 [48000-72000]	56239
...	...	...	...	...	...	0 <sup>6</sup>	...	...	...
762	478	51	1189	1240	Sep 07	1432 <sup>3</sup>	7 [5-11]	20000 [13000-30000]	19200
...	...	...	...	7919	Avr 07	7919 <sup>6</sup>	61 [36->95]	13000 [7100-22000]	...
336	186	45	477	522	Déc 07	522	30 [11-43]	1700 [1200-4700]	1233
723	751	62 <sup>14</sup>	1412	1474	Oct 07	1536 <sup>3</sup>	10 [7-13]	16000 [12000-22000]	8929
40643 <sup>8,10</sup>	65429 <sup>8,10</sup>	15345 <sup>8,10</sup>	61381 <sup>8,10</sup>	145392	Sep 07	197000 <sup>3</sup>	26 [17-36]	750000 [550000-1100000]	...
200	60	...	...	260	Déc 07	260 <sup>6</sup>	...	...	...
415	135	21	529	550	Déc 07	550	3 [2-4]	20000 [13000-34000]	7400

## Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Palaos	...	...	...	33 <sup>13</sup>	2	...
Panama	2000	33 [25-44]	2765	43 [33-57]	2835	42 [32-54]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	171	7 [6-9]	320	10 [9-12]	1098	26 [22-31]
Paraguay	300	10 [5-18]	640	18 [10-32]	1026 <sup>3</sup>	25 [13-43]
Pérou	2000	12 [9-16]	6410	35 [26-47]	8424	42 [31-54]
Philippines	71	4 <sup>12</sup>	...	...	170	24 [17-35]
Pologne	2000	35 [20-59]	2707	39 [22-66]	3072	38 [21-64]
Roumanie	6000	82 [70->95]	6116	77 [66->95]	6790	81 [69->95]
Fédération de Russie	3000	4 [2-7]	5000	5 [2-7]	14681	10 [6-15]
Rwanda	7000	10 [9-13]	19289	29 [24-36]	34636	52 [45-63]
Saint-Kitts-et-Nevis	24	...	32	...	39	...
Sainte Lucie	20	...	50	81 <sup>13</sup>	50	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	32	...	64	>95 <sup>13</sup>	80 <sup>3</sup>	...
Samoa	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	...	...	17	...	51	...
Sénégal	1600	26 [18-38]	4200	54 [40-75]	5500	57 [44-75]
Serbie	317	11 [6-19]	580	19 [9-32]	608	18 [9-31]
Seychelles	43	...	43	...	82	...
Sierra Leone	...	...	210	2 [1-4]	1416	12 [7-19]
Slovaquie	65	95 <sup>12</sup>	65	...	96 <sup>6</sup>	...
Slovénie	...	...	...	...	147	...
Îles Salomon	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	35	<1 [<1-1]	111	2 [1-4]
Afrique du Sud	55000	4 [3-6]	206718	15 [12-20]	324754 <sup>3</sup>	21 [17-28]
Espagne	...	92 <sup>12</sup>	...	...	77500 <sup>6</sup>	...
Sri Lanka	25	4 [3-6]	25	4 [3-5]	69	10 [7-14]
Soudan	400	<1 [<1-<1]	400	<1 [<1-<1]	... <sup>17</sup>	...
Suriname	220	25 [12-63]	391	36 [20-70]	460	35 [22-60]
Swaziland	6000	14 [12-17]	13006	27 [23-34]	18493 <sup>3</sup>	35 [30-42]
Suède	...	95 <sup>12</sup>	...	...	2800	74 <sup>13</sup>
République arabe syrienne	468	...	60	...	...	...
Tadjikistan	...	0 <sup>12</sup>	5	<1 [<1-7]	37	4 [2-10]
Thaïlande	50000	21 [15-30]	81158	34 [26-47]	112196 <sup>3</sup>	46 [35-62]
Ex-République yougoslave de Macédoine	2	20 <sup>12</sup>	7	...	11	...
Togo	2000	6 [4-8]	6545	18 [14-23]	6993	18 [14-23]
Trinité-et-Tobago	1000	28 [19-43]	1700	46 [30-70]	2113	53 [36-78]
Tunisie	...	...	229	31 [21-45]	298	33 [23-46]
Turquie	250	...	344	...	685	...

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>18</sup>	Total des besoins indiqué par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
1	2	0	3	3	Déc 07	3	...	...	3
...	...	167	...	3994	Déc 07	3994	56 [43-71]	7200 [5600-9300]	6500
1037	1213	185	2065	2250	Déc 07	2250	38 [33-45]	5900 [5000-6800]	6348
678 <sup>7</sup>	271 <sup>7</sup>	104	949	1053	Nov 07	1056 <sup>3</sup>	22 [12-37]	4800 [2900-8800]	3066
...	...	322 <sup>10</sup>	7721 <sup>10</sup>	10860	Déc 07	10860 <sup>6</sup>	48 [36-62]	23000 [17000-30000]	...
134	202	4	332	336	Déc 07	336	31 [22-45]	1100 [740-1500]	600
2 392	990	118	3264	3382	Déc 07	3382 <sup>6</sup>	36 [20-62]	9300 [5500-17000]	4390
3231 <sup>10</sup>	3187 <sup>10</sup>	196	6304	6500	Déc 07	6500	73 [62->95]	8900 [5400-10000]	6418
...	...	...	...	31094	Déc 07	31094	16 [10-25]	190000 [120000-300000]	33365
17980 <sup>8</sup>	30089 <sup>8</sup>	4350 <sup>8</sup>	43719 <sup>8</sup>	48069	Déc 07	48569	71 [62-84]	68000 [58000-78000]	...
...	...	...	...	...	...	53 <sup>6</sup>	...	...	...
40	32	2	70	72	Sep 07	78 <sup>3</sup>	...	...	384
...	...	...	...	...	...	104 <sup>6</sup>	...	...	...
...	...	...	...	6	Déc 07	6 <sup>6</sup>	...	...	...
27	47	2	72	74	Déc 07	74	...	...	300
2220	4479	384	6315	6699	Déc 07	6699	56 [44-70]	12000 [9600-15000]	10465
...	...	...	...	628	May 07	628	17 [8-30]	3700 [2100-7700]	...
...	...	...	...	...	...	94	20 [13-30]	...	...
...	...	...	...	2649	Déc 07	2649	...	13000 [9000-20000]	596
79 <sup>10</sup>	17 <sup>10</sup>	0	98	98	Juin 07	98	...	...	...
...	...	...	...	157	Juil 07	157	...	...	...
...	...	...	...	3	Déc 07	3 <sup>6</sup>	...	...	...
86	125	5	206	211	Déc 07	211	3 [2-6]	6300 [3500-11000]	5284
73882 <sup>8,16</sup>	130401 <sup>8,16</sup>	32060 <sup>8,10</sup>	339671 <sup>8,10</sup>	428951	Sep 07	458951 <sup>3</sup>	28 [22-36]	1700000 [1300000-2100000]	889000
...	...	...	...	...	...	...	...	100000 [54000-170000]	...
...	...	...	...	107	Déc 07	107	14 [10-20]	780 [540-1100]	776
...	...	...	...	...	Déc 07	... <sup>17</sup>	1 [1-2]	87000 [58000-120000]	...
...	...	58 <sup>10</sup>	650 <sup>10</sup>	729	Déc 07	729	46 [30-74]	1600 [980-2400]	...
7702	12908	2123	22412	24535	Déc 07	24535	42 [36-50]	59000 [49000-68000]	58249
...	...	...	...	...	...	...	...	4500 [2500-8100]	784
57	18	4	71	75	Déc 07	75 <sup>6</sup>	...	...	...
57	29	4	82	86	Déc 07	86	6 [4-11]	1300 [750-2400]	79
...	...	6687 <sup>8</sup>	126852 <sup>8</sup>	143539	Sep 07	152974 <sup>3</sup>	61 [47-81]	250000 [190000-320000]	252387
4	11	1	14	15	Déc 07	15	...	...	...
2793	5187	559	7421	7980	Déc 07	7980	19 [15-24]	41000 [33000-52000]	26232
...	...	...	...	2592	Déc 07	2592	58 [41-82]	4500 [3100-6300]	...
...	...	...	...	...	...	...	...	1000 [760-1500]	...
...	...	9 <sup>15</sup>	...	...	...	...	...	...	...

## Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006	
	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>1</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Toute personne sous traitement <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)
Ouganda	44000	12 [9-15]	74869	21 [16-26]	96294 <sup>3</sup>	27 [22-33]
Ukraine	1000	2 [2-3]	3450	5 [4-7]	4777	6 [5-8]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	92 <sup>12</sup>	...	...	36000 <sup>5</sup>	>95 <sup>13</sup>
République-Unie de Tanzanie	3000	<1 [<1-<1]	21543	5 [4-6]	60342	14 [12-18]
Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	70 <sup>13</sup>	...	...
Uruguay	900	48 [8->95]	1427	64 [14->95]	1495 <sup>6</sup>	55 [17->95]
Ouzbékistan	...	...	...	...	259 <sup>6</sup>	30 [12-66]
Vanuatu	...	...	...	...	2 <sup>6</sup>	...
Venezuela (République bolivarienne du)	9000	45 [8-79]	15417	64 [14->95]	...	53 [16-88]
Viet Nam	300	<1 [<1-1]	3000	6 [4-10]	8310	14 [9-23]
Yémen	...	...	...	...	0 <sup>6</sup>	...
Zambie	20000	7 [6-9]	48585	16 [13-20]	82030	26 [22-32]
Zimbabwe	8000	1 [1-2]	24500	4 [3-5]	66920	11 [9-15]

<sup>1</sup> Les valeurs pour 2004 et 2005 sont celles qui ont été déclarées à l'OMS, sauf indication contraire. Dans certains cas, lorsque des données pour 2005 n'étaient pas disponibles, les valeurs pour 2004 ont été utilisées.

<sup>2</sup> Les chiffres de couverture ne sont pas calculés pour les pays dont le besoin est estimé à moins de 500.

<sup>3</sup> Valeur projetée à décembre (voir notes de l'annexe concernant les méthodes).

<sup>4</sup> Valeurs harmonisées par l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF au cours de consultations avec les pays, sauf indication contraire.

<sup>5</sup> Le pays a déclaré une valeur différente à l'ONUSIDA : Angola = 7941 ; Bosnie-Herzégovine = 33 ; Brésil = 184252 ; Croatie = 73 ; Lituanie = 84 ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord = 324000.

<sup>6</sup> Aucune donnée reçue par l'ONUSIDA ; les valeurs ont été fournies par l'OMS. Les valeurs sont données à la fin décembre, à l'exception des pays suivants pour 2006 : Albanie = Oct. ; Algérie = Nov. ; Belgique = Avr. ; Canada = Sept. ; Finlande = Août ; Iraq = Juin ; Jordanie = Sept. ; Uruguay = Sept. ; Vanuatu = Oct. ; Yémen = Sept.

<sup>7</sup> Les données concernent les adultes uniquement.

<sup>8</sup> Les valeurs 2007 ventilées selon l'âge et le sexe ne comprennent pas les données du secteur privé.

<sup>9</sup> Au moment de mettre sous presse, les estimations épidémiologiques étaient en train d'être examinées.

<sup>10</sup> Les données non ventilées peuvent ne pas correspondre au total déclaré car les informations relatives au sexe et à l'âge peuvent manquer pour certains patients. Il est à noter que cela peut ne pas représenter exactement la distribution nationale selon l'âge et le sexe pour le traitement antirétroviral, car les données manquantes peuvent ne pas être réparties de façon homogène entre le sexe et l'âge.

<sup>11</sup> Valeur cumulative déclarée par pays, ne tenant pas compte des personnes perdues de vue, n'ayant pas fait l'objet d'un suivi ou décédées.

<sup>12</sup> Source différente : valeur pour 2003 déclarée à l'ONUSIDA pour le rapport UNGASS 2004.

<sup>13</sup> Source différente : valeur déclarée à l'ONUSIDA seulement.

<sup>14</sup> La valeur déclarée à l'UNICEF diffère de celle déclarée par le pays.

<sup>15</sup> Valeur déclarée à l'UNICEF pour décembre, à l'exception de la Jamaïque et du Libéria, dont les valeurs ont été déclarées pour septembre.

<sup>16</sup> Pour l'Afrique du Sud, la valeur du pays pour les hommes est de 167278 et pour les femmes de 204452.

<sup>17</sup> Les données ont été déclarées séparément pour le Nord Soudan et le Sud Soudan : Nord Soudan Déc. 2006 = 807, Déc. 2007 = 775 ; Sud Soudan Déc. 2006 = 161, Sept. 2007 = 303.

<sup>18</sup> Les estimations sont données en chiffres arrondis. Toutefois, des chiffres non arrondis ont été utilisés pour le calcul des taux de couverture, des totaux mondiaux et régionaux ; c'est la raison pour laquelle il peut y avoir de faibles écarts entre les chiffres présentés ici et ceux qui ont été calculés à l'aide de chiffres non arrondis.

Indicateur UNGASS 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et traités par antirétroviraux									
2007									
Toute personne sous traitement				Total des personnes traitées par antirétroviraux déclaré par les pays	Mois et année de la valeur déclarée par le pays	Nombre de personnes traitées par antirétroviraux à fin 2007 <sup>4</sup>	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et traitées par antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut)	Total des besoins estimé par la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>18</sup>	Total des besoins indiqué par le pays à l'UNGASS
Masculin	Féminin	Ensemble < 15 ans	Ensemble > 15 ans						
30 943 <sup>10</sup>	52606 <sup>10</sup>	8532	102700	111232	Sep 07	115348 <sup>3</sup>	33 [27-40]	350000 [290000-430000]	312000
4111	3546	908	6749	7657	Déc 07	7657	8 [7-11]	91000 [69000-120000]	21770
...	...	...	...	...	...	...	...	35000 [20000-58000]	...
30100 <sup>10</sup>	53346 <sup>10</sup>	11176	124520	135696	Déc 07	135696	31 [26-38]	440000 [360000-530000]	1867918
...	...	...	...	...	...	...	...	780000 [440000-1300000]	...
...	...	...	...	1776	Déc 07	1776	56 [23->95]	3100 [1700-7800]	1970
...	...	225 <sup>15</sup>	...	...	...	319 <sup>6</sup>	24 [9-51]	1400 [630-3500]	...
...	...	...	...	2	Déc 07	2 <sup>6</sup>	...	...	...
...	...	...	...	...	...	15417 <sup>6</sup>	44 [17-75]	35000 [21000-89000]	...
6872 <sup>10</sup>	2118 <sup>10</sup>	789	14180	14969	Sep 07	17354 <sup>3</sup>	26 [17-42]	67000 [41000-110000]	49960
69	38	1	106	107	Déc 07	107 <sup>6</sup>	...	...	...
65648 <sup>8</sup>	83551 <sup>8</sup>	11602 <sup>8</sup>	137597 <sup>8</sup>	149199	Déc 07	151199	46 [40-56]	330000 [270000-380000]	370000
32377 <sup>8,10</sup>	52837 <sup>8,10</sup>	8237 <sup>8,10</sup>	77479 <sup>8,10</sup>	97692	Déc 07	97692	18 [15-23]	570000 [440000-690000]	260000

## Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006
	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>
Afghanistan	...	...	...	...	0
Algérie	...	...	...	...	18 <sup>5</sup>
Angola	...	...	...	2 [2-3]	1923
Antigua-et-Barbuda	...	...	...	50 <sup>5</sup>	4 <sup>3,5</sup>
Argentine	...	55 <sup>4</sup>	...	[94->95]	2120
Arménie	...	3 <sup>4</sup>	...	...	5
Australie	...	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	...	...	...	1
Bahamas	...	...	...	...	95 <sup>5</sup>
Bangladesh	...	...	...	...	5
Barbade	...	...	...	90 <sup>5</sup>	37
Bélarus	119	[83->95]	...	...	158
Belize	...	70 <sup>4</sup>	38	[18-47]	57
Bénin	...	...	1214	27 [23-31]	2378
Bhoutan	...	...	...	...	3
Bolivie	...	...	...	...	27 <sup>5</sup>
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	0 <sup>5</sup>
Botswana	10508	89 [82->95]	7543	64 [59-70]	12994
Brésil	7233	[60->95]	6771	[56->95]	6510
Bulgarie	...	...	...	...	1 <sup>5</sup>
Burkina Faso	398	5 [4-6]	937	11 [9-13]	1615
Burundi	374	4 [3-6]	524	6 [5-9]	1112 <sup>3</sup>
Cambodge	159	[6-9]	228	[10-15]	312
Cameroun	4200	11 [10-13]	3592	10 [9-12]	7588 <sup>3</sup>
Cap-Vert	...	...	12	...	43 <sup>3</sup>
République centrafricaine	243	2 [2-3]	803	7 [7-8]	1943
Tchad	...	...	193	1 [<1-2]	254 <sup>3</sup>
Chili	...	...	...	...	139 <sup>5</sup>
Chine	118	[1-3]	135	[1-3]	650
Colombie	...	...	...	...	112 <sup>3</sup>
Comores	...	...	...	...	0
Congo	312	7 [6-8]	1093	23 [20-28]	325
Costa Rica	...	...	...	...	21 <sup>3</sup>
Côte d'Ivoire	...	...	2543	8 [7-9]	2773
Croatie	...	...	...	...	3 <sup>5</sup>
Cuba	...	...	...	...	34 <sup>5</sup>
République tchèque	...	...	...	...	15
République démocratique du Congo	846	2 [2-3]	1725	5 [4-6]	3422 <sup>3</sup>
Djibouti	49	6 [5-8]	16	2 [2-3]	52 <sup>5</sup>
Dominique	...	...	...	>95 <sup>5</sup>	1 <sup>5</sup>

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant						
2006		2007				
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Bas	Haut	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>13</sup>	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH tel que déclaré à l'ONUSIDA <sup>12</sup>
...	0	...				...
[3-12]	19	[3-12]	<200	660	... [<200-660]	0
11 [9-14]	1645	9 [7-13]	13000	22000	18000 [13000-22000]	22332
83 <sup>5</sup>	4 <sup>7</sup>	...		...	...	5
[94->95]	2193	[93->95]	1200	2400	... [1200-2400]	2530
[16-38]	6	[19-45]	<100	<100	... [<100-<100]	6
...	28	...	<100	<100	... [<100-<100]	33
<1-4]	6	[4-17]	<100	<200	... [<100-<200]	...
>95 [86->95]	77 <sup>7</sup>	>95 [68->95]	<100	<200	<100 [<100-<200]	76
[1-5]	...	...	<200	<500	... [<200-<500]	...
>95->95]	20	[73->95]	<100	<100	... [<100-<100]	21
>95->95]	127	[90->95]	<100	<200	... [<100-<200]	144
[26-69]	55	[24-64]	<100	<500	... [<100-<500]	57
53 [45-61]	1830	40 [35-47]	3900	5300	4500 [3900-5300]	1158
[44->95]	...	-	<100	<100	... [<100-<100]	...
[11-20]	34 <sup>5</sup>	[12-13]	<200	<500	... [<200-<500]	763
0 <sup>5</sup>	0 <sup>5</sup>	...	...	...	...	1
>95 [>95->95]	12419	>95 [>95->95]	10000	12000	11000 [10000-12000]	...
[55->95]	6188	[49->95]	5600	13000	... [5600-13000]	12535
...	1 <sup>5</sup>	...	...	...	...	...
19 [16-23]	1480	18 [15-22]	6800	10000	8300 [6800-10000]	18495
14 [10-20]	1102	14 [11-22]	5100	10000	7800 [5100-10000]	18010
[14-22]	505	[25-41]	1200	2000	... [1200-2000]	4509
22 [18-30]	7516 <sup>7</sup>	22 [18-34]	22000	42000	34000 [22000-42000]	67875
31 <sup>5</sup>	51	...	...	...	...	99
18 [16-20]	3714 <sup>7</sup>	34 [30-38]	9800	12000	11000 [9800-12000]	36093
1 [1-2]	...	1 [1-2]	10000	22000	18000 [10000-22000]	...
[28-57]	117	[12-23]	<500	500	... [<500-500]	117
[6-15]	593	[6-14]	4300	11000	... [4300-11000]	787
[3-7]	144	[4-9]	1600	3700	... [1600-3700]	184
0	0	0	<100	<100	... [<100-<100]	4
7 [6-9]	240 <sup>8</sup>	5 [4-7]	3400	5400	4400 [3400-5400]	1617
[9-27]	...	[9-25]	<100	<500	... [<100-<500]	37
9 [8-11]	3240 <sup>7</sup>	12 [9-16]	21000	34000	28000 [21000-34000]	21977
>95 <sup>5</sup>	2	...	...	...	...	3
[33->95]	41	[37->95]	<100	<200	... [<100-<200]	35
[84->95]	...	...	<100	<100	... [<100-<100]	...
9 [8-11]	3435	9 [8-10]	33000	46000	38000 [33000-46000]	68865
...	...	...	610	1000	820 [610-1000]	...
>95 <sup>5</sup>	1	...	...	...	...	1

## Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006
	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>
République dominicaine	968	[38-61]	676	[27-43]	738
Equateur	...	...	223	[30-94]	213 <sup>3</sup>
Egypte	...	...	...	...	...
El Salvador	...	...	144	[11-36]	193 <sup>3</sup>
Guinée équatoriale	...	...	...	...	103 <sup>5</sup>
Erythrée	61	3 [2-4]	88	4 [3-5]	75
Estonie	...	...	...	...	...
Ethiopie	1390	2 [2-2]	2341	4 [3-4]	2330
Fidji	...	...	...	25 <sup>5</sup>	5
Gabon	...	...	90	4 [3-5]	89
Gambie	...	...	87	[11-37]	103
Géorgie	7	[47->95]	15	[7-21]	15 <sup>3</sup>
Allemagne	...	...	...	80 <sup>5</sup>	225 <sup>5</sup>
Ghana	196	1 [1-1]	1078	7 [7-8]	1239
Grèce	...	...	...	...	18 <sup>5</sup>
Grenade	...	...	...	...	5 <sup>5</sup>
Guatemala	11	[<1-<1]	111	[1-3]	167 <sup>3</sup>
Guinée	146	3 [2-3]	77	1 [1-2]	486
Guinée-Bissau	...	...	...	20 <sup>5</sup>	195 <sup>3</sup>
Guyana	73	[14-42]	112	[22-74]	144
Haïti	620	13 [11-16]	800	17 [14-20]	991
Honduras	...	...	198	[18-54]	200
Hongrie	...	...	...	...	0 <sup>5</sup>
Inde	4289	[4-7]	2279	[2-4]	7007 <sup>3</sup>
Indonésie	15	[<1-2]	4	[<1-<1]	40 <sup>5</sup>
Iran (République islamique d')	...	...	...	...	19 <sup>5</sup>
Jamaïque	323	[52->95]	300	[48->95]	371 <sup>3</sup>
Japon	...	...	...	...	29 <sup>5</sup>
Jordanie	...	...	...	...	0
Kazakhstan	37	[19-66]	47	[16-69]	80 <sup>3</sup>
Kenya	21069	25 [22-29]	19403	24 [21-28]	37130
Kirghizistan	...	...	...	...	9
Republique démocratique populaire lao	2	[2-17]	11	[9-30]	24 <sup>5</sup>
Lettonie	...	...	...	...	37 <sup>5</sup>
Lesotho	821	6 [6-7]	1811	14 [13-16]	2005 <sup>3</sup>
Libéria	3	<1 [<1-<1]	130	5 [4-6]	76
Lituanie	1	[3-13]	...	...	2 <sup>5</sup>
Madagascar	...	...	8	[1-3]	7 <sup>3</sup>
Malawi	2719	4 [3-4]	5076	7 [6-8]	9231
Malaisie	141	[9-21]	...	...	170

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant						
2006	2007					
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Bas	Haut	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>3</sup>	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH tel que déclaré à l'ONUSIDA <sup>12</sup>
[32-54]	795	[36-65]	1200	2200	... [1200-2200]	1649
[28-87]	268	[34->95]	<500	800	... [<500-800]	347
...	5	[2-2]	<200	<500	... [<200-<500]	...
[17-48]	130	[12-32]	<500	1100	... [<500-1100]	130
14 [11-20]	–	...	530	940	710 [530-940]	...
3 [2-5]	168 <sup>7</sup>	7 [4-11]	1600	4000	2500 [1600-4000]	3578
...	...	...	<100	<200	<100 [<100-<200]	...
4 [3-4]	4888	7 [7-8]	58000	74000	66000 [58000-74000]	75420
[60-76]	7	[82->95]	<100	<100	... [<100-<100]	7
4 [3-5]	494	21 [14-32]	1600	3500	2300 [1600-3500]	2570
[13-44]	133 <sup>7</sup>	[17-58]	<500	800	... [<500-800]	709
[40->95]	22	[41->95]	<100	<100	... [<100-<100]	25
[40->95]	...	...	<200	590	... [<200-590]	...
9 [8-10]	2896	21 [18-24]	12000	16000	14000 [12000-16000]	19918
[14-45]	21	[16-69]	<100	<200	... [<100-<200]	21
50 <sup>5</sup>	7	...	...	...	...	10
[2-5]	373	[5-12]	3200	8100	... [3200-8100]	2270
8 [6-10]	679 <sup>7</sup>	11 [8-14]	5000	8600	6200 [5000-8600]	1722
13 [9-19]	349	24 [17-34]	1000	2100	1500 [1000-2100]	3716
[29->95]	...	...	<200	<500	... [<200-<500]	...
20 [17-24]	1107 <sup>9</sup>	22 [18-26]	4200	6100	5100 [4200-6100]	5224
[18-64]	220	[19-79]	<500	1200	... [<500-1200]	...
0 <sup>5</sup>	1	[2-8]	<100	<100	... [<100-<100]	1
[8-16]	8816	[10-24]	37000	92000	... [37000-92000]	86121
<1-2]	89	[2-4]	2100	5300	... [2100-5300]	...
[1-2]	22	[1-2]	940	1800	... [940-1800]	220
[58->95]	292 <sup>7</sup>	[45->95]	<500	640	... [<500-640]	171
[49-62]	...	...	<100	<100	... [<100-<100]	...
...	2 <sup>10</sup>	...	...	...	...	0
[23->95]	126	[30->95]	<100	<500	... [<100-<500]	210
48 [42-56]	52858 <sup>7</sup>	69 [61-80]	66000	86000	76000 [66000-86000]	105000
[8-27]	3	[2-8]	<100	<200	... [<100-<200]	197
[14-42]	24	[9-36]	<100	<500	... [<100-<500]	235
[34-78]	37	[33-75]	<100	<200	... [<100-<200]	38
16 [15-18]	3966	32 [29-36]	11000	14000	12000 [11000-14000]	12750
3 [2-3]	224	7 [6-9]	2400	3900	3100 [2400-3900]	...
[6-25]	9	[27->95]	<100	<100	... [<100-<100]	10
[1-3]	25	[3-9]	<500	760	... [<500-760]	1521
13 [11-15]	23158	32 [28-36]	64000	82000	73000 [64000-82000]	71847
[9-23]	183	[9-24]	770	2000	... [770-2000]	158

## Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006
	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>
Mali	87	[1-1]	415	[4-6]	656
Mauritanie	...	...	10	[1-4]	12 <sup>3</sup>
Maurice	...	>95 <sup>4</sup>	...	...	23 <sup>5</sup>
Mexique	...	...	...	...	146 <sup>3</sup>
Moldova	31	[56->95]	32	...	62
Mongolie	...	...	...	...	1
Monténégro	...	...	...	...	0
Maroc	...	...	...	...	...
Mozambique	3117	3 [3-4]	8490	9 [8-11]	12150
Myanmar	274	[4-8]	629	[9-18]	993
Namibie	1126	12 [10-14]	4055	43 [36-52]	6022 <sup>3</sup>
Népal	...	...	...	...	35
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	8 <sup>5</sup>
Nicaragua	...	...	29	[11-31]	26
Niger	0	0	57	[1-3]	214 <sup>3</sup>
Nigéria	1050	<1 [<1-<1]	532	<1 [<1-<1]	6168 <sup>3</sup>
Pakistan	...	...	...	...	8
Panama	...	...	...	...	153 <sup>5</sup>
Papouasie-Nouvelle-Guinée	46	5 [5-6]	46	4 [4-4]	31
Paraguay	...	...	47	[6-20]	73 <sup>3</sup>
Pérou	161	[10-20]	188	[11-22]	560 <sup>3</sup>
Philippines	...	...	...	...	2 <sup>5</sup>
Pologne	...	...	...	...	62 <sup>3</sup>
Roumanie	21	[6-11]	...	<1 <sup>5</sup>	75
Fédération de Russie	5601	[55->95]	5709	[54->95]	6224 <sup>3</sup>
Rwanda	4141	35 [31-40]	5782	51 [45-58]	7768
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	...
Sainte-Lucie	...	...	...	20 <sup>5</sup>	3 <sup>5</sup>
Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	...	...	62 <sup>5</sup>	17 <sup>5</sup>
Sao Tomé-et-Principe	2	...	8	...	11 <sup>5</sup>
Sénégal	...	...	57	[1-2]	212 <sup>5</sup>
Serbie	5	[4-15]	6	[5-17]	2
Seychelles	...	...	...	>95 <sup>5</sup>	5 <sup>5</sup>
Sierra Leone	17	<1 [<1-<1]	57	1 [1-2]	354
Singapour	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	3 <sup>5</sup>	5
Afrique du Sud	32541	15 [13-17]	75077	34 [29-40]	111357 <sup>3</sup>
Sri Lanka	...	...	...	...	1 <sup>3</sup>
Suriname	33	[22-67]	...	...	35
Swaziland	592	5 [4-5]	4780	36 [33-40]	8221

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant						
2006	2007					
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Bas	Haut	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>3</sup>	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH tel que déclaré à l'ONUSIDA <sup>12</sup>
[6-10]	1018	[10-15]	6800	11000	... [6800-11000]	8570
[2-5]	45	[6-20]	<500	770	... [<500-770]	800
[8-28]	19	[6-23]	<100	<500	... [<100-<500]	60
[3-7]	...	...	2000	4900	... [2000-4900]	...
[50->95]	73	[51->95]	<100	<200	... [<100-<200]	86
[10-56]	0	0	<100	<100	... [<100-<100]	13
...	1	...	...	...	...	...
...	42	[8-18]	<500	550	... [<500-550]	544
13 [11-15]	44975	46 [39-56]	81000	120000	97000 [81000-120000]	150995
[14-31]	1280	[18-43]	2900	7100	... [2900-7100]	...
65 [54-79]	...	64 [53-80]	7600	11000	9400 [7600-11000]	...
[2-4]	36	[2-4]	990	2300	... [990-2300]	1800
[57->95]	9 <sup>5</sup>	[61->95]	<100	<100	... [<100-<100]	...
[9-27]	43	[15-44]	<100	<500	... [<100-<500]	174
[5-10]	1006 <sup>7</sup>	[20-47]	2100	5000	... [2100-5000]	6710
3 [3-5]	12278	7 [5-10]	130000	240000	190000 [130000-240000]	...
<1-<1]	5	<1-<1]	1500	3700	... [1500-3700]	...
[32-65]	71 <sup>7</sup>	[14-29]	<500	510	... [<500-510]	377
2 [2-2]	84	4 [4-5]	1800	2100	1900 [1800-2100]	3621
[9-30]	141 <sup>7</sup>	[17-57]	<500	830	... [<500-830]	374
[33-64]	502	[28-56]	890	1800	... [890-1800]	...
[1-2]	1	<1-<1]	<200	<500	... [<200-<500]	2
[26-87]	63	[26-85]	<100	<500	... [<100-<500]	63
[23-45]	68	[22-42]	<200	<500	... [<200-<500]	70
[57->95]	6419	[59->95]	4500	11000	... [4500-11000]	...
71 [62-81]	6485 <sup>7</sup>	60 [51-71]	9100	13000	11000 [9100-13000]	...
>95 <sup>5</sup>	...	...	...	...	...	...
64 <sup>5</sup>	11	...	...	...	...	14
85 <sup>5</sup>	...	...	...	...	...	...
9 <sup>5</sup>	22	...	...	...	...	90
[4-8] <sup>5</sup>	264	[4-9]	3000	6300	... [3000-6300]	385
[2-6]	...	[2-5]	<100	<200	... [<100-<200]	...
>95 <sup>5</sup>	...	...	...	...	...	...
8 [6-11]	919	21 [15-29]	3100	6200	4400 [3100-6200]	520
...	12 <sup>7</sup>	[24-72]	<100	<100	... [<100-<100]	...
[0-1]	11	[1-2]	510	1700	... [510-1700]	2865
50 [43-60]	127164 <sup>7</sup>	57 [49-69]	180000	260000	220000 [180000-260000]	290000
[1-3]	1	[1-3]	<100	<100	... [<100-<100]	55
[20-61]	...	[18-57]	<100	<200	... [<100-<200]	...
62 [57-69]	8772	67 [60-74]	12000	15000	13000 [12000-15000]	13178

## Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Pays (ou territoire)	2004		2005		2006
	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>
Suède	...	...	...	...	31 <sup>5</sup>
Tadjikistan	...	...	4	[1-7]	4
Thaïlande	5020	[34-68]	5081	[34-71]	4305 <sup>3</sup>
Timor-Leste	...	...	...	...	...
Togo	180	2 [2-3]	720	9 [7-11]	910
Trinité-et-Tobago	...	...	...	71 <sup>5</sup>	173 <sup>5</sup>
Tunisie	...	...	...	...	0
Turquie	...	...	...	...	4
Ouganda	7907	9 [8-10]	12073	15 [13-17]	19991
Ukraine	2817	[53-91]	2168	[36-63]	2517
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	...	...	...	...	1065 <sup>5</sup>
République-Unie de Tanzanie	1800	2 [2-2]	6202	6 [6-7]	14758
Uruguay	...	>95 <sup>4</sup>	...	19 <sup>5</sup>	53
Ouzbékistan	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	...	...	...	...	310
Viet Nam	...	...	368	[6-16]	1385
Yémen	...	...	...	...	...
Zambie	12983	18 [16-20]	14071	19 [17-22]	25578
Zimbabwe	5534	8 [7-8]	8461	13 [12-14]	10127

<sup>1</sup> Valeurs fournies par l'UNICEF, sauf indication contraire. Les données concernent une période de 12 mois, sauf indication contraire.

<sup>2</sup> Toutes les valeurs sont arrondies à l'entier le plus proche. Des fourchettes sont indiquées pour les pays à épidémies de faible ampleur et concentrées.

<sup>3</sup> Cette valeur diffère de celle qui a été signalée à l'ONUSIDA en 2008.

<sup>4</sup> La valeur 2003 a été utilisée pour représenter 2004, telle que signalée par le pays à l'ONUSIDA pour l'UNGASS 2004.

<sup>5</sup> Valeur signalée à l'ONUSIDA.

<sup>6</sup> Toutes les données reflètent des valeurs représentant une période de 12 mois s'achevant en décembre 2007 qui ont été, sauf indication contraire, harmonisées entre le pays faisant rapport et l'ONUSIDA/OMS/UNICEF.

<sup>7</sup> Les données ne représentant pas une période de 12 mois ont été projetées pour créer une valeur de 12 mois (voir notes pour la méthode utilisée). Les valeurs signalées sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

Pays pour lesquels on a projeté les nombres de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la PTME		
Pays	Date et mois de la valeur déclarée	Valeur déclarée
Cameroun	Jan 07–Oct 07	6 263
République centrafricaine	Jan 07–Juin 07	1 857
Côte d'Ivoire	Jan 07–Juil 07	1 890
Erythrée	Jan 07–Oct 07	140
Gambie	Jan 07–Sep 07	100
Guinée	Jan 07–Sep 07	509
Jamaïque	Jan 07–Juin 07	146
Kenya	Jan 07–Juin 07	26 429
Myanmar	Jan 07–Oct 07	1 067
Niger	Jan 07–Juin 07	503
Panama	Jan 07–Sep 07	53
Paraguay	Jan 07–Nov 07	129
Rwanda	Jan 07–Nov 07	5 945
Afrique du Sud	Jan 07–Sep 07	95 373
Suède	Jan 07–Sep 07	23

Indicateur UNGASS 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant						
2006	2007					
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux, en utilisant la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>2</sup>	Bas	Haut	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA (Bas-Haut) <sup>13</sup>	Nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH tel que déclaré à l'ONUSIDA <sup>12</sup>
[21-66]	317 <sup>11</sup>	[21-63]	<100	<200	... [<100-<200]	31
[1-6]	9	[2-11]	<100	<500	... [<100-<500]	438
[29-63]	9352	[62->95]	6400	15000	... [6400-15000]	6196
...	2	...	...	...	...	...
11 [9-14]	705	9 [7-11]	6300	10000	8000 [6300-10000]	10329
[47->95]	137	[37-78]	<200	<500	... [<200-<500]	...
0	1	[1-3]	<100	<100	... [<100-<100]	...
>95	...	...	...	...	...	...
25 [22-28]	26484	34 [29-39]	68000	92000	78000 [68000-92000]	91000
[40-69]	3046	[45-79]	3800	6700	... [3800-6700]	3293
[76->95]	48 <sup>9</sup>	[3-14]	<500	1600	... [<500-1600]	487
15 [14-16]	31863	32 [29-35]	91000	110000	100000 [91000-110000]	114800
[22-79]	...	[20-76]	<100	<500	... [<100-<500]	...
[3-19]	95	[11-68]	<200	830	... [<200-830]	...
[8-25]	...	[7-24]	1300	4600	... [1300-4600]	...
[22-60]	744	[12-31]	2400	6400	... [2400-6400]	5352
...	2	...	...	...	...	...
35 [31-39]	35314	47 [41-52]	68000	86000	76000 [68000-86000]	90252
17 [16-19]	15381	29 [27-32]	48000	57000	52000 [48000-57000]	16769

<sup>8</sup> Le pays indique 274 pour jan-déc 2007.

<sup>9</sup> Le pays indiquait 1066 pour jan-déc 2007.

<sup>10</sup> Le pays indiquait 0 pour jan-déc 2007.

<sup>11</sup> Ne représente que Stockholm.

<sup>12</sup> Le besoin déclaré par les pays peut ne pas toujours représenter le nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH. Dans certains cas, il peut se référer au nombre identifié de femmes enceintes séropositives au VIH ou à une autre définition non nécessairement représentative du chiffre correspondant au besoin national. Veuillez vous référer au rapport d'activité spécifique au pays pour de plus amples informations: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008>

<sup>13</sup> Les estimations sont données en chiffres arrondis. Toutefois, des chiffres non arrondis ont été utilisés pour le calcul des taux de couverture, des totaux mondiaux et régionaux; c'est la raison pour laquelle il peut y avoir de faibles écarts entre les chiffres présentés ici et ceux qui ont été calculés à l'aide de chiffres non arrondis.

## Indicateur UNGASS 6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

Pays (ou territoire)	2007	
	Adultes traités	Pourcentage de patients traités
Afghanistan	2	<1
Algérie <sup>1</sup>	82	87
Argentine	415	55
Arménie <sup>1</sup>	15	59
Azerbaïdjan	3	4
Bahamas	26	81
Barbade	2	100
Bélarus	136	72
Belize	9	69
Bénin	157	31
Bolivie	60	41
Bulgarie <sup>2</sup>	32	
Burkina Faso	199	1
Cap-Vert	3	3
République centrafricaine	3671	15
Chine	901	13
Costa Rica	13	100
Côte d'Ivoire	994	10
Croatie	3	100
Cuba	46	90
Dominique	1	100
République dominicaine <sup>1</sup>	322	115
République démocratique du Congo	162	<1
Equateur	150	40
El Salvador	63	100
Ethiopie	2658	13
Fidji	2	40
Finlande	0	
Gabon	521	13
Géorgie	34	71
Grenade <sup>2</sup>	0	
Guatemala	109	33
Guinée	245	61
Haïti	61	5
Honduras	383	71
Hongrie <sup>3</sup>	7	<1
Inde	19400	23
Iran (République islamique d')	52	20
Jamaïque	18	72
Japon	10	83
Jordanie	0	
Kazakhstan	76	33
Lettonie	27	57

## Indicateur UNGASS 6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

Pays (ou territoire)	2007	
	Adultes traités	Pourcentage de patients traités
Liban <sup>1</sup>	3	148
Lituanie	5	38
Malawi	18910	70
Malaisie	72	33
Mauritanie <sup>1,4</sup>	95	86
Maurice	3	16
Mexique	806	78
Maroc	88	73
Mozambique <sup>1</sup>	1008	4
Népal <sup>1</sup>	321	46
Nicaragua	13	14
Niger	197	1
Nigéria	28625	56
Panama	270	5
Papouasie-Nouvelle Guinée	320	35
Paraguay	20	14
Pérou	93	11
Philippines	99	49
Pologne <sup>1</sup>	70	176
Moldova	23	10
Fédération de Russie <sup>1,4</sup>	463	39
Saint-Kitts-et-Nevis	2	100
Sainte-Lucie	2	50
Sao Tomé-et-Principe <sup>2</sup>	0	
Sénégal	319	15
Seychelles	11	100
Slovénie <sup>2</sup>	0	
Somalie	14	2
Afrique du Sud <sup>3</sup>	159382	50
Saint-Vincent-et-les Grenadines	4	100
Tadjikistan	6	8
Ex-République yougoslave de Macédoine <sup>2</sup>	2	
Thaïlande <sup>1</sup>	2260	23
Togo <sup>1</sup>	44	2
Turquie <sup>2</sup>	47	
Ukraine	411	15
République-Unie de Tanzanie	188	12
Uruguay	20	25
Viet Nam	390	15
Zambie	21103	35

<sup>1</sup> Estimation du dénominateur fournie par l'OMS (Rapport 2008 sur la lutte contre la tuberculose).

<sup>2</sup> Aucun dénominateur n'est disponible.

<sup>3</sup> Le dénominateur correspond au nombre total de cas de tuberculose déclaré en 2007.

<sup>4</sup> Pour la Mauritanie, données disponibles pour une période de deux ans seulement; ainsi l'indicateur pour 2007 suppose que les cas se sont propagés de manière homogène chaque année. Pour la Fédération de Russie, données déclarées pour quatre régions seulement – oblast d'Ulyanovskaya, oblast de Saratovskaya, oblast de Tverskaya, et Altayskiy Kray.

**Indicateur UNGASS 7. Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat**

Pays (ou territoire)	Valeur déclarée par le pays							Enquête démographique et de santé la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Afghanistan	2007									27
Algérie	2006	0	1	0	1 <sup>1</sup>	1	1			
Angola	2006	7	4							5
Antigua-et-Barbuda	2006									25
Argentine	2005		8	4	12					
Barbade	2006	97 <sup>1</sup>	99 <sup>1</sup>							99 <sup>1</sup>
Bélarus	2007	26	33	26	35	31	31			
Belgique		8	9		5	10	9			
Belize	2006	10	20							15
Bénin	2006	12	15	7	17	15	14	2006	5	7
Bolivie	2007	87 <sup>1</sup>	87 <sup>1</sup>	86 <sup>1</sup>	88 <sup>1</sup>	87 <sup>1</sup>	87 <sup>1</sup>			
Bosnie-Herzégovine	2006		0	0	0	0				
Burkina Faso	2007	18	23	15	28	27	21			
Burundi	2007	91 <sup>1</sup>	93 <sup>1</sup>	91 <sup>1</sup>	92 <sup>1</sup>	93 <sup>1</sup>	92 <sup>1</sup>			
Cambodge	2006	5	3	2	6	4	4	2005	5	3
Cameroun	2004	7	5	3	6	6	5	2004	7	5
Canada	2006									32
Cap-Vert	2005	10	10	3	13	13	10	2005	10	10
République centrafricaine	2006	15	17	10	19	17	16			
Tchad	2004	2	1	0	1	1	1	2004	2	1
Chili	2007	22	35	8	33	48	28			
Chine	2006	2	2				2			
Colombie	2007	11 <sup>2</sup>	27 <sup>2</sup>				19 <sup>2</sup>			
Congo	2005	3	3	1	4	4	3	2005	3	3
Costa Rica	2007	8 <sup>1</sup>	7 <sup>1</sup>			80 <sup>1</sup>	12 <sup>1</sup>			
Côte d'Ivoire	2005	3	4	2	3	4	3	2005	3	4
Cuba	2006	28	32	17	32	32	30			
République démocratique du Congo	2007	4	4	2	5	5	4	2007	4	4
République dominicaine	2007	19	21	8	22	23	20	2007	19	21
Equateur	2007		11	7	13	12				
Erythrée	2007						6			
Ethiopie	2005	2	2				2	2005	2	2
Gabon	2007	50 <sup>1</sup>	64 <sup>1</sup>	33 <sup>1</sup>	54 <sup>1</sup>	62 <sup>1</sup>	59 <sup>1</sup>			
Gambie	2005	8	12				10			
Allemagne	2007	14	11				13			
Ghana	2006							2006	3	4
Grèce	2007	13	11	5	9	16	12			
Grenade	2006	6	13	3	19	10	10			
Guinée	2005	3	1	1	2	2	2	2005	3	1
Guinée-Bissau	2006		5							
Guyana	2005	10	11	7	17	11	11	2005	10	11
Haïti	2006	5	8	3	8	8	7	2005	5	8

Indicateur UNGASS 7. Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat										
Pays (ou territoire)	Valeur déclarée par le pays							Enquête démographique et de santé la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus			Année de l'enquête	Hommes	Femmes	
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49	15-49
Honduras	2006	21 <sup>1</sup>	23 <sup>1</sup>				23 <sup>1</sup>			
Hongrie	2007	0	0				0			
Inde	2006	1	1	0	2	2	1	2006	1	1
Israël				16	14	14	15			
Jamaïque	2004	12	19			17	16			
Japon	2006						98 <sup>1</sup>			
Kazakhstan	2007	4	5	2	4	5	7			
Kenya	2003	8	7	4	9	7	14	2003	8	7
Lesotho	2005	5	6	2	7	8	6	2004	5	6
Lituanie	2007	24 <sup>1</sup>	20 <sup>1</sup>			24 <sup>1</sup>	24 <sup>1</sup>			
Madagascar	2004	1 <sup>3</sup>	0 <sup>3</sup>					2004	1	<1
Malawi	2007						11 <sup>1</sup>	2004	8	7
Malaisie	2007						75 <sup>1</sup>			
Mali	2006	3	7	2	4	3	5	2006	10	7
Îles Marshall	2006	56 <sup>1</sup>	67 <sup>1</sup>	67 <sup>1</sup>	50 <sup>1</sup>		60 <sup>1</sup>			
Mauritanie	2007	10	3				5			
Maurice	2004				3 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>			
Mexique	2006						1 <sup>1</sup>			
Moldova	2007	6	11	3	10	10	8			
Monténégro	2006		3	1	4	3				
Maroc	2007	6 <sup>1</sup>	4 <sup>1</sup>	3 <sup>1</sup>	6 <sup>1</sup>		5 <sup>1</sup>			
Mozambique	2004	2	2	3	3	2	2	2003	3	2
Namibie	2007	18	29	9	26	27	23	2006	18	29
Nicaragua	2007		5	2	4	7	5			
Niger	2006	4	2	2	2	3	2			
Nigéria	2005	9	8	3	8	11	9			
Palaos	2006		16 <sup>1</sup>	27 <sup>1</sup>	20 <sup>1</sup>	14 <sup>1</sup>				
Philippines	2003	2						2003		1
Pologne	2007						1 <sup>1</sup>			
Fédération de Russie	2007	30 <sup>1</sup>	38 <sup>1</sup>	20 <sup>1</sup>	35 <sup>1</sup>	37 <sup>1</sup>	34 <sup>1</sup>			
Rwanda	2005	11	12	4	16	13	11	2005	11	12
Saint-Kitts-et-Nevis	2006					10 <sup>1</sup>	10 <sup>1</sup>			
Sainte-Lucie	2007	34 <sup>1</sup>	39 <sup>1</sup>				36 <sup>1</sup>			
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2006	8	12	6	12	12	10			
Sénégal	2005	2	1	1	1	1	1	2005	1	2
Seychelles	2006	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>			
Sierra Leone	2007	8 <sup>1</sup>	9				9 <sup>1</sup>			
Singapour	2007	9	7	0	13	8	8			
Somalie	2004	5 <sup>1</sup>	3 <sup>1</sup>				4 <sup>1</sup>			
Afrique du Sud	2006	90 <sup>1</sup>	90 <sup>1</sup>	90 <sup>1</sup>	90 <sup>1</sup>	90 <sup>1</sup>	90 <sup>1</sup>			
Espagne	2003						25			

**Indicateur UNGASS 7. Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat**

Pays (ou territoire)	Valeur déclarée par le pays							Enquête démographique et de santé la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
		15-49	15-49	15-19	20-24	25-49	15-49		15-49	15-49
Sri Lanka	2007	0 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>			
Suriname	2006		30							
Swaziland	2007	9	22	6	18	21	16	2007	9	22
Suisse	2007	7	7	5	7	7	7			
Tadjikistan	2007	4 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>		3 <sup>1</sup>			
Thaïlande	2006	16	22	16	22	19	19			
Ex-République yougoslave de Macédoine	2006		3	2	3	3				
Togo	2007	16	15	10	17	17	16			
Trinité-et-Tobago	2006						8 <sup>1</sup>			
Turquie	2006	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>			
Ouganda	2006	10	12				12	2006	10	12
Ukraine	2007	11 <sup>1</sup>	20 <sup>1</sup>	12 <sup>1</sup>	19 <sup>1</sup>	16 <sup>1</sup>	16 <sup>1</sup>			
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2006	1 <sup>1</sup>	3 <sup>1</sup>				2 <sup>1</sup>			
République-Unie de Tanzanie	2007						36	2004	7	6
Uruguay	2007	20	19	15	20	20	20			
Viet Nam	2005	3	2	1	3	3	2	2005	3	2
Zambie	2007	12	19	10	19	17	15	2007	12	19
Zimbabwe	2006	7	7	4	9	7	7	2006	7	7

<sup>1</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS.

<sup>2</sup> 14-26 ans.

<sup>3</sup> 15-24 ans.

Indicateur UNGASS 8. Pourcentage des populations les plus à risque ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et en connaissant le résultat<sup>1</sup>

UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	2005	2007			2005	2007			2005	2007
Pays (ou territoire)	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total
Afghanistan		11 <sup>5</sup>		11		6				
Algérie					15					
Angola		42 <sup>5</sup>		42						
Argentine	36		38	65		47	43	62	96	98
Arménie	33	18 <sup>5</sup>		18	21	23	23	13	42	5
Australie		63 <sup>5</sup>		63		57 <sup>4</sup>				50
Bahamas										61
Bangladesh	2 <sup>5</sup>	6	8	5	3	3 <sup>6</sup>	3			6
Barbade		73 <sup>4,5</sup>		73 <sup>4</sup>						
Bélarus	49	63 <sup>5</sup>		63	39	49	49	49	55	53
Belgique										62 <sup>3</sup>
Bénin		30 <sup>5</sup>		30						
Bolivie		78 <sup>4</sup>	85 <sup>4</sup>	78 <sup>4</sup>						100 <sup>4</sup>
Bosnie-Herzégovine		96 <sup>2,4</sup>				53 <sup>6</sup>	53			102 <sup>4</sup>
Bulgarie		53 <sup>5</sup>		53		38	36	52		29
Burkina Faso		94 <sup>4,5</sup>		94 <sup>4</sup>						
Burundi	38	38 <sup>2,5</sup>		38 <sup>2</sup>						
Cambodge		68 <sup>5</sup>		68						58
Cameroun		32 <sup>2,5</sup>		32 <sup>2</sup>						
Canada						59				43 <sup>4</sup>
Chili										37
Chine		29 <sup>5</sup>		29		41	40	45		33
Colombie		82	71	85						61
Congo	3								8	
Costa Rica										43
Cuba		36	38	32						33
Côte d'Ivoire		51 <sup>5</sup>		51						57 <sup>4</sup>
République démocratique du Congo		37 <sup>2,5</sup>		37 <sup>2</sup>						
République dominicaine		64 <sup>2,5</sup>		64 <sup>2</sup>						
Equateur				87 <sup>4</sup>						50 <sup>4</sup>
El Salvador		96 <sup>5</sup>		96						55
Erythrée		78								
Estonie		52 <sup>5</sup>		56		62	63	60		27 <sup>4</sup>
Ethiopie		97 <sup>5</sup>		97						
Gabon		54	33	55						
Géorgie	24	33 <sup>5</sup>		33	6	9 <sup>6</sup>	9		27	30 <sup>2</sup>
Allemagne										18
Ghana		39								25
Grèce										39
Guatemala		93 <sup>5</sup>		93						64

**Indicateur UNGASS 8. Pourcentage des populations les plus à risque ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et en connaissant le résultat<sup>1</sup>**

UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	2005	2007			2005	2007			2005	2007
	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total
Guinée		58 <sup>5</sup>		58						
Guyana		64		64						44
Haïti		71								48
Honduras		71 <sup>5</sup>		71						40
Hongrie						8				
Inde				34						
Indonésie	15	31	52	25	18	36	36	42	15	32
Iran (République islamique d')		20 <sup>5</sup>		20	9	23	23	16		
Jamaïque	43	43 <sup>5</sup>		43						
Japon										38
Kazakhstan		70 <sup>5</sup>		70		42	41	49		38
Kenya		12 <sup>2</sup>								40
Kirghizistan		53 <sup>5</sup>		53		34	32	43		70
Republique démocratique populaire lao	9									5
Lettonie						61	62	60		
Liban		24 <sup>4</sup>	11 <sup>4</sup>	25 <sup>4</sup>		4 <sup>4</sup>	2 <sup>4</sup>	50 <sup>4</sup>		14 <sup>4</sup>
Lituanie		50 <sup>5</sup>		50		64	60	81		28
Madagascar		49 <sup>5</sup>		49						
Malawi		69 <sup>5</sup>		69						
Malaisie		100 <sup>3,4</sup>				100 <sup>4</sup>				100
Mali		7								
Mauritanie		100 <sup>4,5</sup>		100 <sup>4</sup>						15 <sup>4</sup>
Maurice		30 <sup>2</sup>				20 <sup>2</sup>	24 <sup>2</sup>	0 <sup>2</sup>		16 <sup>2</sup>
Mexique		72	63	76		31 <sup>2</sup>	28 <sup>2</sup>	48 <sup>2</sup>		54
Moldova		31 <sup>5</sup>		31		34	33	38		38
Mongolie	67	53 <sup>5</sup>		53					23	60
Monténégro		73 <sup>4,5</sup>		73 <sup>4</sup>						81 <sup>4</sup>
Maroc		51 <sup>5</sup>		51	13	13	13	11		
Népal		40	52	37		21 <sup>6</sup>	21			30
Niger		38 <sup>5</sup>		38						
Nigéria		38 <sup>5</sup>		38		23	23	33		30
Pakistan		4	4	5			4 <sup>4</sup>			
Panama	77	55	59	52					45	76
Papouasie-Nouvelle-Guinée		47 <sup>5</sup>		47						42
Paraguay		100 <sup>5</sup>	100	100		100	100	100		100
Pérou				54 <sup>4</sup>						21
Philippines		12 <sup>5</sup>		12		4	4	15		16
Pologne						<1				<1
Roumanie	36	35 <sup>5</sup>		35	36	16 <sup>4</sup>	17 <sup>4</sup>	10 <sup>4</sup>		47
Fédération de Russie		61 <sup>5</sup>		61		46	44	50		32

Indicateur UNGASS 8. Pourcentage des populations les plus à risque ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et en connaissant le résultat <sup>1</sup>										
UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	2005	2007			2005	2007			2005	2007
Pays (ou territoire)	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total	Hommes	Femmes	Total	Total
Rwanda		65 <sup>5</sup>		65						
Sainte-Lucie					100 <sup>4</sup>	100 <sup>4</sup>	100 <sup>4</sup>			
Sao Tomé-et-Principe		72 <sup>4,5</sup>		72 <sup>4</sup>						
Sénégal		70 <sup>5</sup>		70					11	
Serbie									53	
Sierra Leone		79	75							
Singapore				100						47
Espagne		67 <sup>2,4,5</sup>			68 <sup>2,4</sup>	67 <sup>2,4</sup>	72 <sup>2,4</sup>			49 <sup>3</sup>
Sri Lanka		43 <sup>5</sup>		43						14
Suriname		62	75	59						
Swaziland		94 <sup>4,5</sup>		94 <sup>4</sup>						
Suède		34 <sup>4</sup>	100 <sup>4</sup>	33 <sup>4</sup>	84 <sup>4</sup>	83 <sup>4</sup>	86 <sup>4</sup>			41
Suisse			38		60	59	61			31
Tadjikistan		29 <sup>5</sup>		29		24	23	30		
Thaïlande		53	54	52						35
Ex-République yougoslave de Macédoine	67	47	87	39	32	44	42	53	7	56
Togo		40	22	89						
Tunisie				100 <sup>4</sup>						35 <sup>3</sup>
Turquie	26	97	100	97	8	11	0			31
Ukraine	32	46 <sup>5</sup>		46	27	29	29	30	25	27
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord										17 <sup>2</sup>
Ouzbékistan		19 <sup>5</sup>		19		18	18	18		25
Viet Nam		15 <sup>5</sup>		15		11 <sup>6</sup>	11			16
Zambie		17	14	23						

<sup>1</sup> Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier de 2005 à 2007.

<sup>2</sup> La collecte des données a débuté avant 2005.

<sup>3</sup> La période de collecte des données n'est pas définie.

<sup>4</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

<sup>5</sup> Femmes uniquement.

<sup>6</sup> Hommes uniquement.

Indicateur UNGASS 9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre <sup>1</sup>							
UNGASS	2007						
Pays (ou territoire)	Professionnel(le)s du sexe			Consommateurs de drogues injectables			Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
Afghanistan	11 <sup>3</sup>	9 <sup>3</sup>	11 <sup>3</sup>				
Angola	17						
Argentine			82				98
Arménie	41 <sup>4</sup>		41	54	55	44	10
Bahamas							48
Bangladesh	54	47	57	82	82	90	13
Bélarus	86 <sup>4</sup>		86	56	54	61	90
Bénin	60 <sup>4</sup>		60				
Bulgarie	77 <sup>4</sup>		77	47	45	60	30
Burkina Faso	37	15	59				
Burundi	72 <sup>2,4</sup>		72 <sup>2</sup>				
Cameroun	70 <sup>2,4</sup>		70 <sup>2</sup>				
Chine	46 <sup>4</sup>		46	25	25	25	38
Comores	59 <sup>4</sup>		59				
Costa Rica							26
Cuba	60	59	65				56
Côte d'Ivoire							100 <sup>3</sup>
Equateur			76				49
El Salvador	73						62
Erythrée	88 <sup>3,4</sup>		88 <sup>3</sup>				
Estonie							56
Gabon	29	27	29				
Géorgie				17 <sup>5</sup>	17		
Grèce							19
Guatemala	93 <sup>4</sup>		93				75
Guinée	92 <sup>4</sup>		92				
Guyana	28 <sup>4</sup>		28				17
Honduras	23 <sup>4</sup>		23				24
Indonésie	40	60	34	45	44	55	40
Jamaïque	60						
Kazakhstan	71 <sup>3</sup>			44 <sup>3</sup>			48 <sup>3</sup>
Kirghizistan	89 <sup>3,4</sup>		89 <sup>3</sup>	78 <sup>3</sup>	78 <sup>3</sup>	78 <sup>3</sup>	77 <sup>3</sup>
Lettonie				47	45	53	
Liban	<1 <sup>3</sup>	11 <sup>3</sup>	22 <sup>3</sup>				15 <sup>3</sup>
Lituanie	43 <sup>4</sup>		43				40
Malawi	69		69				
Malaisie	86 <sup>4</sup>						100 <sup>3</sup>
Mexique	36	55	28	5	5	4	18
Moldova	96		96	89	89	89	86
Mongolie	64						67
Maroc	49 <sup>4</sup>		49				
Népal	42	56	39	78 <sup>5</sup>	78		47

Indicateur UNGASS 9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre<sup>1</sup>

Pays (ou territoire)	2007						Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
	Professionnel(le)s du sexe			Consommateurs de drogues injectables			
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
Pakistan	3 <sup>3</sup>	3 <sup>3</sup>	2 <sup>3</sup>	16 <sup>3</sup>			
Panama	76	73	78				89
Papouasie-Nouvelle-Guinée	31 <sup>4</sup>	31					10
Paraguay	18						
Pérou			80				44
Philippines	14 <sup>4</sup>	14		14	13	28	19
Roumanie							59
Fédération de Russie	39			24	33	21	17
Sao Tomé-et-Principe	80 <sup>3,4</sup>	80 <sup>3</sup>					
Sierra Leone	73 <sup>4</sup>	73					
Singapour			100 <sup>3</sup>				
Swaziland	77 <sup>3,4</sup>	77 <sup>3</sup>					
Suède	50 <sup>3</sup>	100 <sup>3</sup>	55 <sup>3</sup>	27	26	30	
Tadjikistan	60 <sup>4</sup>	60		25	21	41	
Togo	76	75	81				
Turquie	42 <sup>4</sup>	42		22		30	19
Ukraine	69 <sup>4</sup>	69		46	45	50	50
Viet Nam	65 <sup>3,4</sup>	65 <sup>3</sup>		43 <sup>3</sup>	43 <sup>3</sup>	26	
Zambie	63 <sup>2,4</sup>	63 <sup>2</sup>					

<sup>1</sup> Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier entre 2005 et 2007.

<sup>2</sup> La collecte des données a débuté avant 2005.

<sup>3</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

<sup>4</sup> Femmes uniquement.

<sup>5</sup> Hommes uniquement.

Indicateur UNGASS 10. Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans dont le foyer reçoit un soutien extérieur de base pour la prise en charge de l'enfant						
Pays (ou territoire)	2005		Valeur déclarée par le pays pour 2007		Enquête démographique et de santé la plus récente	
	Année de l'enquête	%	Année de l'enquête	%	Année de l'enquête	%
Bénin			2006	69 <sup>1</sup>		
Botswana	2004	34				
Burkina Faso			2007	5 <sup>1</sup>		
Burundi			2006	50 <sup>1</sup>		
Cameroun			2006	9	2006 <sup>3</sup>	9
République centrafricaine			2006	20 <sup>2</sup>	2007	8
Costa Rica			2006	100 <sup>1</sup>		
Côte d'Ivoire			2006	9 <sup>1</sup>	2005	9
Croatie			2007	100 <sup>1</sup>		
République démocratique du Congo					2007	9
République dominicaine			2007	4 <sup>1</sup>		
Ethiopie	2004	4	2004	4		
Finlande				99		
Gabon			2007	10		
Ghana			2006	2 <sup>1</sup>		
Guinée			2007	17 <sup>1</sup>		
Guinée-Bissau			2006	8	2006 <sup>3</sup>	8
Haïti			2006	5	2005	5
Kenya		10				
Lesotho	2004	25				
Madagascar	2003	7				
Malawi			2006	53 <sup>2</sup>	2006 <sup>3</sup>	19
Mali	2005	39	2007	45 <sup>1</sup>		
Namibie			2007	17	2006	17
Nigéria			2007	10 <sup>1</sup>		
Rwanda			2005	13	2005	13
Sainte-Lucie			2007	69 <sup>1</sup>		
Sénégal			2007	44 <sup>1</sup>		
Seychelles			2006	100 <sup>1</sup>		
Sierra Leone			2005	1	2005	1
Afrique du Sud			2007	67 <sup>1</sup>		
Swaziland			2007	41	2007	41
Togo		10	2006	60 <sup>2</sup>	2006 <sup>3</sup>	6
Turquie			2006	100 <sup>1</sup>		
Ouganda			2006	11	2006	11
République-Unie de Tanzanie			2006	51 <sup>1</sup>		
Zambie	2005	13	2007	16	2007	16
Zimbabwe			2006	31	2006	31

<sup>1</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

<sup>2</sup> Diffère des valeurs fournies par l'UNICEF.

<sup>3</sup> Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

## Indicateur UNGASS 11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Pays (ou territoire)	2007
Angola	1
Antigua-et-Barbuda	13
Azerbaïdjan	19
Bahamas	72
Barbade	41
Bélarus	79
Bosnie-Herzégovine	24
Botswana	100
Bulgarie	6
Burkina Faso	1
Burundi	64
Cambodge	26
Cap-Vert	100
République centrafricaine	15
Tchad	4
Comores	15
Congo	82
Costa Rica	100
Croatie	5
Cuba	71
Côte d'Ivoire	1
République démocratique du Congo	0
Dominique	100
République dominicaine	1
El Salvador	4
Erythrée	26
Ethiopie	70
Finlande	95
Gabon	35
Gambie	33
Allemagne	50
Ghana	58
Grenade	0
Honduras	39
Indonésie	10
Iran (République islamique d')	0
Jamaïque	24
Kazakhstan	72
Republique démocratique populaire lao	32
Mexique	27
Moldova	93

## Indicateur UNGASS 11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Pays (ou territoire)	2007
Namibie	79
Népal	6
Nicaragua	8
Niger	8
Nigéria	34
Pakistan	6
Papouasie-Nouvelle-Guinée	25
Roumanie	64
Fédération de Russie	82
Sainte-Lucie	91
Saint-Vincent-et-les Grenadines	87
Sao Tomé-et-Principe	100
Serbie	1
Seychelles	100
Afrique du Sud	96
Swaziland	51
Togo	0
Turquie	100
Ukraine	57
Zambie	60
Zimbabwe	100

Indicateur UNGASS 12. Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans						
Pays (ou territoire)	2003		2005		2007	
	Ratio	Année de l'enquête	Ratio	Année de l'enquête	Ratio	Année de l'enquête
Angola	0.90			2001	0.90	
Argentine				2005	1.03	
Bénin				2006	0.85	
Bolivie				2003	0.74 <sup>1</sup>	
Botswana	0.99					
Burkina Faso				2007	0.87	
Burundi	0.70			2005	0.85	
Cambodge				2006	0.83	
Cameroun	0.94			2006	0.89	
République centrafricaine	0.91			2006	0.96	
Tchad	0.96			2004	1.03	
Colombie				2005	0.85 <sup>1</sup>	
Comores	0.59					
Congo				2005	1.12	
Croatie				2007	1.00 <sup>2</sup>	
Cuba				2005	1.00 <sup>2</sup>	
Côte d'Ivoire	0.83			2005	1.21 <sup>3</sup>	
République démocratique du Congo	0.72			2007	0.77 <sup>1</sup>	
Guinée équatoriale	0.95					
Erythrée				2002	0.83 <sup>1</sup>	
Ethiopie	0.60			2004		
Finlande					>0.99	
Gabon	0.98			2007	1.14	
Gambie	0.85			2006	0.87	
Ghana	0.93			2006	1.04 <sup>4</sup>	
Guinée	1.13			2005	0.73 <sup>1</sup>	
Guinée-Bissau	1.03			2006	0.97	
Guyana				2005	0.95 <sup>1</sup>	
Haïti				2000	0.87 <sup>1</sup>	
Inde				2006	0.72 <sup>1</sup>	
Indonésie				2002	0.84 <sup>1</sup>	
Jamaïque				2005		
Kenya	0.74	2005	0.97	2003	0.95 <sup>1</sup>	
Lesotho	0.87			2007	0.95	
Madagascar	0.65	2003	0.80	2004	0.83	
Malawi	0.93	2004	0.97			
Mali	0.72					
Mozambique	0.47			2004	0.80	
Namibie	0.92	2005	0.97	2007	1.00	
Nicaragua				2007	0.88	
Niger	1.07			2006	0.67	
Nigéria	0.87			2007	0.86 <sup>2</sup>	

Indicateur UNGASS 12. Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans						
Pays (ou territoire)	2003		2005		2007	
	Ratio	Année de l'enquête	Ratio	Année de l'enquête	Ratio	Année de l'enquête
Papouasie-Nouvelle-Guinée					0.86	2007
Pérou						2006
Rwanda	0.80				0.82	2005
Sainte-Lucie					1.76 <sup>2</sup>	2007
Sénégal	0.74				1.25 <sup>2</sup>	2007
Sierra Leone	0.71				0.83	2005
Somalie	0.65				0.78	2006
Afrique du Sud	0.95				0.81 <sup>2</sup>	2007
Soudan	0.96					
Swaziland	0.91				0.97	2007
Thaïlande					0.93	2006
Togo	0.96				0.94	2007
Turquie					0.70 <sup>2</sup>	2007
Ouganda	0.95				0.95	2000
République-Unie de Tanzanie	0.74				0.64	2007
Zambie	0.87	2005	0.17		1.02 <sup>2</sup>	2005
Zimbabwe	0.85				0.95	2006

<sup>1</sup> La valeur Enquête démographique et de santé est fournie par MEASURE DHS ([www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)).

<sup>2</sup> La méthode de collecte de données diffère de la méthodologie UNGASS recommandée.

<sup>3</sup> Diffère des valeurs fournies par l'UNICEF.

<sup>4</sup> Enquête en grappes à indicateurs multiples basée sur de petits dénominateurs, généralement de 25 à 49 cas, non pondérés.

**Indicateur UNGASS 13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus**

Pays (ou territoire)	2003	2005		Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente			
	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Ensemble 15-24	Année enquête	Hommes	Femmes
Albanie	<1								2005 <sup>1</sup>		6
Algérie					2006		16	16	2006 <sup>1</sup>		13
Angola			43	35	2006	25	21	23			
Antigua-et-Barbuda					2005			48			
Argentine					2005	83	89	86			
Arménie					2007	42	34	36	2005	15	23
Azerbaïdjan	2								2006 <sup>1</sup>	5	6
Bangladesh					2005	24	21	22	2006 <sup>1</sup>		16
Bélarus					2007	70	65	68	2005 <sup>1</sup>		34
Belize					2006	26	26	26			
Bénin			11	8	2006	35	16	20	2006	35	16
Bolivie	22								2003	18	15
Bosnie-Herzégovine					2006		44		2005 <sup>1</sup>		48
Botswana	28										
Bulgarie					2006	18	21	19			
Burkina Faso					2007	45	46	45	2003	23	15
Burundi	24	2004	4	4	2005		31		2005 <sup>1</sup>		30
Cambodge	37				2006	45	49	47	2005	45	50
Cameroun	16	2004	34	27	2006		32	32	2004	34	27
Cap-Vert					2005	37	38	38	2005	36	36
République centrafricaine	5				2006	31	22	24	2006 <sup>1</sup>	27	17
Tchad	5				2004	20	8	11	2004	19	7
Chili					2007						
Chine					2007	50	55	42			
Comores	10								2000 <sup>1</sup>		18
Congo					2005	22	10	13	2005	35	26
Costa Rica					2006	43	42	42			
Côte d'Ivoire	16				2005	28	18	22	2005	28	18
Croatie					2006	16	25	20			
Cuba	52				2006	55	61	58	2000 <sup>1</sup>		30
Chypre					2007	10	11	10			
République démocratique du Congo					2006	29	22	26	2007	21	15
Djibouti									2006 <sup>1</sup>		18
République dominicaine	33				2007	34	41	37	2007 <sup>1</sup>	34	41
Equateur					2006	31	27	29			
Guinée équatoriale	4								2000 <sup>1</sup>		4
Erythrée									2002		37
Estonie					2007	28	37	32			
Ethiopie					2005	33	21	24	2005	33	20
Finlande								85			
Gabon					2007	58	60	59			
Gambie	15				2005	34	25	29	2006 <sup>1</sup>		39

Indicateur UNGASS 13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus											
Pays (ou territoire)	2003	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Ensemble 15-24	Année enquête	Hommes	Femmes
Géorgie					2005		4				
Allemagne					2007						
Ghana		2003	40	36					2006	33	25
Grèce					2007	27	23	25			
Grenade					2006	43	40	41			
Guatemala					2002	10	9	9			
Guinée					2007	20	12	16	2005	23	17
Guinée-Bissau	8				2006		18		2006		18
Guyana	36				2005	34	44	39	2005	47	53
Haïti	14				2006	40	32	35	2005	40	34
Honduras					2005	39	89	77	2006		30
Inde					2006	33	24	28	2006	36	20
Indonésie	7										
Iraq									2006 <sup>1</sup>		3
Jamaïque					2004	23	47	35	2005 <sup>1</sup>		60
Japon					2004						
Kazakhstan					2007	18	20	19	2006 <sup>1</sup>		22
Kenya	26	2005	80	58					2003	47	34
Kirghizistan					2006	30	33	32	2006 <sup>1</sup>		20
Lettonie					2007	3	3	3			
Lesotho	18								2004	19	27
Madagascar		2003	16	19	2006	46	45	45	2004	16	19
Malawi	34	2005	36	24					2004	36	24
Mali					2006	22	18	20	2006	22	18
Îles Marshall					2006	8	4	6	2007	39	27
Maurice					2004			22			
Mexique					2002	18	18				
Moldova	19				2006	26	27	26	2005		
Mongolie	32	2005	3	5	2005	17	15	16	2005 <sup>1</sup>		35
Monténégro					2006				2006 <sup>1</sup>		30
Maroc					2007				2003		12
Mozambique					2004	39	25	28	2003	33	20
Namibie					2007	62	65	63	2006	62	65
Népal					2006	44	28	32	2006	44	28
Nicaragua					2007		81	81	2001		22
Niger	5				2006	16	13	14	2006	16	13
Nigéria					2005	25	20	23	2003	21	18
Palaos					2006		27				
Pérou					2006			55	2007		19
Philippines									2003	18	12
Fédération de Russie					2007	33	35	34			
Rwanda	23				2005	54	51	52	2005	54	51

Indicateur UNGASS 13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus											
Pays (ou territoire)	2003	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Année enquête	Hommes 15-24	Femmes 15-24	Ensemble 15-24	Année enquête	Hommes	Femmes
Saint-Kitts-et-Nevis					2006			52			
Sainte-Lucie					2006	61	57	59			
Saint-Vincent-et-les Grenadines					2006	59	40	49			
Sao Tomé-et-Principe	11				2006				2006 <sup>1</sup>		44
Sénégal					2005	24	19	22	2005	26	21
Serbie					2006	20	21	20	2006 <sup>1</sup>		42
Seychelles					2003	59	67	63			
Sierra Leone	16				2007				2005 <sup>1</sup>		17
Singapour					2007	15	20	17			
Somalie		2004	13	8	2006		4	4	2006 <sup>1</sup>		4
Afrique du Sud	20										
Sri Lanka					2007	10	7	8			
Suriname	27				2006		41	41	2006 <sup>1</sup>		41
Swaziland	27				2007	52	52	52	2007	52	52
République arabe syrienne									2006 <sup>1</sup>		7
Tadjikistan					2007	11	11	11	2005 <sup>1</sup>		3
Thaïlande					2006	47	33	40	2005 <sup>1</sup>		46
Ex-République yougoslave de Macédoine					2007	19	26	22	2005 <sup>1</sup>		27
Togo	20				2007	59	44	51	2006 <sup>1</sup>		28
Trinité-et-Tobago	33				2007			56	2006 <sup>1</sup>		28
Tunisie						26	29	27			
Turquie					2007	35	39	37			
Tuvalu					2005						
Ouganda	28				2006	38	32	33	2006	38	32
Ukraine					2007	39	42	40	2007	43	42
République-Unie de Tanzanie	26								2004	40	45
Uruguay					2007	52	48	50			
Ouzbékistan	3								2006 <sup>1</sup>		31
Viet Nam	25				2005	50	42	46	2005	50	42
Zambie	26	2005	46	41	2007	37	34	35	2007	37	34
Zimbabwe		2003	56	54	2006	46	44	45	2006	46	44

<sup>1</sup> Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

Indicateur UNGASS 14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus<sup>1</sup>

Pays (ou territoire)	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		
	2005		2007		2005		2007		2005	2007	
	Ensemble	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble	
Argentine	69	67 <sup>6</sup>							56		
Arménie	49	54 <sup>4</sup>	54		60	68	69	56	54	74	
Bahamas										45	
Bangladesh	23	31	30	31	14	20 <sup>5</sup>	20		14	27	
Barbade	37 <sup>3,4</sup>		37 <sup>3</sup>								
Bélarus	24	50 <sup>4</sup>	50		61	58	51	68	63	56	
Bénin										42	
Bosnie-Herzégovine					22 <sup>5</sup>	22					
Bulgarie	35 <sup>4</sup>		35		29	28	34		32		
Burundi	4	44 <sup>2,4</sup>		44 <sup>2</sup>							
Cameroun	40 <sup>2,4</sup>		40 <sup>2</sup>								
Chine	24 <sup>4</sup>	41			36	49	48	52	37	55	
Congo	67								3		
Costa Rica										49	85
Côte d'Ivoire	32 <sup>4</sup>		32								
Cuba	52		49	61							
République démocratique du Congo	30 <sup>2,4</sup>		30 <sup>2</sup>								
Equateur					47 <sup>3</sup>					59 <sup>3</sup>	
El Salvador	6								25		
Estonie	83 <sup>3,4</sup>		83 <sup>3</sup>		75 <sup>3</sup>	75 <sup>3</sup>	74 <sup>3</sup>		60 <sup>3</sup>		
Ethiopie	36 <sup>4</sup>		36								
Gabon	24		13	25							
Géorgie	1	4 <sup>4</sup>	4	36	41 <sup>5</sup>	41		0 <sup>2</sup>			
Grèce										74	
Guatemala	3 <sup>4</sup>		3							33	
Guinée	4 <sup>4</sup>		4								
Guyana	63								67		
Haïti	6 <sup>4</sup>		6							36	
Honduras	21 <sup>4</sup>		21							21	
Inde					38						
Indonésie	24	28	37	26	7	58	58	68	43	42	
Iran (République islamique d')	8 <sup>4</sup>		8		24	24	15				
Jamaïque	26	26 <sup>4</sup>		26							
Kazakhstan	63 <sup>4</sup>		63		63	63	63		66		
Kirghizistan	1	36 <sup>4</sup>	36		64	62	69	7	89		
Republique démocratique populaire lao	21								31 <sup>3</sup>		
Lettonie					45	44	50				
Lituanie	24 <sup>4</sup>		24							39	
Madagascar	30										

**Indicateur UNGASS 14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus<sup>1</sup>**

UNGASS	Professionnel(le)s du sexe				Consommateurs de drogues injectables				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
	2005	2007		2005	2007		2005	2007		
Pays (ou territoire)	Ensemble	Ensemble	Hommes		Femmes	Ensemble	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Malaisie		78 <sup>2</sup>				98 <sup>2</sup>				
Mali	90									
Maurice		2 <sup>2,4</sup>				62 <sup>2</sup>				48 <sup>2</sup>
Mexique		49	54	47						66
Moldova	35	58 <sup>4</sup>		58	37	64	64	66	38	47
Mongolie		29 <sup>4</sup>		29						23
Maroc	72				7					
Népal	17	32	41	30	50	66 <sup>5</sup>	66		27	45
Nigéria		33 <sup>4</sup>		33		34	34	36		44
Pakistan		10 <sup>3</sup>	21 <sup>3</sup>	<1 <sup>3</sup>		20				
Panama		91	91	92						78
Papouasie-Nouvelle-Guinée		35 <sup>4</sup>		35						71
Pérou									73	40
Philippines		2		2		26	27	23		10
Roumanie	14	14 <sup>4</sup>		14	18	30	24	63		45
Fédération de Russie		36 <sup>4</sup>		36		46	47	43		26
Rwanda		36 <sup>4</sup>		36						
Sainte-Lucie						13 <sup>3</sup>	10 <sup>3</sup>	33 <sup>3</sup>		
Sao Tomé-et-Principe				72						
Sénégal		41 <sup>4</sup>		41						
Sri Lanka		10 <sup>4</sup>		10						20
Suriname		78	75	79						
Swaziland		46 <sup>4</sup>		46 <sup>4</sup>						
Suède		46	100	45						
Tadjikistan		41 <sup>4</sup>		41		46	45	51		
Thaïlande		28	23	29		49				25
Ex-République yougoslave de Macédoine	10	47	67	43	27	34	32	47	34	41
Togo		45	46	42						
Turquie	22									
Ukraine	8	48 <sup>4</sup>		48	21	47	47	45	49	47
Viet Nam	24	35 <sup>4</sup>		35	34	38 <sup>3,5</sup>	38 <sup>3</sup>			55 <sup>3</sup>
Zambie		41	41	42						

<sup>1</sup> Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier de 2005 à 2007.

<sup>2</sup> La collecte des données a débuté avant 2005.

<sup>3</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

<sup>4</sup> Femmes uniquement.

<sup>5</sup> Hommes uniquement.

<sup>6</sup> Transsexuel(le)s.

## Indicateur UNGASS 15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Pays (ou territoire)	2005		Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente			
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Ensemble 15-24	Année de l'enquête	Hommes	Femmes
Angola		47	24	2006	36	28	32			
Antigua-et-Barbuda				2006			25			
Argentine				2005	27	19	23			
Arménie				2007	11	<1	3	2005	3	<1
Azerbaïdjan								2006	1	1
Bangladesh				2005	4	1	2			
Barbade		36	26							
Bélarus				2007	8	4	5			
Belize				2006	11	6	9			
Bénin		16	9	2006	13	12	12	2006	13	12
Bosnie-Herzégovine				2006		1		2006 <sup>1</sup>		<1
Bulgarie				2006	13	7	10			
Burkina Faso				2007	3	7	6	2003	4	7
Burundi		14	6	2005		3		2005 <sup>1</sup>		3
Cambodge		<1	<1	2006	<1	1	1	2005	<1	1
Cameroun	2004	23	35	2006		14		2006 <sup>1</sup>		14
Cap-Vert				2005	41	24	30	2005	41	24
République centrafricaine	2004	10	10	2006	20	33	30	2006	13	25
Tchad				2004	19	39	35	2004	10	26
Chili				2006	12	6	9			
Colombie				2007			37	2005		13
Congo	2003	10	10	2005	27	24	24	2005	27	24
Costa Rica				2006	15	7	11			
Cuba				2006	33	15	24			
Chypre				2007	15	1	8			
Côte d'Ivoire	2004	13	15	2005	15	19	18	2005	15	19
République démocratique du Congo				2006	31	23	28	2007	18	18
République dominicaine				2007	24	33	29	2007	24	15
Equateur				2004		10				
El Salvador				2003	54	21	27			
Erythrée								2002		13
Estonie				2007	10	11	10			
Ethiopie		40	42	2005	2	16	12	2005	2	16
Fidji				2007			50			
Gabon				2007	38	14	25	2000	42	24
Gambie				2006		5		2006 <sup>1</sup>		5
Géorgie				2005		2	2			
Allemagne				2006	10	12	11			
Ghana								2006	4	6
Grèce				2007	35	7	24			
Grenade				2006	32	20	25			
Guatemala				2002	20	9	11	1999		10

Indicateur UNGASS 15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans										
Pays (ou territoire)	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Ensemble 15-24	Année de l'enquête	Hommes	Femmes
Guinée	2005	16	18	2007	20	31	25	2005	17	22
Guinée-Bissau				2006		22				
Guyana				2005	30	12	21	2005	13	9
Haïti				2006	43	15	23	2005	43	15
Honduras				2005	19	11	13	2006		11
Inde				2006	2	4	3	2006	2	10
Iran (République islamique d')				2005						
Jamaïque				2004						
Japon				2004	8	9	9			
Kazakhstan				2007	20	3	9			
Kenya	2005	20	17	2003	29	14	21	2003	29	14
Kirghizistan				2007	9	<1	5	2006 <sup>1</sup>		0
Lettonie				2007	16	9	12			
Liban				2004			4			
Lesotho	2004	27	14	2005	12	6	8	2004	13	6
Lituanie				2006	22	10	16			
Madagascar	2003	22	31	2006	33	39	36	2004	9	15
Malawi				2006				2004	14	15
Mali				2006	5	25	6	2006	5	25
Îles Marshall				2006	17	10	14	2007	27	14
Mauritanie				2007		14	14			
Maurice				2004	3	1	2			
Mexique				2005	4	4	4			
Moldova	2005	34	24	2006	8	1	4	2005	9	1
Mongolie	2005	3	<1	2005	3	<1	1			
Monténégro				2007	4	2	3	2006 <sup>1</sup>		<1
Maroc				2007	8	1	5			
Mozambique				2004	26	28	28	2003	26	28
Namibie				2007	18	7	12	2006	18	7
Népal								2006	4	7
Nicaragua				2007		14	14	2001		12
Niger				2006	8	39	25	2006	5	30
Nigéria	2005	5	15	2005	5	15	10	2003	7	21
Pakistan				2006	1	<1				
Palaos				2006		5				
Papouasie-Nouvelle-Guinée				2007	4	4	4			
Pérou				2007		6		2007		6
Philippines								2003	2	1
Roumanie				2006	17	3	10			
Fédération de Russie	2004	17	8	2007	12	3	7			
Rwanda				2005	13	4	7	2005	13	4
Saint-Kitts-et-Nevis				2006	36	10	22			

Indicateur UNGASS 15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans										
Pays (ou territoire)	2005			Valeur déclarée par le pays pour 2007				DHS (ou MICS) la plus récente		
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Ensemble 15-24	Année de l'enquête	Hommes	Femmes
Sainte-Lucie				2006	32	20	26			
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2005	63	37	2006	31	14	22			
Sao Tomé-et-Principe				2006						
Sénégal				2005	12	9	10	2005	12	9
Sierra Leone				2005	25		25			
Singapour				2007	3	2	2			
Afrique du Sud				2005	5	12	8			
Espagne				2003	18	11	15			
Sri Lanka				2007			3			
Suriname				2006			8			
Swaziland				2007	5	7	6	2007	5	7
Suède				2007	15	21	19			
Suisse				2007	10	7	8			
Tadjikistan				2006	1	<1	1			
Thaïlande		11	7	2006	21	5	13			
Ex-République yougoslave de Macédoine				2007	8	1	5	2006 <sup>1</sup>		<1
Togo				2007	13	10	11	1998	<1	19
Trinité-et-Tobago				2007			12			
Tunisie					7	<1	4			
Turquie				2007						
Turkménistan								2000		<1
Ouganda				2006	12	16	15	2006	12	16
Ukraine				2007	7	3	5	2007	2	1
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord				2001	14	12	13			
République-Unie de Tanzanie				2005	10	13	11	2004	9	12
Uruguay				2007	25	10	18			
Ouzbékistan								1996		1
Viet Nam				2005	1	<1	<1	2005	<1	1
Zambie				2007	16	14	15	2007	16	14
Zimbabwe		9	8	2006	5	5	5	2006	4	5

<sup>1</sup> Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).



## Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Pays (ou territoire)	2003 <sup>1</sup>					2005 <sup>1</sup>				
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus	
		15-49	15-49	15-24	25-49		15-49	15-49	15-24	25-49
Angola										
Antigua-et-Barbuda										
Arménie	2000	9	<1	4	4	2005	9	<1	6	3
Azerbaïdjan										
Bangladesh										
Bélarus										
Belize										
Bénin	1996		2			2001	22	1	7	8
Bolivie						2003	15	1	10	7
Bosnie-Herzégovine										
Burkina Faso	1999	13	1	9	6	2003	15	1	5	9
Burundi										
Cambodge	2000		<1			2005	6	<1	2	4
Cameroun	1998	41	10	25	25	2004	31	6	15	22
Canada										
Cap-Vert						2005	36	3	19	19
République centrafricaine										
Tchad	1997	19	1	11	8	2004	17	1	6	10
Chili										
Colombie	2000		3			2005		3		
Comores										
Congo						2005	24	7	15	16
Costa Rica										
Cuba										
Chypre										
Côte d'Ivoire	1998	33	5	19	19	2005	24	4	12	15
République démocratique du Congo										
République dominicaine	1996	16	2	4	6	2002	23	2	13	13
Estonie										
Ethiopie	2000	7	1	3	5	2005	2	<1	1	2
Gabon	2000	24	14	20	18					
Gambie										
Allemagne										
Ghana						2003	10	1	4	7
Grèce										
Grenade										
Guatemala										
Guinée	1999	26	4	15	15	2005	25	2	11	14
Guinée-Bissau										
Guyana						2005	7	1	6	3
Haïti	2000	24	1	11	13	2005	23	1	11	13

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois									
Valeur déclarée par le pays pour 2007							DHS (ou MICS) la plus récente		
Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2006	51	25	38	54	46	26			
2006			55						
							2005	9	<1
							2006	6	<1
2005	18		18	25	25	14			
2007	33	14	21	27	32	15			
2006	13 <sup>2</sup>	4 <sup>2</sup>	8 <sup>2</sup>						
2006	12	35	17	62	30	8	2006	28	
							2003	15	1
2006		8		4	11				
2007	14	1	7	2	6	9	2006 <sup>4</sup>		1 <sup>2</sup>
							2005 <sup>4</sup>		1 <sup>2</sup>
2006	6	<1	3	1	4	3	2005	6	<1
2004	40	8	18	17	20	17	2006 <sup>4</sup>		5 <sup>2</sup>
2006			13						
2005	69	43	52	86	71	36	2005	36	3
2006	24 <sup>2</sup>	6 <sup>2</sup>	11 <sup>2</sup>	6	14				
2004	17	1	8	4	9	10	2004	17	1
2006	12	2	7	6	14	6			
2007		4 <sup>3</sup>			35 <sup>3</sup>		2005	<1	3
2003	24	4	11			9			
2005	28	8	14	19	16	13	2005	24	7
2006	37	35	39						
2006	35	10	23	22	29	22			
2007	25	6	15						
2005	31	4	16	15	18	16	2005	24	4
2007	22	4	9	10	11	9	2007	17	3
2007	30	4	17	22	25	16	2007	24	3
2007	23	19	21	17	26				
2005	3	<1	2	1	2	2	2005	2	<1
2007	51	38	43	53	36	43			
2006		1 <sup>2</sup>					2006 <sup>4</sup>		1 <sup>2</sup>
2007	35	22	29						
2006	22 <sup>2</sup>	40 <sup>2</sup>	26 <sup>2</sup>				2006	8	1
2007	33	8	20	22	48	18			
2006	30	13	21	19	30	16			
2002	13		13	34	19	8			
2005	25	2	8	6	10	8	2005	25	2
2006				5	7		2006 <sup>4</sup>		6 <sup>2</sup>
2005	9	1	5				2005	7	1
2006	23	1	12	7	16	13	2005	23	1

## Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Pays (ou territoire)	2003 <sup>1</sup>					2005 <sup>1</sup>				
	Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus	
		15-49	15-49	15-24	25-49		15-49	15-49	15-24	25-49
Honduras						2006		1		
Inde						2006	1	<1	1	1
Jamaïque										
Kazakhstan										
Kenya	1998	24	3	16	11	2003	12	2	7	7
Kirghizistan										
Liban										
Lesotho						2004	21	8	11	16
Lituanie										
Madagascar						2004	17	3	11	9
Malawi	2000	15	1	6	9	2004	9	1	4	6
Mali	1996	13				2001	17	1	5	11
Îles Marshall										
Maurice										
Mexique										
Moldova						2005	11	1	9	4
Mongolie										
Monténégro										
Maroc										
Mozambique						2003	30	5	18	17
Namibie	2000	16	2	9	10					
Népal	2001	3								
Nicaragua	2001		1							
Niger	1998	10	1	7	5					
Nigéria						2003	15	2	5	10
Palaos										
Papouasie-Nouvelle-Guinée										
Pérou	1996	23	<1	4	9	2000		<1		
Philippines						2003	6			
Pologne										
Fédération de Russie										
Rwanda	2000	2	<1	1	2	2005	3	<1	1	2
Saint-Kitts-et-Nevis										
Sainte-Lucie										
Saint-Vincent-et-les Grenadines										
Sénégal						2005	13	1	4	10
Serbie										
Seychelles										
Sierra Leone										
Singapour										

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois									
Année de l'enquête	Valeur déclarée par le pays pour 2007						DHS (ou MICS) la plus récente		
	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2005	16	1	4				2006	<1	1
2006	8	2	5	6	9	4	2006	1	<1
2004	48	11	29						
2007	25	5	15	9	23	15			
2003	12	2	5	3	6	5	2003	12	2
2007	28	2	15	10	21		2006 <sup>4</sup>		<1 <sup>2</sup>
2004	24	4	17						
2005	30	11	16				2004	21	8
2007	43	26	41	<1	<1	41			
2004	20	3	7				2004	17	3
2005	1	1	1	2	1	1	2004	9	1
2006	23	2	5	5	4	1	2006	15	1
2006	23	18	21	19	30		2007	7	3
2004	9	1	5	4	5	6			
2003	8				6	9			
2007	16	2	8	11	19	5	2005	11	1
2005	54		54						
							2005 <sup>4</sup>		<1 <sup>2</sup>
2007	37	2	19	14	27				
2004	52	24	29	60	34	19	2003	30	5
2007	16	3	9	10	15	7	2006	11	2
							2006	2	<1
2007		2	2	1	2	2			
2006	9	1	2	5	4	2	2006	12	1
2005	19	2	10	3	10	14	2003	15	2
2006		9		36	13	5			
2007	13	2	8	6	11	7			
2006	33	12					2007		1
							2003	6	
2005	8	5	7						
2006	20	9	15	16	26	13			
2005	3	<1	2	<1	1	2	2005	3	<1
2006	53	19	36						
2007	42	25	35						
2006	25	10	17	13	32	9			
2005	25	4	8	7	11	7	2005	13	1
2006	42	11	26	32	24	<1	2005 <sup>4</sup>		3 <sup>2</sup>
2003	23	11	17						
2005	9	36	21						
2007	7	2	4	2	10	4			

## Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Pays (ou territoire)	2003 <sup>1</sup>					2005 <sup>1</sup>								
	Année de l'enquête	Hommes		Femmes		Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes		Femmes		Sexes confondus	
		15-49	15-49	15-24	25-49	15-49	15-49		15-24	25-49				
Afrique du Sud														
Espagne														
Sri Lanka														
Suriname														
Swaziland														
Suède														
Suisse														
Tadjikistan														
Thaïlande														
Togo	1998	21	3	13	13									
Trinité-et-Tobago														
Turquie														
Turkménistan	2000		<1											
Ouganda	1995	8	1	5	4	2001	18	2	6	12				
Ukraine														
Ouzbékistan														
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord														
République-Unie de Tanzanie	1999	29	9	17	20	2004	23	3	10	15				
Uruguay														
Viet Nam						2005	14	2	6	9				
Zambie	1996	27	4	18	12	2002	21	2	10	13				
Zimbabwe	1999	13	2	6	8	2006	9	1	4	6				

<sup>1</sup> Données fournies par MEASURE DHS.<sup>2</sup> 15-24 ans.<sup>3</sup> 25-64 ans seulement.<sup>4</sup> Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois									
Valeur déclarée par le pays pour 2007							DHS (ou MICS) la plus récente		
Année de l'enquête	Hommes	Femmes	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes	Femmes
	15-49	15-49	15-49	15-19	20-24	25-49		15-49	15-49
2005	3	18	10	18	15	8			
2003	27	13	20						
2007	3	<1	2	1	1	3			
2006			3						
2007	14	2					2007	14	2
2007	23	23	23	33	34	11			
2007	18	10	14	25	26	10			
2006			6	3	9				
2006	18	1	9	24	18	7			
2007	26	6	16	10	22	17	2006 <sup>4</sup>		3 <sup>2</sup>
2007	94	79	85						
2007		15	15	19	20	11			
							2000		<1
2006	21	2	12	3	9	16	2006	21	2
2007	21	7	14	18	23	11	2007	13	2
							2006 <sup>4</sup>		<1 <sup>2</sup>
2001	25	15	20	30	35	16			
2006	20	5	13	46			2004	23	3
2007	23	11	17	28	35	11			
2005	1	<1	<1	<1	1	<1	2005	14	2
2007	14	1	7	3	7	9	2007	14	1
2006	14	1	7	7	9	6	2006	9	1

## Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Pays (ou territoire)	2003 <sup>1</sup>					2005 <sup>1</sup>				
	Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Albanie										
Angola										
Antigua-et-Barbuda										
Argentine										
Arménie	2000	32				2005	58			
Azerbaïdjan										
Bangladesh										
Bélarus										
Bénin	1996		13			2001	23	18	33	17
Bosnie-Herzégovine										
Burkina Faso	1999	55	36	56		2003	43	44	68	33
Burundi										
Cambodge						2005	41			
Cameroun	1998	23	13	27	17	2004	38	35	53	28
Canada										
Cap-Vert						2005	69	57	78	59
République centrafricaine										
Tchad	1997	20	10	22	17	2004	20	7		
Chili										
Colombie	2000		22			2005		31		
Congo						2005	30	23		
Costa Rica										
Cuba										
Chypre										
Côte d'Ivoire	1998	45	23	53	34	2005	38	41	59	26
République démocratique du Congo										
République dominicaine	1996	9	19	7	10	2002	35	33	45	27
Estonie										
Ethiopie	2000	20	11	43	10	2005	9			
Gabon	2000	40	26	41	29					
Gambie										
Allemagne										
Ghana						2003	22	33	39	
Grèce										
Grenade										
Guatemala										
Guinée	1999	24	9	31	17	2005	24	20	38	17
Guinée-Bissau										
Guyana						2005	53	56		
Haïti	2000	21	30	30	16	2005	34	21	49	23

Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel									
Année de l'enquête	Valeur déclarée par le pays pour 2007						DHS (ou MICS) la plus récente		
	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2005									
2006	46	18	32	26	40	31			
2006			87						
2005	48	44	46	48	44				
							2005	58	
2006							2006	26	<1
2005	35		35	42	31	36			
2007	62	60	61	76	68	49			
2006	25	42	32	31	36	29	2006	17	
2006		72		73	71				
2007	36	51	38	69	61	30	1999	55	36
2004	55	45	49						
2006	40	12	39	83	73	23	2005	41	
2006	55	41	48	61	62	43	2006 <sup>4</sup>		68 <sup>5</sup>
	23	16	19						
2005	72	46	58	70	61	47	2005	69	57
2006									
2004	20	7					2004	20	7
2006	30	18	28	32	34	25			
							2005		31
2005	43	21	30	24	29	35	2005	30	23
2006	15	11	13			12			
2006	41	33	39	72	53	30			
2007	63	53	61						
2005	52	34	44	47	45	42	2005	38	41
2007	26	16	21	16	26	21	2007	16	8
2007	42	33	37	54	44	34	2007	45	35
2007	64	55	61	61	64				
2005	52	24	43	38	47	34	2005	9	
2007	72 <sup>2</sup>	70 <sup>2</sup>	71 <sup>2</sup>	65 <sup>2</sup>	73 <sup>2</sup>	71 <sup>2</sup>			
							2006 <sup>4</sup>		64 <sup>5</sup>
2007			58						
2006	33	54					2006	38	35
2007	71	55	67	61	58	75			
2006	68	52		61	63				
2002				47	58	50			
2005	32	26	31	35	43	27	2005	24	20
							2006 <sup>4</sup>		58 <sup>5</sup>
2005	53	56	53				2005	53	56
2006	34	21	33	41	53	23	2005	34	21

## Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Pays (ou territoire)	2003 <sup>1</sup>					2005 <sup>1</sup>				
	Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Honduras						2006		27		
Inde						2006	23	12		
Jamaïque										
Kazakhstan										
Kenya	1998	36	18	38	30	2003	33	12	47	17
Kirghizistan										
Liban										
Lesotho						2004	41	19	47	26
Lituanie										
Madagascar						2004	9	2	12	6
Malawi	2000	14	15	26	7	2004	20	16	32	13
Mali	1996	34				2001	16	14	27	13
Îles Marshall										
Mauritanie										
Maurice										
Mexique										
Moldova						2005	45	22	56	28
Mongolie										
Maroc										
Mozambique						2003	19	14	38	10
Namibie	2000	65	45	72	56					
Népal										
Nicaragua	2001		19							
Niger	1998	26	28							
Nigéria						2003	22	13	34	17
Palaos										
Papouasie-Nouvelle Guinée										
Pérou	2000		15							
Philippines						2003		22		
Rwanda	2000	28	30			2005	8	14		
Saint-Kitts-et-Nevis										
Sainte-Lucie										
Saint-Vincent-et-les Grenadines										
Sao Tomé-et-Principe										
Sénégal						2005	31	21	61	22
Serbie										
Sierra Leone										
Singapour										
Afrique du Sud										
Espagne										

Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel									
Valeur déclarée par le pays pour 2007							DHS (ou MICS) la plus récente		
Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2006	38	32	37				2006		27
2006	67	62	66	61	68	66	2006	23	12
2004	67	53	64						
2007	82	82	82	88	93	77			
2003	33	12	30	48	47	17	2003	33	12
2007	81	75	80	85	78				
2004	72	67	72						
2004	41	19	34	49	40	26	2004	41	19
2007	46	20	44			44			
2004	13	5	8	8	8	8	2004	9	2
2004	47	30	38	35	47	33	2006 <sup>4</sup>		45 <sup>5</sup>
2006	38	17	20	19	29	34	2006	12	8
2006	19	15	18	17	19		2007	20	11
2007	10		10						
2004	44	46	44	50	43	43			
2003	20				78	14			
2007	48	60	49	45	50	52	2005	45	22
2005	34		34						
2007	61	75	62	63	61				
2003	19	14	18	28	28	10	2003	19	14
2007	74	66	68	79	76	60	2006	74	66
2006	54						2006	30	
2001		19					2001		19
2006	7	8					2006	7	8
2005	62	44	56	44	56	62			
2006		23				60			
2007	45	26	43	50	49	38			
2006			48	59	43		2007		31
2003	22						2003		22
2005	8	14	8				2005	8	14
2006			67						
2007	48	39	45						
2006	62	52	59	59	59				
2006		57 <sup>3</sup>		60	59				
2005	62	37	52	39	51	59	2005	31	21
2006				73	78				
2007	11	26	37						
2007	51	0	42	50	14	51			
2005	67	47	64	80	72	56			
2003	50	42	46						

## Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Pays (ou territoire)	2003 <sup>1</sup>					2005 <sup>1</sup>				
	Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus		Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus	
				15-24	25-49				15-24	25-49
Suriname										
Swaziland										
Suisse										
Tadjikistan										
Thaïlande										
Togo	1998	33	21	42	25					
Turquie										
Ouganda	1995	18	8	24	9	2001	24	25		
Ukraine										
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord										
République-Unie de Tanzanie	1999	22	16	25	17	2004	29	21	37	23
Uruguay										
Viet Nam						2005	58			
Zambie	1996	31	18	36	23	2001	27	21	40	20
Zimbabwe	1999	40	46	56	30	2006	36	41	57	24

<sup>1</sup> Données fournies par MEASURE DHS.

<sup>2</sup> Données sur 2 grandes villes seulement.

<sup>3</sup> Femmes de 15-24 ans seulement.

<sup>4</sup> Source: Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF MICS).

<sup>5</sup> 15-24 ans.

**Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel**

Valeur déclarée par le pays pour 2007							DHS (ou MICS) la plus récente		
Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Sexes confondus				Année de l'enquête	Hommes 15-49	Femmes 15-49
			15-49	15-19	20-24	25-49			
2006			49						
2007	56	57	56		62	51	2007	56	57
2007	62	52	58	83	61	48			
2006			65	53	69				
2006	53	14	51	63	49	50			
2007	73	69	73	72	76	71	1998	33	21
2007		58	53	52	71	45			
2006	42	41	42		30	41	2006	42	41
2007	75	61	72	77	64	72	2007	46	48
2001	10	5	7	15	15	5			
2005	50	38	44	38	41		2004	29	21
2007	69	65	68	76	81	56			
	1	0	0	0	1	0	2005	58	
2007	50	37	46	39	49	48	2007	28	33
2006	71	47	64	50	67	68	2006	36	41

Indicateur UNGASS 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client<sup>1</sup>

Pays (ou territoire)	2005			2007		
	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Afghanistan				50 <sup>3,5</sup>		50 <sup>3</sup>
Angola				78 <sup>5</sup>		78
Arménie	89	100	89	91 <sup>5</sup>		91
Bangladesh	40	44	32	63	44	67
Barbade				80 <sup>5</sup>		80
Bélarus	77	100	77	76 <sup>5</sup>		76
Bénin				83 <sup>5</sup>		83
Bolivie				88 <sup>4</sup>	57 <sup>4</sup>	88 <sup>4</sup>
Bulgarie				95 <sup>5</sup>		95
Burkina Faso	96			99	98	99
Burundi	74		74	74 <sup>2,5</sup>		74 <sup>2</sup>
Cambodge	96		96	99 <sup>5</sup>		99
Cameroun				74 <sup>2,4,5</sup>		74 <sup>2,4</sup>
Canada					61 <sup>4</sup>	80 <sup>4</sup>
Cap-Vert				74 <sup>5</sup>		74
Chine			69	82 <sup>5</sup>		82
Colombie				89	82	97
Comores				59 <sup>5</sup>		59
Costa Rica				92 <sup>5</sup>		92
Côte d'Ivoire				96 <sup>5</sup>		96
Croatie				86 <sup>2</sup>		
Cuba				61	63	56
République démocratique du Congo				61 <sup>2,5</sup>		61 <sup>2</sup>
République dominicaine				96 <sup>2</sup>		
Equateur						95
El Salvador				96	89	97
Erythrée				76 <sup>5</sup>		
Estonie				94 <sup>5</sup>		94
Ethiopie				87 <sup>5</sup>		84
Gabon				67	53	67
Géorgie			95	94 <sup>5</sup>		94
Ghana				98		
Guatemala				96	91	97
Guinée				100 <sup>5</sup>		100
Guinée-Bissau						60
Guyana				89 <sup>5</sup>		89
Haiti				90 <sup>5</sup>		90
Honduras				68	71	66
Inde						88
Indonésie	55	48	56	69	72	68

Indicateur UNGASS 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client <sup>1</sup>						
UNGASS	2005			2007		
Pays (ou territoire)	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Iran (République islamique d')				55 <sup>5</sup>		55
Jamaïque	84			84		
Kazakhstan				97 <sup>5</sup>		97
Kirghizistan	81			84 <sup>5</sup>		84
Republique démocratique populaire lao	83	59	89			
Liban				34 <sup>4</sup>	47 <sup>4</sup>	34 <sup>4</sup>
Lituanie				77 <sup>5</sup>		77
Madagascar				79		
Malawi				69 <sup>5</sup>		69
Malaisie				35 <sup>2</sup>		
Mali				99 <sup>5</sup>		99
Maurice				100 <sup>2,5</sup>		100 <sup>2</sup>
Mexique				96	96	96
Moldova	98			93 <sup>5</sup>		93
Mongolie	94	50	96	92 <sup>5</sup>		92
Maroc	38		38	54 <sup>5</sup>		54
Népal	67			81	93	77
Niger				96 <sup>5</sup>		96
Nigéria				98 <sup>5</sup>		98
Pakistan	23	7	37	34	21	45
Panama	92	91	92	76	64	84
Papouasie-Nouvelle-Guinée				94 <sup>5</sup>		94
Paraguay				76	71	78
Pérou					42	96
Philippines				65	50	65
Pologne						46 <sup>2</sup>
Roumanie			85	85 <sup>5</sup>		85
Fédération de Russie	77			92 <sup>5</sup>		92
Rwanda				87 <sup>5</sup>		87
Sao Tomé-et-Principe						60
Sénégal	86		87	99 <sup>5</sup>		99
Sierra Leone				68 <sup>5</sup>		68
Singapour						99
Sri Lanka			65	89 <sup>5</sup>		89
Suriname				70	79	68
Swaziland				98 <sup>5</sup>		98
Suède				22	100	20
Suisse					72	
Tadjikistan				75 <sup>5</sup>		75
Thaïlande				96 <sup>4,5</sup>		

Indicateur UNGASS 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client<sup>1</sup>

Pays (ou territoire)	2005			2007		
	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Ex-République yougoslave de Macédoine	86	88	84	78	93	75
Togo				78	76	84
Turquie				33 <sup>5</sup>		33
Ukraine	80		80	86 <sup>5</sup>		86
Ouzbékistan				65 <sup>5</sup>		65
Viet Nam	90		90	97 <sup>4,5</sup>		97 <sup>4</sup>
Zambie				81	72	82
Zimbabwe				4 <sup>4,6</sup>	4 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier entre 2005 et 2007.

<sup>2</sup> La collecte des données a débuté avant 2005.

<sup>3</sup> La période de collecte des données n'est pas définie.

<sup>4</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

<sup>5</sup> Femmes uniquement.

<sup>6</sup> Hommes uniquement.

**Indicateur UNGASS 19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin<sup>1</sup>**

UNGASS	2005	2007
Pays (ou territoire)		
Argentine		91
Arménie	30	84
Australie		58 <sup>3,4</sup>
Bahamas		69
Bangladesh	49	24
Bélarus	62	67
Bulgarie		46
Cambodge		86
Chili		29
Chine	41	64
Colombie		80
Congo	23	
Costa Rica		71
Côte d'Ivoire		47
Croatie		53
Cuba		55
République dominicaine		79 <sup>2</sup>
Equateur		63
El Salvador		83
Estonie		47
Fidji	20	
Géorgie	54	
Allemagne		58
Ghana		48
Grèce		89
Guatemala		78
Guyana		81
Haïti		73
Honduras		47
Indonésie	48	39
Japon		55
Kazakhstan		66
Kenya		75
Kirghizistan	68	81
Republique démocratique populaire lao		24 <sup>4</sup>
Liban		39 <sup>4</sup>
Lituanie		58
Mali		54
Maurice		52 <sup>2</sup>

**Indicateur UNGASS 19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin<sup>1</sup>**

UNGASS	2005	2007
Pays (ou territoire)		
Mexique		79
Moldova	63	48
Mongolie	13	67
Népal		74
Nigéria		53
Pakistan	8	24
Panama	84	86
Papouasie-Nouvelle-Guinée		88 <sup>4</sup>
Pérou	46	47
Philippines		32
Pologne		32 <sup>2,4</sup>
Roumanie		73
Fédération de Russie	39	60
Sainte-Lucie		74
Sénégal	45	55 <sup>2</sup>
Slovénie		75 <sup>4</sup>
Sri Lanka		61
Suriname		89
Suède		42 <sup>4</sup>
Suisse		80 <sup>4</sup>
Thaïlande		88
Ex-République yougoslave de Macédoine	29	56
Togo		60
Trinité-et-Tobago		47 <sup>2</sup>
Turquie		37
Tuvalu		63
Ukraine	72	39
Ouzbékistan		61
Viet Nam		61

<sup>1</sup> Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier de 2005 à 2007.

<sup>2</sup> La période de collecte des données a débuté avant 2005.

<sup>3</sup> La période de collecte des données n'est pas définie.

<sup>4</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

Indicateur UNGASS 20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel <sup>1</sup>			
Pays (ou territoire)	Ensemble	Hommes	Femmes
Argentine	64	63	65
Arménie	56	56	55
Australie	20 <sup>3</sup>	20 <sup>3</sup>	20 <sup>3</sup>
Azerbaïdjan	18 <sup>2</sup>		
Bangladesh	44	44	55
Bélarus	59	57	65
Bosnie-Herzégovine	23 <sup>4</sup>	23	
Bulgarie	19	18	28
Canada	43		
Chine	34 <sup>3</sup>	32 <sup>3</sup>	43 <sup>3</sup>
Estonie	68	66	74
Géorgie	48 <sup>4</sup>	48	
Grèce	48		
Indonésie	34	34	30
Iran (République islamique d')	33	33	30
Japon	65 <sup>4</sup>	65	
Kazakhstan	37	37	36
Kirghizistan	11	11	9
Lettonie	38	40	34
Liban	15 <sup>3</sup>	15 <sup>3</sup>	
Malaisie	5 <sup>2</sup>		
Maurice	13 <sup>2</sup>	15 <sup>2</sup>	0 <sup>2</sup>
Mexique	29	27	38
Moldova	68	73	52
Maroc	13	12	21
Népal	38 <sup>4</sup>	38	
Nigéria	66	66	68
Pakistan		21	
Paraguay	33	33	36
Fédération de Russie	37	39	31
Suède	25	28	19
Suisse	50 <sup>3</sup>	53 <sup>3</sup>	42 <sup>3</sup>
Tadjikistan	36	33	47
Thaïlande	35		
Ex-République yougoslave de Macédoine	51	51	51
Turquie	10	9	13
Ukraine	55	55	56
Ouzbékistan	39	37	50
Viet Nam	36 <sup>3,4</sup>	36 <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> Le rapport date de 2007 mais la collecte de données peut varier entre 2005 et 2007.

<sup>2</sup> La collecte de données a débuté avant 2005.

<sup>3</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

<sup>4</sup> Hommes uniquement.

**Indicateur UNGASS 21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection<sup>1</sup>**

Pays (ou territoire)	Ensemble	Hommes	Femmes
Afghanistan	46		
Argentine	65	64	67
Arménie	95	95	93
Australie	71 <sup>4</sup>		
Azerbaïdjan	77		
Bangladesh	34	34	74
Bélarus	71	71	70
Bosnie-Herzégovine	25 <sup>5</sup>	25	
Bulgarie	25	26	23
Canada	68 <sup>3,4</sup>		
Chine	41	42	32
Géorgie	93 <sup>5</sup>	93	
Grèce	67		
Indonésie	82 <sup>2</sup>	82 <sup>2</sup>	89 <sup>2</sup>
Iran (République islamique d')	75	75	62
Japon	47 <sup>5</sup>	47	
Kazakhstan	59	59	58
Kirghizistan	77	76	81
Lettonie	90	87	96
Liban	60 <sup>4</sup>	63 <sup>4</sup>	0 <sup>4</sup>
Malaisie	28 <sup>2</sup>		
Maurice	32 <sup>2</sup>	32 <sup>2</sup>	33 <sup>2</sup>
Mexique	14	15	9
Moldova	96	96	95
Maroc	7	7	12
Népal	96 <sup>5</sup>	96	
Nigéria	89	89	86
Pakistan		28	
Paraguay	80	80	79
Philippines	48	47	63
Roumanie	28 <sup>2</sup>	30 <sup>2</sup>	17 <sup>2</sup>
Fédération de Russie	82	83	81
Suède	38	38	35
Suisse	94 <sup>4</sup>	95 <sup>4</sup>	92 <sup>4</sup>
Tadjikistan	32	35	21
Ex-République yougoslave de Macédoine	73	73	69
Turquie	10	9	13
Ukraine	84	85	81
Ouzbékistan	23	23	25
Viet Nam	89 <sup>5</sup>	89	

<sup>1</sup> Le rapport date de 2007 mais la collecte des données peut varier entre 2005 et 2007.

<sup>2</sup> La collecte des données a débuté avant 2005.

<sup>3</sup> La période de collecte des données n'est pas définie.

<sup>4</sup> Méthodologie non harmonisée avec les directives UNGASS 2008.

<sup>5</sup> Hommes uniquement.

Indicateur UNGASS 24. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale<sup>1</sup>

Pays (ou territoire)	2005					2007				
	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total
Antigua-et-Barbuda						53	57			55 <sup>2</sup>
Argentine										90
Arménie						80	100		84	84
Azerbaïdjan						57	43		86	86 <sup>3</sup>
Bahamas						68	71	90	68	70
Barbade	93	94			93	93	96		95	95
Bélarus						74	77	97	74	75
Bénin										73
Bolivie						97	96	100	97	97
Bosnie-Herzégovine										100 <sup>3</sup>
Botswana			92			82	86			85 <sup>4</sup>
Bulgarie						89	93	33	97	91
Burkina Faso						77	71	77	73	73
Burundi						77	82	77	81	80
Cambodge								94	87	88
Cameroun						96	96	97	96	96
Cap-Vert						93	86	100	88	89
République centrafricaine						85	85	89	85	85
Chili										89
Chine						84	91	96	85	85
Colombie										76
Comores						40	60	0	100	100 <sup>3</sup>
Costa Rica										91
Côte d'Ivoire						86	91	82	90	89
Croatie						100	88	0	97	97
Cuba						96	96	100	96	96
République démocratique du Congo						66	72	62	70	70
Djibouti										82
République dominicaine								89	90	90
El Salvador										85
Erythrée										93
Ethiopie	90	86			89					70
Fidji								100	78	79
Finlande										90
Gabon						50	62	63	58	58
Gambie										92
Géorgie	85	100			88	71	86	75	71	75 <sup>5</sup>
Allemagne						77	80			78
Grèce						95	96	100	95	96
Grenade						83	100	100	83	88
Guatemala										91
Guinée-Bissau										62

Indicateur UNGASS 24. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale <sup>1</sup>										
Pays (ou territoire)	2005					2007				
	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total
Guyana						70	78	97	73	75
Haïti										84
Honduras										91
Hongrie						99	98	83	99	99
Inde										80
Iran (République islamique d')						78	79	75	78	78
Jamaïque									88	88
Japon										100
Jordanie										98
Kazakhstan						72	61	8	73	68
Kenya										87
Kirghizistan						70	57	100	66	68
Republique démocratique populaire lao						90	90	93	90	90
Liban										100
Lesotho					82	74	75	79	73	74
Lituanie						54	71		58	58
Madagascar					100					94
Malawi					83					69
Malaisie										87
Mali						72	72	72	72	72
Îles Marshall							100		100	100 <sup>3</sup>
Mauritanie										92
Maurice						84	90		85	85
Moldova						82	93	88	87	87
Mongolie						67			67	67 <sup>3</sup>
Monténégro						75	20		60	60 <sup>3</sup>
Maroc										93
Mozambique										97
Namibie					91 <sup>2</sup>			82	69	71
Népal										85
Nouvelle-Zélande										98
Nicaragua										100
Niger								36	47	47
Nigéria					98 <sup>6</sup>			92	95	95
Pakistan										87
Palaos						100	100		100	100 <sup>3</sup>
Panama										96
Papouasie-Nouvelle Guinée						67	56	10	67	61
Paraguay						30	14	6	44	49
Pérou						85	87	95	85	85

Indicateur UNGASS 24. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale<sup>1</sup>

Pays (ou territoire)	2005					2007				
	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total	Hommes	Femmes	Ensemble <15	Ensemble 15+	Total
Philippines						96	96		96	96
Rwanda										91
Saint-Kitts-et-Nevis										100
Sainte-Lucie					80	100	97	100	98	98
Saint-Vincent-et-les Grenadines						43	80	50	63	62
Sao Tomé-et-Principe						65	82	100	74	75
Sénégal						79	94			89
Seychelles						62	43	100	53	55
Sierra Leone										81
Afrique du Sud										53
Sri Lanka										64
Suriname										80
Swaziland						63	65	65	64	64
Suède										
Suisse						92	84		89	89
Tadjikistan						55	61		57	57
Thaïlande						85	85	88	85	85
Ex-République yougoslave de Macédoine						43	50		44	44 <sup>3</sup>
Togo						90	90	90	90	90
Tunisie						93	90			92
Turquie						26	16	3	24	23
Ouganda										88
Ukraine	69	75	70	100	72	73	83	91	76	78
Uruguay										74
Viet Nam								93	81	82
Zambie						87	90	92	88	88
Zimbabwe										93

<sup>1</sup> Les données correspondent à une cohorte avec une survie de 12 mois minimum ; les personnes perdues de vue et les décès sont inclus dans le dénominateur sauf indication contraire.

<sup>2</sup> Représente la survie cumulée.

<sup>3</sup> Représente <10 personnes encore en vie et sous traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois.

<sup>4</sup> Représente une survie de 24 mois (Jan 2005-Déc 2006).

<sup>5</sup> Représente 2006.

<sup>6</sup> Représente 8 mois de survie.

## RÉFÉRENCES

### Chapitre 1 | LE DÉFI MONDIAL DU VIH

Assemblée générale des Nations Unies (2006). *Déclaration politique sur le VIH/sida*. Résolution No A/RES/60/262, adoptée le 2 juin 2006.

Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia – crafting an effective response*. Oxford University Press, New Delhi.

May RM, Anderson RM (1979). Population biology of infectious diseases – Part II. *Nature*, 280:455–461.

McNeil DG (2007). A time to rethink AIDS's grip. *New York Times*, 25 novembre.

OMS (2008). *Major causes of death among children under 5 years of age and neonates in the world, 2000–2003*. Genève, OMS. Disponible sur: [http://libdoc.who.int/publications/2005/9241562986\\_part4.pdf](http://libdoc.who.int/publications/2005/9241562986_part4.pdf)

ONUSIDA (2006). *Définir des objectifs nationaux en vue d'avancer vers l'accès universel*. Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA (2007). *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, établissement des rapports 2008*. Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA et al. (2004). *National spending for HIV/AIDS*. Genève, ONUSIDA.

PNUD (2005). *Rapport sur le développement humain*. New York, NY, PNUD.

UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Enfants et sida: deuxième bilan de la situation*. New York, NY, UNICEF.

### Chapitre 2 | SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE VIH

Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. Cape Town, Actuarial Society of South Africa.

Adimora AA et al. (2003). Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4):423–439.

Adimora AA et al. (2004). Concurrent sexual partnerships among African Americans in the rural south. *Annals of Epidemiology*, 14(3):155–160.

Agence de la santé publique du Canada (2006). *Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 30 juin 2006*. Ottawa ([http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0606/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0606/index_f.html), consulté le 22 mai 2008).

Agence de la santé publique du Canada (2007). *Le VIH et le sida au Canada. Tableaux de surveillance sélectionnés en date du 30 juin 2007*. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/tables0607-fra.php>, consulté le 22 mai 2008).

Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):96–101.

Anderson BA, Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15–64) based on death notification data in South Africa: 1997–2004*. Pretoria, Statistics South Africa (Report No. 03-09-05).

Anonymous (2006). India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876 June 10.

Asamoah-Odei E, Garcia-Celleja JM, Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35–40.

Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG (Report No. 48:891–895).

- Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):311–316.
- Benotsch EG et al. (2004). Drug use and sexual risk behaviors among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *International Journal of STD and AIDS*, 15(5):343–347.
- Boulos D et al. (2006). Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2005. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 32:165–174.
- Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*, 94(4):278–279.
- Brahmbhatt H et al. (2006). Mortality in HIV-infected and uninfected children of HIV-infected and uninfected mothers in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41(4):504–508.
- Bravo-Garcia E, Magis-Rodriguez C, Saavedra J (2006). *New estimates in Mexico: more than 180,000 people living with HIV*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0411).
- Brucková M et al. (2007). HIV/AIDS in the Czech Republic, 2006. *Eurosurveillance Weekly Release*, 12(4).
- Carael M et al. (2004). Sexual networks and HIV in four African populations: the use of a standardised behavioural survey with biological markers. In: Morris M, ed. *Network Epidemiology: a handbook for network survey design and data collection*. Oxford, Oxford University Press.
- Caribbean Commission on Health and Development (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26<sup>th</sup> Meeting of the CARICOM Heads of Government: Overview*. 3–6 juillet, Sainte-Lucie.
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétienville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro.
- Central Bureau of Statistics [Kenya], Ministry of Health [Kenya] and ORC Macro (2004). *Kenya Demographic and Health Survey 2003*. Calverton. Central Bureau of Statistics [Kenya], Ministry of Health [Kenya] and ORC Macro.
- Central Statistical Office [Swaziland] and Macro International Inc (2007). *Swaziland Demographic and Health Survey 2006–2007: preliminary report*. Calverton (June).
- Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS (2004). *Status and trends, analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic, 1982–2002*. Trinité-et-Tobago. Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS.
- Centre d'Evaluation et de Recherche Appliquée (CERA) et Family Health International (2006). *Résultats préliminaires*. Enquêtes de Surveillance des Comportements. Haïti 2006, FHI BSS III.
- Centro de Estudios Sociales y Demograficos et al. (2007). *Republica Dominicana Encuesta Demografica y de Salud 2007 Informe Preliminar*. Novembre. Saint-Domingue et Calverton.
- Chandrasekaran P et al. (2006). Containing HIV/AIDS in India: the unfinished agenda. *Lancet Infectious Diseases*, 6(8):508–521.
- Chen L et al. (2007). Sexual Risk Factors for HIV Infection in Early and Advanced HIV Epidemics in Sub-Saharan Africa: Systematic Overview of 68 Epidemiological Studies. *PLoS ONE*, 2(10):e1001.
- Choi SYP, Cheung YW, Chen K (2006). Gender and HIV risk behaviour among intravenous drug users in Sichuan province, China. *Social Science and Medicine*, 62(7):1672–1684.
- Coffee M, Lurie MN, Garnett GP (2007). Modelling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa. *AIDS*, 21(3):343–350.
- Cohen J (2006). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.
- Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. New Delhi, Oxford University Press.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2006). *Relatório de actividades por 2005*. Maputo, Ministério de Saúde.
- de Walque D (2007). Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33(3):501–523.

Department of Health [South Africa] (2007). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2006*. Pretoria. Department of Health [South Africa].

Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:236–240.

Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. Medical Research Council (September) (<http://www.mrc.ac.za/bod/>, consulté le 8 mai 2008).

Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25–32.

Elrashied S (2006). *Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract TUPE0509).

EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No 73).

EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (No 72).

EuroHIV (2007a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2007, No 76*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice (No 76) (<http://www.eurohiv.org>, consulté le 8 mai 2008).

EuroHIV (2007b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 75*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice (No 75) (<http://www.eurohiv.org>, consulté le 8 mai 2008).

Federal Ministry of Health [Nigeria] (2006). *The 2005 national HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria: summary position paper*. Abuja (avril). Federal Ministry of Health [Nigeria].

Fonseca ME et al. (2006). Os programas de reducao de danos ao uso de drogas no Brasil: caacterizacao preliminar de 45 programas. *Caderna de Saude Publica*, 2(4):761–770.

Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, Supplement 82(1):14–20. Avril.

Garnett GP and Johnson AM (1997). Coining a new term in epidemiology: concurrency and HIV. *AIDS*, 11(5):681–683.

Gebre Y et al. (2006). *Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: Survey of female sex workers* XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0313).

Girault P et al. (2004). HIV, STIs and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Education and Prevention*, 6(1):31–44.

Gomes do Espirito Santo ME and Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–344.

Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(2):242–247.

Gouws E et al. (2006). Short-term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii5I–iii5.

Gouws E et al. (sous presse). Comparison of adult HIV prevalence from national population-based surveys and antenatal clinic surveillance in countries with generalized epidemics: implications for calibrating surveillance data. *Sexually Transmitted Diseases*. Supplément sous presse.

Gregson S et al. (2007). Critique of early models of the demographic impact of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa based on contemporary empirical data from Zimbabwe. *Proceedings of the National Academy of Science*, Aug 30; 1776–1795.

Gupta A et al. (2006). Same-sex behavior and high rates of HIV among men attending sexually transmitted infection clinics in Pune, India, (1993–2002). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(4):483–490.

- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1-i8.
- Halperin DT, Epstein H (2007). Why is HIV prevalence so severe in Southern Africa? The role of multiple concurrent partnerships and lack of male circumcision: implications for AIDS prevention. *Southern African Journal of HIV Medicine*, March:19–25.
- Hamers FF et al. (2006). HIV/AIDS in Europe: trends in EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11(47).
- Hamouda O et al. (2007). Epidemiology of HIV infections in Germany. *Bundesgesundheitsblatt*, 50(4):399–411.
- Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJF (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD and AIDS*, 15:7–16.
- Heaton L, Fowler T, Palamuleni M (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Malawi – putting the epidemic in context*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0062).
- Helleringer S, Kohler HP (2007). Sexual network structure and the spread of HIV in Africa: evidence from Likoma Island, Malawi. *AIDS*, 21(17):2323–2332.
- Hesketh T et al. (2006). *Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDD0591).
- Hosegood V et al. (2007). The effects of high HIV prevalence on orphanhood and living arrangements of children in Malawi, Tanzania, and South Africa. *Population Studies (Cambridge)*, 61(3):327–336.
- IDES et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo, Uruguay*. Montevideo, Ministry of Health.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, and Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.
- Institute of Medical Research (2007). *“It’s in Every Corner Now”: A nationwide study of HIV, AIDS and STIs*. Gorokoa, Papua New Guinea Institute of Medical Research, Operational Research Unit.
- Kengeya-Kayondo JF et al. (1995). Human immunodeficiency virus (HIV-1) seropositivity among children in a rural population of south-west Uganda: probable routes of exposure. *Annals of Tropical Paediatrics*, 15:115–120.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.
- Kilani B et al. (2003). *Sero-epidemiology of HCV-HIV co-infection in Tunisia*. IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. 13–16 July. *Antiviral Therapy*, 8(Suppl. 1):S452–S453 (Abstract No. 952) (<http://www.aegis.org/conferences/IASHIVPT/2003/952.html>, consulté le 8 mai 2008).
- Kintin FD et al. (2004). *Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires masculins à Ouagadougou, Burkina Faso*. Ouagadougou, Conseil national de lutte contre le sida et les IST, CIDA, CCSID (Novembre).
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):136–141.
- Kiwanuka N et al. (2004). The incidence of HIV-1 associated with injections and transfusions in a prospective cohort, Rakai, Uganda. *AIDS*, 18(2):342–344.
- Ladnaya NN (2007). The national HIV and AIDS epidemic and HIV surveillance in the Russian Federation. Presentation to Mapping the AIDS Pandemic meeting. June 30. Moscow.
- Lagarde E et al. (2001). Concurrent sexual partnerships and HIV prevalence in five urban communities of sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15(7):877–884.
- Lee RK et al. (2006). *Risk behaviours for HIV among men who have sex with men in Trinidad and Tobago*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDD0366).
- Liu H et al. (2006). Drug users: Potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, in China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117.

- Lu F et al. (2006). *HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing?* XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract MOPE0462).
- Lurie MN et al. (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, 17:2245–2252.
- Magis C et al. (2006). *HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0336).
- Maibani-Michie G and Yeka W (2005). *A Baseline Research for Poro Sapot Project: A Program for Prevention of HIV/AIDS among MSM in Port Moresby and FSW in Goroka and Port Moresby Papua New Guinea*. Papua New Guinea (IMR/FHI Research Report to USAID).
- Malamba SS et al. (1994). Risk factors for HIV-1 infection in adults in a rural Ugandan community: a case-control study. *AIDS*, 8(2):253–257.
- Marston M et al. (2007). Estimating 'net' HIV-related mortality and the importance of background mortality rates. *AIDS*, November 21(Suppl. 6):S65–S71.
- Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena Infectología*, 23(4):321–329.
- Mason E (2006). Positioning paediatric HIV in the child survival agenda. Présentation à une consultations UNICEF–OMS. 11-13 janvier. New York, NY, UNICEF.
- McFarland W, Mvere D, Katzenstein D (1997). Risk factors for prevalent and incident HIV infection in a cohort of volunteer blood donors in Harare, Zimbabwe: implications for blood safety. *AIDS*, 11(Suppl. 1):S97–S102.
- Medical Research Council (2005). *South African national burden of disease study 2000*. Cape Town, Medical Research Council (<http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm>, consulté le 8 mai 2008).
- Mejía A et al. (2006). *HIV seroprevalence and associated risk factors in men who have sex with men in the Villavicencio city, Colombia, 2005*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0734).
- Michelo C et al. (2006). Steep HIV prevalence declines among young people in selected Zambian communities: population-based observations (1995–2003). *BMC Public Health*, 10 November (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/279>, consulté le 8 mai 2008).
- Mimouni B, Remaoun N (2006). *Etude du lien potentiel entre l'usage problématique de drogues et le VIH/sida en Algérie 2004–2005*. Alger, Ministère de l'Éducation.
- Ministère de la Santé [Maroc] (2007). *Surveillance sentinelle du VIH: Résultats 2006 et tendances de la séroprévalence du VIH*. Janvier. Rabat.
- Ministère de la Santé du Mali (2006). *Résumé des résultats de l'enquête ISBS 2006*. Bamako.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire, CDC/RETRO–CI/MEASURE Evaluation (2007). *Enquête de surveillance sentinelle du VIH de 2005*. Abidjan.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (2007). *Etude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007*. Juillet. Port au Prince.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA Grupo Tematico (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000–2005*. Mayo. Bogotá, Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA Grupo Tematico.
- Ministerio de Salud de Perú (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de Salud de Perú, Directorate of Epidemiology.
- Ministerio de Salud de Perú (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control*. Lima (Noviembre).

- Ministry of Health [Botswana] (2006). *2006 Botswana Second-Generation HIV/AIDS Surveillance Technical Report*. Gaborone.
- Ministry of Health [Cambodia] (2006). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia, 2003*. Phnom Penh (July). Ministry of Health [Cambodia].
- Ministry of Health [China] (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health China, ONUSIDA, OMS.
- Ministry of Health [Egypt], USAID, Impact and FHI (2006). *HIV/AIDS Biological and Behavioral Surveillance Survey; Summary Report; Egypt 2006*. Cairo, National AIDS Programme.
- Ministry of Health [Guyana] (2005). *Behavioural surveillance survey, Round I: 2003/2004 – Executive Summary*. Georgetown. Ministry of Health [Guyana].
- Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Jakarta. Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia.
- Ministry of Health [Kazakhstan] et al. (2005). Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan. Almaty (en russe).
- Ministry of Health [Kenya] (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Nairobi, National AIDS and STI Control Programme (NASCOPI).
- Ministry of Health [New Zealand] (2007). *AIDS – New Zealand*. February. Auckland (Issue 59) (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/aids-nz-issue59>, consulté le 8 mai 2008).
- Ministry of Health [Pakistan] (2006). *Integrated biological and behavioural surveillance: A pilot study in Karachi and Rawalpindi, 2004–2005*. Islamabad, Ministry of Health.
- Ministry of Health [Syria], UNODC, UNAIDS (2007). *Assessment on Drug Use and HIV in Syria*. Damascus (Draft Report, July). Ministry of Health [Syria], UNODC, ONUSIDA.
- Ministry of Health [Uganda], ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. Kampala and Calverton (March). Ministry of Health [Uganda], ORC Macro.
- Ministry of Health [Ukraine] (2007). *HIV infection in Ukraine: Information bulletin no. 27*. Kyiv, Ukraine. Ministry of Health [Ukraine].
- Ministry of Health [Ukraine] (2008). *Ukraine: National Report on Monitoring Progress Towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Reporting Period: January 2006 - December 2007)*. Kyiv, Ukraine. Ministry of Health [Ukraine].
- Ministry of Health [Uzbekistan] (2007). *Strategic Programme of Response to HIV in the Republic of Uzbekistan for 2007–2011*. Tashkent. Ministry of Health [Uzbekistan].
- Ministry of Health [Viet Nam] (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Ministry of Health [Viet Nam] (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi. Ministry of Health [Viet Nam].
- Ministry of Health [Zambia] (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994–2004*. November. Ministry of Health [Zambia]. Lusaka. Ministry of Health [Zambia].
- Ministry of Health and Child Welfare [Zimbabwe] (2007). *2006 ANC preliminary report*. Harare. Ministry of Health and Child Welfare [Zimbabwe].
- Ministry of Health and Medical Education [Iran] (2005). *AIDS/HIV Surveillance Report*. September. Tehran, Centre for Disease Management.
- Ministry of Health and Population [Malawi] (2005). *HIV and syphilis sero survey and national HIV prevalence estimates report*. Lilongwe, Ministry of Health and Population Malawi.
- Ministry of Health and Social Security [Dominica] (2007). *HIV/AIDS epidemiology and information in Dominica*. Roseau. Ministry of Health and Social Security [Dominica].

- Mishra V et al. (2007). HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS*, November 21(Suppl. 7):S17–S28.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.
- Morris M, Kretzschmar M (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV. *AIDS*, 11(5):641–648.
- Mulder DW et al. (1996). Post-natal incidence of HIV-1 infection among children in a rural Ugandan population: no evidence for transmission other than mother to child. *Tropical Medicine and International Health*, 1:81–85.
- National AIDS Commission [Indonesia] (2006). *Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005*. Jakarta. National AIDS Commission [Indonesia].
- National AIDS Commission [Malawi] (2007). *Report of the Malawi Triangulation Project: Synthesis of data on trends in the national and local HIV epidemic and the reach and intensity of prevention efforts*. Lilongwe, National AIDS Commission, OMS, University of California San Francisco, ONUSIDA, United States Centers for Disease Control and Prevention (January).
- National AIDS Control Council [Kenya] (2007). *National HIV prevalence in Kenya*. Nairobi (July). National AIDS Control Council [Kenya].
- National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] (2007). *The 2007 consensus report on the HIV epidemic in Papua New Guinea*. Port Moresby. National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea].
- National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] and National HIV/AIDS Support Project (2007). *HIV/AIDS Behavioural Surveillance Survey Within High Risk Settings Papua New Guinea: BSS Round 1, 2006*. Port Moresby. National AIDS Council Secretariat [Papua New Guinea] and National HIV/AIDS Support Project.
- National AIDS Program [Argentina] (2005). *Epidemiological surveillance report*. Buenos Aires (December). National AIDS Program [Argentina]
- National AIDS Program [Paraguay] (2006). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on clients of female sex workers and injecting drug users*. National AIDS Program Paraguay, PRONASIDA. Asunción.
- National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: trends results, and estimates*. Phnom Penh. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs.
- National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007a). *Australian HIV Surveillance Report*, 23(1) January.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2007b). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2007*. Sydney, NSW, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales. Canberra, ACT, Australian Institute of Health and Welfare.
- National Council for Population and Development, Central Bureau of Statistics, Macro International Inc (1999). *Kenya Demographic and Health Survey 1998*. Calverton, MD. National Council for Population and Development, Central Bureau of Statistics, Macro International Inc.
- National Institute of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation (2007). *Annual HIV Sentinel Surveillance Country Report 2006*. New Delhi. National Institute of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation.
- Ndetei D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: a rapid situation assessment 2004*. Nairobi, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- Newell ML et al. (2004). Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 364(9441):1236–1243.

- Nguyen TA et al. (sous presse). Prevalence and risk factors associated with HIV infection among men having sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS and Behavior*, sous presse (June 27).
- Notkola V, Timaeus IM, Siiskonen H (2004). Impact on mortality of the AIDS epidemics in northern Namibia assessed using parish registers. *AIDS*, 18:1061–1065.
- Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851–854.
- Odek-Ogunde M (2004). *World Health Organization phase II drug injecting study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi*. Nairobi, OMS.
- Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.
- OMS (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – travailler ensemble pour la santé*. Genève (<http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>, consulté le 22 mai 2008). OMS.
- OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. New Delhi, Bureau regional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (mars) (<http://www.searo.who.int/hiv-aids>, consulté le 8 mai 2008).
- ONU DC (2005). *Afghanistan drug use survey 2005*. Kaboul. ONU DC.
- ONUSIDA (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. Genève (Novembre). UNUSIDA.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève. UNUSIDA.
- ONUSIDA Groupe de référence sur les estimations, modèles et projections (2002). *Improving estimates and projections of HIV/AIDS* (<http://www.epidem.org/Publications/Madrid%20report.pdf>, consulté le 24 avril 2008).
- ONUSIDA Groupe de référence sur les estimations, modèles et projections (2006). *Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification* (<http://www.epidem.org/Publications/Prague2006report.pdf>, consulté le 24 avril 2008).
- Organisation panaméricaine de la Santé (2007). *AIDS in the Americas: The evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC. Organisation panaméricaine de la Santé.
- Over M et al. (2007). The economics of effective AIDS treatment in Thailand. *AIDS*, 21(Suppl. 4):S105–S116.
- Pando MA et al. (2006). Epidemiology of human immunodeficiency virus, viral hepatitis (B and C), *Treponema pallidum*, and human T-cell lymphotropic I/II virus among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(5):307–313.
- Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast*. Saint Petersburg. Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology.
- Pisani E et al. (2004). HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sexually Transmitted Infections*, 80(6):536–540.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2008). *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision* (<http://esa.un.org/unpp>, consulté le 10 mars 2008).
- Population Services International (2007). *Assessment of key health behaviors, their determinants and exposure to preventive interventions among street-based sex workers in Samara and Saratov, Russian Federation*. Moscou, Population Services International.
- Prestage G, et al. (2006). *Trends in unprotected anal intercourse among Sydney gay men*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract WEPE0721).
- Programa Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH/Sida (2006). *Actualización de la situación nacional hasta el 31 de Dic 2006*. Diciembre. Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP. La Habana.
- Ramesh B et al. (2006). *Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract WEAC0305).
- Reid G, Kamarulzaman A, Sran SK (2007). Malaysia and harm reduction: the challenges and responses. *International Journal of Drug Policy*, 18(2):136–140.

- Rhodes T et al. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15(1):1–16.
- Robert Koch Institut (2007). *Epidemiologisches Bulletin*. Berlin (5 octobre).
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4–6):94–97.
- Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):741–750.
- Sanchez J et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 44(5):578–585.
- Sanchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15–S22.
- Sanders EJ et al. (2007). HIV-1 infection in high risk men who have sex with men in Mombassa, Kenya. *AIDS*, 21:2513–2520.
- Sandoy IF et al. (2007). Associations between sexual behaviour change in young people and decline in HIV prevalence in Zambia. *BMC Public Health*, 23 April (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-60.pdf>, consulté le 8 mai 2008).
- Scherbinska A (2006). *HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract CDC0398).
- Schmid GP et al. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363:482–488.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Santo Domingo.
- Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales*. Agosto. Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*. Julio. Tegucigalpa.
- Silva ACM, Barone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482–488.
- Silverman JG et al. (2006). HIV prevalence and predictors among rescued sex-trafficked women and girls in Mumbai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(5):588–93.
- Silverman JG et al. (2007). HIV prevalence and predictors of infection in sex-trafficked Nepalese girls and women. *Journal of the American Medical Association*, 298(5):536–342.
- Smolskaya TT (2006). *Studying HIV prevalence and risks among men having sex with men in Moscow and Saint Petersburg*. Saint Petersburg, Saint Petersburg Scientific and Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after Pasteur, Organisation mondiale de la santé.
- Smolskaya TT et al. (2004). Sentinel HIV surveillance among risk groups in Azerbaijan, Moldova and Russian Federation. Bureau regional de l'OMS pour l'Europe.
- Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 46(1):101–111.
- Statistics Indonesia and Ministry of Health [Indonesia] (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Jakarta. Statistics Indonesia and Ministry of Health.
- Statistics South Africa (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997–2003: Findings from death notification*. Pretoria (<http://www.statssa.gov.za/publications/P03093/P03093.pdf>, consulté le 8 mai 2008).
- Statistics South Africa (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: Findings from death notification*. Pretoria, Statistics South Africa.

- Statistics South Africa (2007). *Mid-year population estimates 2007*. Pretoria, Statistics South Africa (July, statistical release P0302).
- Stover J et al. (2006). Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment: updates to the Spectrum projection package. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):45-50 June.
- Stover J et al. (sous presse). The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sexually Transmitted Infections*. Supplément sous presse.
- Sulliman FT, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Report of the rapid situation assessment and responses on drug use in Mauritius and Rodrigues*. Mauritius, Ministry of Health.
- Taha TE et al. (2000). Association of HIV-1 load and CD4 lymphocyte count with mortality among untreated African children over one year of age. *AIDS*, 14(4):453–459 March.
- Todd CS et al. (2007). HIV, Hepatitis C, and Hepatitis B infections and associated risk behavior in injection drug users in Kabul, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases*, 13(9):1327–1331.
- Toro-Alfonso J and Varas-Díaz N (2008). *Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana*. USAID and Proyecto Conecta. Santo Domingo.
- Tuang NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 85(1):35–41.
- Uganda Bureau of Statistics, Macro International Inc (2007). *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, MD. Uganda Bureau of Statistics, Macro International Inc.
- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2007). *Testing Times: HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007*. London, Health Protection Agency, Centre for Infections.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2007). *HIV/AIDS surveillance report: Cases of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas, 2005*. Atlanta, Georgia, Centers for Disease Control and Prevention (Revised June 2007, Vol 17).
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–848.
- Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19(18):2133–2140.
- Wawer MJ et al. (1994). Incidence of HIV-1 infection in a rural region of Uganda. *British Medical Journal*, 308(6922):171–173.
- Wawer MJ et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191:1403–1409.
- Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709–716.
- Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342–346.
- Zulu KP, Bulawo ND, Zulu W (2006). *Understanding HIV risk behaviour among men who have sex with men in Zambia*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto, Ontario (Abstract WEPE0719).

---

### Chapitre 3 | GESTION DES CAUSES SOCIÉTALES DU RISQUE ET DE LA VULNÉRABILITÉ PAR RAPPORT AU VIH

- Barker G, Ricardo C, Nascimento M (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Bärnighausen T et al. (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. *AIDS*, 21(Suppl. 7):S29–S38.
- Blumenthal SJ (2008). *Women, HIV/AIDS and stigma: results from a national survey*. ([http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR\\_PDF/pdf/000/000/181-1.pdf](http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PDF/pdf/000/000/181-1.pdf), consulté le 10 avril 2008).

Bott S, Morrison A, Ellsberg M (2005). *Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis*. Washington DC, Banque mondiale (World Bank Policy Research Working Paper, No. 3618).

Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (2005). *Broken bodies, broken dreams: violence against women exposed*. New York, Bureau des Nations Unies pour la coordination des Affaires humanitaires.

Burns B, Mingat A, Rakotomalala R (2003). *Achieving universal primary education by 2015: a chance for every child*. Washington DC, Banque mondiale.

Burris S et al. (2007). *Do criminal laws affect HIV risk behavior? An empirical trial*. 1<sup>st</sup> Annual Conference on Empirical Legal Studies. ([http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=913323](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=913323), consulté le 25 avril 2008).

Carpano C, Izumi K, Mathieson K (2007). *Gender, property rights and livelihoods in the era of AIDS*. Consultation technique, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture. 28–30 novembre.

CEDPA (2001). *Adolescent girls in India choose a better future: an impact assessment*. Washington DC, Centre for Development and Population Activities.

Chan J (2006). Criminal law and HIV transmission or exposure: 10 new cases. *HIV/AIDS Policy and Law Review*, 11:45–47.

Chen S, Ravallion M (2004). *How have the world's poorest fared since the early 1980s?* Washington DC, Banque mondiale.

CIRF (2006b). *Information bulletin: reducing women's and girls' vulnerability to HIV/AIDS by strengthening their property and inheritance rights*. Mai. Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.

CIRF (2006a). *HIV/AIDS stigma: finding solutions to strengthen HIV/AIDS programs*. August. Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.

CIRF et Instituto Promundo (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.

Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006a). *Tenir les promesses: un programme d'action sur les femmes et le sida*. Genève, ONUSIDA.

Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006b). *La sécurité matérielle des femmes - Echec au sida*. Genève, ONUSIDA (Dossier thématique n° 3).

Commission des déterminants sociaux de la santé (2007). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes: interim statement*. Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé.

Deininger K (2003). Does cost of schooling affect enrollment by the poor? Universal primary education in Uganda. *Economics of Education Review*, 22(3):291–305.

Duvvury N, Knoess J (2005). *Gender based violence and HIV/AIDS in Cambodia: links, opportunities and potential responses*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

FIPF et al. (2008a). *The people living with HIV stigma index: user guide*. Londres, Fédération internationale pour la Planification familiale

FIPF et al. (2008b). *The people living with HIV stigma index: questionnaire*. Londres, Fédération internationale pour la Planification familiale.

Ford K et al. (2004). Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(6):487–498.

Funders for Lesbian and Gay Issues (2007). *Lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex grantmaking in the global South and East*. New York, Funders for Lesbian and Gay Issues.

Gable L et al. (2007). *Legal aspects of HIV/AIDS: a guide for law and policy reform*. Washington DC, Banque mondiale.

García-Moreno C et al. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

- Gillespie S, Kadiyala S, Greener R (2007). Is poverty or wealth driving HIV transmission? *AIDS*, 21(Suppl. 7):S5–S16.
- GNP+, THT (2005). *Criminalisation of HIV transmission in Europe: a rapid scan of the laws and rates of prosecution for HIV transmission within signatory States of the European Convention of Human Rights*. The Global Network of people living with HIV/AIDS and Terrence Higgins Trust (<http://www.gnpplus.net/criminalisation/rapidscan.pdf>, consulté le 25 avril 2008).
- Gupta, GR (2005). *Luncheon remarks on women and AIDS*. InterAction Forum. Washington DC, InterAction.
- Hallman K (2004). *Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behaviours among young women and men in South Africa*. New York, Population Council (Policy Research Division Working Paper, No.190).
- Hallman K (2005). Gendered socioeconomic conditions and HIV risk behaviors among young people in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 4(1):37–50.
- Hargreaves JR, Boler T (2006). *Girl power: girls' education, sexual behaviour and AIDS in Africa*. Johannesburg, ActionAid International.
- Hargreaves JR et al. (2008). Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 22:403–414.
- Heywood MJ (2002). *Litigating AIDS: background, strategies and outcomes of the Treatment Action Campaign's (TAC) case to prevent mother to child HIV transmission in South Africa*. 14<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le Sida, 7–12 juillet, Genève, International AIDS Society.
- Human Rights Watch (2006). *Rhetoric and risk: human rights abuses impeding Ukraine's fight against HIV/AIDS*. New York, Human Rights Watch.
- Human Rights Watch (2007). *Hidden in the mealie meal: gender-based abuses and women's HIV treatment in Zambia*. New York, Human Rights Watch.
- Institute of Medicine (2008). *Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda. Workshop Summary*. National Academies Press, Washington DC.
- Jenkins C, Sarkar S (2007). *Interventions for HIV prevention and support for vulnerable populations: focus on Asia and the Pacific*. Bangkok, Alternate Visions.
- Jewkes R et al. (2007). *Evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention*. Pretoria, South African Medical Research Council.
- Jones P (2005). «A Test of Governance»: rights-based struggles and the politics of HIV/AIDS policy in South Africa. *Political Geography*, 24(4):419–447.
- Kaai S et al. (2007). *Changes in stigma among a cohort of people on antiretroviral therapy: findings from Mombasa, Kenya*. Nairobi, Population Council (résumé de recherche Horizons).
- Kruger V (2003). *MAP evaluation report*. Johannesburg, EngenderHealth.
- Liu H et al. (2006). Understanding interrelationships among HIV-related stigma, concern about HIV infection, and intent to disclose HIV serostatus: a pretest-posttest study in a rural area of eastern China. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(2):133–142.
- Lopman B et al. (2007). HIV incidence and poverty in Manicaland, Zimbabwe: is HIV becoming a disease of the poor? *AIDS*, 21(Suppl. 7):S57–S66.
- Ma W et al. (2007). Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, Chine. *AIDS*, 21(Suppl. 8):S129–135.
- Mahendra VS et al. (2006). *Reducing AIDS-related stigma and discrimination in Indian hospitals*. New Delhi, Population Council (rapport final de Horizons).
- Mahendra VS et al. (2007). Understanding and measuring HIV related stigma in healthcare settings: a developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(2):616–625.
- Mann J et Tarantola D eds (1996). *AIDS in the world II: global dimensions, social roots and response*. New York, Oxford University Press.

- Marmot MG (2006). Status syndrome: a challenge to medicine. *Journal of the American Medical Association*, 295:1304–1307.
- McCrummen S (2007). Prevalence of rape in E. Congo described as worst in world. *Washington Post*, 9 septembre.
- Medley A et al. (2004). Rates, barriers and outcomes of HIV sero-disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 82(4):299–307.
- Mercy JA et al. (2008) Preventing Violence in Developing Countries: A Framework for Action, in Institute of Medicine, *Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda, Workshop Summary*. National Academies Press, Washington DC.
- Merson MH et al. (sous presse). The History and Challenge of HIV Prevention. *Lancet*.
- Mills EA (2006). From the physical self to the social body: expressions and effects of HIV-related stigma in South Africa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16:498–503.
- Mishra V et al. (2007). HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 21(Suppl.7):S17–S28.
- Nyblade L et al. (2003). *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.
- Oanh KTH et al. (2008). *Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination*. New York, Population Council.
- OMS (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ONUSIDA (2002). *Droit pénal, santé publique et transmission du VIH: Etude des politiques possibles*. Genève, ONUSIDA (Collection de l'ONUSIDA sur les Meilleures Pratiques).
- ONUSIDA (2003). *Aide-mémoire sur la stigmatisation et la discrimination*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007a). *Guide pratique pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Mars. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007b). Présentation d'orientations politiques sur les questions de sexospécificité, à la 20<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme. 25–27 juin 2007. Genève, ONUSIDA ([http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/policy\\_guidance\\_address\\_gender\\_issues\\_item4\\_2\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/Presentation/2007/policy_guidance_address_gender_issues_item4_2_fr.pdf), consulté le 8 mai 2008).
- ONUSIDA (2007c). *Report of the UNAIDS technical consultation on social change communication*. 2-3 août 2007. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007d). *Le point sur l'épidémie de sida 2007*. Décembre. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes, A resource for national stakeholders in the HIV response*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA et al. (2008). *Éliminer les mutilations génitales féminines: Déclaration interinstitutions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Open Society Institute (2006a). *Fostering enabling legal and policy environments to protect the health and human rights of sex workers*. Report of a meeting co-sponsored by the Sexual Health and Rights Project & Law and Health Initiative. Johannesburg, South Africa. New York, Open Society Institute.
- Open Society Institute (2006b). *Sex worker health and rights: where is the funding? Sexual health and rights project*. New York, Open Society Institute.
- Ottosson D (2007). *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. Brussels, International Lesbian and Gay Association.
- Pardasani MP (2005). HIV prevention and sex workers: an international lesson in empowerment. *International Journal of Social Welfare*, 14:116–126.

- Peacock D, Levack A (2004). The men as partners program in South Africa: reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health. *International Journal of Men's Health*:173-188.
- Pearhouse R (2007). Legislation contagion: the spread of problematic new HIV laws in Western Africa. *HIV/AIDS Policy and Law Review*, 12:1–11.
- Physicians for Human Rights (2007). *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland*. Physicians for Human Rights, Cambridge (USA).
- Piot P, Greener R, Russell S (2007). Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development. *PLoS Medicine*, 4(10):e314.
- PNUD (2007). *Rapport 2007/2008 sur le développement humain*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement.
- Population Council (2006). *Reducing stigma and discrimination in hospitals: positive findings from India*. Washington DC, Population Council.
- Population Reference Bureau (2007). *World population data sheet*. (<http://www.prb.org/Datafinder.aspx>, consulté le 28 mars 2008).
- Pronyk J et al. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 368:1973–1983.
- Pulerwitz J et al. (2006). *Promoting more gender-equitable norms and behaviours among young men as an HIV/AIDS prevention strategy*. Washington DC, Population Council (Horizons rapport final).
- Pulerwitz J, Barker G (2008). Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil. *Men and Masculinities*, 10:322–338.
- Raise Initiative (Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies) (2007). *Fact sheet: gender based violence* ([http://www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs\\_gbv.pdf](http://www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs_gbv.pdf), consulté le 8 mai 2008).
- Reis C et al. (2005). Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine*, 2(8): e246 (doi:10.1371/journal.pmed.0020246).
- Réseau juridique canadien VIH/sida, Open Society Institute, Alliance internationale contre le VIH/sida (2008). «*Nothing about us without us*»: *Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical and human rights imperative*. Réseau juridique canadien VIH/sida, Open Society Institute, Alliance internationale contre le VIH/sida, Toronto.
- SADC (2006). Expert Think Tank Meeting on HIV Prevention in High Prevalence Countries in Southern Africa Report, Maseru, Lesotho, 10-12 May 2006. Southern African Development Community, Gaborone.
- Shilts R (1987). *And the band played on: people, politics and the AIDS epidemic*. New York, St. Martin's Press.
- Strickland R (2004). *To have and to hold: women's property and inheritance rights in the context of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Washington DC, International Centre Research on Women (Document de travail de l' CIRF).
- UNESCO (2007) *Education for all for 2015: Will We Make It?* UNESCO, Paris.
- UNICEF (2005). *Progrès pour les enfants: un bilan de l'enseignement primaire et de la parité des sexes (No 2)*. UNICEF.
- Verma R et al. (2006). *Challenging and Changing Gender Attitudes among Young Men in Mumbai, India*. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):135–143.
- Weiser S et al. (2007). Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 4(10): e260.
- Welbourn A (1995). *Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, gender issues, communication and relationship skills*. Strategies for Hope Trust, Oxford UK.
- White RC, Carr R (2005). Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Culture, Health & Sexuality*, 7(4):347–359.
- Wolfe W et al. (2006). Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana. *AIDS Care*, 18(8):931–933.
- World Vision (2008). Protecting women from HIV/AIDS via microenterprise development (MED). ([http://www.worldvision.org/worldvision/appeals.nsf/stable/im\\_MED\\_Prod\\_Desc\\_v7](http://www.worldvision.org/worldvision/appeals.nsf/stable/im_MED_Prod_Desc_v7), consulté le 26 mars 2008).

## Chapitre 4 | PRÉVENIR LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH

- Aceijas C et al. (2004). Global coverage of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18:1295–2203.
- Akhmedov K et al. (2007). *Introduction of youth friendly services for most at risk adolescents in Uzbekistan: an emergency response to the fastest growing HIV epidemic in Central Asia*. Réunion 2007 des personnes chargées de la mise en œuvre de la lutte contre le VIH: Se développer à travers les partenariats. 16-19 juin. Kigali, Rwanda.
- Allen S et al. (2003). Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17:733–740.
- Auerbach JD, Hayes RJ, Kandathil SM. Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of evidence from developing countries*. Equipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur les jeunes. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Auvert B et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2:e298.
- Bailey RC et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369:643–656.
- Basu I et al. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36:845–852.
- Bearinger LH et al. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potential. *Lancet*, 369:1220–1231.
- Becquet R et al. (2005). Infant Feeding Practices before Implementing Alternatives to Prolonged Breastfeeding to Reduce HIV Transmission Through Breastmilk in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Trop Pediatr* 51:351-355.
- Biddlecom AE et al. (2007). *Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy*. New York, Guttmacher Institute.
- Buchbinder SP et al. (2005). Sexual risk, nitrite inhalant use, and lack of circumcision associated with HIV seroconversion in men who have sex with men in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39:82–89.
- CADRE et al. (2007). *Concurrent sexual partnerships amongst young adults in South Africa: challenges for HIV prevention communication*. Johannesburg, Centre for AIDS Development, Research and Evaluation.
- Cassels S, Clark SJ, Morris M (2008). Mathematical models for HIV transmission dynamics: tools for social and behavioral science research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47:S34–S39.
- Castilla J et al. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40:96–101.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005). HIV prevalence, unrecognized HIV infection, and HIV testing among men who have sex with men – five U.S. Cities, June 2004-April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54:597–601.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(SS-5):1–108.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006b). HIV prevalence among populations of men who have sex with men – Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55:844–848.
- Chinaglia M et al. (2007). *Reaching truckers in Brazil with non-stigmatizing and effective HIV/STI services*. Washington DC, Population Council.
- CIRF, Instituto Promundo (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington, Centre international de recherche sur les femmes.
- Clinton Global Initiative (2007). *Latest news for AIDS prevention education with migrant construction workers*. (<http://commitments.clintonglobalinitiative.org/projects.htm?mode=progressreport&rid=43084&op=ViewArticle&articleid=227&blogid=232>, consulté le 23 mars 2008).

- Coates TJ et al. (2008). Behavioural science contributions to HIV prevention: insights from the past and directions for the future, *Lancet* (sous presse).
- Commission des Nations Unies sur les stupéfiants (2008). *World situation with regard to drug abuse: report of the Secretariat*. Conseil économique et social des Nations Unies, 51<sup>ème</sup> session. 10-14 mars, 2008. Vienne.
- Commission mondiale sur les migrations internationales (2005). *Migration in an interconnected world: new directions for action*. Genève, Commission mondiale sur les migrations internationales.
- Crepaz N et al. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *AIDS*, 20:143–157.
- Darabi L et al. (2008). *Protecting the next generation in Uganda: new evidence on adolescent sexual and reproductive health needs*. New York, Guttmacher Institute.
- De Cock K et al. (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 283:1175–1182.
- de Walque D (2007). Sero-discordant couples in five african countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 33:501–523.
- Doherty T et al. (2007). Effectiveness of the WHO/UNICEF guidelines on infant feeding for HIV-positive women: results from a prospective cohort study in South Africa. *AIDS* 21:1791-1797.
- Dolan K et al. (2007). HIV in prisons in low- and middle-income countries. *Lancet Infectious Diseases*, 7:32–41.
- Donegan E et al. (1994). Transfusion transmission of retroviruses: human T-lymphotropic viruses types 1 and 2 compared with human immunodeficiency virus type 1. *Transfusion*, 34:478–483.
- Donnelly J (2007). Saving the babies: a victory for Africa. *Boston Globe*, 27 août.
- Dupas P (2006). *Relative risk and the market for sex: teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. (<http://ipc.umich.edu/edts/pdfs/DupasRelativeRisks.pdf>, consulté le 3 janvier 2008).
- Emmanuel F, Archibald C, Altaf F (2006). *What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: a risk factor analysis*. XVI<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida. 13-18 août. Toronto. (Abstract No. MOPE0524).
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report, 2006, No. 76*. Sant-Maurice, Institute de Veille Sanitaire (<http://www.eurohiv.org>, consulté le 8 mai 2008).
- Fiellin DA, Green TC, Heimer R (2007). *Combating the twin epidemics of HIV/AIDS and addiction: opportunities for progress and gaps in scale. A report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS*. Washington, Centre d'Etudes Stratégiques et Internationales.
- Fondation Henry J Kaiser Family (2006). *AIDS at 25: An overview of major trends in the US epidemic*. Menlo Park, California, Fondation Henry J Kaiser Family (<http://www.kff.org/hiv/ids/upload/7525.pdf>, consulté le 13 mars 2008).
- Gray RH et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet*, 369:657–666.
- Gray RH, Wawer MJ (2007). Randomised trials of HIV prevention. *Lancet*, 370:200–201.
- Gregson S et al. (2002). Sexual mixing patterns and sex differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*, 359:1896–1903.
- Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH (2004). *HIV prevention in the era of expanded treatment access*. New York, Fondation Bill & Melinda Gates, Fondation Henry J. Kaiser Family.
- Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH (2006). *New approaches to HIV prevention: accelerating research and ensuring future access*. New York, Fondation Bill & Melinda Gates, Fondation Henry J. Kaiser Family.
- Groupe de travail sur le suivi des ressources allouées à la recherche sur les microbicides et les vaccins anti-VIH (2007). *Building a Comprehensive Response: Funding for HIV Vaccines, Microbicides and Other New Prevention Options: 2000-2006*. Groupe de travail sur le suivi des ressources allouées à la recherche sur les microbicides et les vaccins anti-VIH. Consulté le 8 mai 2008 sur: [http://www.hivresourcetracking.org/content/RT\\_Report\\_Nov2007.pdf](http://www.hivresourcetracking.org/content/RT_Report_Nov2007.pdf).

- Guay LA et al. (1999). Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354:795–802.
- Hallett T et al. (2008). Understanding the impact of male circumcision interventions on the spread of HIV in southern Africa. *PLoS ONE* (sous presse).
- Hankins C (2008). Sex, drugs and gender? High time for lived experience to inform action. Editorial. *International Journal of Drug Policy*, 19:95–96.
- Hendriksen ES et al. (2007). Predictors of condom use among young adults in South Africa: the Reproductive Health and HIV Research Unit National Youth Survey. *American Journal of Public Health*, 97:1241–1248.
- Institute of Medicine (2006). *Preventing HIV infection among injection drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, Institute of Medicine.
- International Harm Reduction Development Program (2007). *Women, harm reduction and HIV*. New York, Open Society Institute.
- Kahn JG, Marseille E, Auvert B. (2006). Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *PLoS Medicine*, 3:e517.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental/structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health* 96:120–125.
- Khan MR et al. (2007). Mobility and HIV-related sexual behavior in Burkina Faso. *AIDS & Behavior*, 12:202–212.
- Kissin DM et al. (2008). Rapid HIV testing and prevention of perinatal HIV transmission in high-risk maternity hospitals in St. Petersburg, Russia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 198(2):183.e1–7.
- Kuhn L et al. (2007). High uptake of exclusive breastfeeding and reduced early post-natal HIV transmission. *PLoS Medicine*, 2:e1363.
- Lines R et al. (2006). *L'échange de seringues en prison: leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Manzi M et al. (2005). High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting. *Tropical Medicine and International Health* 10:1242-1250.
- Marston C, King E (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*, 368:1581–1586.
- Maticka-Tyndale E, Brouillard-Coyle C. The effectiveness of community interventions targeting HIV and AIDS prevention at young people in developing countries. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of evidence from developing countries*. Groupe de travail interinstitutions de l'ONUSIDA sur les jeunes. Genève. Organisation mondiale de la Santé.
- MEASURE DHS, 2008, Macro International, Inc. Calverton MD, Etats-Unis d'Amérique.
- Millett GA, Peterson JL(2007). The Known Hidden Epidemic: HIV/AIDS Among Black Men Who Have Sex with Men in the United States. *American Journal of Preventive Medicine* S31-S37.
- Montefiori D et al. (2007). Antibody-based HIV-1 vaccines: recent developments and future directions. *PLoS Medicine*, 4:e348.
- Morris CN, Ferguson AG (2006). Estimation of the sexual transmission of HIV in Kenya and Uganda on the trans-Africa highway: the continuing role for prevention in high risk groups. *Sexually Transmitted Infections* 82:368-371.
- Nashkoev M, Sergeev B (2007). *AIDS in the Commonwealth of Independent States*. Monitoring the AIDS Pandemic Network. Washington, US Bureau of the Census.
- National Research Council, Institute of Medicine, Panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, National Academies Press.
- Nations Unies (2006). *Développement et migrations internationales* ([www.un.org/esa/population/hldmigration](http://www.un.org/esa/population/hldmigration), consulté le 29 mai 2008)

- Nelson R (2007). Female-initiated prevention strategies key to tackling HIV. *Lancet Infectious Diseases*, 7:183.
- Oanh KTH (2007). *HIV/AIDS policy in Vietnam: a civil society perspective*. New York, Open Society Institute.
- OIT (2006). *Le VIH/sida dans le monde du travail: évaluation mondiale, répercussions sur les enfants et les jeunes, et réponse*. Genève, Organisation internationale du Travail.
- OMS (2006a). Demand for male circumcision rises in a bid to prevent HIV. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 84:505-508.
- OMS et al. (2006b). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, Rapport technique de l'OMS n° 938. Août. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006c). *HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-Agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants*. Rapport commun, 25-27 octobre. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006d). *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infant: Towards Universal Access, Recommendations for a Public Health Approach*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. Mars. New Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (<http://www.searo.who.int/hiv-aids>, consulté le 8 mai 2008).
- ONU DC (2007). *Rapport mondial sur les drogues 2007*. ONU DC, Vienne.
- ONUSIDA (2001b). *Travailler avec les hommes pour la prévention et la prise en charge du VIH*. Genève, ONUSIDA (Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA).
- ONUSIDA (2005). *Intensification de la prévention du VIH: ONUSIDA document d'orientation politique*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2006a). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2006b) *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2006c). *Sites à niveau élevé de couverture: Prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans les pays en transition et en développement, Etudes de cas*. Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007a). *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH: En vue de l'accès universel*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007b). *Le point sur l'épidémie de sida*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007c). *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007d). *Considérations éthiques relatives aux essais de méthodes biomédicales de prévention du VIH*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA, AVAC (2007). *Guide des bonnes pratiques de participation aux essais de méthodes biomédicales de prévention du VIH*. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA, OMS (2007). *Nouvelles données sur la circoncision masculine et la prévention du VIH: conséquences sur les politiques et les programmes*. Consultation technique de l'OMS et de l'ONUSIDA. Circoncision masculine et prévention du VIH: conséquences des recherches sur les politiques et les programmes. 6-8 mars 2007. Montreux, Suisse.
- Osmond DH et al. (2007). Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behavior in men who have sex with men in San Francisco: 1997–2002. *American Journal of Public Health*, 97:1677–1683.
- Padian NS et al. (2007). Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370:251–261.
- Pardasani M (2005). HIV Prevention and sex workers: An international lesson in empowerment. *International Journal of Social Welfare* 14:116-126.

Peltzer CI et al. (2007). Male circumcision, gender and HIV prevention in sub-Saharan Africa: a (social science) research agenda. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4 (3).

Physicians for Human Rights (2007). *Success stories from the field: curbing the spread of HIV/AIDS among drug injectors. Innovative and effective programs in Brazil, India, Russia, and the China-Vietnam border*. Cambridge (États-Unis d'Amérique), Physicians for Human Rights.

Piot P et al. (sous presse) Coming to terms with complexity: A call to action for HIV prevention. *Lancet*.

PNUD (2007). *Rapport sur le développement humain*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement.

Population Council (2003). *Expanding workplace HIV/AIDS prevention activities for a highly mobile population: construction workers in Ho Chi Minh City* ([http://www.popcouncil.org/horizons/ressum/wrkplc/vtnmncstrwrkr/vtnmncstrwrkr\\_intro.html](http://www.popcouncil.org/horizons/ressum/wrkplc/vtnmncstrwrkr/vtnmncstrwrkr_intro.html), consulté le 23 mars 2008).

Population Council, USAID (2007). *Implementing STI/HIV prevention and care interventions for men who have sex with men in Dakar, Senegal*. Washington DC, Population Council, Horizons Project.

Projet sur l'Étude des migrations en Afrique australe (2005). *HIV/AIDS Population Mobility and Migration in Southern Africa: Towards a Research and Policy Agenda*. Genève, Organisation internationale pour les migrations.

Robertson M et al. (2008). Efficacy Results from the STEP Study (Merck V520 Protocol 023/HVTN 502): A Phase II, Test-of-Concept Trial of the MRKAd5 HIV-1 Gag/Pol/Nef Trivalent Vaccine. 15<sup>ème</sup> Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Boston. États-Unis d'Amérique.

SADC (2006). Expert Think Tank Meeting on HIV Prevention in High Prevalence Countries in Southern Africa Report, Maseru, Lesotho, 10-12 May 2006. Southern African Development Community, Gaborone.

Say L, Raine R (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 85:733–820.

Schoofs M (2007). Challenge for AIDS fighters: circumcising Africans safely. *Wall Street Journal*, 7 septembre.

Steen R et al. (2006). Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers: initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Sexually Transmitted Infections* 82:381–385.

Stover J et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311:1474–1476.

Stripipatana T et al. (2007). Site-specific interventions to improve prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus programs in less developed settings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 197:S107-S112.

Suarez et al. (2001). Influence of a partner's HIV Serostatus, use of highly active antiretroviral therapy, and viral load on the perceptions of sexual risk behavior in a community sample of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28:471–477.

Swartz L, Nkomo DP (2004). *The impact of HIV/AIDS on the mining sector, with special emphasis on Southern African male migrant workers*. Bangkok, Programme VIH et développement du PNUD en Asie du sud-est, Comité International de Coopération dans les Recherches Nationales en Démographie.

Teeraratkul A et al. (2005). Evaluating programs to prevent mother-to-child HIV transmission in two large Bangkok hospitals, 1999-2001. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 38:208-212.

Templeton D, Hogben M (2007). *Circumcision not protective against HIV seroconversion in homosexual men*. 17<sup>ème</sup> Réunion de la Société internationale pour la recherche sur les maladies sexuellement transmissibles. 30 juillet 2007. (Abstract No. 215).

Thai AIDS Treatment Action Group, Human Rights Watch (2007). *Deadly denial: barriers to HIV/AIDS treatment for people who use drugs*.

Tonwe-Gold B et al. (2007). Antiretroviral Treatment and Prevention of Peripartum and Postnatal HIV Transmission in West Africa: Evaluation of a Two-Tiered Approach. *PloS Medicine* 4:e257.

TRC (2008). *International coordination and information service for drug substitution patients seeking to travel abroad*. Travel Resource Center ([www.indro-online.de/nia.htm](http://www.indro-online.de/nia.htm), consulté le 14 avril 2008).

Underhill K, Montgomery P, Operario D (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. *BMJ* 335:248–252.

UNFPA (2003). *Rapport sur la situation de la population mondiale, 2003. Making one billion count: investing in adolescents' health rights*. New York, Fonds des Nations Unies pour la Population.

UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Enfants et sida: deuxième bilan de la situation*. New York, UNICEF.

UNICEF (2008). *La situation des enfants dans le monde 2008*. New York, UNICEF.

Vernazza P et al. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antiretroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle []. *Bulletin des médecins suisses* 89:165–169.

Vu BN et al. (2008). Male sexuality in Vietnam: the case of male-to-male sex. *Sexual Health*, 5:83–88.

Watson-Jones D et al. (2008). Effect of herpes simplex suppression on incidence of HIV among women in Tanzania. *New England Journal of Medicine*, 358:1560–1571.

Wawer MJ et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191:1403–1409.

Wegbreit J et al. (2006). Effectiveness of HIV prevention strategies in resource-poor countries: tailoring the intervention to the context. *AIDS*, 20:1217–1235.

Wellings K et al. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706–1728.

Were WA et al. (2006). Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-Infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43:91–95.

White RG (2003). Commentary: What can we make of an association between human immunodeficiency virus prevalence and population mobility? *Journal international de l'épidémiologie*, 32:753–754.

Williams BG et al. (2006). The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine*, 3(7):e262.

World Association for Sexual Health (2008). *Sexual health for the millennium: a declaration and technical document*. Minneapolis (Etats-Unis d'Amérique), World Association for Sexual Health.

Zaba B et al. (2004). Age at first sex: understanding recent trends in African demographic surveys. *Sexually Transmitted Infections*, 80(Supp. II):ii28-ii35.

---

## Chapitre 5 | TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Abgrail S et al. (2006). Switch from a first virologically effective protease inhibitor-containing regimen to a regimen containing efavirenz, nevirapine or abacavir. *AIDS* 20:2099-2106.

Agence France Press (2008). 'Unacceptable' Delay in Detecting Brazil AIDS Cases: Official. 14 février.

Anglican United Nations Office (2007). *Working Together: The Anglican Response to HIV & AIDS in Africa*. Anglican United Nations Office, Genève.

Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries Collaboration, ART Cohort Collaboration Groups (2006). Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 367:817-824.

Arah OA, Ogbu UC, Okeke CE (2008). Too Poor to Leave, Too Rich to Stay: Developmental and Global Health Correlates of Physician Migration to the United States, Canada, Australia, and the United Kingdom. *Am J Pub Health* 98:148-154.

Aspeling HE, van Wyk NC (2008). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy for the treatment of HIV-infected women attending an urban care facility. *Int J Nurs Pract* 14:3-10.

- Badri M et al. (2006). Cost-effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in South Africa. *Plos Medicine* January 3: e4
- Barreto CC et al. (2006). Trends in antiretroviral drug resistance and clade distribution among HIV-1 infected blood donors in Sao Paulo, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr* 41:338-341.
- Basu S et al. (2007). Prevention of nosocomial transmission of extensively drug-resistant tuberculosis in rural South Africa district hospitals: an epidemiological modeling study. *Lancet* 370:1500-1507.
- Beck E et al. (2006). National adult antiretroviral therapy guidelines in resource-limited countries: concordance with 2003 WHO guidelines? *AIDS* 2006;20:1497-1502.
- Beck E et al. (2008a). Treatment Outcome and Cost-effectiveness of different HAART regimens in the UK 1996-2002. *Int J STD & AIDS* (sous presse).
- Beck E, Walensky RP (2008b). The Outcome and Impact of Ten Years of HAART, in *A Decade of HAART* (Zuniga JM et al., eds.). Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni, sous presse.
- Becquet R et al. (2006). Complementary feeding adequacy in relation to nutritional status among early weaned breastfed children who are born to HIV-infected mothers: ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Pediatrics* 117:e701-e710.
- Bolton-Moore C et al. (2007). Clinical outcomes and CD4 cell response in children receiving antiretroviral therapy at primary health care facilities in Zambia. *Journal of the American Medical Association* 298:1888-1899.
- Bong C et al. (2007). Risk factors for early mortality in children on adult fixed-dose combination antiretroviral treatment in a central hospital in Malawi. *AIDS* 21:1805-1810.
- Bryce J et al. (2008). Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(07)61694-8 (publication préliminaire en ligne).
- Burman WJ et al. (2008). The Impact of Episodic CD4 Cell Count-Guided Antiretroviral Therapy on Quality of Life. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:185-193.
- Catalan J et al. (2005). *Mental Health and HIV/AIDS: Psychotherapeutic Interventions in Antiretroviral (ARV) Therapy (for second level care)*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Cazanave C et al. (2008). Reduced bone mineral density in HIV-infected patients: prevalence and associated factors. *AIDS* 22:395-402.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). Number of Persons Tested for HIV – United States, 2002. *MMWR* 53:1110-1113.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005). *Coinfection with HIV and Hepatitis C: Fact Sheet*. Consulté le 9 février 2008 sur <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/coinfection.htm>.
- Chaisson RE, Martinson NA (2008). Tuberculosis in Africa – Combating an HIV-Driven Crisis. *New Eng J Med* 358:1089-1092.
- Clotet B et al. (2007). Efficacy and safety of darunavir-ritonavir at week 48 in treatment-experienced patients with HIV-1 infection in POWER 1 and 2: a pooled subgroup analysis of data from two randomized trials. *Lancet* 369:1169-1178.
- Coalition internationale pour la préparation aux traitements (2007). *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All* (Décembre).
- Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida (2007). *Case Study – Anglo Coal South Africa*. 23 février. Consulté le 8 février 2008 sur <http://www.businessfightsaids.org/live/cases/cases.php?id=40>.
- Dalal RP et al. (2008). Characteristics and Outcomes of Adult Patients Lost to Follow-Up at an Antiretroviral Treatment Clinic in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:101-107.
- DeBaets AJ et al. (2005). Pediatric Human Immunodeficiency Virus Screening in an African District Hospital. *Clin Diagn Lab Immunol* 12:86-92.
- Delfraissy JF et al. (2008). Lopinavir/ritonavir monotherapy or plus zidovudine and lamivudine in antiretroviral/naïve HIV-infected patients. *AIDS* 22:385-393.

- Dhir AA et al. (2008). Spectrum of HIV/AIDS related cancers in India. *Cancer Causes Control* 19:147-153.
- Dippenaar H, Marston J (2008). *The status of palliative care for children in the Motheo District of the Free State*. Non publié.
- Dowdy DW et al. (2006). The potential impact of enhanced diagnostic techniques for tuberculosis driven by HIV: a mathematical model. *AIDS* 20:751-762.
- Egger M (2007). Outcome of antiretroviral therapy in resource-limited and industrialized countries. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, Etats-Unis.
- Eron J et al. (2006). The KLEAN study of fosamprenavir-ritonavir versus lopinavir-ritonavir, each in combination with abacavir-lamivudine, for initial treatment of HIV infection over 48 weeks: a randomized non-inferiority trial. *Lancet* 368:476-482.
- Este JA, Telenti A (2007). HIV entry inhibitors. *Lancet* 370:81-88.
- Ethiopia Federal Ministry of Health (2007). *Millennium AIDS Campaign Ethiopia, November 2006-August 2007*.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006, No 75*. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Disponible sur <http://www.eurohiv.org>
- Family Health International (2007). *Primary health care services increased with integration of basic HIV care*. Consulté le 23 mars 2008 sur [www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Rwanda](http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Rwanda).
- Fassinou P et al. (2004). Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS* 18:1905-1913.
- Fellay J et al. (2001). Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet* 358:1322-1327.
- Fidler S et al. (2008). Primary HIV infection: to treat or not to treat? *Curr Opin Infect Dis* 21:4-10.
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2007a). *Les financements du Fonds mondial permettent de fournir des traitements contre le sida à 1,4 million de personnes*. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Genève. Communiqué de presse, 30 novembre.
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2007b). *Board of the Global Fund approves US\$ 1.1 billion in new grants*. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Genève. Communiqué de presse, 12 novembre.
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2008). *Monthly progress update – 31 January 2008*. ([http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress\\_update/progressupdate.pdf](http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf), consulté le 23 mars 2008).
- Food and Nutrition Technical Assistance (2004a). *HIV/AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support*. Academy for Educational Development, Washington DC.
- Food and Nutrition Technical Assistance (2004b). *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings*. Technical Note No. 7. Academy for Educational Development, Washington DC.
- Freeman MC et al. (2005). Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *Brit J Psychiatry* 187:1-3.
- Friis H (2005). *Miconutrients and HIV infection: a review of current evidence, Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 10-13 avril.
- Gandhi NR et al. (2006). Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet* 368:1575-1580.
- George E et al. (2007). Antiretroviral Therapy for HIV-1-Infected Children in Haiti. *Journal of Infectious Diseases* 195:1411-1418.
- Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*. International Food Policy Research Institute, Washington DC.
- Gimbel S et al. (2007). *Rolling out ART in Mozambique 2003-2006: Task Shifting and Decentralization*. 2007 HIV/AIDS Implementers Meeting, Kigali, Rwanda, Juin. Abstract No. 90.

- Girardi E, Sabin CA, Monforte AD (2007). Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiologic Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing *J Acquir Immune Defic Syndr* 46(Supp. 1):S3-S8.
- Gray A (2004). *Access to Medicines and Drug Regulation in Developing Countries: A Resource Guide for DFID*. UK Department for International Development, Londres.
- Grinsztejn B et al. (2007). Safety and efficacy of the HIV-1 integrase inhibitor raltegravir (MK-0518) in treatment-experienced patients with multidrug-resistant virus: a phase II randomized controlled trial. *Lancet* 369:1261-1269.
- Grulich AE et al. (2007). Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet* 370:59-67.
- Harling G, Wood R, Beck EJ (2005). Efficiency of Intervention in HIV Infection, 1994-2004. *Disease Management and Health Outcomes* 13: 371-394
- Hegarty AM, Chaudhry SI, Hodgson TA (2008). Oral healthcare for HIV-infected patients: an international perspective. *Expert Opin Pharmacother* 9:387-404.
- Heiden D et al. (2007). Cytomegalovirus Retinitis: The Neglected Disease of the AIDS Pandemic. *PLoS Med* 4:e334.
- Hicks PL et al. (2007). The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART. *AIDS Care* 19:1134-1140.
- Hoffman CJ, Thio CL (2007). Clinical implications of HIV and hepatitis B co-infection in Asia and Africa (2007) *Lancet Infectious Diseases* 7:402-409.
- Hopewell PC et al. (2006). International standards for tuberculosis care. *Lancet Infect Dis* 6:710-725.
- Human Rights Watch, Thai AIDS Treatment Action Group (2007a). *Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*.
- Human Rights Watch (2007b). *Hidden in the Mealie Meal: Gender-Based Abuses and Women's HIV Treatment in Zambia*. Human Rights Watch, New York.
- International Union of Superiors General (2008). *In Loving Service: Catholic Religious Institutes of men and women addressing HIV and AIDS through communities of care and prevention, findings of a global survey*. Projet non publié, février.
- Isaac R et al. (2008). Declines in dietary macronutrient intake in persons with HIV infection who develop depression. *Public Health Nutr* 11:124-131.
- Janssens B et al. (2007). Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Children: Evaluation at 12 Months in a Routine Program in Cambodia. *Pediatrics* 120:e1134-e1140.
- Johnson M et al. (2006). 96-week comparison of once-daily atazanavir/ritonavir and twice-daily lopinavir/ritonavir in patients with multiple virologic failures. *AIDS* 20:711-718.
- Jones CY et al. (2006). Micronutrient levels and HIV disease status in HIV-infected patients on highly active antiretroviral therapy in the Nutrition for Healthy Living cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 43:475-482.
- Lange JMA (2006). Antiretroviral treatment and care of HIV, in *The HIV Pandemic: local and global implications* (Beck E et al., eds.). Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni.
- Lazzarin A et al. (2007). Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-2: 24-week results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 370:39-48.
- Lohse N et al. (2007). Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med* 146:87-95.
- MacArthur RD et al. (2006). A comparison of three highly active antiretroviral treatment strategies consisting of non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors, protease inhibitors, or both in the presence of nucleoside reverse transcriptase inhibitors as initial therapy (CPCRA 058 FIRST Study): a long-term randomized trial. *Lancet* 368:2125-2135.
- Makombe SD et al. (2007). A national survey of the impact of rapid scale-up of antiretroviral therapy on health-care workers in Malawi: effects on human resources and survival. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 85:851-857.

- Malawi National AIDS Commission (2007). *InfoBrief 2: 200 HTC Week*.
- Marston M et al. (2005). Estimating the net effect of HIV on child mortality in African populations affected by generalized HIV epidemics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 38:219-227.
- Marston B, DeCock KM (2004). Multivitamins, Nutrition and Antiretroviral Therapy for HIV Disease in Africa. *New England Journal of Medicine* 351:78-80.
- MEASURE DHS, 2008. Macro International, Inc., Calverton MD.
- Miller G (2006). The Unseen: Mental Illness's Global Toll. *Science* 311:458-461.
- Mills EJ et al. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: A meta-analysis. *JAMA* 296:679-690.
- Moore A, Morrison SJ (2007). *Health Worker Shortages Challenge PEPFAR Options for Strengthening Health Systems*. Task Force on HIV/AIDS. Center for Strategic and International Studies, Washington D.C. Septembre.
- Newell ML et al. (2004). Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 364:1236-1243.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2005). *HIV/AIDS Epidemiology Program Fourth Quarter Report*. 3:1-4. Octobre.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2007). *HIV Epidemiology & Field Services Semi-Annual Report*. Octobre.
- Niel Malan DR et al. (2008). Efficacy and Safety of Atazanavir, With or Without Ritonavir, as Part of Once-Daily Highly Active Antiretroviral Therapy Regimens in Antiretroviral-Naïve Patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:161-167.
- Nunn AS et al. (2007). Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. *PLoS Med* 4:e305.
- Nyirenda M et al. (2007). Mortality levels and trends by HIV serostatus in rural South Africa. *AIDS* 21 (Supp. 6):S73-S79.
- Obermeyer CM, Osborn M (2007). The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. *Am J Pub Health* 97:1762-1774.
- O'Brien DP et al. (2006). In resource-limited settings good early outcomes can be achieved in children using adult fixed-dose combination antiretroviral therapy. *AIDS* 20:1955-1960.
- OMS (2003). *Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: Report of a technical consultation*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2004). *Interim policy on collaborative TB/HIV activities*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006a). *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a Public Health Approach*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006b). *Report on the WHO/UNAIDS meeting on forecasting ARV needs up to 2010*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006c). *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Infants and Children: Towards Universal Access, Recommendations for a public health approach*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006d). *Travailler ensemble pour la santé*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2007a). *Prioritizing second-line antiretroviral drugs for adults and adolescents: a public health approach*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Report of a WHO Working Group meeting, 21-22 mai).
- OMS (2007b). *Tuberculosis Care and TB-HIV Co-management: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI)*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2007c). *TB/HIV Facts at a Glance*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (<http://www.who.int/tb/challenges/hiv/facts/en/index.html>, consulté le 9 février 2008).

OMS (2007d). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

OMS (2007e). *Task Shifting to Tackle Health Workers Shortages*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

OMS (2007f). *Appreciating assets: mapping, understanding, translating and engaging religious health assets in Zambia and Lesotho*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

OMS (2008a). *Global Tuberculosis Control 2008: Surveillance, Planning, Financing*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (WHO/HTM/TB/2008.393).

OMS (2008b). The methadone fix. *Bulletin of the World Health Organization*, 86:164–165. Organisation mondiale de la Santé, Genève

OMS (2008c). *Anti-tuberculosis drug resistance in the world – Report No. 4, The WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

OMS, ONUSIDA, PEPFAR (2008). *Task shifting. Global recommendations and guidelines*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

OMS, UNICEF, ONUSIDA (2007). *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, Rapport de situation, avril 2007*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

ONUSIDA (2007a). *Financing Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*. ONUSIDA, Genève.

ONUSIDA (2007b). *Poursuite de l'aide aux pays pour la fixation des objectifs nationaux afin d'aboutir à l'accès universel*. 20<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA. 25–27 juin. ONUSIDA, Genève (Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire).

ONUSIDA (2007c). *Le Point sur l'épidémie de sida*. ONUSIDA, Genève.

ONUSIDA, OMS (2007). *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Organe international de contrôle des stupéfiants (1989). *Report of the International Narcotics Control Board for 1989: demand for and supply of opiates for medical and scientific needs*. Vienne, Nations Unies.

Ormassen V et al. (2007). HIV related and non-HIV related mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART) in Norway compared to the general population. *Scand J Infect Dis* 39:51-57.

Palmer S et al. (2008). Low-level viremia persists for at least 7 years in patients on suppressive antiretroviral therapy. *PNAS* 105:3879-3884.

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents (2008). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. US Department of Health and Human Services, Washington.

Patel K et al. (2008). Long-term effectiveness of highly active antiretroviral therapy on the survival of children and adolescents with HIV infection: a 10-year follow-up study. *Clin Infect Dis* 46:507-515.

Patel V (2007). Mental health in low- and middle-income countries. *Brit Med Bull* doi:10.1093/bmb/ldm010 (publication préliminaire en ligne).

Pence BW et al. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:159-166.

Phillips AN et al. (2007). Risk of extensive virologic failure to the three original antiretroviral drug classes over long-term follow-up from the start of therapy in patients with HIV infection: an observational cohort study. *Lancet* 370:1923-1928.

Phillips EJ, Malia SA (2008). Pharmacogenetics and the potential for the individualization of antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 21:16-24.

PNUD (2007). *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008*. Programme des Nations Unies pour le Développement, New York.

Prendergast A et al. (2007). International perspectives, progress, and future challenges of paediatric HIV infection. *Lancet* 370:68-80.

President's Emergency Plan for AIDS Relief (2008). *The Power of Partnerships: Fourth Annual Report to Congress on PEPFAR*.

Puthankit T et al. (2007). Hospitalization and Mortality among HIV-Infected Children after Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis* 44:599-604.

Reddi A et al. (2007). Preliminary outcomes of a paediatric highly active antiretroviral therapy cohort from KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Paediatrics* 7:13.

Rouet F et al. (2008). Frequent occurrence of chronic hepatitis B virus infection among West African HIV type-1-infected children. *Clin Infect Dis* 46:361-366.

Sanders E (2008). New life for African patients: Thanks to US funding, antiviral drugs are available to those too poor to afford them. *Los Angeles Times*. 15 février.

Samb B et al. (2007). Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic. *New Eng J Med* 2007;357:2510-2514.

Sherman GG, Matsebula TC, Jones SA (2005). Is early HIV testing of infants in poorly resourced prevention of mother to child transmission programmes affordable? *Trop Med & Int Health* 10:1108-1113.

Smit C et al. (2006). Effective therapy has altered the spectrum of cause-specific mortality following HIV seroconversion. *AIDS* 20:741-749.

Smit C et al. (2008). Risk of Hepatitis-Related Mortality Increased Among Hepatitis C Virus/HIV-Coinfected Drug Users Compared with Drug Users Infected Only With Hepatitis C Virus: A 20-Year Prospective Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:221-225.

Srithanaviboonchai K et al. (2008). Novel low-cost assay for the monitoring of CD4 counts in HIV-infected individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:135-139.

Steen TW et al. (2007). Two and a Half Years of Routine HIV Testing in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:484-488.

Steinbrook R (2007). Closing the Affordability Gap for Drugs in Low-Income Countries. *New Eng J Med* 357:1996-1999.

Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group et al. (2006). CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *New Eng J Med* 355:2283-2296.

Sulkowski MS, Benhamou Y (2007). Therapeutic issues in HIV/HCV-co-infected patients. *J Viral Hep* 14:371-386.

Tegger MK et al. (2008). The Effect of Mental Illness, Substance Use and Treatment for Depression on the Initiation of Highly Active Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Individuals. *AIDS Patient Care and STDs* 22:233-243.

Thomas CF, Limper AH (2004). Pneumocystic pneumonia. *New Eng J Med* 350:2487-2498.

UK Collaborative HIV Cohort Study (2008). Are previous treatment interruptions associated with higher viral rebound rates in patients with viral suppression? *AIDS* 22:349-356.

UNITAID (2008). *Aide-mémoire*. Consulté le 8 mars 2008 sur <http://www.unitaid.eu/images/action/factsheet.pdf>.

Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis* 194;11-19.

Walzer A et al. (2006). Determinants of survival without antiretroviral therapy after infancy in HIV-1-infected Zambian children in the CHAP Trial. *J Acquir Immune Def Syndr* 42:637-645.

Wang H et al. (2007). Self-Reported Adherence to Antiretroviral Treatment among HIV-Infected People in Central China. *AIDS Patient Care STDs* (Epub ahead of print).

Wang X, Wu Z (2007). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in rural China. *AIDS* 21(Supp. 8):S149-S155.

Weinstock HS et al. (2004). The Epidemiology of Antiretroviral Drug Resistance among Drug-Naïve HIV-1-Infected Persons in 10 US Cities. *JID* 189:2174-2180.

Weiser SD et al. (2006). Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices and Human Rights Concerns. *PLoS Med* 3:e261.

Whalen C et al. (1995). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 151:129-135.

Wiedle PJ et al. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. *Lancet* 368:1587-1594.

Wilson I et al. (2005). Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Ann Intern Med* 143:729-737.

---

## Chapitre 6 | ATTÉNUATION DE L'IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE

Banque asiatique de développement, ONUSIDA (2004). *Asia-Pacific's Opportunity: Investing to Avert an HIV/AIDS Crisis*. Série d'études ADB/ONUSIDA.

Barnett T (2004). *HIV/AIDS, Nutrition and Food Security: Looking to Future Challenges*, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.

Beegle K (2003). *Labor effects of adult mortality in Tanzanian households*. Policy Research Working Paper No. 3062. Banque mondiale.

Bell C, Devarajan S, Gersbach H (2004). Thinking About the Long-Run Economic Costs of AIDS, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.

Bhorat H, Kanbur R (2005). *Poverty and Well-Being in Post-Apartheid South Africa*. DPRU Working Paper No. 05/101. Consulté le 3 mars 2008 sur [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=982805](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=982805).

Birdsall N, Hamoudi A (2004). AIDS and the Accumulation and Utilization of Human Capital in Africa, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.

Bollinger L, Stover J, Riwa P (1999). *The economic impact of AIDS in Tanzania*. Policy Working Paper. Policy Project.

Centre international de recherche sur les femmes (CIRF), 2007. *Women's Property Rights as an AIDS Response: Lessons from Community Interventions in Africa*. Centre international de recherche sur les femmes, Washington DC.

Chapoto A, Jayne TS, Mason N (2007). Security of widows' access to land in the era of HIV/AIDS: Panel survey evidence from Zambia. Food Security Research Project – Zambia, Ministère de l'Agriculture et des Coopératives, Agriculture Consultative Forum, Michigan State University.

Chapoto A, Jayne TS (2005). *Socio-economic characteristics of Individuals affected by AIDS-related Prime-age Mortality in Zambia*. Lusaka, Zambia, Food Security Research Project.

Chirambo K (2007). AIDS, Politics and Governance: Preliminary results on the impact of HIV/AIDS on the electoral process in Namibia, Malawi, Senegal, South Africa, Tanzania and Zambia. Présenté à l'Université de Warwick/à la Conférence PNUD sur le thème 'Governance of HIV/AIDS Responses: Making Participation and Accountability Count.'

Coalition internationale pour la préparation aux traitements (ITPC) (2007) *Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health Care for All*. Treatment Monitoring and Advocacy Project, San Francisco, États-Unis.

Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006). *Du soutien pour les dispensatrices de soins*. N° 5. ONUSIDA, Genève.

Collins DL, Leibbrandt M (2007). The financial impact of HIV/AIDS on poor households in South Africa. *AIDS* 21(Supp. 1):S75-S81.

Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia – Crafting an effective response*.

Connelly D et al. (2007). Prevalence of HIV infection and median CD4 counts among health care workers in South Africa. *S Afr Med J* 97:115-120.

- Dinkelman T, Lam D, Leibbrandt M (2007). Household and community income, economic shocks and risky sexual behavior of young adults: evidence from the Cape Area Panel Study 2002 and 2005. *AIDS* 21(Supp. 1):S49-S56.
- Dorward AR, Mwale IM (2004). Labor Market and Wage Impacts of HIV/AIDS in Rural Malawi, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2008). *Monthly Progress Update – 31 January 2008*. Consulté le 6 mars 2008 sur [http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress\\_update/progressupdate.pdf](http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf)
- Fourie I (2005). *The Impact of HIV/AIDS on the South African Mining Industry*. LBMA Precious Metals Conference, Johannesburg. Consulté le 4 mars 2008 sur [http://www.lbma.org.uk/conf2005/2f.fourie\\_LBMA2005.pdf](http://www.lbma.org.uk/conf2005/2f.fourie_LBMA2005.pdf).
- Garrett L (2005). *HIV and National Security: Where Are the Links?* Council on Foreign Relations, New York.
- Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*. International Food Policy Research Institute, Washington DC.
- Gillespie S et al. (2007). Investigating the empirical evidence for understanding vulnerability and the associations between poverty, HIV infection and AIDS impact. *AIDS* 2007 ;21(Supp. 1):S1-S4.
- Global Fund Partnership Forum (2006). *Visite de site, 30 juin 2006 – Hospice de Philanjalo*. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Consulté le 24 mars 2006 sur <http://www.theglobalfund.org/en/about/forum/2006/philanjalo/>.
- Greener R (2004). The Impact of HIV/AIDS on Poverty and Inequality, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- Groupe de travail du Secrétaire général sur les femmes, les filles et le VIH/sida en Afrique australe (2004). *Facing the Future Together*.
- Haacker M (2004a). HIV/AIDS: The Impact on the Social Fabric and the Economy, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- Haacker M (2004b). The Impact of HIV/AIDS: The Impact on Government Finance and Public Services, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- HCR (2007). *Statistiques annuelles 2006: Trends in Displacement, Protection and Solutions*. Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Genève.
- IRIN News (2006). *Swaziland: The vital but underestimated role of AIDS caregivers*. 9 mai. Consulté le 24 mars 2008 sur <http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=58966>.
- Jayne TS et al. (2004). HIV/AIDS and the Agricultural Sector in Eastern and Southern Africa: Anticipating the Consequences, dans *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. Fonds monétaire international, Washington DC.
- Karlan D, Ashraf N, Yin W (2007). *Female Empowerment: Impact of a Commitment Savings Product in the Philippines*. Working Paper No. 106. Center for Global Development, Washington DC.
- Kim JC et al. (2007). Understanding the Impact of a Microfinance-Based Intervention on Women's Empowerment and the Reduction of Intimate Partner Violence in South Africa. *Am J Pub Health* 97:1794-1802.
- Mermin J et al. (2008). Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study. *Lancet* 371:752-759.
- Mishra V et al. (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. *AIDS* 2007;21(Supp. 1):S29-S38.
- OMS, UNICEF, ONUSIDA (2006). *Aide-mémoire épidémiologiques sur le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles: Ouganda*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, Décembre.
- ONUSIDA (2006). *Sida, sécurité et action humanitaire*. 19<sup>ème</sup> Réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Lusaka, Zambie, 6-8 décembre. ONUSIDA, Genève. Disponible sur <http://data.unaids.org/pub/Agenda/2006/Securite.pdf>

- Pal K et al. (2005). Can Low Income Countries Afford Basic Social Protection? First Results of a Modeling Exercise. Organisation internationale du Travail, Genève.
- Piot P, Greener R, Russell S (2007). La quadrature du cercle: sida, pauvreté et développement humain. *PLoS Med* 4: e314.
- PNUD (2005) *Rapport sur le développement humain*. PNUD, New York.
- PNUD (2007). *Rapport sur le développement humain 2007/2008*. UNDP, New York.
- Preston-Whyte et al. (2007). Revealing the full extent of households' experiences of HIV and AIDS in rural South Africa. *Soc Sci & Med*, 65(6):1249-1259.
- Pronyk PM et al. (2007). *The role of structural factors in explaining variations in community HIV prevalence: a study in rural South Africa*. Acornhoek, Afrique du Sud, Rural AIDS and Development Action Resource Programme, Consulté le 12 mai 2008 sur [http://web.wits.ac.za/NR/rdonlyres/87874FDD-0C41-4945-A28B-9AEAFD027283/0/Pronyk\\_IMAGE\\_Structural\\_Factors\\_IMAGE\\_Working\\_Paper\\_1.pdf](http://web.wits.ac.za/NR/rdonlyres/87874FDD-0C41-4945-A28B-9AEAFD027283/0/Pronyk_IMAGE_Structural_Factors_IMAGE_Working_Paper_1.pdf).
- Pronyk PM et al. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 368:1973-1983.
- Reuters (2008). 'Malawi to Raise Pay of Civil Servants with HIV.' 7 janvier.
- Rosen S et al. (2006). *The Impact of AIDS on Government Service Delivery: The Case of the Zambian Wildlife Authority*. Health and Development Discussion Paper No. 8. Center for International Health and Development, Boston University School of Public Health, Boston.
- Simon J et al. (2007). Early effects of antiretroviral therapy on work performance: Results from a cohort study of Kenyan agricultural workers. Center for International Health and Development, Boston University School of Public Health. Consulté le 26 septembre 2007 sur <http://www.hivimplement/agenda/pdf/E1/E1%20Simon%abstract%2081.ppt.pdf>.
- Swaminathan H, Bhatla N, Chakraborty S (2007). *Women's Property Rights as an AIDS Response: Emerging Efforts in South Asia*. Centre international de recherche sur les femmes, Washington DC.
- Thirumurthy H, Zivin JF, Goldstein M (2007). *AIDS Treatment and Intra-household Resource Allocations: Children's Nutrition and School in Kenya*. Working Paper No. 105. Center for Global Development, Washington DC.
- UNESCO, HCR (2007). *Educational responses to HIV and AIDS for refugees and internally displaced persons: Discussion paper for decision-makers*. UNESCO, Paris.
- UNICEF (2007a). *The Impact of Social Cash Transfers on Children Affected by HIV and AIDS*. UNICEF, New York.
- UNICEF (2007b). *La Situation des enfants du monde*. UNICEF, New York.
- UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008). *Enfants et sida: deuxième bilan de la situation*. UNICEF, New York.
- United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (2007). *Latest results*. Consulté le 6 mars 2008 sur <http://www.pepfar.gov/about/c19785.htm>.
- Webb D (2007). From the individual to the system: the coming of age of programmes for orphans and vulnerable children. *Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender* 2:1-4.
- Zambia Central Board of Health, Center for International Health and Development (Boston University School of Public Health) (2004). *The Costs of HIV/AIDS Among Professional Staff in the Zambian Public Health Sector*. Zambian Central Board of Public Health, Lusaka.

---

## Chapitre 7 | ET À PARTIR DE LÀ, QUE FAUT-IL FAIRE ?

Attawell K, Dickinson C (2007). *Evaluation indépendante des progrès dans la mise en œuvre des recommandations de la Cellule mondiale de réflexion en appui aux ripostes nationales au sida*. 20<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination de l'ONUSIDA (UNAIDS/PCB(20)/CRP4).

Banque mondiale (2007). *The Africa multi-country AIDS program 2000-2006: Results of the World Bank's response to a development crisis*. Washington DC, Banque mondiale

- Center for Global Development (2007). *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington DC, Center for Global Development (Report of the Working Group on IMF Programs and Health Spending).
- Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA, Ministry of Health [Mexico] (2008). *Country Report to monitor progress in the implementation of the Declaration of Commitment (DoC): HIV spending indicator*.
- Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii51-iii55.
- Hayes S et al. (2007). *Decentralized funding in response to the AIDS Pandemic: An opportunity for promoting good governance in Africa* (Report prepared for the United Nations Development Program, the University of Warwick Center for the Study of Regionalization, and Globalization Conference: Governance of HIV and AIDS Responses).
- McDougal JS et al. (2006). Comparison of HIV type 1 incidence observed during longitudinal follow-up with incidence estimated by cross-sectional analysis using the BED Capture enzyme immunoassay. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 22:945-952.
- Office of US Global AIDS Coordinator et al. (2008). *The power of partnerships: The US President's emergency plan for AIDS relief, 2008 annual report to Congress*. Washington DC, US State Department.
- Ofori-Kofoerle B, Annan J (2005). *District Planning and Implementation Strategy Note and Guide*. PNUD, New York.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA (2007a). *Le Maroc: une réponse nationale au VIH*. ONUSIDA, Genève (Collection ONUSIDA sur les Meilleures Pratiques).
- ONUSIDA (2007b). *Vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins: expériences et défis dans la région de Mbeya en Tanzanie – une étude de cas*. ONUSIDA, Genève (Collection ONUSIDA sur les Meilleures Pratiques).
- ONUSIDA (2007c). *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. ONUSIDA, Genève ([http://data.ONUSIDA.org/pub/Report/2007/20070925\\_advocacy\\_grne2\\_en.pdf](http://data.ONUSIDA.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf)).
- ONUSIDA (2008). *The socioeconomic impact of the HIV/AIDS epidemic* (AIDS Financing and Economics Division, working paper), ONUSIDA, Genève.
- ONUSIDA Zambie (2006). *Joint United Nations programme on support on AIDS 2007-2010*, ONUSIDA, Lusaka, Zambie.
- Organisation de l'Unité africaine (2001). *Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*. Sommet africain sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies connexes. 24-27 avril. Abuja, Nigéria ([http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja\\_declaration.pdf](http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf), consulté le 17 mars 2008).
- PNUD (2005). *Rapport sur le développement humain*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement
- PNUD Bureau for Development Policy, HIV/AIDS Group, Democratic Governance Group (2007). *Decentralized responses to HIV/AIDS: An analysis of local government responses*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement.
- Samb B et al. (2007). Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *New England Journal of Medicine*, 357:2510-2514.
- Stover J et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311:1474-1476.



## CRÉDITS PHOTOS

---

### Avant-propos

Page 9 ONUSIDA/O.O'Hanlon

---

### Chapitre 1 | LE DÉFI MONDIAL DU VIH

Page 11 ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche),  
 ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)

Page 16 ONUSIDA  
 Page 26 ONUSIDA

---

### Chapitre 2 | SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE VIH

Page 29 ONUSIDA/A.Dutta (en haut à gauche),  
 ONUSIDA/O.O'Hanlon (en bas à droite)

Page 56 ONUSIDA/P.Virot

Page 40 ONUSIDA/P.Virot

---

### Chapitre 3 | GESTION DES CAUSES SOCIÉTALES DU RISQUE ET DE LA VULNÉRABILITÉ PAR RAPPORT AU VIH

Page 63 ONUSIDA/S.Drakborg (en haut à gauche),  
 ONUSIDA/S.Drakborg (en bas à droite)

Page 82 ONUSIDA/P.Virot  
 Page 87 ONUSIDA

Page 73 ONUSIDA/A.Dutta

Page 94 ONUSIDA

---

### Chapitre 4 | PRÉVENIR LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH

Page 95 ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche),  
 ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)

Page 109 ONUSIDA/Tango Photo/P.Carrera  
 Page 112 ONUSIDA

Page 101 ONUSIDA/O.O'Hanlon

Page 114 ONUSIDA/OIT/J.Maillard

Page 104 ONUSIDA

Page 116 ONUSIDA

---

### Chapitre 5 | TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Page 129 ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche),  
 ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)

Page 137 ONUSIDA/OMS/S.Torfin  
 Page 155 ONUSIDA/W.Phillips

Page 133 ONUSIDA

---

### Chapitre 6 | ATTÉNUATION DE L'IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE

Page 159 ONUSIDA/S.Montanari (en haut à gauche),  
 ONUSIDA/C.Sattlberger (en bas à droite)

Page 173 ONUSIDA  
 Page 174 ONUSIDA/A.Gutman

Page 164 ONUSIDA/A.Gutman

---

## Chapitre 7 | ET À PARTIR DE LÀ, QUE FAUT-IL FAIRE ?

Page 187	ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche), ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)	Page 197	ONUSIDA
Page 195	ONUSIDA	Page 204	ONUSIDA/P.Virot
		Page 209	ONUSIDA/A.Dutta

---

## Annexe 1 | ESTIMATIONS ET DONNÉES VIH ET SIDA, 2007 ET 2001

Page 211	ONUSIDA/L.Rahn (en haut à gauche), ONUSIDA/P.Virot (en bas à droite)
----------	---

---

## Annexe 2 | INDICATEURS DE PROGRÈS PAR PAYS

Page 235	ONUSIDA/P.Virot (en haut à gauche), ONUSIDA/S.Montanari (en bas à droite)
----------	--

---

**Déni de responsabilité:** Les photographies figurant dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement la situation, les opinions ou les croyances des personnes représentées, et n'impliquent d'aucune façon leur statut VIH.



---

L'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes des Nations Unies dans la riposte mondiale au sida. Les organismes coparrainants sont les suivants: le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONU DC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé à Genève, le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent sur le terrain dans plus de 80 pays à travers le monde.

---

Ce rapport a été imprimé sur du papier approuvé par le PEFC



Fonds des Nations Unies  
pour la Population



ONUSIDA  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GENÈVE 27  
SUISSE

Tél.: (+41) 22 791 36 66  
Fax: (+41) 22 791 48 35  
courriel: [distribution@unaid.org](mailto:distribution@unaid.org)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)