



# VERS UNE GÉNÉRATION SANS SIDA

Enfants et SIDA  
Sixième bilan de la situation, **2013**

## UNISSONS-NOUS POUR LES ENFANTS CONTRE LE SIDA

Les bilans de la situation Enfants et SIDA sont les publications phares de la campagne « Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA ». Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) dirige l'élaboration de ces bilans dans le cadre de son engagement en faveur du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), en collaboration avec les dix autres coparrainants du Programme.

L'ONUSIDA rassemble les ressources de son Secrétariat et de onze organisations du système des Nations Unies afin de produire des activités coordonnées et responsables visant à unir le monde dans la lutte contre le SIDA. La répartition des tâches est la suivante :

Organismes pivots et partenaires	Répartition des tâches
<b>OMS, UNICEF</b> , OIT, PNUD, UNESCO, UNFPA, HCR, PAM, Banque mondiale.	Maintenir les mères en vie et empêcher l'infection des bébés par le VIH.
<b>OMS</b> , OIT, PNUD, HCR, UNICEF, PAM.	Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement.
<b>OMS</b> , OIT, UNICEF, PAM.	Éviter que les personnes vivant avec le VIH ne meurent de la tuberculose.
<b>ONUSDC</b> , PNUD, UNESCO, UNFPA, UNICEF, OMS, Banque mondiale.	Protéger les consommateurs de drogues de l'infection par le VIH et assurer une prise en charge complète du VIH en milieu carcéral ou fermé.
<b>PNUD, UNFPA</b> , UNESCO, OMS, Banque mondiale.	Donner aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe et aux personnes transsexuelles les moyens de se protéger et d'accéder à part entière à un traitement antirétroviral.
<b>PNUD</b> , OIT, UNESCO, UNFPA, HCR, UNICEF, ONUDC, ONU-Femmes, OMS.	Supprimer les lois, politiques et pratiques répressives, la stigmatisation et la discrimination qui font obstacle aux ripostes au SIDA.
<b>PNUD, UNFPA, ONU-Femmes</b> , OIT, UNESCO, HCR, UNICEF, ONUDC, PAM, OMS.	Répondre aux besoins liés au VIH des femmes et des filles et mettre fin aux violences sexuelles et sexistes.
<b>UNICEF, UNFPA</b> , OIT, UNESCO, HCR, PAM, OMS.	Donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH.
<b>UNICEF, Banque mondiale</b> , OIT, PNUD, HCR, PAM.	Améliorer la protection sociale des personnes affectées par le VIH.
<b>HCR, PAM</b> , PNUD, UNFPA, UNICEF, ONUDC, OMS.	Prendre en compte le VIH dans les situations d'urgence humanitaire.
<b>PAM</b> , HCR, UNICEF, OMS.	Intégrer l'alimentation et la nutrition dans la riposte au VIH.
<b>UNESCO</b> , OIT, UNFPA, UNICEF, OMS.	Assurer une éducation de qualité pour une riposte plus efficace au VIH.
<b>Banque mondiale</b> , OIT, PNUD, UNESCO, UNFPA, HCR, UNICEF, ONUDC, OMS, PAM.	Soutenir des plans multisectoriels de lutte contre le SIDA qui sont stratégiques, hiérarchisés et chiffrés.

Les constatations, interprétations, citations, conclusions et opinions exprimées dans ce rapport ou sur le site Internet <[www.childrenandaids.org](http://www.childrenandaids.org)> ne doivent pas être nécessairement attribuées à l'une des organisations participant à la production de ce rapport.

En raison de la persistance de la stigmatisation liée au VIH, l'UNICEF prend des mesures pour protéger l'identité des enfants et de leurs mères, conformément à leurs souhaits et aux principes mondiaux des droits de l'enfant et de la protection de l'enfance. L'UNICEF a obtenu le consentement écrit des personnes vivant avec le virus avant de les présenter comme telles sur les photographies et sur d'autres supports. Sauf indication contraire, on ne doit pas supposer que les personnes décrites dans cette publication et dans la documentation en ligne qui lui est associée vivent avec le VIH.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2013.

L'autorisation de reproduire toute partie de cette publication sera accordée gratuitement aux établissements d'enseignement et aux organisations à but non lucratif.

Mention de la source : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers une génération sans SIDA – Enfants et SIDA : sixième bilan de la situation*, 2013, UNICEF, New York, 2013.



Des documents et données complémentaires sont disponibles sur <[www.childrenandaids.org](http://www.childrenandaids.org)>.

Pour tout rectificatif ultérieur à la mise sous presse, consulter le site Internet de l'UNICEF à l'adresse <[www.unicef.org/publications](http://www.unicef.org/publications)>.

Photo de couverture : enfants rentrant de l'école en courant, dans le nord du Rwanda. Ces élèves avaient participé à un groupe de discussion destiné à les sensibiliser à des thèmes sociaux importants tels que la santé, l'hygiène, l'assainissement et le VIH.

© UNICEF/RWAA2011-00631/Noorani

# VERS UNE GÉNÉRATION SANS SIDA

## Enfants et SIDA : sixième bilan de la situation, 2013

### TABLE DES MATIÈRES

ii	À propos de ce rapport	
1	Résumé : Vers une génération sans SIDA	
4	Chapitre 1 La riposte au VIH de zéro à dix ans	6 De 0 à 10 ans : progrès et défis 15 Nouveaux paradigmes, perspectives et innovations 17 Stratégies d'accélération des progrès de 0 à 10 ans
24	Chapitre 2 La riposte au VIH de dix à vingt ans	26 De 10 à 20 ans : transition et vulnérabilité 29 Inégalités et obstacles aux services 32 Stratégies d'accélération des progrès de 10 à 20 ans 39 Préserver les acquis des dix premières années de la vie
40	Chapitre 3 Partenariats pour une génération sans SIDA	42 Vingt ans, de nombreux secteurs 44 Lutter contre le VIH chez les enfants en situation d'urgence : nécessité d'un partenariat renforcé 45 Vers une génération sans SIDA : combler les lacunes, préserver les acquis
46	Références	
53	Annexe : Tableaux statistiques	53 À propos des données 54 Tableau statistique 1 : Éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie 58 Tableau statistique 2 : Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH 66 Tableau statistique 3 : Démographie et épidémiologie du VIH chez les adolescents 70 Tableau statistique 4 : Connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les adolescents 74 Tableau statistique 5 : Épidémiologie, connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les principales populations touchées âgées de moins de 25 ans 78 Tableau statistique 6 : Protection, prise en charge et soutien des enfants touchés par le VIH et le SIDA
82	Légendes et crédits photos	
83	Acronymes	

# À PROPOS DE CE RAPPORT

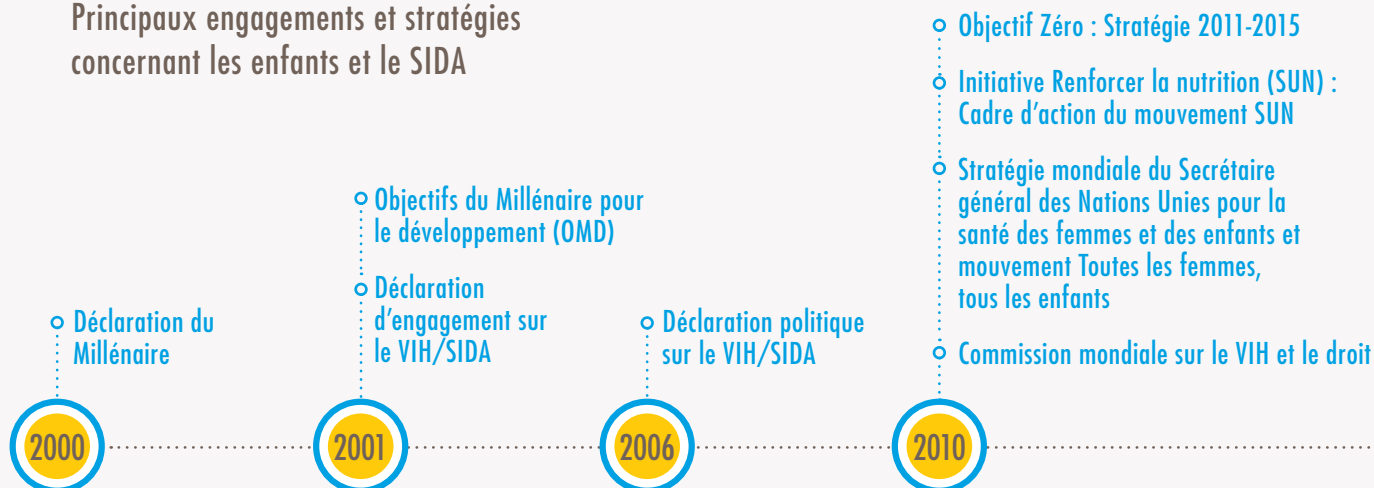
Le rapport *Enfants et SIDA : sixième bilan de la situation, 2013* porte sur la lutte contre le VIH et le SIDA chez les enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire<sup>1</sup>. Ce rapport, qui s'articule autour des 20 premières années de la vie de l'enfant, s'est fixé les objectifs suivants :

- dresser un bilan de la prévalence du VIH chez les enfants et les adolescents, ainsi que des progrès réalisés pour y faire face;
- identifier des stratégies clés pour accélérer la protection des enfants et des adolescents contre le VIH, ainsi que leur accès à la prévention du virus, au traitement, à la prise en charge et à un soutien adéquats;
- synthétiser les perspectives offertes par les progrès scientifiques récents, les nouvelles technologies et les pratiques innovatrices émergentes;
- mobiliser les efforts nationaux et internationaux pour protéger les enfants contre le VIH et s'assurer que les enfants vivant avec le virus ne développent pas le SIDA.

Les gouvernements nationaux sont les premiers responsables de leurs engagements internationaux et nationaux. Toutefois, ce rapport vise à guider les efforts coordonnés de toutes les parties prenantes dans la poursuite de l'objectif d'une génération sans SIDA, à savoir les donateurs, les experts techniques, les organismes de l'ONU, les partenaires d'exécution, la société civile et les communautés vivant dans différents contextes à travers le monde. La participation des adultes et des adolescents vivant avec le VIH est essentielle à la réussite des stratégies décrites dans ce rapport. La lutte contre le VIH est une responsabilité commune, et l'avènement d'une génération libérée du SIDA sera un succès commun.

Dans ce rapport, le terme « enfant » désigne toute personne âgée de moins de 18 ans, conformément à la définition de la Convention relative aux droits de l'enfant. Dans le système des Nations Unies, cependant, les personnes âgées de 10 à 19 ans constituent le groupe des « adolescents », et les personnes âgées de 15 à 24 ans celui des « jeunes ».

## Principaux engagements et stratégies concernant les enfants et le SIDA





# VERS UNE GÉNÉRATION SANS SIDA

L'expression « génération sans SIDA » fait allusion à une génération au cours de laquelle aucun enfant ne naît avec le VIH ni ne contracte le virus pendant les vingt premières années de sa vie, de la naissance jusqu'à la fin de l'adolescence. Cela implique également que les enfants vivant avec le VIH et affectés par le virus aient accès aux traitements, à la prise en charge et au soutien nécessaires pour rester en vie et en bonne santé. Pour la première fois dans l'histoire de l'épidémie du VIH, la communauté internationale a acquis les connaissances, l'expérience et les outils permettant d'atteindre l'objectif d'une génération sans SIDA.

### Une génération sans SIDA commence lors des dix premières années de la vie

Les principaux éléments de la riposte au VIH chez les jeunes enfants sont bien établis : élimination de la transmission de la mère à l'enfant, traitement des enfants vivant avec le VIH et atténuation des répercussions



Les enfants devraient être les premiers à bénéficier de nos réussites dans la lutte contre le SIDA, et les derniers à souffrir de nos échecs.»

Anthony Lake, Directeur général, UNICEF

sociales et économiques du VIH/SIDA sur les enfants. Aujourd'hui, le défi consiste à mettre en pratique les connaissances existantes et à exploiter les possibilités et innovations – tout en utilisant des ressources limitées le plus efficacement possible – pour que les enfants puissent survivre et s'épanouir pendant les dix premières années de leur vie.

○ Déclaration politique sur le VIH et le SIDA : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le SIDA

○ Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie

○ *Towards an Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS* (Vers une méthode d'investissement permettant de lutter efficacement contre le VIH/SIDA)

○ L'engagement en faveur de la survie de l'enfant, une promesse renouvelée

○ Projet Planification familiale 2020 (FP2020)

○ Échéance du Plan mondial

○ Échéance des OMD

2011

2012

2015



© UNICEF/Malawi/2013/Marinovich



© UNICEF/NYHQ/2012-1507/Jayasuriya



© UNICEF/ZIMA2011-00003/Pirozzi

Plus de progrès ont été accomplis entre 2009 et 2012 que pendant toute la décennie précédente : les données de 2012 indiquent en effet que le nombre de nouvelles infections au VIH chez les enfants de moins de 15 ans a baissé de 35 % par rapport à 2009<sup>2</sup>. En 2012, la couverture antirétrovirale des femmes enceintes vivant avec le VIH atteignait 62 % dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (ci-après le « Plan mondial »)<sup>3</sup>. Pourtant, près de 230 000 enfants (entre 180 000 et 300 000) ont été infectés par le virus dans ces mêmes pays en 2012, soit 630 enfants par jour (entre 540 et 760)<sup>4</sup>. Bien que la réduction du nombre d'infections au VIH chez les enfants n'ait jamais été aussi rapide, il faudra encore accélérer les efforts pour atteindre l'objectif fixé par le Plan mondial en 2015.

### Pour parvenir à une génération sans SIDA, il est primordial de protéger la santé des femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH

Ces trois dernières années, certains pays ont commencé à mettre en place un démarrage précoce des trithérapies et des programmes simplifiés pour éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette démarche protège la santé à long terme des femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH et prévient la transmission du virus à leurs enfants. Dans ses Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, publiées en 2013, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) préconise de démarrer un traitement antirétroviral provisoire (tant qu'il existe un risque de transmission de la mère à l'enfant)

ou à vie pour toutes les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH. Tous les enfants séropositifs de moins de 5 ans doivent également suivre un traitement antirétroviral à vie, quel que soit leur taux de CD4<sup>5</sup>. Cette décision de fournir des antirétroviraux à toutes les femmes enceintes ou allaitantes constitue un changement de paradigme majeur : la santé et le bien-être des femmes sont désormais placés au cœur de la prévention du virus chez les enfants. Maintenir les mères en vie et en bonne santé est l'un des facteurs les plus importants pour la survie des jeunes enfants.

Prévenir l'infection chez les femmes et les filles en âge de procréer et aider les femmes et les filles vivant avec le VIH à éviter des grossesses non désirées constituent toujours des priorités dans la prévention de l'infection des enfants.

### Un nombre plus important d'enfants ont accès au traitement, mais les progrès obtenus pour les enfants ne sont pas aussi importants que ceux obtenus pour les adultes

Dans l'ensemble, la couverture antirétrovirale des enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire est aujourd'hui encore inférieure de moitié à celle des adultes : 34 % des enfants recevaient un traitement en 2012, contre 64 % des adultes<sup>6</sup>. Les enfants de moins de 15 ans dont la survie dépend d'un traitement antirétroviral à vie ont beaucoup moins de chances que les adultes de suivre ce traitement. En l'absence d'un dépistage du virus et d'une mise en place rapide du traitement, un tiers des enfants vivant avec le VIH meurent avant leur premier anniversaire, et plus de la moitié avant l'âge de 2 ans<sup>7</sup>. Des efforts

soutenus seront donc nécessaires pour atteindre l'objectif qui consiste à fournir des traitements antirétroviraux à vie à tous les enfants concernés d'ici 2015.

### Il faut accorder beaucoup plus d'attention à la prévention et au traitement du VIH pendant l'adolescence, afin que les enfants grandissent sans contracter le SIDA entre l'âge de 10 et 20 ans

Dans sa réflexion sur les progrès accomplis concernant les dix premières années de vie d'un enfant, la communauté internationale ne peut pas continuer de négliger la période cruciale qui va de 10 à 20 ans. Près de 2,1 millions d'adolescents (entre 1,7 et 2,8 millions) vivaient avec le VIH à la fin 2012<sup>8</sup>, et les deux tiers des adolescents infectés entre 15 et 19 ans étaient des filles<sup>9</sup>. L'adolescence marque une deuxième vague de vulnérabilité au VIH, causée par de nombreux facteurs, et l'accès aux services à cet âge est semé d'embûches. En grandissant, les enfants vivant avec le VIH voient leurs besoins en termes de traitement, de prise en charge et de soutien évoluer. Ils font face à de nouvelles difficultés, liées à l'observation du traitement, à la prise de responsabilités plus importantes concernant leur santé et à l'accès aux services et aux informations dont ils ont besoin pour mener une vie saine et productive. À travers le monde, on constate une prévalence disproportionnée du VIH au sein des populations adolescentes clés (garçons ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables, victimes d'exploitation sexuelle)<sup>10</sup>. Une stratégie globale doit donc être mise au point pour répondre à ces différents besoins.

### Les efforts visant à étendre les interventions décisives sur les 20 premières années d'existence doivent s'appuyer sur la protection sociale et sur la protection, la prise en charge et l'accompagnement des enfants

Créer une génération sans SIDA va bien au-delà de l'initiative biomédicale. Les facteurs économiques et sociaux du VIH (la pauvreté, l'insécurité alimentaire, la consommation de drogues ou d'alcool, la marginalisation sociale, l'inégalité entre les sexes, la violence et l'exploitation sexuelle, ou encore l'accès insuffisant à l'éducation, y compris à une éducation sexuelle complète) doivent être également pris en compte dans le cadre d'une approche multisectorielle ciblant le virus chez les enfants.

Les efforts déployés pour répondre aux besoins des enfants séropositifs, ou des foyers affectés par le VIH, par le biais d'interventions complètes de protection, de prise en charge et de soutien, n'ont pas permis de toucher un large public<sup>11</sup>. Il faudrait grandement intensifier la collaboration entre les secteurs. Le soutien économique et psychosocial est particulièrement important pour les quelque 17,8 millions d'enfants (entre 16,1 et 21,6 millions) qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA<sup>12</sup>. Ces mesures permettent d'aplanir les difficultés, mais elles contribuent également à réduire le risque d'infection au VIH et aident à garantir l'observance du traitement à long terme ainsi que la continuité de la prise en charge des enfants et de leur famille<sup>13</sup>.

### Vingt ans, de nombreux secteurs

Ce rapport présente les progrès accomplis et les lacunes qui subsistent en matière de riposte au VIH chez les enfants avant leur vingtième anniversaire. Il insiste également sur l'urgence d'obtenir des résultats plus rapidement au moyen des ressources disponibles. Bien qu'il fasse ressortir les contextes où la prévalence est élevée, il n'en accorde pas pour autant moins d'importance aux situations où la prévalence est moindre et à la difficulté de préserver et d'étendre les avancées obtenues. C'est la raison pour laquelle des innovations et de nouveaux paradigmes y sont présentés, ainsi que des stratégies déterminantes pour accélérer le rythme des progrès.

Une génération sans SIDA n'est réalisable qu'avec l'impulsion décisive des gouvernements et de concert avec des partenaires qui harmonisent leur aide en vue d'objectifs communs. La participation sans réserve de la société civile et des communautés affectées est également nécessaire, non seulement en tant que partenaires d'exécution, mais aussi au titre des activités de planification, de décision, de sensibilisation, de plaidoyer et de renforcement des responsabilités.

La marche à suivre est claire pour parvenir à une génération sans SIDA. Le monde entier doit à présent s'engager fermement à pérenniser les progrès acquis de haute lutte et à éliminer les inégalités et les lacunes subsistant dans la riposte au VIH chez les enfants.

# LA RIPOSTE AU VIH DE ZÉRO À DIX ANS



L'élimination des nouvelles infections au VIH chez les enfants est un objectif ambitieux, mais réalisable. Avec l'appui du mouvement *Toutes les femmes, tous les enfants*, nous pouvons parvenir à une génération sans SIDA. Il n'y a pas de meilleur investissement que ceux que l'on peut faire dans la santé des femmes et des enfants.»

Ban Ki-moon,  
Secrétaire général des Nations Unies







## DE 0 À 10 ANS : PROGRÈS ET DÉFIS

Depuis l'administration du premier traitement antirétroviral (ARV) efficace pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) en 1994, les perspectives des enfants nés de mères vivant avec le VIH se sont nettement améliorées. Dans les pays à revenu élevé, la transmission du virus de la mère à l'enfant a pratiquement disparu<sup>14</sup>. Aujourd'hui, l'expansion régulière de la couverture des traitements les plus efficaces, ainsi que les nouvelles méthodes de prestation, laisse espérer que la transmission du VIH de la mère à l'enfant pourra également disparaître dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (ci-après le « Plan mondial ») a identifié 22 pays prioritaires, dans lesquels se produisent près de 90 % des nouvelles infections au VIH chez les enfants. Tous ces pays sont situés en Afrique subsaharienne, à l'exception de l'Inde<sup>15</sup>. Réduire à 5 % la transmission de la mère à l'enfant pour les nourrissons allaités et à 2 % pour ceux qui ne le sont pas est un objectif clé du Plan mondial<sup>16</sup>. D'après les estimations réalisées en 2012,

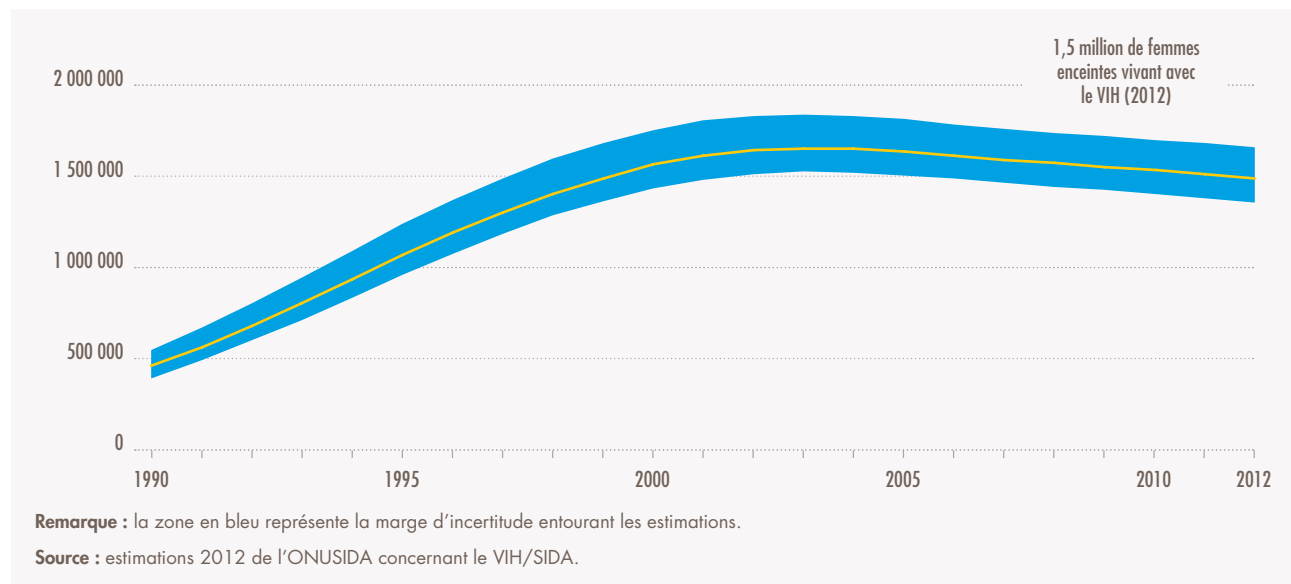
cela suppose d'atteindre 1,5 million de femmes vivant avec le VIH (entre 1,4 et 1,7 million) chaque année (Figure 1.1)<sup>17</sup>. Faute d'intervention, 15 à 45 % des enfants auxquels ces femmes donnent la vie contracteront le VIH : 5 à 10 % pendant la grossesse, 10 à 20 % au cours du travail et de l'accouchement et 5 à 20 % par le biais de l'allaitement<sup>18</sup>.

### De nets progrès ont été enregistrés en matière d'accès aux antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Des progrès encourageants ont été accomplis sur le plan de la transposition des programmes à plus grande échelle et l'amélioration de leur qualité. En 2012, environ 900 000 femmes enceintes vivant avec le VIH dans un pays à revenu faible ou intermédiaire ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, soit à titre de traitement visant essentiellement à préserver leur propre santé, soit à titre de prophylaxie, le régime le plus efficace<sup>19</sup>. Cela représente un tiers de femmes en plus qu'en 2009. Bien que la réduction du nombre d'infections au VIH chez les enfants n'ait jamais été aussi rapide, il faudra encore accélérer les efforts pour atteindre l'objectif d'une réduction de 90 % d'ici 2015 (Figure 1.2).

FIGURE 1.1

Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire (1990-2012)



## Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie

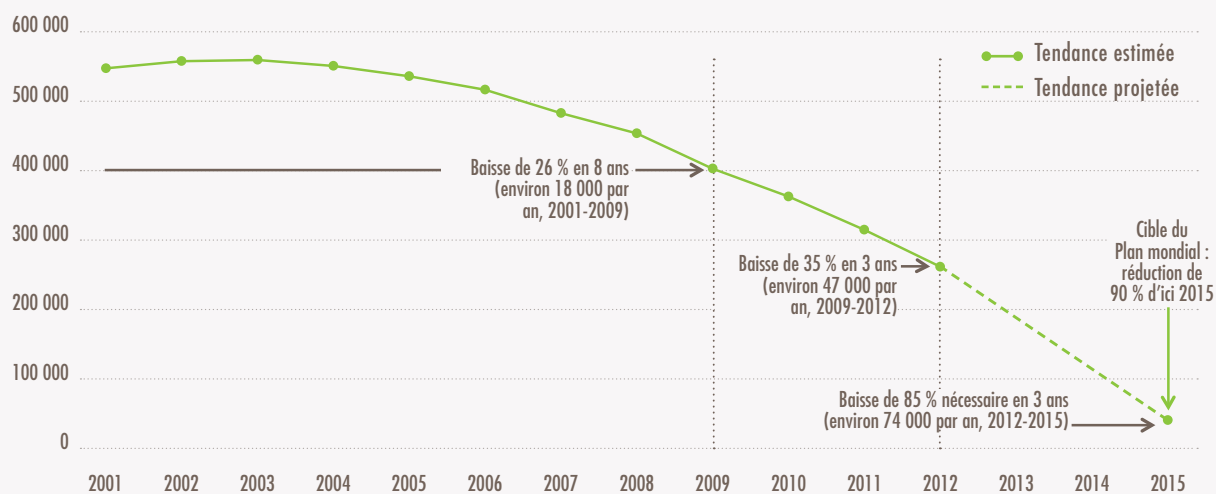
Depuis son lancement en 2011, le Plan mondial a permis de catalyser les efforts visant à lutter contre le VIH chez les enfants et les mères, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le développement n<sup>os</sup> 4 (réduire la mortalité infantile), 5 (améliorer la santé maternelle) et 6 (lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme). Bien qu'il couvre tous les pays à revenu faible et intermédiaire, le Plan mondial se concentre sur les 22 pays prioritaires où habitent près de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH et où se produisent près de 90 % des nouvelles infections des enfants. Il s'articule autour de deux objectifs généraux :

- **1:** Réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections au VIH chez les enfants;
- **2:** Réduire de 50 % le nombre de décès maternels liés au SIDA

En 2011, le coût de réalisation des objectifs du Plan mondial dans 17 des 22 pays prioritaires était estimé à près de 1 milliard de dollars des É.-U. par an pendant cinq ans. Sur ce montant, 43 % étaient destinés à la fourniture de services de PTME et d'un traitement médical aux femmes enceintes vivant avec le VIH, 37 % à la prévention de l'infection primaire au VIH, 12 % à un traitement antirétroviral pédiatrique et 8 % à la planification familiale<sup>20</sup>. Plusieurs pays (dont l'Afrique du Sud, le Botswana et la Namibie) investissent des budgets nationaux importants dans la réalisation des objectifs du Plan mondial. Parmi les principaux bailleurs de fonds internationaux figurent le Fonds mondial de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR).

### FIGURE 1.2

Estimation du nombre de nouvelles infections au VIH chez les enfants de moins de 14 ans : tendance mondiale et projections (2001-2015)



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2012 de l'ONUSIDA concernant le VIH/SIDA.

Si la couverture antirétrovirale au titre de la PTME a globalement atteint 62 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2012, elle varie considérablement selon les régions (Figure 1.3). En Afrique de l'Est et Afrique australe, où la charge du VIH est la plus importante, trois femmes enceintes sur quatre ont accès à un traitement (entre 66 et 85 %). En Europe centrale et orientale et dans la Communauté d'États indépendants (ECO/CEI), la couverture serait très élevée (supérieure à 95 %), de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes (88 %, avec une estimation variant entre 58 et 95 %). Dans toutes les autres régions, les estimations de la couverture sont inférieures à 50 %<sup>21</sup>.

L'un des objectifs principaux du Plan mondial est de fournir des antirétroviraux à 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde avant fin 2015, et il est désormais réalisable. Dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial, 62 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des antirétroviraux à titre prophylactique en 2012, contre 57 % en 2011 et 49 % en 2010<sup>22</sup>.

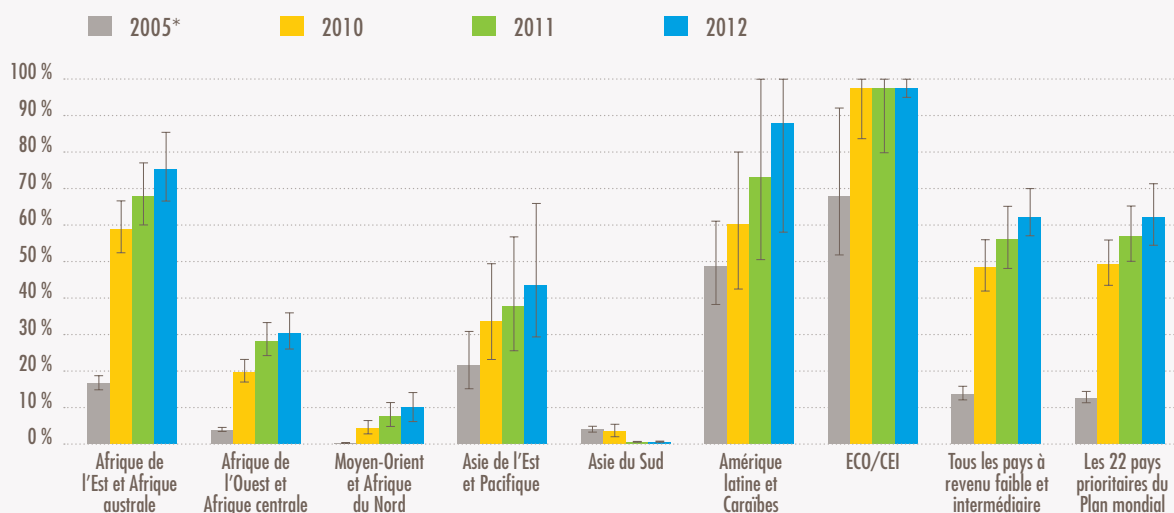
Depuis 2009, les politiques de la plupart des pays ont renoncé à recourir aux doses uniques de névirapine pour adopter des schémas de PTME plus efficaces.

Quatre pays prioritaires du Plan mondial (le Botswana, le Ghana, la Namibie et la Zambie) ont d'ores et déjà atteint l'objectif des 90 %, et l'Afrique du Sud, le Mozambique, le Swaziland et le Zimbabwe s'en approchent. En revanche, cinq pays (l'Afrique du Sud, le Kenya, le Lesotho, le Nigéria et le Swaziland) ont enregistré un recul de la couverture de la PTME l'an dernier, et dans quatre autres pays (l'Angola, le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Tchad) cette couverture était inférieure à 20 % en 2012<sup>23</sup>.

Les Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, publiées en 2013 par l'OMS, préconisent de réaliser un test de dépistage du VIH chez toutes les femmes enceintes dans le cadre des services de base accompagnant la prise en charge anténatale, quel que soit le contexte. Dans certains pays où l'épidémie est

**FIGURE 1.3**

Pourcentage estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant le traitement antirétroviral le plus efficace pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, dans les régions de l'UNICEF, les pays à revenu faible et intermédiaire et les 22 pays prioritaires du Plan mondial (2005-2012)



**Remarque :** les lignes verticales représentent la marge d'incertitude entourant les estimations. Les valeurs de la couverture entre 2005 et 2009 ne sont pas comparables à celles de 2010-2012, car elles se fondent sur les Lignes directrices antérieures de l'OMS et prennent en compte la dose unique de névirapine.

**Source :** OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial 2013 d'avancement sur la lutte contre le SIDA*, et estimations 2012 de l'ONUSIDA concernant le VIH/SIDA.





faible ou concentrée, la proposition d'un test de routine du virus à toutes les femmes enceintes peut être jugée prohibitive au regard du nombre de cas détectés<sup>24</sup>. Au Viet Nam et dans d'autres pays où l'épidémie est concentrée, le dépistage du VIH est inscrit sur la liste des tests standards à effectuer au cours de la grossesse<sup>25</sup>. Des services d'orientation et de suivi appropriés sont alors indispensables.

En Inde, où les chiffres globaux sont importants, mais où la population des femmes vivant avec le VIH est disséminée dans tout le pays, il est recommandé d'intégrer aux soins anténatals la mise en place et la poursuite d'un traitement antirétroviral chez les femmes et les enfants vivant avec le VIH dans les structures de santé maternelle et infantile<sup>26</sup>. Le Cambodge a démontré que cette méthode n'augmentait pas seulement l'accès au traitement au niveau des soins primaires; elle permet également de réduire la perte de vue des femmes et des enfants séropositifs.

### L'accès des femmes enceintes à un traitement antirétroviral pour leur propre santé est en augmentation, mais reste inférieur à celui des autres adultes

Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH (avec un taux de CD4 inférieur à 350 cellules par millimètre cube) qui suivaient un traitement antirétroviral à vie à titre personnel en 2012 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire n'était que de 58 %, contre 64 % pour

l'ensemble des adultes (avec un taux de CD4 inférieur à 350 cellules/mm<sup>3</sup>) qui auraient reçu un traitement au cours de l'année<sup>27</sup>.

En 2012, plusieurs pays prioritaires du Plan mondial (dont l'Afrique du Sud, le Botswana, le Ghana, le Malawi, la Namibie, le Swaziland et la Zambie) ont déclaré que plus de 75 % des femmes enceintes ayant besoin d'un traitement antirétroviral à vie selon les critères établis par l'OMS en 2010 avaient suivi ce traitement, et la proportion était supérieure à 50 % au Kenya, au Lesotho, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe<sup>28</sup>. Les pays étant de plus en plus nombreux à adopter les traitements antirétroviraux pour toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, conformément aux Lignes directrices publiées par l'OMS en 2013<sup>29</sup>, cette tendance à la hausse de la couverture des traitements antirétroviraux à vie devrait se poursuivre.

### Impact croissant : les nouvelles infections chutent chez les enfants

À la suite des progrès récemment enregistrés dans l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (ETME), les nourrissons sont de moins en moins nombreux à contracter le VIH. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 260 000 cas de nouvelles infections chez les enfants ont été signalés en 2012<sup>30</sup>. Cela dit, entre 2005 et 2012, plus de 850 000 infections d'enfants ont pu être évitées dans ces pays<sup>31</sup>.

## FIGURE 1.4

Progrès des pays dans la réduction des nouvelles infections au VIH chez les enfants âgés de moins de 14 ans dans les 21 pays prioritaires du Plan mondial en Afrique (2009-2012)

BAISSE RAPIDE (50 % OU PLUS)	BAISSE MODÉRÉE (30 À 49 %)	BAISSE LENTE (MOINS DE 30 %)
Ghana (76 %)	République-Unie de Tanzanie (49 %)	Cameroun (29 %)
Namibie (58 %)	Afrique du Sud (46 %)	Côte d'Ivoire (27 %)
Zimbabwe (55 %)	Mozambique (45 %)	Lesotho (17 %)
Malawi (52 %)	Ouganda (45 %)	République démocratique du Congo (15 %)
Botswana (52 %)	Kenya (44 %)	Nigéria (10 %)
Zambie (50 %)	Swaziland (38 %)	Tchad (9 %)
Éthiopie (50 %)	Burundi (31 %)	Angola (hausse de 9 %)

Source : actualisation par l'UNICEF d'un tableau publié dans le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 9.

L'immense majorité des infections contractées par des enfants de moins de 14 ans concernait les régions de l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe (130 000), et de l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale (98 000), suivis de loin par l'Asie du Sud (15 000) et l'Asie de l'Est et le Pacifique (7 900), puis par les autres régions, qui ont signalé moins de 3 000 nouvelles infections chacune en 2012<sup>32</sup>.

Dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial, le taux de transmission de la mère à l'enfant a globalement reculé, passant selon les estimations de 26 % en 2009 à 17 % en 2012. Le nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant contracté le VIH dans ces pays a chuté de 36 %, passant

de 360 000 en 2009 à 230 000 en 2012. Au cours de cette période, sept pays ont diminué de moitié les nouvelles infections chez les enfants (*Figure 1.4*)<sup>33</sup>.

Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant diminue régulièrement dans la plupart des régions.

Il reste cependant beaucoup à faire. La région ECO/CEI enregistre le meilleur taux de transmission (6 %), suivie par l'Amérique latine et les Caraïbes (10 %) et l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe (13 %). Dans toutes les autres régions, les taux de transmission sont alarmants, c'est-à-dire supérieurs à 20 % : Asie de l'Est et Pacifique, 22 %; Afrique de l'Ouest et Afrique centrale, 28 %; Moyen-Orient et Afrique du Nord, 34 %; Asie du Sud, 38 %<sup>34</sup>.

### ENCADRÉ

#### Validation des pays se rapprochant de l'objectif d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant

Les pays non concernés par le Plan mondial progressent également dans le domaine de l'ETME. Ainsi, Cuba et le Panama<sup>35</sup>, la Thaïlande<sup>36</sup> et plusieurs pays d'Europe de l'Est (dont l'Arménie, le Bélarus, la Géorgie, le Kazakhstan et la République de Moldova<sup>37</sup>) ont annoncé un taux de transmission avoisinant les 2 %. Les initiatives régionales prennent également de l'ampleur : le Plan d'action européen en matière de VIH/SIDA 2012-2015 a été élaboré en 2011<sup>38</sup>, et des initiatives visant à éliminer les infections pédiatriques par le VIH et la syphilis congénitale ont été mises en place en Asie et Pacifique et en Amérique latine et aux Caraïbes<sup>39</sup>. Consciente de cette tendance, l'OMS a mis au point des critères et des processus permettant de valider les rapports des pays concernant l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants. Les pays font une demande à l'OMS et le processus de validation est pris en charge par des institutions régionales et nationales créées à cette fin. Ces critères et processus ont été mis en place pour valider l'élimination du VIH et de la syphilis congénitale<sup>40</sup>.

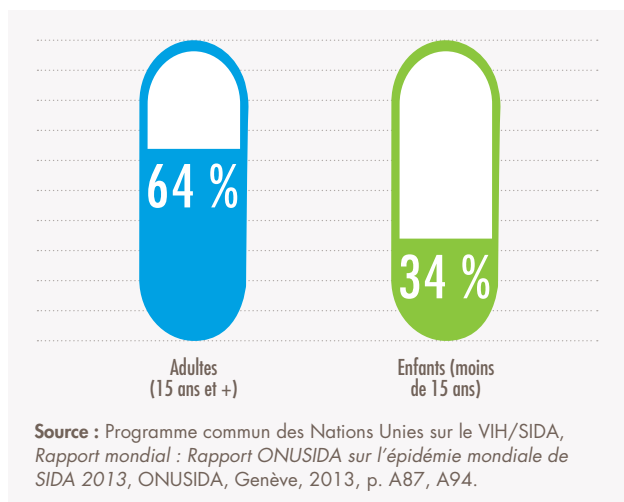
## Un nombre plus important d'enfants ont accès au traitement, mais les progrès obtenus pour les enfants ne sont pas aussi importants que ceux obtenus pour les adultes

En l'absence d'un dépistage du virus et d'une mise en place rapide du traitement antirétroviral, un tiers des enfants vivant avec le VIH meurent avant leur premier anniversaire, et la moitié avant l'âge de 2 ans<sup>41</sup>. À l'échelle mondiale, le rythme d'extension du traitement des enfants de moins de 15 ans est deux fois moins important que celui des adultes. Chez les enfants, on a enregistré une hausse de l'accès au traitement antirétroviral à vie de 14 % entre 2011 et 2012, contre 20 % d'augmentation pour les adultes sur la même période<sup>42</sup>. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la couverture globale des adultes représente toujours à peu près le double de celle des enfants, avec 64 % pour les adultes et 34 % seulement pour les enfants en 2012 (Figure 1.5)<sup>43</sup>.

La région ECO/CEI enregistre la couverture antirétrovirale la plus élevée pour les enfants de moins de 15 ans, avec 85 % (entre 80 et 89 %), suivie de l'Amérique latine et des Caraïbes à 67 % (entre 50 et 83 %). L'Asie de l'Est et le Pacifique ont indiqué une couverture de 53 % (entre 41 et 72 %) et l'Asie du Sud de 39 % (entre 30 et 49 %). La région où les besoins sont les plus importants, à savoir

FIGURE 1.5

Pourcentage d'adultes (âgés de 15 ans et plus) et d'enfants (de moins de 15 ans) vivant avec le VIH suivant une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire (2012)



l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, enregistrait une couverture de 40 % (entre 35 et 46 %). Les chiffres les plus faibles concernaient l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, avec 15 % (entre 13 et 18 %), et le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, 7 % (entre 4 et 10 %)<sup>44</sup>.

La couverture antirétrovirale des enfants de moins de 15 ans dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial a progressé. Elle est passée de 29 % (500 000 enfants) en 2011 à 34 % (560 000 enfants) en 2012. Néanmoins, le rythme d'extension dans les pays à revenu faible et intermédiaire est lent par rapport à celui des adultes<sup>45</sup>. Quatre pays prioritaires du Plan mondial ont déclaré une couverture supérieure à 50 % pour les enfants en ayant besoin : le Botswana (plus de 95 %), la Namibie (88 %), l'Afrique du Sud (63 %) et le Swaziland (54 %), et la couverture a doublé en trois ans dans neuf autres pays<sup>46</sup>. D'autres pays prioritaires ont cependant une couverture très limitée. En moyenne, seul un enfant en ayant besoin sur trois recevait un traitement antirétroviral à vie dans les 22 pays prioritaires (Figure 1.6). Des efforts soutenus seront donc nécessaires pour atteindre l'objectif mondial qui consiste à fournir un traitement à tous les enfants concernés d'ici 2015.

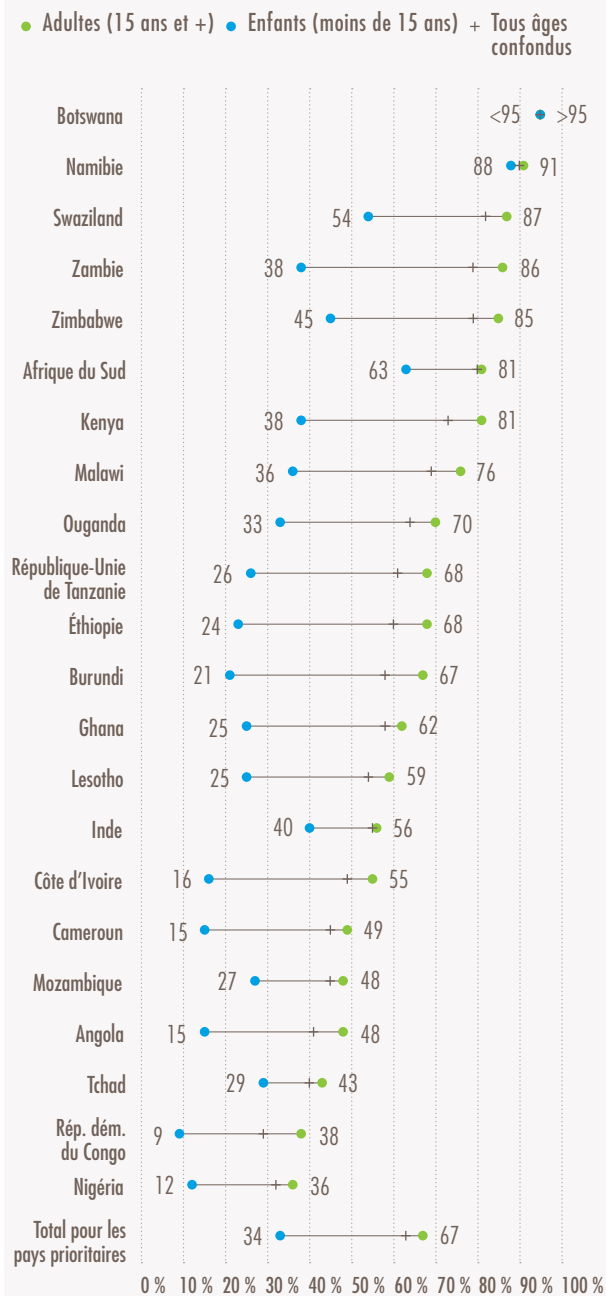
La fourniture d'un traitement antirétroviral pédiatrique pose plusieurs problèmes complexes, parmi lesquels la disponibilité limitée des associations en doses fixes, le goût peu agréable des formules pédiatriques actuellement recommandées pour les nourrissons ou la nécessité de recourir à un test virologique pour établir la séropositivité des enfants de moins de 18 mois. Toutefois, les nouveaux médicaments tels que les poudres ou « *sprinkles* » et les nouvelles technologies permettant d'effectuer les tests virologiques sur place devraient contribuer à aplanir les difficultés et pourraient faciliter l'adoption et l'application de ces nouveautés.

**Le diagnostic rapide du VIH chez les femmes enceintes et les enfants est crucial, mais la couverture du dépistage est très variable et les liaisons vers le traitement et la prise en charge sont toujours inadaptées**

Une grande part des femmes enceintes et des enfants vivant avec le VIH ignorent leur séropositivité ou, si le diagnostic a été posé, ne sont pas suffisamment pris en charge.

**FIGURE 1.6**

Pourcentage de la couverture antirétrovirale des adultes (15 ans et plus) et des enfants (moins de 15 ans) en ayant besoin, et tous âges confondus, dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial (2012)



**Remarque :** certains chiffres ne coïncident pas en raison de l'arrondi. La couverture estimée est fondée sur l'estimation (non arrondie) du nombre d'enfants recevant et ayant besoin d'antirétroviraux.

**Source :** OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial 2013 d'avancement sur la lutte contre le SIDA*.

On estime que 40 % des femmes enceintes des pays à revenu faible et intermédiaire ont passé un test de dépistage du VIH et reçu des conseils à cet égard en 2012, contre 26 % en 2009<sup>47</sup>. La couverture varie cependant beaucoup selon les pays et les régions.

Quatre pays prioritaires sur les 22 du Plan mondial (Afrique du Sud, Botswana, Mozambique et Zambie) ont déclaré une couverture supérieure à 95 % en matière de dépistage des femmes enceintes en 2012, mais cette même couverture était inférieure à 25 % dans trois autres pays (la République démocratique du Congo, le Nigéria et le Tchad)<sup>48</sup>.

### Le diagnostic précoce des nourrissons reste faible

L'OMS recommande de dépister les nourrissons exposés au VIH à l'âge de 4 ou 6 semaines, au moyen d'un test virologique<sup>49</sup>. Le traitement antirétroviral doit commencer dès que la séropositivité est diagnostiquée, quels que soient la situation clinique ou le statut du système immunitaire du nourrisson. Certains pays envisagent même un dépistage encore plus précoce, dès la naissance, en particulier quand les mères n'ont pas bénéficié des services de PTME.

Si le diagnostic précoce du nourrisson se généralise dans de nombreux pays, les taux de dépistage général des nourrissons restent faibles. Selon les estimations, 39 % seulement des enfants des pays à revenu faible et intermédiaire accédaient au dépistage du VIH avant l'âge recommandé de deux mois en 2012 (*Figure 1.7*)<sup>50</sup>.

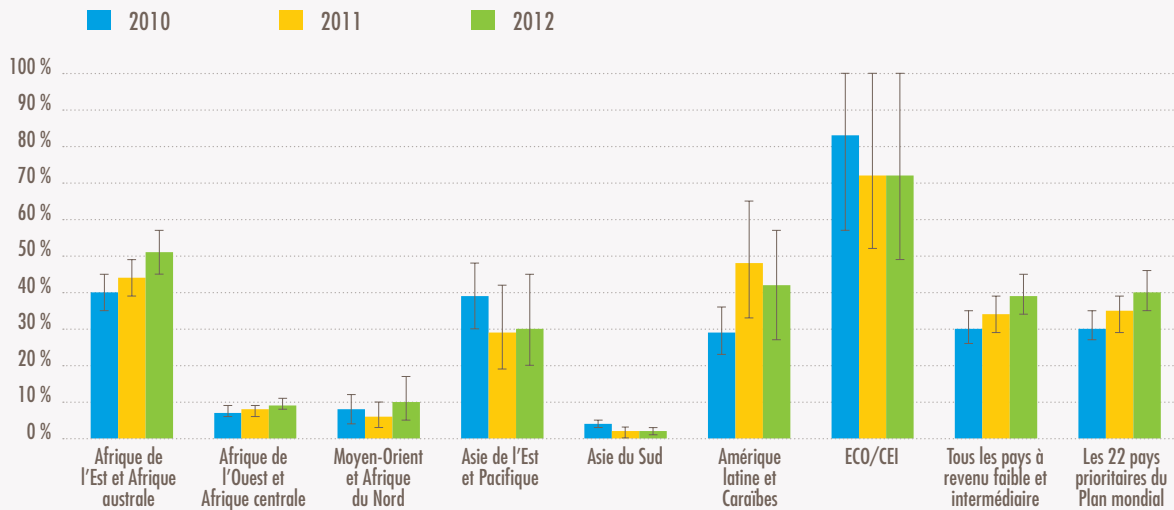
La région ECO/CEI enregistrait la couverture la plus élevée en matière de diagnostic précoce du nourrisson pour toutes les régions ayant répondu, avec 72 %. La marge d'incertitude entourant les estimations est toutefois importante, puisqu'elle varie entre 49 % et plus de 95 %. Viennent ensuite l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe avec 51 % (entre 45 et 57 %), l'Amérique latine et les Caraïbes avec 42 % (entre 27 et 57 %) et l'Asie de l'Est et le Pacifique avec 30 % (entre 20 et 45 %). En Afrique de l'Ouest et Afrique centrale, la couverture tombe à 9 % (entre 8 et 11 %), et elle ne dépasse pas 2 % en Asie du Sud (entre 1 et 3 %)<sup>51</sup>.

Sur les 22 pays prioritaires du Plan mondial, deux seulement assuraient un diagnostic précoce à plus de 80 %



**FIGURE 1.7**

Pourcentage estimé de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH bénéficiant d'un test virologique avant l'âge de 2 mois, dans les régions de l'UNICEF, dans les pays à revenu faible et intermédiaire et dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial (2010-2012)



Remarque : les lignes verticales représentent la marge d'incertitude entourant les estimations.

Source : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial 2013 d'avancement sur la lutte contre le SIDA*, et estimations 2012 de l'ONUSIDA concernant le VIH/SIDA.

**INITIATIVES**

## Le diagnostic présomptif au Lesotho



Lorsque le diagnostic précoce du nourrisson est rare, les maladies graves peuvent progresser rapidement chez les enfants vivant avec le VIH. Dans ce cas, le diagnostic présomptif permet aux professionnels de la santé d'offrir un traitement antirétroviral immédiat aux nourrissons montrant les signes d'une maladie liée au virus. Dans certaines régions du Lesotho, par exemple, les difficultés du terrain génèrent une longue attente des résultats du dépistage et compliquent également le stockage des panoplies de test. La délivrance des résultats du dépistage des nourrissons peut prendre 6 à 12 semaines, retardant d'autant le début du traitement susceptible de les sauver. Le diagnostic présomptif supprime cette attente en s'appuyant sur une évaluation immédiate plutôt que sur les résultats de tests en laboratoire pour décider de commencer le traitement.

En 2010, l'Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation a soutenu l'organisation, par le Ministère de la santé du Lesotho, d'une formation au diagnostic présomptif destinée au personnel infirmier chargé de la santé maternelle et infantile dans trois hôpitaux. Entre janvier 2010 et décembre 2011, le personnel ainsi formé a diagnostiqué 48 nourrissons souffrant de maladies graves liées au VIH qui ont ainsi pu être rapidement mis sous traitement. Sur ces 48 enfants, 43 ont fait l'objet d'un dépistage. Lorsque les résultats sont arrivés, 42 d'entre eux vivaient effectivement avec le VIH et un seul était séronégatif.

La Fondation souhaite former davantage de personnel soignant aux critères de diagnostic présomptif de l'OMS. Il a été recommandé d'élargir cette action à l'échelle nationale. Dans le même temps, le Lesotho redouble également d'efforts pour améliorer la systématisation du diagnostic précoce des nourrissons.

des nourrissons qui en avaient besoin en 2012 : l'Afrique du Sud (85 %) et le Swaziland (81 %). Venaient ensuite la Namibie (74 %), le Lesotho (69 %<sup>52</sup>) et la Zambie (61 %). La couverture du diagnostic précoce du nourrisson est inférieure à 10 % dans cinq pays prioritaires : l'Angola, le Malawi, le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Tchad<sup>53</sup>.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la grande majorité des enfants séropositifs ne commence pas leur traitement antirétroviral à vie rapidement; en 2012, 34 % seulement des enfants de moins de 15 ans suivaient le traitement dont ils avaient besoin. Par conséquent, on estime à 210 000 (entre 190 000 et 250 000) le nombre d'enfants morts d'une maladie liée au SIDA au cours de l'année<sup>54</sup>.

Les modèles de prestation de service actuels sont fortement tributaires des traitements pédiatriques du VIH fournis dans les cliniques spécialisées pour enfants ou pour adultes, alors que la délégation ou le partage des tâches avec des professionnels de la santé autres que les médecins (afin de faciliter la fourniture de soins décentralisés, y compris par le biais de services à assise communautaire) devrait être une priorité pour améliorer l'accès aux soins<sup>55</sup>.

### Il faut veiller en particulier à ce que les femmes puissent accéder aux antirétroviraux et être soignées pendant la durée de l'allaitement

L'allaitement est déterminant pour la survie et la croissance de l'enfant. L'OMS recommande ainsi que les femmes allaitantes vivant avec le VIH et suivant un traitement nourrissent exclusivement leur enfant au sein

pendant les six premiers mois, puis introduisent une alimentation complémentaire adaptée, en continuant toutefois l'allaitement jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 12 mois. L'enfant doit cesser d'être allaité uniquement lorsqu'un régime nutritionnellement adapté et sûr, sans lait maternel, peut lui être donné. Les nourrissons dont la mère bénéficie d'un traitement antirétroviral à vie pendant l'allaitement doivent recevoir pendant 6 à 12 semaines un traitement prophylactique du nourrisson s'accompagnant de l'administration quotidienne de névirapine. D'autres solutions existent pour les femmes qui vivent avec le VIH et n'allaitent pas<sup>56</sup>.

Bien que les données mondiales relatives à la couverture antirétrovirale pendant l'allaitement soient limitées, on estime qu'en 2012, près de la moitié des mères vivant dans les 21 pays prioritaires d'Afrique ne recevaient aucun traitement antirétroviral pendant l'allaitement. Plus de la moitié des nouvelles infections des enfants d'Afrique subsaharienne en découleraient<sup>57</sup>. Il faut donc veiller, dans tous les pays, à ce que les mères allaitantes puissent accéder aux antirétroviraux et poursuivre leur traitement.

### Les besoins des femmes en matière de prévention primaire et les services de planification familiale destinés aux femmes vivant avec le VIH demeurent insatisfaits ou insatisfaisants

De nets progrès ont été constatés en ce qui concerne la fourniture d'antirétroviraux aux femmes enceintes et aux mères vivant avec le VIH afin d'éviter la transmission de la mère à l'enfant (3<sup>e</sup> volet de la PTME dans le Plan mondial) et le suivi du traitement pour les mères et les enfants vivant avec le VIH qui en ont besoin pour leur propre santé (4<sup>e</sup> volet). En revanche, la prévention primaire auprès des

#### ENCADRÉ

Les progrès accomplis en matière de réduction des infections au VIH chez les enfants n'ont jamais été aussi rapides. Pourtant, afin d'atteindre l'objectif de 2015, il va falloir encore redoubler d'efforts.

**850 000** nouvelles infections au VIH ont été évitées chez les enfants (0–14 ans) dans les pays à revenu faible et intermédiaire entre 2005 et 2012.

En 2012, **39 %** seulement des nourrissons des pays à revenu faible et intermédiaire auraient bénéficié du dépistage du VIH avant l'âge recommandé de deux mois.

femmes et des filles en âge de procréer (1<sup>er</sup> volet) et la réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes vivant avec le VIH (2<sup>e</sup> volet) ont beaucoup moins avancé. Dans les pays d'Afrique prioritaires du Plan mondial, le nombre de femmes nouvellement infectées a reculé de 10 % entre 2009 et 2012. C'est le Ghana qui enregistre la plus forte baisse (44 %) au cours de cette période, avec l'Afrique du Sud (21 %) <sup>58</sup>. Cette tendance fait ressortir la nécessité d'innover au niveau du suivi des femmes enceintes qui se révèlent séro-négatives lors de leur première visite anténatale, ainsi que l'importance d'assurer une prévention primaire plus large (hors du cadre anténatal) auprès de la population féminine afin d'atteindre l'objectif d'une génération sans SIDA.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes vivant avec le VIH continuent de saper les efforts visant à éliminer l'infection des enfants <sup>59</sup>. Pour les femmes des pays à revenu faible et intermédiaire, le besoin insatisfait de planification familiale n'a que légèrement diminué, régressant de 15 % en 1990 à 12 % en 2010 <sup>60</sup>. D'après l'ONUSIDA, en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest, le besoin exprimé par les femmes dans ce domaine n'a pas changé en 20 ans et s'établit à plus de 20 % <sup>61</sup>. En d'autres termes, plus d'une femme sur cinq engagée dans une relation stable qui souhaite espacer les naissances ou cesser d'enfanter n'utilise aucune contraception.

L'engagement renouvelé de la communauté internationale ainsi que les ressources qu'elle met au service de la planification familiale, notamment par le biais de l'initiative Planification familiale 2020, sont les bienvenus <sup>62</sup>. Les services fournis dans ce domaine aux femmes vivant avec le VIH doivent être volontaires et exempts de coercition.

Les cas de stérilisation forcée et d'autres tentatives ayant pour objet d'empêcher les femmes qui vivent avec le VIH d'enfanter soulignent l'importance d'une approche axée sur les droits humains, y compris pour les services de planification familiale <sup>63</sup>.

## NOUVEAUX PARADIGMES, PERSPECTIVES ET INNOVATIONS

Les Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, publiées en 2013 par l'OMS <sup>64</sup>, fournissent d'importants moyens de simplifier et d'élargir les interventions en faveur des enfants et de leurs mères. Elles comprennent des recommandations réparties dans six domaines :

- **La fourniture d'un traitement antirétroviral à vie à toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, quelle que soit la numération de CD4**, afin de protéger leur santé, mais aussi de prémunir leurs bébés et leurs partenaires sexuels contre le VIH. Cette démarche souligne l'importance, pour cette population, de commencer sans tarder un traitement. Elle contribue également à réduire le risque de transmission du virus au cours de l'allaitement, tant que les mères poursuivent leur traitement. La simplification du traitement des femmes enceintes et allaitantes, avec l'utilisation d'une trithérapie à doses fixes en prise unique quotidienne, devrait également faciliter la décentralisation et l'intégration des services liés au VIH au niveau des soins primaires, notamment dans les services de santé maternelle et infantile.

En 2012, **260 000** enfants (0–14 ans) ont contracté le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

En 2012, **62 %** des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant.

En 2012, **34 %** des enfants (0–14 ans) ont reçu le traitement antirétroviral susceptible de les sauver, contre

Sans traitement, **1/3** des nourrissons vivant avec le VIH mourront avant leur premier anniversaire, et la moitié avant leur deuxième anniversaire.

**64 %** des adultes.

## Traitement à vie des femmes enceintes : l'expérience pionnière du Malawi



En 2011, le Gouvernement du Malawi a proposé pour la première fois un traitement simplifié à vie pour toutes les femmes enceintes et allaitantes (connu autrefois sous le nom d'Option B+). Cette « démarche de test et de traitement » (non obligatoire), entamée à l'initiative du prestataire, ne repose sur aucune condition préalable de numération de CD4 ou autre. Les enfants de moins de 5 ans sont également ciblés de manière prioritaire, sans aucune condition préalable. Ce traitement simplifié, qui consiste en une trithérapie à doses fixes en prise unique quotidienne, a été rapidement mis à la disposition des femmes enceintes vivant avec le VIH, à grande échelle, jusque dans les structures de soins primaires. Le nombre de femmes enceintes et allaitantes ainsi traitées est passé de 1 257 au deuxième trimestre 2011 à 10 663 au troisième trimestre 2012<sup>65</sup>. En juin 2013, 13 des 22 pays prioritaires du Plan mondial avaient adopté la même politique visant à fournir un traitement antirétroviral à vie à toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, et le Lesotho et l'Ouganda avaient commencé la mise en œuvre, en plus du Malawi.

De plus amples informations sur les progrès réalisés par les pays sont disponibles sur le site Internet de l'Équipe spéciale interinstitutions pour la prévention et le traitement du VIH chez les femmes enceintes et les mères et leurs enfants : <[www.emtct-iatt.org](http://www.emtct-iatt.org)>.

- **Harmoniser les traitements thérapeutiques antirétroviraux des femmes enceintes et allaitantes, des autres adultes et des adolescents qui vivent avec le VIH :** les Lignes directrices précédentes de l'OMS recommandaient des schémas thérapeutiques adultes différents pour la PTME et pour le traitement. Les Lignes directrices de 2013 préconisent d'utiliser comme thérapie de première intention la même association d'antirétroviraux à doses fixes en prise unique quotidienne de trois médicaments pour tous les adultes et adolescents. Cette méthode simplifie la fourniture d'un traitement antirétroviral à vie à titre de traitement et de prévention et permet aux femmes enceintes de poursuivre le même traitement pour protéger leur santé. L'expérience du Malawi suggère que ce schéma simplifié est plus facile à suivre, ce qui améliore son observance. En outre, il aligne les services de PTME et de traitement et encourage l'accès à ces services dans les établissements de soins primaires<sup>66</sup>.
- **Étendre la fourniture des antirétroviraux dans les structures de santé anténatale, maternelle et infantile :** les Lignes directrices de 2013<sup>67</sup> recommandent expressément, en situation d'épidémie généralisée, de mettre en route et de poursuivre sans interruption le traitement dans les établissements de soins de santé maternelle et infantile chez les femmes enceintes ou après l'accouchement qui remplissent les critères pour recevoir ce traitement ainsi que chez les nourrissons, en établissant des liens et en aiguillant les patients vers des services spécialisés de soins continus et de traitement antirétroviral à vie, en fonction des besoins. Cela conduit les gouvernements à mettre en œuvre des mesures de délégation des tâches donnant aux sages-femmes et aux autres équipes concernées les moyens de commencer et de poursuivre les traitements antirétroviraux<sup>68</sup>.
- **Recourir aux nouvelles technologies pour les tests ciblant le nourrisson :** les technologies diagnostiques enregistrent à présent des progrès rapides. Dans les années à venir, des tests virologiques de chevet devraient être disponibles pour le diagnostic précoce des nourrissons, ce qui permettra au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé non médecins de pratiquer les tests sur les nourrissons dans les établissements de santé de premier niveau, sans devoir envoyer les échantillons à un laboratoire central pour analyse. Ce progrès majeur devrait permettre de diagnostiquer plus vite le VIH chez les nourrissons et favoriser l'établissement de liens plus rapides vers le traitement et la prise en charge.



- **Recommander un traitement à vie pour tous les enfants de moins de 5 ans, quelle que soit la numération de CD4** : les nourrissons et les enfants sont vulnérables à la propagation rapide des maladies liées au VIH. Sans traitement, la moitié des enfants nés avec le virus mourront avant leur deuxième anniversaire. Afin de faciliter l'accès rapide au traitement des enfants séropositifs, les Lignes directrices de 2013 recommandent de traiter sans tarder les enfants de moins de 5 ans, sans passer obligatoirement par un test des CD4<sup>69</sup>.
- **Répondre aux besoins des enfants séronégatifs exposés au virus** : un nombre croissant de données probantes suggèrent que tous les enfants nés de mères vivant avec le VIH, qu'ils soient eux-mêmes infectés ou non, ont une santé plus fragile que les enfants dont la mère est séronégative<sup>70</sup>. Ces données soulignent l'importance d'une identification précoce et d'établir des liens vers la prise en charge et le traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH. Elles mettent également en évidence la

nécessité de se concentrer davantage sur l'identification précoce de tous les enfants exposés au virus et d'orienter ces mères et leurs enfants vers une prise en charge et un soutien dans des cadres très divers.

## STRATÉGIES D'ACCÉLÉRATION DES PROGRÈS DE 0 À 10 ANS

Pour consolider les progrès accomplis ces dernières années et exploiter les nouvelles possibilités de lutter contre le VIH chez les enfants au cours de leurs 10 premières années, il conviendrait de suivre les 11 stratégies suivantes :

### 1. Placer la santé des femmes au cœur de la riposte au VIH chez les enfants.

La décision de fournir un traitement antirétroviral à toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, quelle que soit la numération de CD4 (connue sous le nom d'Options B et B+), signifie que la distinction qui existait autrefois entre traitement prophylactique de

## INITIATIVES

### Innovation

Les innovations combinées en matière de technologie, de traitement et de programmation élargissent l'accès aux services liés au VIH et accélèrent la prestation des services. En outre, ces améliorations sont souvent plus économiques qu'auparavant. Citons par exemple :

- la technologie des SMS, qui délivre aux patients les résultats des tests ainsi que des rappels, au Malawi et en Zambie 📍
- les machines portatives et les technologies de communication dans les structures décentralisées, qui accélèrent les diagnostics en Afrique de l'Est et Afrique australe (avec le soutien d'UNITAID, de l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé et de l'UNICEF) 📍
- « Telemedicine » (télémédecine), une approche décentralisée du dépistage, du traitement et de la prise en charge du VIH en Inde (avec le soutien du MAC AIDS Fund et de l'UNICEF). 📍





© UNICEF South Africa/2013/Marinovich

prévention de la transmission de la mère à l'enfant et traitement de protection de la santé des femmes enceintes tombe en désuétude. Les Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, publiées en 2013 par l'OMS<sup>71</sup>, de même que les pratiques émergentes des pays, soutiennent vivement l'intégration des programmes de PTME et de traitement antirétroviral en soulignant le fait que les résultats du VIH chez les enfants sont indissociables de la santé de leurs mères. En outre, le nombre croissant de données démontrant la santé plus fragile des nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH, quel que soit le statut sérologique de l'enfant, souligne l'importance d'un traitement précoce des femmes vivant avec le virus pour traiter leur propre santé et celle de leur bébé. La fourniture d'une prophylaxie antirétrovirale uniquement pendant la grossesse et l'allaitement aux femmes dont les taux de CD4 sont plus élevés (ce qu'on appelait autrefois l'Option A) n'est plus recommandée par l'OMS et ce schéma doit être abandonné au plus vite.

## 2. Prévenir la transmission de la mère à l'enfant parmi les femmes des populations clés.

En dehors de l'Afrique subsaharienne, la majorité des cas de transmission de la mère à l'enfant touchent les populations clés, qui comprennent notamment les consommatrices de drogues injectables, les partenaires de consommateurs de drogues injectables, les professionnelles du sexe, les partenaires d'hommes ayant aussi des rapports sexuels avec des hommes et d'autres groupes marginalisés comme les détenues. En Ukraine, par exemple, où le principal vecteur de l'épidémie est la consommation de drogues injectables, une étude de 2010 a révélé un taux de transmission de la mère à l'enfant de 11 % chez les femmes qui s'y adonnaient, contre 6 % chez les autres<sup>72</sup>. L'élargissement des programmes de réduction des risques et leur intégration aux services

de santé sexuelle et procréative et de santé maternelle et infantile ont permis d'améliorer sensiblement la couverture du dépistage du VIH et du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes consommatrices de drogues injectables. Pour réussir à éliminer la transmission mère-enfant dans cette population, quel que soit le pays, d'autres mesures s'imposent pour garantir un accès précoce aux services traitant à la fois les problèmes liés à la dépendance et au VIH, parmi lesquels la fourniture d'un traitement médical de substitution pour les femmes dépendantes des opiacés<sup>73</sup>.

Les femmes représentent chaque année entre 5 et 10 % des 30 millions de personnes incarcérées, mais cette proportion est en augmentation et les détenues sont davantage exposées au VIH que les hommes dans la même situation<sup>74</sup>. Elles peuvent en effet être enceintes, accoucher et allaiter en milieu carcéral ou fermé. L'isolement des services de santé pénitentiaires des services de santé généraux et l'application de conditions et de services de qualité inférieure, notamment pour les services liés au VIH et de santé procréative, signifient que l'accès à la PTME peut être limité. Les pays doivent se fixer pour priorité d'intégrer les populations des milieux fermés dans leur lutte contre la transmission du virus, par le biais de services complets équivalents à ceux du reste de la communauté.

## 3. Intégrer la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose aux éléments fondamentaux de la palette de soins de la PTME dans les situations de forte prévalence de la maladie.

La tuberculose active est 10 fois plus diagnostiquée chez les femmes enceintes vivant avec le VIH que chez les femmes non infectées<sup>75</sup>. De même, un nombre croissant de données probantes montrent qu'une tuberculose non traitée chez une femme séropositive augmente le risque de problèmes obstétricaux et périnataux, pouvant aller jusqu'au décès de la mère et de l'enfant. Chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, la tuberculose est également associée à un risque deux fois plus important de transmission du VIH à l'enfant à naître<sup>76</sup>. Il est donc vital d'intégrer des activités collaboratives tuberculose/VIH dans la panoplie des soins à tous les stades de la grossesse et aux soins néonataux, post-partum et postnataux, en particulier dans les situations de prévalence élevée de la maladie et du virus. L'inclusion d'un dépistage régulier des symptômes de la tuberculose, ainsi que le recommande l'OMS, contribuera à garantir le diagnostic précoce et le traitement

de la maladie, mais aussi à identifier les femmes chez qui la maladie n'est pas active pour qu'elles puissent suivre un traitement préventif à l'isoniazide<sup>77</sup>. S'il n'est pas possible d'intégrer totalement des services de diagnostic, de prévention et de traitement de la tuberculose dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile, il convient alors de mettre en place des mécanismes d'orientation efficaces et centrés sur le patient vers les services compétents.

#### 4. Accélérer l'introduction des nouvelles technologies de diagnostic et de médicament.

La mise en œuvre des Lignes directrices sur l'utilisation des antirétroviraux publiées en 2013 par l'OMS<sup>78</sup> doit être une priorité dans les pays, afin d'intégrer les programmes de PTME et de traitement antirétroviral à vie et de simplifier la fourniture et l'acquisition des antirétroviraux.

Des formules améliorées d'antirétroviraux pour les enfants de moins de 3 ans, telles que les poudres ou « sprinkles », devraient être proposées prochainement. Ces formules devront être généralisées pour pouvoir surmonter les limitations actuelles du traitement pédiatrique du VIH. Il faudra également redoubler d'efforts pour concevoir des schémas thérapeutiques dont l'utilisation pourra être harmonisée pour les nourrissons et les enfants, mais aussi les adolescents et les adultes, comme les associations en doses fixes dispersibles.

L'introduction de nouvelles technologies permettant d'effectuer des tests virologiques sur place pour les diagnostics précoces des nourrissons doit également figurer en tête des priorités. Les innovations liées à

l'utilisation des technologies de téléphonie mobile renforcent l'efficacité en envoyant des rappels des rendez-vous ou des informations sur la santé et en accélérant le retour des résultats de laboratoire.

#### 5. Décentraliser et intégrer les services de VIH familiaux, y compris par la délégation des tâches.

Dans de nombreux pays, les services de traitement antirétroviral à vie sont fournis ailleurs que dans les centres de santé maternelle et infantile, de planification familiale et de santé sexuelle et procréative. Il est essentiel d'améliorer l'intégration de ces services, notamment en décentralisant le dépistage, le traitement et la prise en charge du VIH au niveau des soins primaires, pour renforcer la continuité des soins prodigués aux femmes et aux enfants.

L'OMS juge essentiel de déléguer les tâches pour permettre la décentralisation du traitement et de la prise en charge, et note qu'il est possible d'atteindre des résultats cliniques comparables en fournissant une formation et une supervision adaptées aux prestataires de soins de santé non médecins. La délégation et le partage des tâches constituent des stratégies importantes pour optimiser la capacité des ressources humaines dans les contextes où le système de santé est insuffisant<sup>79</sup>.

En particulier, le démarrage et la poursuite d'un traitement antirétroviral à vie chez les femmes et les enfants vivant avec le VIH dans les établissements de santé maternelle et infantile devraient contribuer à améliorer l'accès au traitement dans les centres de soins primaires et à réduire la perte de vue des femmes et des enfants séropositifs<sup>80</sup>.

### INITIATIVES

#### Intégration de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant aux services de santé maternelle et infantile



Au Rwanda, l'intégration du programme national de PTME dans les services existants de santé maternelle et infantile a permis de garantir que toutes les femmes, ou presque, reçoivent les résultats de leur test et a doublé la proportion de nourrissons exposés au VIH qui bénéficient d'un traitement prophylactique. Les études menées dans certaines régions ont montré que ce chiffre avait progressé de 47 % en 2007 à 96 % en 2011. La mobilisation de la population masculine a également augmenté<sup>82</sup>.

En Afrique du Sud, où le dépistage du VIH était lié à un programme de vaccination, les femmes participant au programme ont déclaré ne pas être gênées que l'on dépiste le virus chez leurs nourrissons dans les centres de vaccination. La plupart d'entre elles le recommanderaient d'ailleurs aux autres<sup>83</sup>.



© UNICEF/NYHQ2011-2151/Estève

L'intégration par le biais de circuits non traditionnels, tels que le monde du travail, offre de plus en plus de moyens d'atteindre les femmes dans le cadre de leur vie active. À la suite de l'adoption de la Convention n° 183 de l'Organisation internationale du Travail sur la protection de la maternité, 57 pays disposent de politiques nationales relatives au VIH sur le lieu de travail qui pourraient faciliter la mise en place d'une PTME et d'autres services liés au VIH<sup>81</sup>.

## 6. Aligner la programmation en faveur de tous les enfants exposés au VIH sur les efforts élargis de promotion de la survie, de la croissance et du développement de l'enfant.

De nets progrès ont été enregistrés en matière de réduction de la mortalité maternelle et juvénile ces 20 dernières années. Entre 1990 et 2010, la mortalité maternelle a chuté de 41 % en Afrique subsaharienne<sup>84</sup>, et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a reculé de 47 % entre 1990 et 2012<sup>85</sup>. Le rapport *Countdown to 2015: Accountability for Maternal, Newborn and Child Survival* (Compte à rebours jusqu'en 2015 : pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant), paru en 2013, reconnaît qu'il n'est pas possible d'ignorer le VIH si l'on veut avancer dans l'élimination de la mortalité maternelle<sup>86</sup>. La volonté internationale incessante d'accélérer et d'améliorer la survie des mères et des enfants (par le biais de programmes de vaccination des enfants et d'initiatives telles que l'engagement en faveur de la survie de l'enfant, une promesse renouvelée) donne la possibilité de créer de nouveaux points d'entrée pour le dépistage du VIH et une meilleure prise en charge des enfants nés de mères vivant avec le VIH, quel que soit leur statut sérologique, en particulier dans les contextes de forte charge virale.

S'il y a des failles dans les systèmes et les services, même lorsque la marche à suivre est évidente, l'intervention peut ne pas atteindre l'enfant à temps. Des recherches ont montré que la mortalité des enfants séropositifs pouvait être réduite de 67 % en utilisant le cotrimoxazole, un antibiotique, à titre prophylactique. Pourtant, la couverture est limitée dans les pays à revenu faible et intermédiaire (44 %)<sup>87</sup>. En 2012, la couverture atteignait respectivement 56 % et 69 % en Afrique de l'Est et Afrique australe et dans la région ECO/CEI. Toutefois, elle est très inférieure dans les autres régions (entre 3 et 43 %)<sup>88</sup>. En renforçant l'intégration et la décentralisation de ces interventions simples, dans le cadre d'une prise en charge élargie des maladies infantiles, il serait possible d'améliorer considérablement les résultats pour la santé de l'enfant<sup>89</sup>.

Le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire doit également être généralisé dans d'autres services à l'intention des enfants, tels que la vaccination courante ou les programmes de santé ou de nutrition pour jeunes enfants, mais aussi dans les services pour nourrissons assurés par les communautés ou les établissements de santé. En effet, ces services peuvent jouer un rôle capital dans le recensement des enfants dont les mères n'ont pas bénéficié de services anténatals ou de PTME pendant leur grossesse.

## 7. Resserrer les liens entre la programmation relative au VIH et les systèmes de protection sociale d'envergure nationale ainsi que les systèmes de soutien communautaire.

Le VIH a des répercussions sociales et économiques considérables pour les enfants et leur famille. Toutefois, les orphelins et les enfants vulnérables, y compris ceux qui vivent dans des familles touchées par le virus, bénéficient rarement d'un soutien, quel qu'il soit<sup>90</sup>. L'atténuation des effets du VIH sur les 17,8 millions d'enfants (entre 16,1 et 21,6 millions) ayant perdu un parent ou les deux à cause du SIDA<sup>91</sup> dans le monde (et qui vivent, pour 85 % d'entre eux, en Afrique subsaharienne<sup>92</sup>) constitue un défi de taille.

Bien qu'un soutien social complet destiné aux enfants et aux familles touchés par le VIH soit un élément essentiel de la riposte au VIH, il n'est souvent mis en place qu'après coup dans les programmes ciblant l'épidémie. Il est donc nécessaire de resserrer les liens entre la programmation relative au VIH, les actions nationales élargies de protection sociale et les services à assise communautaire, afin que davantage d'enfants et de



familles reçoivent le soutien dont ils ont besoin. Ces programmes de protection sociale, en particulier les transferts de fonds, semblent se développer rapidement. Selon certaines estimations, ils auraient doublé en Afrique, passant de 120 programmes mis en œuvre entre 2000 et 2009 à environ 245 programmes en 2012. Les transferts de fonds à des fins de soutien représentaient à eux seuls quelque 10 milliards de dollars US en 2012<sup>93</sup>.

La protection sociale a déjà prouvé son influence non seulement en matière de soutien des enfants et des familles déjà touchés par le VIH, mais aussi dans la prévention du virus et dans l'amélioration des résultats du traitement et de la prise en charge<sup>94</sup>. Il est à présent possible d'adapter ces programmes pour y inclure les populations concernées par le virus, en élargissant le soutien qu'ils apportent afin d'intégrer le transport jusqu'à la clinique, le soutien nutritionnel, les transferts de fonds à destination des ménages pauvres, le soutien psychosocial et les services de soins palliatifs.

En Zambie, le développement de la petite enfance a été intégré au Plan pour le secteur éducatif (2012–2015) en vue d'améliorer l'accès à la scolarisation, ainsi que la qualité et l'égalité de l'enseignement, notamment auprès des orphelins et des enfants vulnérables, mais aussi des enfants touchés par le VIH et le SIDA<sup>95</sup>.

En Inde, des mécanismes sont mis en place pour réduire les dépenses non remboursées des personnes concernées par le VIH et faciliter l'accès aux premiers soins, notamment par le biais de centres d'appels coordonnant des transports gratuits ou à bas prix<sup>96</sup>.

Les services à assise communautaire ou confessionnelle fournissent depuis longtemps des services liés au VIH (sanitaires, sociaux et économiques) dans les régions rurales ou reculées. Au Malawi, par exemple, la prise en charge des soins par un personnel soignant communautaire a abouti à une meilleure poursuite des soins et à un recours plus fréquent aux services anténataux et post-nataux pour les mères et leurs enfants. Bien que ces démarches ne se soient pas généralisées dans beaucoup de contextes<sup>97</sup>, leur valeur est de plus en plus reconnue, en particulier dans les régions rurales. Cependant, le recours à des bénévoles ne peut compenser véritablement le manque d'infrastructures et de services fournis par l'État. Pour bâtir des systèmes communautaires efficaces et durables, il faut des effectifs, des fonds et des partenariats entre les membres de la communauté et les systèmes de

santé, de protection sociale et de protection de l'enfance, ou encore les systèmes juridiques et politiques.

## 8. Intensifier les actions et la communication en faveur d'un allaitement plus sûr.

Selon les Lignes directrices 2013 de l'OMS, le risque de transmission post-natale du VIH par l'allaitement diminue quand les pays optent pour la fourniture d'un traitement antirétroviral à toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH, à condition que le traitement soit poursuivi sans interruption. L'allaitement doit être exclusif, c'est-à-dire que le lait maternel doit être la seule alimentation des nourrissons, sans autre source d'alimentation ou de liquide, jusqu'à l'âge de 6 mois<sup>98</sup>. Les mères doivent être soutenues dans cette démarche, et le message doit être réaffirmé dans tous les programmes en faveur de l'allaitement.

## 9. Renforcer la prévention primaire du VIH et les services de planification familiale.

Chaque nouvelle infection d'un enfant représente aussi un échec de la prévention primaire du VIH auprès de la population féminine. Les femmes enceintes peuvent courir un risque accru d'acquisition et de transmission du virus, et les taux de séroconversion (développement d'anticorps) peuvent être élevés pendant la grossesse, notamment dans les contextes de forte prévalence. Il faut donc renforcer les programmes complets de prévention du VIH auprès de la population féminine, y compris auprès des femmes enceintes recevant des soins anténataux.



© UNICEF/NYHQ2011-1692/Pirozzi



L'objectif de diviser de moitié les nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer fait partie intégrante de l'objectif général qui consiste à éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et de maintenir leurs mères en vie.

Selon les estimations, si le besoin insatisfait de planification familiale chez les femmes vivant avec le VIH était pris en compte dans les 22 pays enregistrant la charge du VIH la plus élevée, il y aurait 61 000 enfants séropositifs en moins en 2015<sup>99</sup>. Une planification familiale axée sur les droits et exempte de coercition devrait être proposée de manière plus générale aux femmes vivant avec le VIH,

notamment par le biais de points d'entrée sous-exploités, comme les services de santé maternelle et infantile et les services de santé sexuelle et procréative, en plus des services de soins primaires.

## 10. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination, y compris au moyen d'un engagement fort de la communauté.

Les femmes vivant avec le VIH peuvent être confrontées à un mélange complexe de stigmatisation et d'inégalités sexistes, parmi lesquelles le jugement des prestataires de santé. Les difficultés peuvent être encore plus grandes

### ENCADRÉ

#### Des services complets de prévention du VIH et de planification familiale pour les femmes et les filles

Selon des estimations, le déploiement d'une PTME exhaustive pourrait éviter près de 80 % des infections par le VIH chez les enfants d'ici 2015 dans 25 pays où la prévalence du VIH est élevée<sup>100</sup>. La fourniture effective d'antirétroviraux aux femmes enceintes vivant avec le VIH représenterait 60 % des infections évitées chez les nourrissons. La réduction des nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer et la réponse aux besoins insatisfaits en matière de planification familiale représenteraient 13 %, tandis que 6 % supplémentaires seraient attribuables au prolongement de l'allaitement jusqu'à 12 mois<sup>101</sup>.

Le dépistage et le conseil des couples sont une autre mesure importante pour renforcer la prévention du VIH, notamment avec la mise à disposition d'un traitement pour les couples sérodiscordants (dans lesquels un des partenaires est séropositif et l'autre non). En 2013, l'OMS a recommandé d'offrir un traitement antirétroviral à vie à toutes les personnes séropositives en couple avec une personne séronégative. Les études suggèrent qu'en assurant le dépistage du VIH et en fournissant des conseils aux deux partenaires, il est possible de réduire les nouvelles infections dans ces couples<sup>102</sup>. Dans certaines parties du Rwanda, les taux de dépistage des partenaires masculins pendant les soins anténatals dépassent aujourd'hui 80 %<sup>103</sup>.

pour les jeunes femmes, les handicapées, les mères ou femmes enceintes consommant des drogues injectables et les détenues avec enfants. Outre l'obstacle de la discrimination appliquée par les prestataires de services, elles peuvent également avoir des craintes liées à la garde de leurs enfants. La peur de divulguer leur propre séropositivité peut empêcher les mères d'inscrire leurs enfants à des programmes de traitement du VIH, notamment lorsque ces derniers imposent de consulter d'autres membres de la famille pour les décisions concernant les soins de santé<sup>104</sup>.

L'engagement de la communauté est une démarche déterminante pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, tout en apportant un soutien aux enfants et aux familles vivant avec le virus. Selon une analyse englobant huit pays, dans presque tous les contextes, les actions communautaires de sensibilisation contribuent à l'identification et à la publication des obstacles à l'accès au traitement du VIH, luttent contre la stigmatisation et la discrimination, défendent les droits de l'homme et favorisent l'évolution des lois et des pratiques discriminatoires ou défavorables<sup>105</sup>. L'engagement dynamique de dirigeants est essentiel à tous les niveaux pour promouvoir une réforme des lois et instituer des politiques favorables à la mise en place d'un cadre propice à la riposte au VIH chez les femmes et les enfants.

## 11. Enrichir le socle de connaissances par le biais de recherches, de suivis et d'évaluations

Tout en transposant à plus grande échelle les nouvelles approches décrites dans cette partie, il est essentiel de mener des recherches opérationnelles pour orienter la mise en œuvre, notamment en vue de recenser les meilleures pratiques en matière de prestation des interventions liées au VIH auprès des femmes et des enfants dans le contexte des soins primaires et des structures à assise communautaire, et pour optimiser les synergies entre programmation liée au VIH et actions en faveur de l'enfance et de la protection sociale. Répondre aux questions concernant les taux de transmission généraux et les effets de la programmation liée au VIH sur la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles doit figurer en tête des priorités, au même titre que la recherche continue sur l'innocuité d'un traitement antirétroviral à vie pour les femmes enceintes et allaitantes. La recherche clinique peut également aboutir à l'élargissement de la palette d'interventions disponibles visant les femmes et les enfants, avec

par exemple de meilleures options de traitement pédiatrique, des microbicides et des vaccins.

Le renforcement du suivi et de l'évaluation suppose de procéder à une planification plus ciblée et centrée sur les données, et à une analyse des résultats dans une optique d'égalité. Le soutien de nombreux partenaires n'est pas seulement désirable; c'est une condition préalable indispensable pour parvenir à des résultats qui, une fois combinés, serviront les populations les plus défavorisées et exclues. En améliorant l'efficacité du suivi et de l'évaluation des programmes au niveau des soins de santé primaires, on aidera également les décideurs locaux à accroître les performances du programme. Ainsi, des analyses des obstacles ont été réalisées dans les 22 pays prioritaires du Plan mondial afin d'identifier les points d'entrée spécifiques pour les améliorations et d'étayer les plans d'ETME budgétés de chaque pays. C'est un bon exemple de la manière dont les partenariats et des outils personnalisés peuvent créer une valeur ajoutée et accélérer le rythme des progrès.



© UNICEF/NYHQ2011-0268/Nesbitt



# LA RIPOSTE AU VIH DE DIX À VINGT ANS

Il serait possible de diminuer de moitié les nouvelles infections des adolescents d'ici 2020 en élargissant à plus grande échelle les interventions décisives et en travaillant au niveau intersectoriel.







## DE 10 À 20 ANS : TRANSITION ET VULNÉRABILITÉ

Un bon départ dans la vie influence de toute évidence le développement ultérieur. Or l'adolescence offre l'occasion de consolider les bases de la santé, de la nutrition et de l'éducation, ainsi que les facteurs sociaux et économiques qui contribuent à la bonne santé et à la productivité au cours de la vie adulte.

Estimée à 1,2 milliard d'individus, la population adolescente, c'est-à-dire âgée de 10 à 19 ans, représente environ 20 % de la population mondiale<sup>106</sup>. Près d'un adolescent sur quatre vit en Afrique subsaharienne, et le nombre d'adolescents dans cette région devrait doubler d'ici 2050<sup>107</sup>.

L'adolescence est reconnue comme une période de la vie au cours de laquelle se produisent d'importants changements physiques, physiologiques et psychologiques marquant le passage à l'âge adulte. C'est également

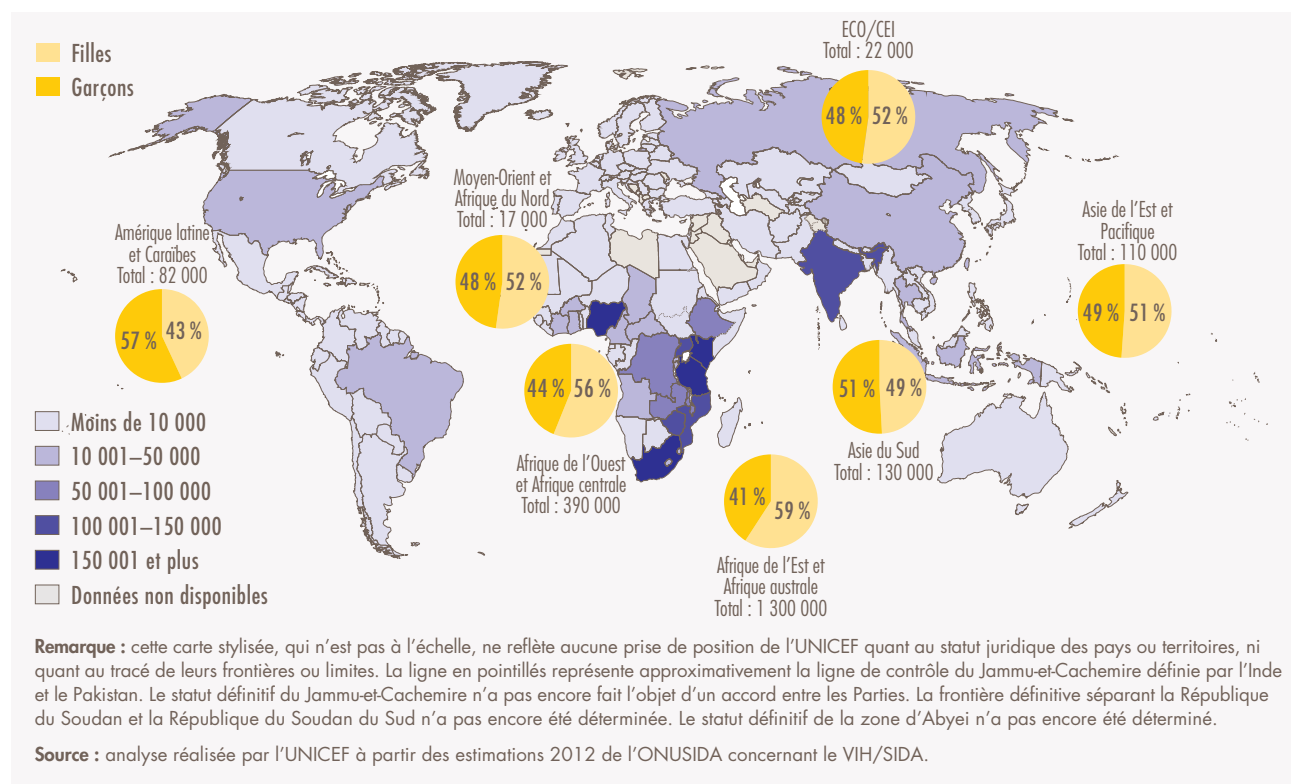
à cette période que les rôles sociaux et sexuels sont réaffirmés, et les adolescents y sont poussés à assumer des rôles et des responsabilités d'adultes, parfois avant même d'avoir acquis leur maturité physique et psychologique. La traversée sans encombre de la période allant de 10 à 20 ans est profondément tributaire de l'efficacité de l'éducation, des soins de santé, du soutien, de la protection et de l'affection offerts par la famille, les pairs et la communauté.

Face aux nombreuses pressions sociales et économiques qui accompagnent le passage à l'âge adulte, les adolescents peuvent se retrouver très vulnérables au VIH. Ils peuvent commencer leur vie sexuelle ou expérimenter les drogues et l'alcool, ce qui n'est pas sans risque. Très souvent, cependant, les adolescents n'ont pas l'impression d'être vulnérables au VIH.

Selon les estimations, environ 2,1 millions d'adolescents (entre 1,7 et 2,8 millions) vivraient avec le VIH en 2012 dans le monde, et plus de 80 % d'entre eux se

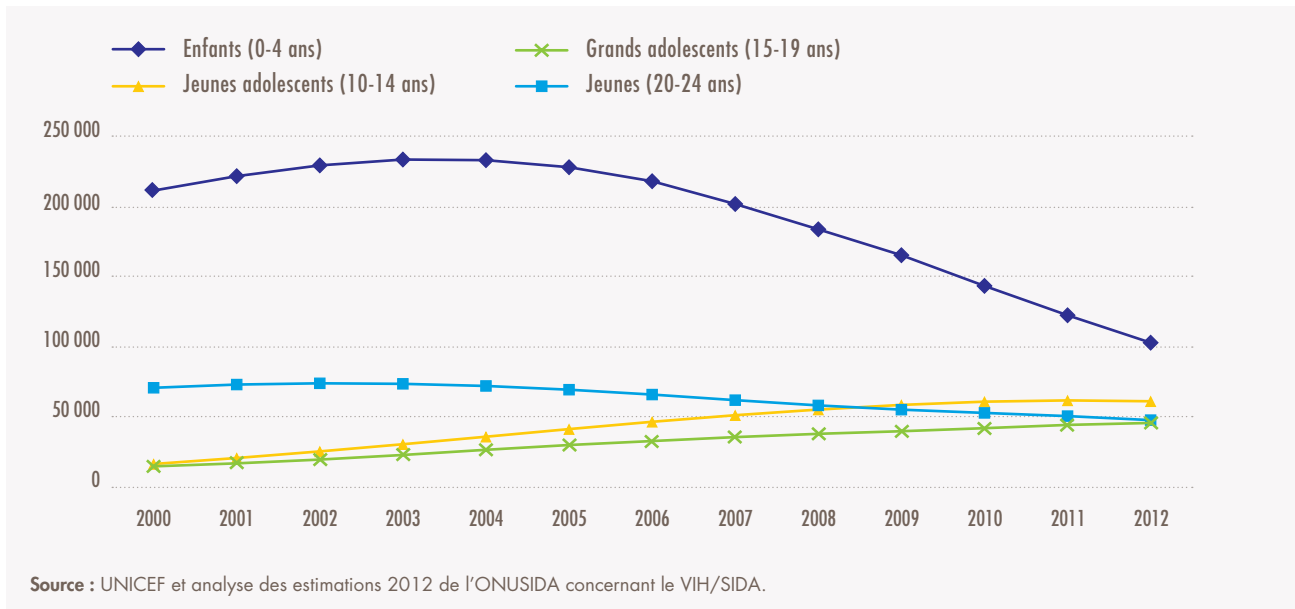
FIGURE 2.1

Estimation du nombre d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivant avec le VIH, par pays et par sexe, par région de l'UNICEF (2012)  
Nombre total d'adolescents : 2,1 millions (1,7 million-2,8 millions). Filles : 1,2 million; garçons : 930 000.



**FIGURE 2.2**

Estimation du nombre de décès liés au SIDA chez les enfants âgés de moins de 4 ans, chez les jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans, chez les grands adolescents âgés de 15 à 19 ans et chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans (2000-2012)



trouveraient en Afrique subsaharienne (Figure 2.1). Si le nombre de décès liés au SIDA à travers le monde a reculé de 30 %, tous âges confondus, entre 2005 et 2012, il a augmenté de 50 % chez les adolescents pour la même période (Figure 2.2)<sup>108</sup>.

Si la régression des nouvelles infections est notable chez les nourrissons, du fait des progrès de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, chez les adolescents ce recul est beaucoup moins prononcé. En 2012, environ un tiers de ces infections touchaient des jeunes âgés de 15 à 24 ans (780 000; entre 670 000 et 960 000). Sur ces jeunes, près de 300 000 (entre 250 000 et 390 000) étaient des adolescents de moins de 20 ans (Figure 2.3)<sup>109</sup>.

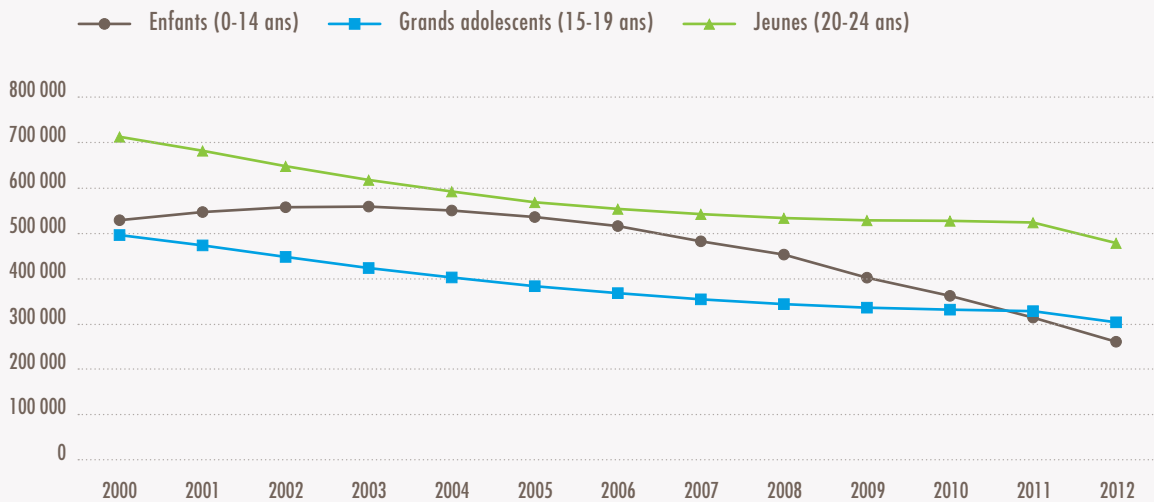
Les données récentes suggèrent que les changements de comportement font évoluer la situation dans ces tranches d'âge, mais pas aussi vite qu'il le faudrait. À l'échelle mondiale, les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer utiliser des préservatifs. En Afrique subsaharienne, environ une adolescente sur trois (âgée de 15 à 19 ans) ayant eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois déclarait avoir utilisé un préservatif lors de ses derniers rapports sexuels<sup>110</sup>. Bien qu'encore faible, l'emploi du préservatif a augmenté dans la plupart des

régions, tandis que le nombre de partenaires sexuels des 15-19 ans a diminué et que les adolescents commencent leur vie sexuelle plus tard que par le passé<sup>111</sup>. La région ECO/CEI semble se démarquer de cette tendance. D'après des études menées récemment dans plusieurs pays de la région, l'âge de découverte de la sexualité diminue, l'âge moyen des premiers rapports sexuels se situant entre 15 et 17 ans, voire moins, chez les adolescents<sup>112</sup>.

Il est démontré de manière concluante, par trois essais cliniques distincts, que la circoncision masculine médicalisée volontaire (CMMV) entraîne une réduction de 60 % du risque de transmission sexuelle du VIH de la femme à l'homme<sup>113</sup>. Les recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA soulignent que la circoncision masculine doit être considérée comme une intervention efficace pour la prévention du virus dans les pays où la prévalence du VIH est élevée et où la circoncision masculine est peu répandue<sup>114</sup>. Quelques-uns des 14 pays prioritaires d'Afrique remplissant ces critères commencent à montrer des résultats en ce sens<sup>115</sup>. Des éléments probants révèlent ainsi qu'au Kenya, les programmes mis en œuvre ont remporté un bien meilleur succès chez les hommes de moins de 25 ans<sup>116</sup>. L'évolution des normes sociales sera capitale pour accélérer les progrès dans les cultures qui ne pratiquent pas la circoncision masculine.

## FIGURE 2.3

Estimation du nombre de nouvelles infections au VIH chez les enfants âgés de moins de 14 ans, chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans et les jeunes âgés de 20 à 24 ans (2000-2012)



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2012 de l'ONUSIDA concernant le VIH/SIDA.

Selon l'ONUSIDA, 3,2 millions d'Africains ont été circoncis par l'intermédiaire de services propres à la CMMV. Bien que le nombre cumulé d'hommes circoncis en 2012 ait presque doublé par rapport à 2011 (1,5 million), l'objectif de 20 millions d'hommes circoncis en 2015 a peu de chances d'être atteint<sup>17</sup>.

Les pays d'Afrique subsaharienne envisagent désormais d'étendre la circoncision masculine des nourrissons

comme stratégie de prévention du VIH à long terme. L'UNICEF et ses partenaires évaluent les premières expériences de circoncision masculine médicalisée des nourrissons dans les structures de santé maternelle, néonatale et infantile, qui permettraient d'étendre cette intervention dans les pays à forte prévalence du VIH.

Les adolescents sont confrontés à de nombreux obstacles pour accéder aux services de santé et de soutien, et ils

### ENCADRÉ

#### Les adolescentes et le VIH<sup>18</sup>

**40 %** des femmes impliquées dans le commerce du sexe en Amérique du Nord, en Asie de l'Est et en Asie du Sud ont commencé avant l'âge de 18 ans<sup>i</sup>

Dans trois pays d'Afrique, plus de **80 %** des 15-19 ans infectés par le VIH en 2012 étaient des adolescentes (Afrique du Sud : 82 %; Sierra Leone : 85 %; Gabon : 89 %).

En Asie du Sud, la connaissance d'ensemble du VIH est limitée : **17 %** seulement chez les filles et **34 %** chez les garçons âgés de 15 à 19 ans<sup>i</sup>.

Dans 35 pays, plus du **1/3** des femmes âgées de 20 à 24 ans étaient mariées ou en couple à l'âge de 18 ans<sup>iii</sup>.

Plus de **15 millions** d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans deviennent mère chaque année<sup>iv</sup>.



sont régulièrement négligés par les stratégies nationales et internationales de lutte contre le SIDA. Il faut que cela change. Si l'on ne prête pas une plus grande attention aux besoins des adolescents, il sera impossible de parvenir à une génération sans SIDA.

## INÉGALITÉS ET OBSTACLES AUX SERVICES

Trois grands groupes d'adolescents sont confrontés à des obstacles importants dans l'accès aux interventions de prévention, de traitement et de prise en charge : les adolescentes, les populations adolescentes clés et les adolescents vivant avec le VIH. La principale vulnérabilité de ces groupes tient aux inégalités structurelles, socioéconomiques et entre les sexes, notamment aux défaillances de la protection de l'enfance et de la protection sociale. Ce phénomène peut être exacerbé lorsque les prestataires n'ont pas les compétences nécessaires ou refusent de travailler avec des adolescents exposés ou vulnérables, ce qui entraîne trop souvent une limitation de leur accès à des informations exactes et aux services dont ils ont besoin.

### Les inégalités sociales et économiques favorisent le VIH chez les adolescentes

En 2012, près des deux tiers des nouvelles infections au VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans touchaient des filles, pour la plupart en Afrique subsaharienne<sup>119</sup>. Dans trois pays de cette région, plus de 80 % des 15-19 ans infectés en 2012 étaient des adolescentes :

en Afrique du Sud (82 %), en Sierra Leone (85 %) et au Gabon (89 %)<sup>120</sup>.

Les inégalités sociales et économiques jouent un rôle marqué dans la vulnérabilité des adolescentes et dans le taux disproportionné de VIH parmi ce groupe de population. Nombre de facteurs limitent les possibilités offertes aux jeunes filles : la faiblesse du statut social, la pauvreté du foyer, l'insécurité alimentaire, une éducation de mauvaise qualité ou encore la violence. La mort des personnes à charge et le rôle d'aidant que la population féminine endosse si souvent peuvent être limitatifs. La promesse de cadeaux et d'autres avantages financiers et sociaux, tels que la possibilité de progresser dans l'échelle sociale, peut influencer l'âge des premiers rapports sexuels et inciter les jeunes filles à s'engager dans des relations sexuelles intergénérationnelles, dans le commerce du sexe ou dans un mariage précoce. En cas de prévalence élevée du VIH, ces facteurs s'ajoutent à une vulnérabilité biologique accrue, à des connaissances limitées sur le virus et à une faible perception du danger pour accroître les risques et limiter les choix dont disposent les filles et leur famille<sup>121</sup>.

### Les populations clés : exclues, stigmatisées et criminalisées

À travers le monde, on constate une prévalence disproportionnée du VIH au sein de certaines populations adolescentes : garçons ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues et victimes d'exploitation sexuelle<sup>122</sup>. Dans l'un des rares rapports

**1 femme sur 5**

dans le monde a eu un enfant avant l'âge de 18 ans<sup>v</sup>.

Dans la région Afrique de l'Est et Afrique australe de l'UNICEF, **29 %** des filles et **20 %** des garçons âgés de 15 à 19 ans ont subi un dépistage du VIH et ont reçu leurs résultats<sup>vi</sup>.

**210 000** enfants de moins de 15 ans seraient morts de maladies liées au SIDA en 2012.

**150 millions** de filles et **73 millions** de garçons de moins de 18 ans ont déjà subi des violences sexuelles<sup>vii</sup>.

En Afrique subsaharienne, où la prévalence du VIH est élevée, **13 %** des filles et **9 %** des garçons âgés de 15 à 19 ans disent avoir commencé leur vie sexuelle avant l'âge de 15 ans. Les taux sont légèrement supérieurs chez les adolescentes vivant en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale (16 %)<sup>viii</sup>.



© UNICEF, Serbie/2010/Maccrak

sur ce sujet, plus de 95 % des nouvelles infections chez les adolescents d'Asie et du Pacifique toucheraient des adolescents appartenant aux « populations clés », c'est-à-dire des groupes que leur comportement expose à un risque considérable d'infection par le virus et que leur jeune âge rend particulièrement vulnérable<sup>123</sup>. Dans certains pays, il ressort des données limitées disponibles que plus de 60 % des populations jeunes clés commencent tôt leur vie sexuelle (entre 15 et 19 ans) et que le dépistage du VIH est peu répandu<sup>124</sup>.

Les programmes de prévention en Asie contribueraient à limiter la transmission du virus résultant de l'exploitation sexuelle et du commerce du sexe, même s'il subsiste des sujets de forte préoccupation<sup>125</sup>. Toutefois, la transmission du VIH par le biais de rapports sexuels non protégés entre hommes semble être un vecteur de plus en plus important dans plusieurs pays. Lorsque l'on mesure l'incidence du virus chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, elle s'avère particulièrement élevée. Ainsi, elle est supérieure à 10 % dans certaines villes de Chine<sup>126</sup>, d'Inde<sup>127</sup>, de Thaïlande<sup>128</sup> et du Viet Nam<sup>129</sup>. La propagation de l'épidémie par le biais de rapports sexuels non protégés entre hommes prédomine également dans les petites nations du Pacifique, mais la prévalence du virus y est encore faible. Les études ont souvent une portée limitée et peuvent être axées, sans toutefois s'y limiter, sur les jeunes hommes.

Le partage de matériel d'injection contaminé est un mode particulièrement efficace de transmission du VIH, et le taux d'infection augmente en flèche plus les injections se poursuivent. Dans une étude menée en 2012 au Myanmar, la prévalence du virus était de 7 % chez les 15–19 ans consommant des drogues, et plus du double (15 %) chez les 20–24 ans<sup>130</sup>. Selon certaines études, la consommation de drogues injectables est à l'origine de deux nouvelles infections sur trois en Iran, de deux infections sur cinq en Europe de l'Est et de plus d'une infection sur trois aux Philippines<sup>131</sup>. Au Pakistan, où cette pratique est un vecteur déterminant de l'épidémie, les études indiquent que la prévalence du VIH a triplé, passant

de 11 % en 2005 à 38 % en 2011<sup>132</sup> chez les jeunes consommant des drogues. En Europe de l'Est, il ressort des données disponibles qu'une part limitée mais notable des consommateurs de drogues injectables commencent à l'adolescence<sup>133</sup>.

Outre les facteurs accentuant la vulnérabilité de tous les adolescents, celle des adolescents de ces populations clés est profondément aggravée par une stigmatisation sociale prononcée, par un contexte juridique et politique difficile et par des mesures des forces de l'ordre qui criminalisent leur comportement et favorisent la discrimination et la violence. Cela contribue à entraver l'accès aux quelques services de santé et autres interventions de prévention, de traitement, de protection, de prise en charge et de soutien liés au VIH qui ciblent les besoins de ces populations.

### Les adolescents vivant avec le VIH : exclus du dépistage, du traitement et de la prise en charge

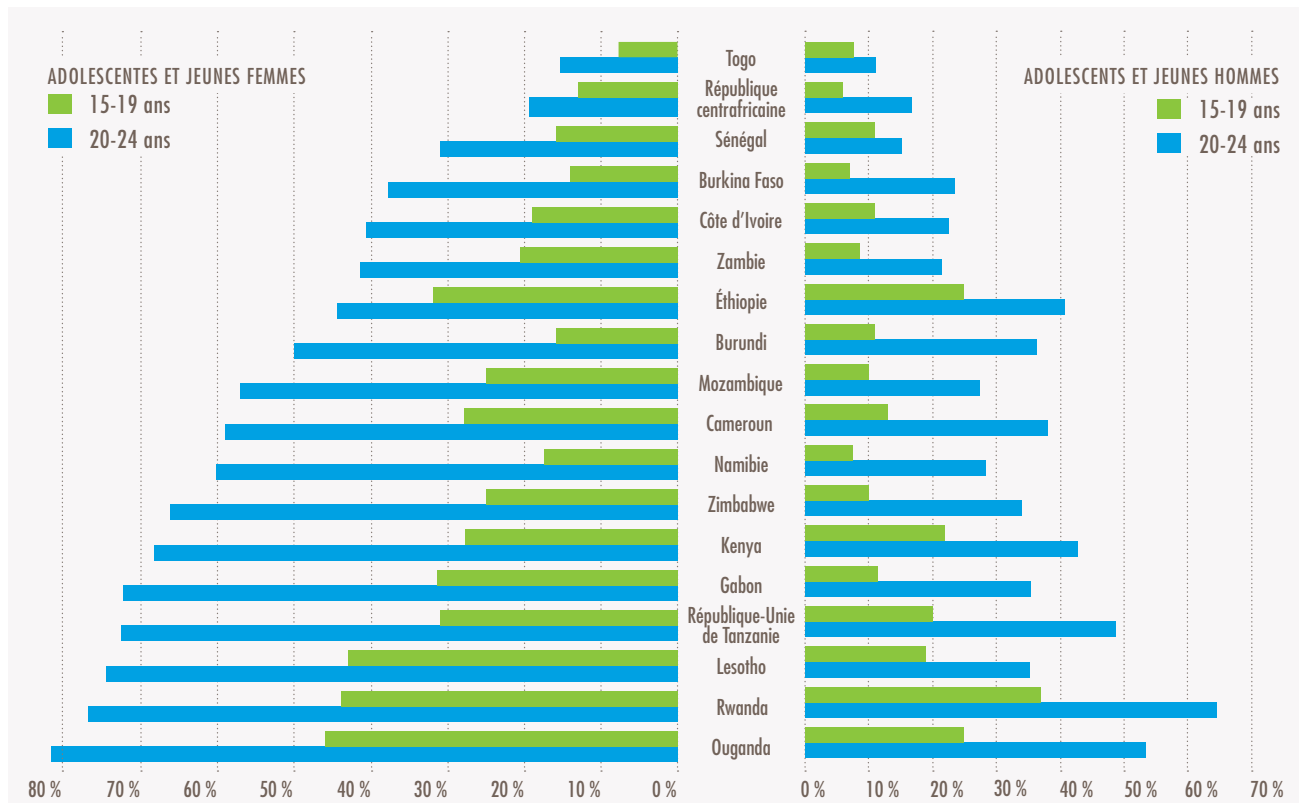
La couverture du dépistage du VIH et des conseils est faible chez les adolescents, et plus encore dans les populations clés de la plupart des régions du monde. L'accès et la couverture varient grandement selon les pays. Toutefois, les données d'une enquête menée de 2008 à 2012 en Afrique subsaharienne indiquent que moins d'une adolescente sur cinq, âgée de 15 à 19 ans, connaissait son statut sérologique (*Figure 2.4*)<sup>134</sup>. Les recommandations concernant le caractère strictement volontaire du dépistage sont claires. Il est cependant rapporté que le dépistage des populations clés est obligatoire, voire forcé, dans certains contextes, ce qui est extrêmement préoccupant<sup>135</sup>.

Seule une petite partie des adolescents, nés avec le VIH et ayant survécu, ont accès à un traitement antirétroviral, et la plupart le suivent dans un nombre limité de centres spécialisés en milieu urbain ou périurbain<sup>136</sup>. Les taux de poursuite sont également très faibles.

En règle générale, les programmes de lutte contre le VIH peinent à atteindre et à retenir les adolescents, et les mesures incitatives les attirant vers ces services sont rares. Au contraire, les lois relatives à l'âge du consentement limitent fréquemment l'accès au dépistage et aux autres interventions, ce qui entraîne des retards dans le diagnostic du virus chez les adolescents et une prise en charge tardive dans de nombreux pays<sup>137</sup>. L'absence de

**FIGURE 2.4**

Pourcentage d'adolescents des deux sexes âgés de 15 à 19 ans et de jeunes des deux sexes âgés de 20 à 24 ans ayant subi un test de dépistage et reçu les résultats, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne



**Remarque :** les pays ont été sélectionnés en fonction de la disponibilité des données.

**Source :** bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, d'après des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et d'autres enquêtes nationales (2006-2012).



© UNICEF/NYHQ2011-2154/Estève

services adaptés aux adolescents joue un rôle essentiel dans les mauvais résultats du traitement antirétroviral des adolescents, par rapport à ceux des adultes traités<sup>138</sup>.

Fournir un traitement à vie aux adolescents, qui ne sont pas toujours suffisamment desservis par les programmes de traitement du VIH des enfants ou des adultes, pose des difficultés particulières. Qu'ils aient contracté le virus dans leur petite enfance, par transmission de la mère à l'enfant ou ultérieurement par le biais de rapports sexuels ou de la consommation de drogues injectables, l'observance médiocre du traitement antirétroviral à vie et les questions relatives à la divulgation de leur statut sérologique sont des problèmes fondamentaux pour cette tranche d'âge<sup>139</sup>. Dans certains cas, les adolescents peuvent ne pas savoir qu'ils vivent avec le VIH, alors même que le diagnostic a été posé et qu'ils sont sous traitement. Pour les adolescents infectés par transmission de la mère à l'enfant, l'inquiétude du parent à l'idée de révéler son propre statut sérologique peut influencer sa décision d'en informer l'adolescent. Explorer la sexualité à mesure qu'elle se développe est difficile pour la plupart des adolescents, mais vivre en outre avec le VIH complique encore la situation et augmente les conséquences potentielles. Sans compter la stigmatisation, qui aggrave tous ces scénarios.

## STRATÉGIES D'ACCÉLÉRATION DES PROGRÈS DE 10 À 20 ANS

Pour améliorer les résultats de la réduction des effets du VIH chez les adolescents, il faudrait accroître la demande d'interventions déterminantes, mais aussi faciliter l'accès à ces interventions et leur adoption, tout en prenant en compte les facteurs sociaux et économiques qui accentuent la vulnérabilité des adolescents au VIH et limitent leur accès aux services dont ils ont besoin. Les cinq stratégies suivantes devraient avoir impact majeur chez les adolescents :

1. **Transposer à plus grande échelle les services de dépistage du VIH et de conseil pour les adolescents et renforcer les liens avec les services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien.**

Il est essentiel de transposer à plus grande échelle les services de dépistage du VIH et de conseil destinés aux adolescents en ayant recours à divers systèmes de dépistage, tels que les services mobiles de dépistage du VIH et autres formes de sensibilisation, les approches

### INITIATIVES

#### Trouver des moyens pour convaincre les adolescents de se mobiliser



En unissant leurs efforts pour trouver des moyens de convaincre les adolescents et les jeunes de se protéger contre le VIH/SIDA, l'UNICEF, MTV et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) ont choisi de faire appel à l'une des méthodes de diffusion les plus anciennes au monde: le récit d'une histoire captivante. Shuga, une série télévisée et radiophonique, qui suit la vie quotidienne d'un groupe de jeunes vivant en milieu urbain et rural en Afrique et confrontés au risque d'infection à VIH, est rapidement devenue la base d'une campagne multimédias de prévention du VIH.

Lancée au Kenya en 2009, la série télévisée Shuga a également été adaptée en feuilleton radiophonique, intitulé Shuga : amour, sexe, argent, et diffusé dans six pays –Afrique du Sud, Cameroun, Kenya, Lesotho, République démocratique du Congo et République-Unie de Tanzanie – avec une audience totale d'environ 45 millions de jeunes.

La série radiophonique a déjà eu des retombées sur les comportements favorables à la santé adoptés par les jeunes. Lors de sa diffusion en République démocratique du Congo, par exemple, huit sites spécifiques de conseil et de dépistage du VIH financés par le Gouvernement et par des ONG, et situés à Kinshasa, la plus grande zone urbaine, ont fait l'objet d'un suivi. Les données recueillies sur 12 mois ont montré que le nombre d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans ayant bénéficié de services de conseil et de dépistage volontaires avait augmenté de 50 % suite au lancement de la série radiophonique de Shuga et d'émissions connexes.





communautaires et les services de dépistage et de conseil proposés par les prestataires de soins, pour remédier au problème du diagnostic tardif et de l'accès tardif aux soins. Des signes encourageants indiquent que les pays examinent actuellement les lois relatives à l'âge de consentement pour le dépistage du VIH afin d'encourager les adolescents à se manifester. En Ukraine, une loi votée en 2010 a diminué l'âge de consentement pour le dépistage du VIH sans accord parental de 18 à 14 ans, et en Bosnie-Herzégovine, l'âge auquel les adolescents peuvent librement consentir au dépistage du VIH ou recourir à des services de prévention et de prise en charge du VIH a été abaissé de 18 à 15 ans. Le Bélarus a reculé cet âge à 16 ans, en attendant d'examiner de manière plus approfondie une proposition d'abaissement à 14 ans. Dans le même temps, les services de traitement et de soins existants doivent être renforcés afin de permettre aux adolescents de gérer la transition des services pédiatriques vers les services réservés aux adultes, de suivre

leur traitement et de les maintenir dans un système de soins de longue durée.

Les Lignes directrices établies en 2013 par l'OMS sur le dépistage, le conseil et les soins pour les adolescents vivant avec le VIH, proposent une gamme complète de stratégies visant à accroître les services de dépistage du VIH et de conseil pour ce groupe de population et à renforcer les liens avec les services de prise en charge<sup>140</sup>. Il y est notamment recommandé que des services de dépistage du VIH et de conseil liés à la prévention, au traitement et aux soins soient fournis aux adolescents des populations clés issues des milieux épidémiques faibles ou concentrés ainsi qu'à tous les adolescents des milieux épidémiques généralisés.

## 2. Renforcer les interventions à fort impact basées sur une démarche d'investissement stratégique et les adapter aux besoins des adolescents les plus exposés.

## Concevoir des interventions à fort impact pour les adolescents les plus démunis



Il incombe avant tout au secteur de la santé d'adapter ses services aux adolescents. Les prestataires de soins destinés aux enfants et aux adultes vivant avec le VIH doivent collaborer plus étroitement pour aider les adolescents à faire la transition entre ces services et assurer leur prise en charge par des systèmes appropriés de traitement, de soins et de soutien à long terme, tels que les services de soins primaires et communautaires.

De nombreuses adolescentes apprennent leur séropositivité lors de tests liés à une grossesse. Il est donc essentiel d'intégrer la PTME aux services de santé des mères et des enfants pour garantir le bien-être des adolescentes vivant avec le VIH, surtout lorsque les pays s'orientent progressivement vers un système d'offre de traitement à vie pour toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH. Les services de santé sexuelle et procréative jouent un rôle primordial dans l'aide à la prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes, tout en constituant une plateforme importante pour l'intégration des programmes de PTME. Cependant, une plus grande attention doit être accordée à la qualité et à l'acceptabilité des soins liés au VIH prodigués aux adolescents dans ces environnements.

Des initiatives telles que l'introduction de la vaccination pour le virus du papillome humain (VPH) ciblant les adolescentes entre l'âge de 9 et 13 ans dans les écoles et les milieux communautaires permettent d'intégrer d'autres interventions de santé sexuelle et procréative à l'intention des adolescents.

Les populations clés sont confrontées à la discrimination, à la violence et à un large éventail d'obstacles les empêchant d'accéder aux services de santé. Des efforts sont nécessaires pour contrer les faibles niveaux de sensibilisation et les attitudes négatives vis-à-vis de ces groupes observées chez les prestataires de services des établissements de santé. Des programmes de sensibilisation à assise communautaire et des actions localisées, y compris des approches ciblées pour accroître la sensibilisation et la demande de services, sont susceptibles d'être plus efficaces et mieux acceptés par ces groupes. Par exemple, Child Helpline International, un service téléphonique d'orientation et de conseil fonctionnant dans plus de 140 pays, offre une assistance aux enfants et aux adolescents issus de divers milieux et situations, y compris des populations clés, concernant une vaste panoplie de problèmes sanitaires et sociaux<sup>141</sup>. Si l'information et l'orientation ainsi fournies sont cruciales, le véritable service réside dans le fait que cette forme de contact abolit toute crainte de jugement.

La démarche d'investissement de l'ONUSIDA propose de concentrer les investissements liés au VIH sur six interventions à fort impact, à savoir les préservatifs, la circoncision masculine médicalisée, une prévention ciblée pour les populations clés, la PTME, les traitements ARV et les programmes de communication pour changer les comportements<sup>142</sup>. Les investissements en faveur de ces interventions à fort impact devraient s'accompagner d'investissements dans des « catalyseurs essentiels » sociaux et programmatiques susceptibles d'améliorer les résultats, ainsi que dans des activités de développement synergique susceptibles d'influer sur les facteurs structurels de la vulnérabilité au VIH. Il est nécessaire d'adopter des approches novatrices qui stimuleront la demande en matière d'interventions et permettront de les adapter efficacement aux besoins uniques et aux contextes culturels des adolescents.

Les rapports d'évaluation des dépenses nationales liées au SIDA compilés par l'ONUSIDA dans les pays fortement touchés indiquent que l'investissement global dans la prévention du VIH chez les adolescents devrait être plus systématique et plus soutenu au fil du temps<sup>143</sup>. Le nouveau modèle mis au point par l'UNICEF et le Futures Institute pour évaluer les effets de la démarche d'investissement de l'ONUSIDA sur les adolescents montre que des gains considérables peuvent être acquis en augmentant de manière ciblée les dépenses pour ce groupe d'âge<sup>144</sup>.

Quatre scénarios ont servi de modèles (*Figure 2.5*). Le scénario 1 est le scénario de référence et suppose un taux de couverture constant en termes de prévention et de traitement jusqu'en 2020; le scénario 2 correspond à la démarche d'investissement idéal et suppose

l'intensification des services jusqu'en 2015; le scénario 3 est la démarche d'investissement retardé et suppose que les objectifs de couverture seront atteints – mais avec un retard de cinq ans (c'est-à-dire pas avant 2020); le scénario 4 est le scénario de la mise en œuvre médiocre, ou la démarche d'investissement faible, et suppose des objectifs de couverture imparfaits, une réalisation des objectifs retardée jusqu'en 2020 et une intervention à faible impact.

Le modèle élaboré montre que le scénario 2 (la démarche d'investissement idéal) permettrait de prévenir 2 millions de nouveaux cas d'infection chez les adolescents d'ici 2020, soit la moitié du nombre de nouvelles infections qui pourraient toucher les adolescents si les priorités des investissements et des programmes des pays restaient inchangées entre 2011 et 2020. En outre, ce scénario permettrait de faire passer la population des adolescents vivant avec le VIH d'environ 2,1 millions en 2011 à environ 1,6 million en 2020. La majorité des infections évitées concernerait les femmes<sup>145</sup>.

Une riposte au VIH spécifique aux adolescents, efficace et basée sur la démarche d'investissement, représenterait environ un quart du total des ressources mondiales nécessaires à la lutte contre le SIDA. Pour atteindre ce niveau d'investissement optimal, il faudrait augmenter le financement relatif au VIH pour les adolescents dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'un peu plus de 3,8 milliards de dollars en 2010 à près de 5,5 milliards de dollars d'ici 2014. Après 2015, la diminution du nombre de nouvelles infections réduirait quelque peu le besoin global de financement.

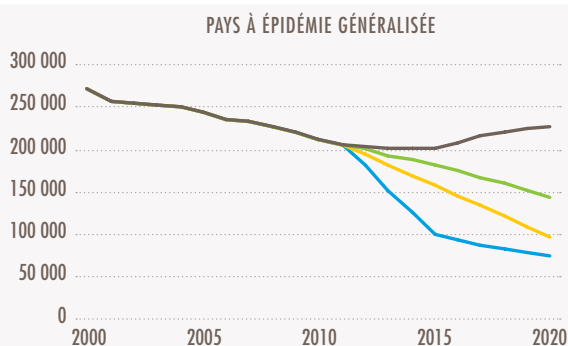
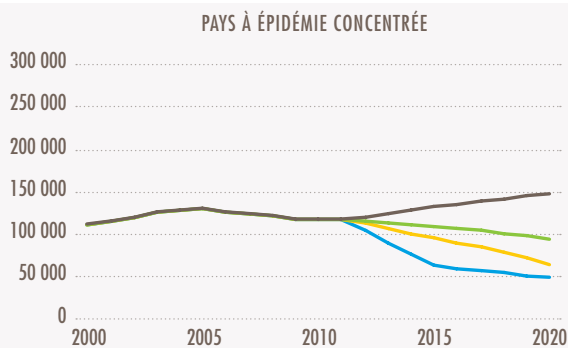
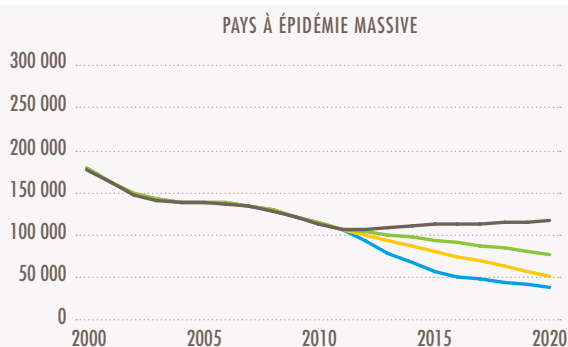
Outre l'urgence de renforcer les interventions à fort impact, le modèle indique la nécessité d'investir davantage dans les catalyseurs essentiels et les synergies de développement pour les programmes destinés aux adolescents par rapport aux programmes visant les adultes. Les synergies de développement clés pour les adolescents proviendraient de l'éducation, de l'aide à l'enfance, de la protection sociale et des secteurs de la justice et de la santé. Suite au scénario 2, on estime que, d'ici 2020, 25 % des ressources devraient être allouées aux interventions à fort impact, 50 % aux catalyseurs essentiels et 25 % aux synergies de développement.

Au fur et à mesure des progrès, l'allocation passerait respectivement à 33 %, 25 % et 40 % d'ici 2020.

**FIGURE 2.5**

Projection du nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, par type d'épidémie, 2000–2020

- Scénario 1 (référence) : projection de base avec une couverture constante pour toutes les interventions
- Scénario 2 (idéal) : tous les pays intensifient leurs services pour atteindre les objectifs ciblés à l'horizon 2015
- Scénario 3 (retardé) : les pays ne réalisent pas leurs objectifs de couverture avant 2020
- Scénario 4 (faible) : les pays n'investissent pas de façon adéquate dans les interventions dédiées aux adolescents



Source : UNICEF et Futures Institute, « L'impact et le coût du cadre d'investissement pour lutter contre le VIH/SIDA chez les adolescents » (document non publié).

Le scénario 3 du modèle, à savoir la démarche d'investissement retardé, suggère qu'un retard de cinq ans dans la mise en œuvre réduirait l'impact d'un tiers. Une mise en œuvre médiocre, décrite dans le scénario 4, se traduirait par un léger déclin du nombre annuel de nouvelles infections. Pour atteindre les résultats idéaux prévus dans le scénario 2, un leadership solide et un engagement politique soutenu seront nécessaires pour donner la priorité à des réponses plus efficaces et efficaces en faveur des adolescents.

### 3. S'attaquer aux causes profondes de la vulnérabilité au VIH grâce aux catalyseurs essentiels des services liés au VIH à fort impact et aux synergies avec les secteurs de développement.

La démarche d'investissement stratégique de l'ONUSIDA souligne l'importance de renforcer les catalyseurs essentiels, de s'engager et d'investir de façon stratégique dans tous les secteurs de développement, afin d'appuyer et de pérenniser les investissements spécifiques au VIH. Ces actions permettraient de réduire les facteurs juridiques, sociaux et économiques contribuant à la vulnérabilité des adolescents au VIH, et devraient faire partie intégrante des plans et autres stratégies élaborés par les pays, parallèlement aux interventions à fort impact.

Les catalyseurs essentiels sont définis comme des mesures permettant d'optimiser la mise en œuvre des actions de programmes de base, spécifiques au VIH et à fort impact<sup>146</sup>. Ils comprennent l'application des lois et des politiques visant à protéger les droits de l'homme et l'implication des collectivités dans la prestation des services et la création de la demande en programmes de base. Les principaux catalyseurs essentiels liés aux adolescents sont des mesures qui améliorent les droits de l'enfant conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant et à ses protocoles facultatifs, qui favorisent l'égalité et renforcent les lois et leur mise en application en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination, et qui améliorent l'accès aux services pour les populations clés. L'attention accordée à ces catalyseurs essentiels dans les programmes peut également servir les intérêts d'autres groupes marginalisés, tels que les autochtones, les minorités, les communautés d'immigrants, ou les enfants et adolescents en situation de handicap ou vivant dans des institutions ou le système de justice pénale. Les stratégies visant à promouvoir l'égalité des sexes sont essentielles pour lutter contre le VIH chez les adolescents.

Les normes sociales peuvent favoriser la promotion de l'éducation, l'engagement social et l'emploi, mais elles peuvent aussi limiter les possibilités pour les adolescents de se développer et de s'épanouir pleinement. Les violences sexuelles, qui sont souvent une manifestation du déséquilibre des pouvoirs entre les sexes, sont directement liées au risque d'infection au VIH. Les recherches démontrent également l'existence d'une corrélation entre les expériences de la violence pendant l'enfance et les comportements à risque ultérieurs associés à l'acquisition du VIH<sup>147</sup>. La violence conjugale est également associée au risque d'infection au VIH<sup>148</sup>. Une récente étude mondiale a révélé que le risque d'infection à VIH était supérieur de 50 % chez les femmes victimes de violence conjugale par comparaison à celles n'ayant pas subi de telles violences<sup>149</sup>. Les normes sociales façonnent également les stratégies que choisissent les filles ou que leur imposent leurs familles, pour faire face à la pauvreté, aux mariages précoces et aux rapports sexuels tarifés.

Les approches axées sur les droits humains sont primordiales pour la prévention du VIH chez les adolescents issus des groupes de populations clés. Elles consistent entre autres à décriminaliser l'homosexualité et à mettre en avant une approche de santé publique – plutôt que de justice pénale – pour combattre l'usage de drogues illicites, notamment par le biais de programmes de réduction des risques. Il est crucial que les secteurs de la santé publique et de la justice pénale collaborent pour soutenir les droits des adolescents victimes d'exploitation sexuelle.

Les synergies de développement sont définies comme des investissements intersectoriels susceptibles d'avoir un effet positif sur les résultats en matière de lutte contre le VIH<sup>150</sup>. En ce qui concerne les adolescents, les secteurs de l'aide à l'enfance, de la protection sociale et de l'éducation offrent des opportunités spécifiques et déterminantes d'optimiser les résultats liés au VIH.

La vulnérabilité économique et l'insécurité alimentaire constituent à la fois les causes et les conséquences des résultats négatifs liés au VIH et à la santé sexuelle et procréative des adolescents. Les programmes de protection sociale permettent d'aborder certains des facteurs économiques de la vulnérabilité au VIH chez les enfants, y compris les adolescents. Les transferts d'espèces, les allocations alimentaires, les aides au transport et autres programmes d'épargne et de microcrédit ont contribué à atténuer l'impact du VIH sur les enfants et les familles touchées par le virus, et à réduire les risques liés au



VIH<sup>151</sup>. On note parmi ces effets positifs de meilleures techniques de négociation, une utilisation accrue du préservatif, une diminution du nombre de partenaires sexuels, une initiation sexuelle retardée chez les filles et une augmentation des demandes de dépistage, ainsi qu'une meilleure scolarisation<sup>152</sup>. Plutôt que de concentrer les efforts dans un secteur ou un autre, il est nécessaire d'adopter une approche intégrée afin d'améliorer les résultats sociaux et sanitaires chez les adolescents.

On a parfois décrit l'éducation comme un « vaccin social », en particulier pour les filles, et il existe un lien entre l'amélioration de l'accès à l'éducation et la diminution des mariages et des grossesses précoces<sup>153</sup>. Alors que les écoles offrent une plateforme essentielle pour la riposte au VIH dans de nombreux pays<sup>154</sup>, les systèmes d'éducation n'ont pas exploité pleinement leur potentiel pour doter les adolescents des connaissances, des compétences ou des liens avec les services qui pourraient les aider à réduire leur risque de contracter le virus.

## INITIATIVES

### L'éducation : un élément essentiel pour instaurer un environnement favorable



Les enquêtes mondiales sur la santé des enfants en âge d'être scolarisés, menées par l'OMS dans les écoles de plus de 51 pays, montrent à ce jour que l'initiation du comportement sexuel se produit généralement au cours de l'adolescence<sup>155</sup>. Si les programmes scolaires seuls ne suffisent pas à prévenir les nouvelles infections à VIH et les risques connexes, ils constituent un moyen efficace d'influer sur la vulnérabilité<sup>156</sup>.

Selon les recherches, les programmes d'éducation sur le VIH mis en œuvre dans les écoles sont susceptibles d'influer sur les éléments déterminant les comportements, les réseaux sociaux des enfants et des jeunes et, au fil du temps, leur statut socio-économique<sup>157</sup>. La scolarisation est également associée au renforcement de la confiance en soi, ce qui permet d'améliorer la capacité des enfants à se protéger, comme le prouvent les programmes mis en place en Afrique du Sud et en Ouganda. De plus, une amélioration de l'accès à l'école et de la rétention scolaire contribue à prévenir l'infection au VIH; cela est particulièrement évident pour les filles, les orphelins et autres enfants vulnérables<sup>158</sup>.

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), en partenariat avec d'autres organismes coparrainants de l'ONUSIDA, a réalisé une analyse de plus de 87 études menées dans le monde sur l'impact des programmes d'éducation sexuelle<sup>159</sup>. Plus d'un tiers des programmes examinés ont contribué à une initiation tardive aux rapports sexuels; environ un tiers ont permis de diminuer la fréquence des rapports sexuels; et plus d'un tiers ont entraîné une baisse du nombre de partenaires sexuels, que ce soit sur l'ensemble de l'échantillon étudié ou dans les sous-échantillons significatifs. Si certains programmes ont eu un impact faible ou nul, on remarque qu'aucun n'a engendré une diminution de l'âge moyen du premier rapport sexuel.

L'équipe de travail interinstitutions de l'ONUSIDA chargée de l'Initiative accélérée sur l'éducation, dirigée par la Banque mondiale et par des partenaires techniques tels que le Partnership for Child Development (Partenariat pour le développement de l'enfant), a appuyé les efforts des gouvernements nationaux dans 37 pays d'Afrique subsaharienne<sup>160</sup>, atteignant en 2010, après plus d'une décennie, une étape importante : tous les pays impliqués étaient dotés de politiques sanitaires scolaires nationales, 76 % d'entre eux travaillant à partir de stratégies et de plans de lutte contre le VIH en relation avec l'éducation<sup>161</sup>.

En 2012, une analyse approfondie portant sur 39 pays dans le monde a révélé que 74 % d'entre eux avaient inclus une stratégie de riposte au VIH dans leurs processus de gestion de l'éducation et de planification au niveau national<sup>162</sup>.

Pour consulter les outils de plaidoyer et obtenir de plus amples informations concernant cette initiative, veuillez consulter : <[www.schoolsandhealth.org](http://www.schoolsandhealth.org)>.

Par ailleurs, les écoles déjà confrontées au décrochage scolaire des adolescents ne disposaient généralement pas de politiques adéquates, de personnel formé et de l'engagement nécessaire auprès des parents et des communautés pour être en mesure d'offrir un enseignement sur la santé sexuelle et procréative qui soit de qualité et adapté à l'âge et au sexe. L'UNESCO, l'UNICEF, l'ONUSIDA, l'OMS et d'autres partenaires ont plaidé en faveur de la mise en place de liens pratiques et plus solides entre les secteurs afin de fournir une éducation sur la santé sexuelle et procréative qui aborde un certain nombre de questions connexes, comme les normes sociales et sexospécifiques préjudiciables, la prévention du VIH et la prévention des grossesses chez les adolescentes.

#### 4. Accroître la demande de services liés à la santé sexuelle et procréative et au VIH en impliquant et en responsabilisant les adolescents.

La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît les capacités d'évolution de l'enfant au cours des vingt premières années de sa vie et adhère au principe selon lequel les enfants devraient participer aux décisions qui les concernent, en fonction de leurs capacités d'évolution. Ce principe est repris dans un certain nombre de forums et dans le rapport intitulé « La place de la santé dans le programme de développement après 2015 : rapport de la consultation mondiale des Nations Unies sur la santé », qui stipule que « les adolescents sont la prochaine génération d'adultes et auront une influence majeure sur la réalisation de l'agenda pour l'après-2015. Responsabiliser les adolescents dans le développement de leur propre santé, notamment en ce qui concerne les pratiques saines de santé sexuelle et procréative... leur permettra d'entrer dans l'âge adulte avec des capacités globales plus solides et d'être mieux armés pour faire des choix éclairés pour eux-mêmes et leurs communautés »<sup>163</sup>.

D'un point de vue du droit comme de la santé publique, les programmes s'avèrent plus efficaces lorsque les bénéficiaires participent à leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation. Tous les programmes à l'intention des adolescents, ainsi que les actions visant à renforcer les facteurs déterminants et les synergies de développement, doivent activement impliquer et responsabiliser les adolescents comme des participants à part entière de la

#### ENCADRE

### Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : Assemblée générale des Nations Unies de 2011

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA appelle les pays à reconnaître « l'importance du rôle de la famille dans la réduction de la vulnérabilité, en ce qui concerne notamment l'éducation et l'encadrement des enfants, et tiennent compte des facteurs culturels, religieux et éthiques, afin de réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes, en assurant l'accès des filles et des garçons à l'enseignement primaire et secondaire, dont les programmes doivent notamment prévoir des cours sur le VIH/SIDA à l'intention des adolescents; en assurant un environnement sans danger, notamment pour les jeunes filles; en développant des services d'information, d'éducation en matière d'hygiène sexuelle et de conseils de qualité axés sur les besoins des jeunes; en renforçant les programmes dans les domaines de la santé en matière de procréation et de l'hygiène sexuelle; et en associant dans la mesure du possible les familles et les jeunes à la planification, à l'application et à l'évaluation des programmes de prévention du VIH/SIDA et de soins<sup>164</sup>. »

riposte au VIH. En 2012, la Déclaration de Bali du Forum mondial de la jeunesse a mis l'accent sur les groupes marginalisés et vulnérables et sur la création d'un environnement favorable à leur participation significative, tout en faisant appel à un partenariat renforcé<sup>165</sup>.

Partout dans le monde, les différentes formes de médias exercent une forte influence sur les normes sociales, en particulier chez les adolescents. Dans tous les secteurs de la santé et du développement, il est nécessaire de nouer de nouveaux liens et partenariats afin de maximiser l'impact des médias sur les adolescents, notamment les plateformes de réseaux sociaux. Les technologies et les réseaux sociaux offrent d'importantes perspectives pour impliquer les adolescents et les responsabiliser de façon à répondre aux objectifs de prévention et de traitement du VIH.

## 5. Améliorer les données et les informations stratégiques qui permettront d'élaborer des programmes efficaces, avec notamment une ventilation par âge, par sexe et par type de comportement à risque.

En raison des questions éthiques liées à la recherche menée auprès des enfants, la plupart des pays ne recueillent pas de données comparables relatives à la catégorie des 10-14 ans, et il est encore plus difficile d'obtenir des données concernant les adolescents des populations clés. Et même lorsqu'elles existent, les données provenant des sites de prestations de services ne sont pas toujours ventilées par groupe d'âge adolescent, les indicateurs et les méthodes de collecte des informations varient et l'absence de toute normalisation ne permet pas de comparer les données entre pays.

Il convient donc de recueillir de toute urgence des informations stratégiques ventilées par âge, par sexe et par niveau de risque afin de tirer profit des démarches décrites dans le présent chapitre et de répondre plus efficacement aux besoins des adolescents. La planification de l'intensification des thérapies antirétrovirales destinées aux adolescents, par exemple, nécessite une estimation précise et ventilée du nombre d'adolescents éligibles au traitement, si l'on se réfère aux dernières lignes directrices de l'OMS, ainsi que des données sur la couverture réelle des services et des estimations précises sur les coûts des services et des produits de base. Des estimations

similaires doivent être générées à propos des populations clés adolescentes et des autres programmes de base. Des recherches épidémiologiques, programmatiques et opérationnelles s'avèrent donc indispensables afin de rendre la prestation des services aussi efficace et acceptable que possible pour un maximum de communautés adolescentes.

## PRÉSERVER LES ACQUIS DES DIX PREMIÈRES ANNÉES DE LA VIE

Tandis que la communauté internationale s'intéresse aux progrès réalisés durant les dix premières années de la vie d'un enfant – l'augmentation de la couverture des interventions pour lutter contre le VIH chez les nourrissons et leurs mères et les résultats significatifs liés aux investissements plus importants dans les domaines de la survie de l'enfant, de la croissance et du développement – elle doit cesser de négliger les dix années qui suivent, considérées comme cruciales. Alors que les adolescents négocient leur passage vers l'âge adulte, ils font face à des défis uniques qui sont profondément liés à leur vulnérabilité économique et sociale, aux services de santé peu accueillants et aux risques liés au VIH, et qui ne peuvent être relevés que grâce à des approches intersectorielles efficaces. Un nouvel engagement s'impose pour relever les défis auxquels sont confrontés les 10-20 ans, afin que tous les enfants – bébés, jeunes enfants et adolescents – puissent devenir des adultes en bonne santé et productifs dans un environnement sûr.



## CHAPITRE 3

# PARTENARIATS POUR UNE GÉNÉRATION SANS SIDA

L'objectif d'une génération sans SIDA ne pourra être atteint qu'avec une impulsion vigoureuse des gouvernements et une participation importante de la société civile.







## VINGT ANS, DE NOMBREUX SECTEURS

La mise en forme et la conduite de la riposte au VIH chez les enfants ne relèvent pas de la responsabilité d'un acteur en particulier. Aujourd'hui plus que jamais, il est nécessaire d'instaurer des partenariats solides au sein des secteurs et entre ces derniers si l'on veut agir sur les vingt premières années de la vie de l'enfant.

L'objectif d'une génération sans SIDA ne pourra être atteint qu'avec une forte impulsion des gouvernements, notamment de la part des commissions nationales de lutte contre le SIDA et des ministères de la santé, soutenus par les parlementaires, les autorités chargées de l'application des lois et les organismes d'aide à l'enfance. Pour ce faire, il est indispensable de bénéficier de la participation active des autres ministères (par exemple, les ministères chargés des finances, de l'assistance sociale, de l'éducation et de la jeunesse) et des collectivités locales, ainsi que d'une forte participation de la société civile, y

compris des organisations non gouvernementales, confessionnelles et communautaires. De par leur travail auprès des communautés touchées (dont les personnes vivant avec le VIH, les femmes, les jeunes et leurs défenseurs), ces partenariats seront essentiels à toutes les étapes, à savoir la mise en œuvre, le plaidoyer, la sensibilisation et la responsabilité partagée. Au niveau local, les contrats et les chartes communautaires sont des mécanismes utiles.

Les organismes régionaux ont été très actifs dans la plupart des régions du monde, et les initiatives régionales ont introduit de nouvelles méthodes de travail. Par exemple, l'initiative Laços Sul-Sul (Liens Sud-Sud), qui est axée sur les droits humains, réunit huit pays participants (Bolivie, Brésil, Cabo Verde, Guinée-Bissau, Nicaragua, Paraguay, Sao Tomé-et-Principe et Timor-Leste) dont le but est d'endiguer l'épidémie de SIDA en partageant des informations, des stratégies et des plans d'action et en favorisant la solidarité. En Afrique, une nouvelle feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au SIDA, à la tuberculose et



Le présent rapport nous rappelle qu'une génération sans SIDA est une génération au sein de laquelle aucun enfant ne naît avec le VIH ni ne contracte le virus, dès sa naissance et tout au long de sa vie. Cela implique que tous les enfants vivant avec le VIH aient accès aux traitements nécessaires. Il nous rappelle aussi que la santé et le bien-être des femmes doivent être au cœur de la riposte au SIDA. Je n'ai aucun doute sur le fait que nous atteindrons ces objectifs. Le bien-être des enfants ne se limite pas à l'éradication du SIDA, il faut aussi les protéger contre les éléments qui les rendent vulnérables, tels que la pauvreté, la discrimination, la marginalisation sociale et les violations de leurs droits humains, y compris les violences sexuelles. Les nombreux facteurs qui alimentent la propagation du virus sont particulièrement exacerbés pendant l'enfance et l'adolescence, et les enfants ont besoin des informations et des opportunités qui leur garantiront le meilleur départ possible dans la vie. »

Michel Sidibé, Directeur exécutif, ONUSIDA

au paludisme en Afrique a été approuvée lors du 19<sup>e</sup> sommet de l'Union africaine en 2012. Élaborée par la Commission de l'Union africaine et l'Agence de Planification et de Coordination du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), la feuille de route s'articule autour de trois piliers stratégiques – gouvernance et leadership, modèles de financement diversifiés et accès aux médicaments. Elle propose un ensemble de solutions africaines concrètes pour mettre en place des ripostes durables face au SIDA, à la tuberculose et au paludisme, en fixant des objectifs et en définissant les résultats escomptés, les rôles et les responsabilités permettant de responsabiliser les parties prenantes sur une période de trois ans, jusqu'en 2015; cette feuille de route souligne également la nécessité de nouer de nouveaux partenariats et d'instaurer de nouveaux modèles de financement et de nouveaux moyens de renforcer la viabilité des institutions africaines.

Au niveau international, les obligations de reddition de comptes constituent souvent les outils de plaidoyer les plus performants. À tous les niveaux, la transparence concernant les données et le financement permet d'encourager et de consolider les engagements et la responsabilité partagée. L'engagement continu des partenaires clés, tels que le Fonds mondial et le PEPFAR, ainsi que l'accroissement des ressources intérieures allouées aux programmes

de riposte, seront essentiels au succès de cette initiative, tout comme le partenariat élargi avec les prestataires de services de santé, les chercheurs et le secteur privé, qui ont tous un rôle crucial à jouer.

Tous les organismes coparrainants de l'ONUSIDA, qui couvrent de multiples secteurs, ont des responsabilités importantes concernant ces vingt premières années de la vie, qu'il s'agisse de soutenir directement la mise en œuvre des interventions à fort impact ou de contribuer à la création d'environnements juridiques, sociaux et économiques favorables aux enfants et à leurs familles.

Plusieurs équipes de travail interinstitutions (ETII) ont été déployées pour soutenir les progrès dans les pays<sup>166</sup>. Ces équipes de travail se composent d'organisations coparrainantes de l'ONUSIDA et d'organisations partenaires stratégiques et techniques.

L'équipe de travail interinstitutions chargée de la prévention et du traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants<sup>167</sup> joue un rôle prépondérant dans le soutien à la mise en œuvre du Plan mondial au niveau national. Le mandat principal de ce groupe consiste à coordonner l'assistance technique, à élaborer et diffuser des directives et des outils et à suivre les progrès réalisés pour atteindre les objectifs du

## Commission mondiale sur le VIH et le droit

Dans son rapport intitulé « Risques, Droit et Santé », la Commission mondiale sur le VIH et le droit, animée par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), appelle à l'abrogation des lois, politiques et pratiques discriminatoires qui affectent les personnes vivant avec le VIH et à l'adoption de lois basées sur des données probantes et le respect des droits humains. Publié en 2012, le rapport décrit comment les lois protectrices des droits humains permettent de sauver des vies, de réaliser des économies et d'assurer une riposte au VIH efficace. Le rapport contient des recommandations spécifiques concernant les enfants et les adolescents. Afin que les gouvernements puissent répondre à cet appel, il faut les aider à promulguer des lois interdisant la discrimination à l'égard des enfants touchés par le SIDA à l'école, à la maison et au sein de leur communauté; promouvoir des modèles de prise en charge appropriés et axés sur la famille pour les enfants rendus orphelins par le SIDA; promouvoir l'accès à une éducation complète sur la santé sexuelle pour les enfants scolarisés et non scolarisés; et veiller à ce que les jeunes sexuellement actifs bénéficient d'un accès confidentiel et indépendant aux services de santé. L'UNICEF aide les pays à harmoniser ces activités avec leurs obligations de reddition de comptes qui leur incombent en tant qu'États parties à la Convention relative aux droits de l'enfant<sup>168</sup>.

Risques, Droit et Santé, Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2012, <[www.hivlawcommission.org](http://www.hivlawcommission.org)> et <[www.undp.org](http://www.undp.org)>.





© UNICEF Mozambique/2013

Plan mondial. Alors que le Plan mondial est présidé par l'ONUSIDA et le PEPFAR, l'ETII est convoquée conjointement par l'UNICEF et l'OMS. Créée en 1998, elle est composée de 32 organisations multilatérales gouvernementales et non gouvernementales visant à consolider les partenariats et les programmes régionaux, nationaux et internationaux dédiés à la survie des femmes enceintes, des mères et des enfants vivant avec le VIH.

## LUTTER CONTRE LE VIH CHEZ LES ENFANTS EN SITUATION D'URGENCE : NÉCESSITÉ D'UN PARTENARIAT RENFORCÉ

En 2012, les enfants de moins de 18 ans représentaient 46 % des 45,2 millions de personnes déplacées de force à travers le monde en raison de persécutions, de conflits, de violences généralisées et de violations des droits humains. A cours des dix dernières années, cette proportion a varié entre un minimum de 41 % en 2009 à un maximum de 50 % en 2004<sup>169</sup>.

Lorsque les structures sociales s'effondrent dans les situations d'urgence et humanitaires, l'insécurité alimentaire, la violence, les agressions sexuelles, la pauvreté et les questions liées à la protection exacerbent les risques existants et les vulnérabilités au VIH, en particulier chez les femmes et les adolescentes. Dans de nombreux contextes d'urgence, il est également très difficile de maintenir l'accès à l'information – tels que les dossiers de santé – et aux services sanitaires, notamment le traitement antirétroviral à

vie, la PTME et les services de prise en charge des mères et des enfants. Dans les situations instables, la première préoccupation est d'assurer la continuité des traitements ARV et autres produits de base, ainsi que des efforts de prévention du VIH, y compris l'accès aux préservatifs et à la prophylaxie post-exposition. Compte tenu de la durée incertaine de la plupart des urgences et de la propension des situations humanitaires à se prolonger, il est indispensable, dès le début, d'inclure la prévention du VIH, le traitement et les soins pour les plus jeunes enfants et les adolescents dans l'évaluation du risque d'urgence et les activités de préparation et de formation.

Les interruptions de traitement du VIH constituent un risque évident en cas d'urgence. Au Mozambique, par exemple, les inondations dans la Province de Gaza au début de l'année 2013 ont menacé l'accès au traitement de plus de 12 000 personnes<sup>170</sup>. Les inondations ont entraîné la fermeture des centres de santé et la destruction des stocks de médicaments; les voies de transport sont devenues inaccessibles, ce qui a entraîné, dans un premier temps, une pénurie temporaire des produits de base comme les médicaments antirétroviraux, les trousseaux de prophylaxie post-exposition et les préservatifs. Par le biais de partenariats entre les différentes institutions gouvernementales, dont l'Institut National de gestion des catastrophes, le Ministère de la santé, la Commission nationale de lutte contre le SIDA, les ONG et les organismes des Nations Unies, les services habituels ont pu être réintégrés. Dans une perspective d'avenir, des formations spécifiques ont été mises en place dans les deux provinces où le risque de catastrophe naturelle et le poids de la mortalité liée au VIH sont les plus élevés (Gaza et Zambezia). Des plans d'urgence sont également en cours d'élaboration pour préparer le gouvernement et les partenaires à lutter efficacement contre le VIH dans les situations d'urgence futures.

La récente intensification du conflit qui sévit en République centrafricaine et qui a entraîné un climat d'insécurité ainsi que des violences, des pillages et des vols à main armée, est le dernier épisode en date d'une série de crises ayant touché le pays depuis le milieu des années 1990. Depuis le début de l'année 2013, des dizaines de milliers de personnes ont fui dans la brousse ou ont été déplacées dans des zones reculées. Plusieurs hôpitaux et dispensaires ont été pillés, et beaucoup ont été abandonnés. Les déplacements forcés de populations et la désorganisation des services de santé ont laissé un grand nombre de personnes vivant avec le VIH sans accès aux médicaments antirétroviraux. Avant cette dernière crise, jusqu'à



## Les adolescents et le VIH dans les situations d'urgence



Les situations d'urgence risquent à la fois d'augmenter les facteurs qui rendent les jeunes vulnérables au VIH et de perturber les services vitaux de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH.

Bien que la Côte d'Ivoire et Haïti soient séparés par des milliers de kilomètres et que les causes des situations d'urgence vécues par ces deux pays aient été très différentes – géologiques d'un côté et politiques de l'autre – une analyse rétrospective de ces deux cas d'urgence a révélé que les conséquences pour les adolescents et les jeunes gens avaient été pratiquement identiques. Parmi les enseignements tirés, on a conclu la nécessité de :

- veiller à axer les efforts sur les adolescents lors de la mise en œuvre des interventions, en particulier les plus jeunes;
- impliquer les adolescents et les jeunes dans les interventions, afin de s'assurer que leurs idées et leurs points de vue sont suffisamment pris en compte;
- comprendre dans quelle mesure les situations d'urgence accentuent les facteurs qui rendent les jeunes vulnérables au VIH.

L'analyse souligne l'urgence de mettre en place des interventions pour les adolescents bien avant que ne surviennent des situations d'urgence. La préparation est cruciale; sans cela, les pays risquent de se précipiter pour rattraper leur retard face aux besoins des adolescents et des jeunes tout en étant confrontés aux difficultés survenant lors des situations d'urgence.

15 000 personnes vivant avec le VIH avaient accès à une thérapie antirétrovirale et environ 50 000 autres personnes éligibles au traitement ne pouvaient être couvertes. Le Comité national de lutte contre le SIDA a estimé à des milliers le nombre de patients dont le

traitement antirétroviral a été interrompu par la crise. Une action bien coordonnée de la part des acteurs humanitaires et sanitaires est en cours pour retrouver les patients en rupture de traitement et assurer la fourniture d'une gamme minimale de services liés au VIH, telle que décrite dans les Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence du Comité permanent interorganisations (IASC)<sup>171</sup>.

## VERS UNE GÉNÉRATION SANS SIDA : COMBLER LES LACUNES, PRÉSERVER LES ACQUIS

Les enfants n'occupaient pas une place importante dans le programme mondial de lutte contre le SIDA établi en 2001, lors de la définition des OMD et de la première Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Depuis, ces deux événements ont servi de moteur principal du changement, conduisant à la création du Fonds mondial et du PEPFAR et à un extraordinaire effort mondial pour répondre plus efficacement à la pandémie du VIH. Des progrès considérables ont été enregistrés dans la réduction des nouvelles infections chez les nourrissons et dans le maintien de leurs mères en vie et en bonne santé. Cependant, ce même dynamisme doit être maintenu pour combler les lacunes persistantes observées au niveau des programmes en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, de la prise en charge et du traitement des enfants et des adolescents, et des programmes plus généralisés en faveur des adolescents.

Ce rapport décrit les nombreux défis qui demeurent associés à la lutte contre le VIH chez les enfants et les nouvelles perspectives pour y remédier. Tandis que la communauté internationale commence à s'unir autour d'un nouveau programme de développement pour l'après-2015, le renforcement de la réponse au VIH chez les enfants peut apporter de nouvelles améliorations et encourager la mise en place de moyens de collaboration plus efficaces dans les domaines du droit, de la santé, de la survie et du développement de l'enfant.

La voie vers une génération sans SIDA est ouverte. Pour atteindre son objectif, la communauté internationale doit dès à présent s'engager fermement à poursuivre les progrès accomplis et à remédier aux inégalités et lacunes qui subsistent dans la riposte au VIH pour les enfants.

# RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Les économies des pays sont classées selon le revenu national brut (RNB) par habitant, calculé au moyen de la méthode Atlas de la Banque mondiale. Au 1<sup>er</sup> juillet 2013 les classifications étaient les suivantes : faible revenu, 1 035 dollars ou moins; revenu moyen inférieur, entre 1 036 dollars et 4 085 dollars; et revenu moyen supérieur entre 4 086 dollars et 12 615 dollars.
- <sup>2</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 6, 39.
- <sup>3</sup> Les 22 pays prioritaires figurant dans le Plan mondial sont les suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe. L'Inde est le seul pays prioritaire en dehors de l'Afrique. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, Genève, 2011; et analyse de l'UNICEF des estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>4</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, Genève, 2011; et analyse de l'UNICEF des estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012. Les chiffres entre parenthèses indiquent les fourchettes d'incertitude associées aux estimations.
- <sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Genève, 2013.
- <sup>6</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. A87, A94.
- <sup>7</sup> Newell, Marie Louise, et al., « Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis », *The Lancet*, vol. 364, n° 9441, 2 octobre 2004, p. 1236-1243.
- <sup>8</sup> Estimations non publiées de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>9</sup> Analyse de l'UNICEF des estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>10</sup> Baral, Stefan, et al., « HIV Risk and Associations of HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Peri-Urban Cape Town, South Africa », *BMC Public Health*, vol. 11, n° 1, 5 octobre 2011, p. 766-773; et Fay, Heather, et al., « Stigma, Health Care Access, and HIV Knowledge among Men Who Have Sex with Men in Malawi, Namibia, and Botswana », *AIDS Behaviour*, vol. 15, n° 6, août 2011, p. 1088-1097.
- <sup>11</sup> Institute of Medicine of the National Academies, 'Summary Evaluation of PEPFAR', note de rapport, National Academies Press, Washington, D.C., février 2013; et Miller, Elizabeth, et Michael Samson, « HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa », Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Economic Policy Research Institute, New York et Le Cap, juillet 2012.
- <sup>12</sup> Estimations non publiées de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>13</sup> Miller, Elizabeth, et Michael Samson, « HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa », Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Economic Policy Research Institute, New York et Le Cap, juillet 2012.
- <sup>14</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, Genève, 2011, p. 6.
- <sup>15</sup> Les 22 pays prioritaires figurant dans le Plan mondial sont les suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe. L'Inde est le seul pays prioritaire en dehors de l'Afrique. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, Genève, 2011.
- <sup>16</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Recommandations rapides sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant*, OMS, Genève, juin 2010, p. 4.
- <sup>17</sup> Estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>18</sup> De Cock, Kevin M., et al., « Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource Poor Countries: Translating research into policy and practice », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 9, 1 mars 2000, p. 1175-1182.
- <sup>19</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 38.
- <sup>20</sup> Équipe de travail interinstitutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants, « Regional Workshops on Costing of National Plans to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV (eMTCT): Technical report and workshop recommendations », Équipe de travail interinstitutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants, New York, 30 novembre 2012.
- <sup>21</sup> ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde, 2013*; et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>22</sup> Ibid.
- <sup>23</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013. Voir les annexes des pays.
- <sup>24</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Children and AIDS: A profile of UNICEF's response in East Asia and Pacific, 2007*, UNICEF, Bangkok, 2010; Organisation panaméricaine de la santé, *2012 Progress Report: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas*, PAHO, Washington, D.C., 2013; et données 2012 de l'ONUSIDA non publiées.
- <sup>25</sup> Comité national de prévention et de lutte contre le SIDA, la drogue et la prostitution, *Viet Nam AIDS Response Progress Report 2012: Following up the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS – Reporting period: January 2010–décembre 2011*, Gouvernement du Viet Nam, Hanoï, mars 2012, p. 43.
- <sup>26</sup> Ministère de la Santé et des Affaires familiales, « A Strategic Approach to Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (RMNCH+A) in India: For healthy mother and child », Gouvernement de l'Inde, New Delhi, février 2013, p. 18.
- <sup>27</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 42, A87.

- <sup>28</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport d'avancement sur le plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, Genève, juin 2013, p. 12-13.
- <sup>29</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Genève, juin 2013.
- <sup>30</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 38.
- <sup>31</sup> Estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>32</sup> Ibid.
- <sup>33</sup> Analyse de l'UNICEF des estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>34</sup> Ibid.
- <sup>35</sup> Organisation panaméricaine de la santé, *2012 Progress Report: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas*, PAHO, Washington, D.C., 2013.
- <sup>36</sup> Coalition nationale thaïlandaise sur le SIDA, Ministère de la Santé publique et département thaïlandais pour le contrôle des maladies, « Thailand AIDS Progress Report 2012: Status at a glance », Gouvernement de la Thaïlande, Bangkok, mars 2012.
- <sup>37</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, « Rapports d'activité remis par les pays 2012 », ONUSIDA, Genève, <<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/>>, consulté le 27 août 2013.
- <sup>38</sup> Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, *Plan d'action européen en matière de VIH/SIDA 2012-2015*, OMS Europe, Copenhague, 2011.
- <sup>39</sup> Srikantiah, Padmini, *Elimination of New Paediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Asia-Pacific 2011-2015: Conceptual framework – Monitoring and evaluation guide*, Bureau régional Asie de l'Est et Pacifique du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Bangkok, Thaïlande, août 2011; et Organisation mondiale de la Santé « Elimination of Congenital Syphilis: Regional updates », OMS, Genève, 2013, <[www.who.int/reproductive-health/topics/rtis/cs\\_regional\\_updates/en/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/topics/rtis/cs_regional_updates/en/index.html)>, consulté le 20 août 2013.
- <sup>40</sup> International AIDS Society, « Measuring Effectiveness of the National PMTCT Programme and Validating EMTCT: Towards elimination of mother-to-child transmission of HIV », 19<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA, Washington, D.C., 22-27 juillet 2012, <<http://pag.aids2012.org/session.aspx?s=50>>, consulté le 20 août 2013.
- <sup>41</sup> Newell, Marie Louise, et al., « Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis », *The Lancet*, vol. 364, n° 9441, 2 octobre 2004, p. 1236-1243.
- <sup>42</sup> Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Le point 2013 sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités*, OMS, Genève, juin 2013, p. 13.
- <sup>43</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. A87, A94.
- <sup>44</sup> ONUSIDA, UNICEF, OMS, 2013, *Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde 2013*; et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>45</sup> Ibid.
- <sup>46</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport d'avancement sur le plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, Genève, juin 2013. Voir les annexes des pays.
- <sup>47</sup> Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Le point 2013 sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités*, OMS, Genève, juin 2013, p. 60.
- <sup>48</sup> Ibid., p. 30.
- <sup>49</sup> Organisation mondiale de la Santé, *WHO Recommendations on the Diagnosis of HIV Infection in Infants and Children*, OMS, Genève, 2010.
- <sup>50</sup> ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde 2013*; et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>51</sup> Ibid.
- <sup>52</sup> Les données sur le Lesotho datent de 2011, celles de 2012 n'étant pas disponibles.
- <sup>53</sup> ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde 2013*; et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>54</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 48, A94.
- <sup>55</sup> L'Organisation mondiale de la Santé définit la délégation des tâches ou le partage des tâches comme « la redistribution rationnelle des tâches au sein des équipes de santé. Il s'agit de déléguer, dans la mesure du possible, des tâches spécifiques, généralement réalisées par des agents de santé hautement qualifiés, à des agents de santé moins qualifiés en vue d'optimiser les ressources humaines disponibles dans le domaine de la santé ». Organisation mondiale de la Santé, *Task Shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams – Global recommendations and guidelines*, OMS, Genève, 2008.
- <sup>56</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Genève, juin 2013.
- <sup>57</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport d'avancement sur le plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, Genève, juin 2013, p. 9.
- <sup>58</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 41.
- <sup>59</sup> Fonds des Nations Unies pour la population, *Prévention du VIH et des grossesses non désirées : Cadre stratégique 2011-2015 – En appui au Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, New York, 2012.
- <sup>60</sup> Alkema, Leontine, et al., « National, Regional and Global Rates and Trends in Contraceptive Prevalence and Unmet Need for Family Planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis », *The Lancet*, vol. 11, n° 381, 11 mai 2013, p. 1642-1652.
- <sup>61</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 41-42.
- <sup>62</sup> Planification familiale 2020, « Family Planning 2020 », Fondation Bill & Melinda Gates, Seattle (WA), 2012, <[www.familyplanning2020.org](http://www.familyplanning2020.org)>, consulté le 16 août 2013.

- <sup>63</sup> Nair, Pooja, « Litigating against the Forced Sterilization of HIV-Positive Women: Recent developments in Chile and Namibia », *Harvard Human Rights Journal*, vol. 23, n° 1, 2010, p. 223-231; et Center for Reproductive Rights and Vivo Positivo, « Dignity Denied: Violations of the right to HIV-positive women in Chilean health facilities », Center for Reproductive Rights, New York, 2010, <[www.genderandaids.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=861:dignity-denied-violations-of-the-rights-of-hiv-positive-women-in-chilean-health-facilities&catid=38:latin-america-and-the-caribbean&Itemid=118](http://www.genderandaids.org/index.php?option=com_content&view=article&id=861:dignity-denied-violations-of-the-rights-of-hiv-positive-women-in-chilean-health-facilities&catid=38:latin-america-and-the-caribbean&Itemid=118)>.
- <sup>64</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Genève, 2013.
- <sup>65</sup> Chimbwandira, Frank, et al., « Impact of an Innovative Approach to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV: Malawi, juillet 2011 à septembre 2012 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 62, n° 8, 1 mars 2013, p. 148-151.
- <sup>66</sup> Ibid; et Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Le point 2013 sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités*, OMS, Genève, juin 2013, p. 27.
- <sup>67</sup> World Health Organization, *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Genève, 2013, p. 35.
- <sup>68</sup> Ministère de la Santé et des Affaires familiales, « A Strategic Approach to Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (RMNCH+A) in India: For healthy mother and child », Gouvernement de l'Inde, New Delhi, février 2013, p. 21; et Gouvernement du Rwanda, International Planned Parenthood Federation, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, « Linking Sexual and Reproductive Health and HIV: Gateways to integration – A case study from Rwanda – A glimpse of the future – Eliminating new HIV infections among children and keeping their mothers alive », Gouvernement du Rwanda, IPPF, ONUSIDA, UNFPA et OMS, Rwanda, 2013, p. 13.
- <sup>69</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Genève, 2013, p. 108.
- <sup>70</sup> Filteau, Suzanne, « The HIV-Exposed, Uninfected African Child », *Tropical Medicine & International Health*, vol. 14, n° 3, mars 2009, p. 276-287; Marinda, Edmore, et al., « Child Mortality according to Maternal and Infant HIV Status in Zimbabwe », *Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 26, n° 6, juin 2007, p. 519-526; et Landes, Megan, et al., « Mortality and Health Outcomes of HIV-Exposed and Unexposed Children in a PMTCT Cohort in Malawi », *PLoS One*, vol. 7, n° 10, octobre 2012, p. 1-7.
- <sup>71</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Genève, 2013.
- <sup>72</sup> Thorne, Claire, et al., « Prevention of Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus among Pregnant Women Using Injecting Drugs in Ukraine, 2000-10 », *Addiction*, vol. 107, n° 1, 1<sup>er</sup> janvier 2012, p. 118-128.
- <sup>73</sup> Ibid; et Adelekan, Moruf L., « Substance Use, HIV Infection and the Harm Reduction Approach in Sub-Saharan Africa », *International Journal of Drug Policy*, vol. 9, n° 5, 1<sup>er</sup> octobre 1998, p. 315-323.
- <sup>74</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, « Women and HIV in Prison Settings », note sur la stratégie, ONUDC, Vienne, Autriche, 2008, p. 1; et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation internationale du Travail, Programme des Nations Unies pour le développement, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, « Policy Brief: HIV prevention, treatment, and care in prisons and other closed settings – A comprehensive package of interventions », ONUDC, Vienne, juin 2013, p. 1.
- <sup>75</sup> Kali, Paula B. N., et al., « Combining PMTCT with Active Case Finding for Tuberculosis », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 42, n° 3, juillet 2006, p. 379-381; et Organisation mondiale de la Santé, *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH : Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires*, OMS, Genève, 2012.
- <sup>76</sup> Gupta, Amita, et al., « Maternal Tuberculosis: A risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 203, n° 3, 1<sup>er</sup> février 2011, p. 358-362.
- <sup>77</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH et dans un contexte de ressources limitées*, OMS, Genève, 2011; et Patel, M. R., et al., « Outcomes of Integrated Treatment for Tuberculosis and HIV in Children at the Primary Health Care Level », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 17, n° 9, 1<sup>er</sup> septembre 2013, p. 1206-1211.
- <sup>78</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Genève, 2013.
- <sup>79</sup> Weigel, Ralf, et al., « Managing HIV-Infected Children in a Low-Resource, Public Clinic: A Comparison of Nurse vs. Clinical Officer Practices in ART Refill, Calculation of Adherence and Subsequent Appointments », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 15, n° 2, 17 août 2012; Cohen, Rachel, et al., « Antiretroviral Treatment Outcomes from a Nurse-Driven, Community-Supported HIV/AIDS Treatment Programme in Rural Lesotho: Observational cohort assessment at two years », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 12, 8 octobre 2009; et Van Griensven, Johan, et al., « Success with Antiretroviral Treatment for Children in Kigali, Rwanda: Experience with health center/nurse-based care », *BMC Pediatrics*, vol. 8, n° 1, 2 octobre 2008.
- <sup>80</sup> Kredo, Tamara, et al., « Decentralising HIV Treatment in Lower- and Middle-Income Countries », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 6, 27 juin 2013; Gouvernement du Rwanda, International Planned Parenthood Federation, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour la population et Organisation mondiale de la Santé, « Linking Sexual and Reproductive Health and HIV: Gateways to integration – A case study from Rwanda – A glimpse of the future – Eliminating new HIV infections among children and keeping their mothers alive », Gouvernement du Rwanda, IPPF, ONUSIDA, UNFPA et OMS, Rwanda, 2013, p. 13; Ong'ech, John O., et al., « Provision of Services and Care for HIV-Exposed Infants: A comparison of maternal and child health clinic and HIV comprehensive care clinic models », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 61, n° 1, 1<sup>er</sup> septembre 2012, p. 83-89; et Bolton-Moore, Carolyn, et al., « Clinical Outcomes and CD4 Cell Response in Children Receiving Antiretroviral Therapy at Primary Health Care Facilities in Zambia », *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, n° 16, 24 octobre 2007, p. 1888-1899.



- <sup>81</sup> Organisation internationale du Travail, « Outcome 8: The world of work responds effectively to the HIV/AIDS epidemic », OIT, Genève, 2012, <www.ilo.org/public/english/bureau/program/download/pdf/10-11/iroutcome8.pdf>, consulté le 22 août 2013; et Organisation internationale du Travail, Rapport du Directeur général : *Exécution du programme de l'OIT en 2008-2009*, OIT, Genève, 2012, p. 85-86.
- <sup>82</sup> Gouvernement du Rwanda, International Planned Parenthood Federation, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour la population et Organisation mondiale de la Santé, « Linking Sexual and Reproductive Health and HIV: Gateways to integration – A case study from Rwanda – A glimpse of the future – Eliminating new HIV infections among children and keeping their mothers alive », Gouvernement du Rwanda, IPPF, ONUSIDA, UNFPA et OMS, Rwanda, 2013, p. 13.
- <sup>83</sup> Rollins, Nigel, et al., « Universal HIV Testing of Infants at Immunization Clinics: An acceptable and feasible approach for early infant diagnosis in high HIV prevalence settings », *AIDS*, vol. 23, n° 14, 10 septembre 2009, p. 1851-1857.
- <sup>84</sup> Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2010 – Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, 2012, p. 25.
- <sup>85</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Committing to Child Survival: A promise renewed – Progress report 2013 (S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée, Rapport de situation 2013, résumé en français)* UNICEF, New York, septembre 2013, p. 7.
- <sup>86</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Accountability for Maternal, Newborn & Child Survival: The 2013 update*, OMS, Genève, 2013, p. 7.
- <sup>87</sup> ONUSIDA, UNICEF, OMS, *Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde, 2013*; et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>88</sup> Ibid.
- <sup>89</sup> Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Le point 2013 sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités*, OMS, Genève, juin 2013; Ong'ech, John O., et al., « Provision of Services and Care for HIV-Exposed Infants: A comparison of maternal and child health clinic and HIV comprehensive care clinic models », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 61, n° 1, 1er septembre 2012, p. 83-89; Fayorsey Ruby, N., et al., « Decentralization of Pediatric HIV Care and Treatment in Five Sub-Saharan African Countries », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 62, n° 5, 15 avril 2013, p. 124-130; et Bolton-Moore, Carolyn, et al., « Clinical Outcomes and CD4 Cell Response in Children Receiving Antiretroviral Therapy at Primary Health Care Facilities in Zambia », *Journal of the Medical American Association*, vol. 298, n° 16, 24 octobre 2007, p. 1888-1899.
- <sup>90</sup> Institute of Medicine of the National Academies, « Summary Evaluation of PEPFAR », note de rapport, National Academies Press, Washington, D.C., février 2013; et Miller, Elizabeth, et Michael Samson, « HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa », Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Economic Policy Research Institute, New York et Le Cap, juillet 2012.
- <sup>91</sup> Estimations non publiées de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>92</sup> Analyse de l'UNICEF des estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>93</sup> Garcia, Marito, et Charity M. T. Moore, *The Cash Dividend: The rise of cash transfer programs in Sub-Saharan Africa*, Publications de la Banque mondiale, Washington D.C., février 2012.
- <sup>94</sup> Miller, Elizabeth, et Michael Samson, « HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa », Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Economic Policy Research Institute, New York et Le Cap, juillet 2012; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Programme des Nations Unies pour le développement, « *Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques* », New York, 2012, p. 5, 19; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation au VIH et à la santé : Brochure 7 – Égalité des genres, VIH et éducation*, UNESCO, Paris, 2012, p. 35-43; Erulkar, Annabel, et al., « Tap and Reposition Youth (TRY): Providing social support, savings, and microcredit opportunities for young women in areas with high HIV prevalence », série de brochures SEEDS, vol. 23, Population Council, New York, 23 novembre 2006; Vincent, Katharine, et Tracy Cull, « Impacts of Social Cash Transfers: Case study evidence from across southern Africa », seconde conférence de l'IESE : Dynamiques de la pauvreté et structures économiques de l'accumulation au Mozambique, Maputo, 22-23 avril 2009, Programme régional de lutte contre la faim et la vulnérabilité, Johannesburg, Afrique du Sud, 2009; et Baird, Sarah J., et al., « Effect of a Cash Transfer Programme for Schooling on Prevalence of HIV and Herpes Simplex Type 2 in Malawi: A cluster randomised trial », *The Lancet*, vol. 379, n° 9823, 7 avril 2012, p. 1320-1329.
- <sup>95</sup> Ce travail est soutenu par la Fondation Hilton et l'UNICEF.
- <sup>96</sup> Ministère de la Santé et des Affaires familiales. « A Strategic Approach to Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (RMNCH+A) in India: For healthy mother and child », Gouvernement de l'Inde, New Delhi, février 2013, p. 21.
- <sup>97</sup> Kim, Maria H., et al., « The Tingathe Program: A pilot intervention using community health workers to create a continuum of care in the prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) cascade of services in Malawi », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 15, supplément 2, 11 juillet 2012, doi: 10.7448/IAS.15.4.17389.
- <sup>98</sup> Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour la population et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Guidelines on HIV and infant feeding 2010: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*, OMS, Genève, 2010.
- <sup>99</sup> Stover, John, et Mary Mahy, « The Cost-Effectiveness of Family Planning in Reducing the Number of Children with HIV Infection », Présentation lors de la 16<sup>e</sup> conférence sur le SIDA et les MST en Afrique, Addis Abeba, 4-8 décembre 2011.
- <sup>100</sup> Ces pays incluent : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan, Swaziland, Ouganda, Tchad, Zambie et Zimbabwe; et Mahy, Mary, et al., « What Will it Take to Achieve Virtual Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, supplément 2, décembre 2010, p. ii48-ii55.
- <sup>101</sup> Ibid.
- <sup>102</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH*, OMS, Genève, 2012.

- <sup>103</sup> Gouvernement du Rwanda, International Planned Parenthood Federation, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour la population et Organisation mondiale de la Santé, « Linking Sexual and Reproductive Health and HIV: Gateways to integration – A case study from Rwanda – A glimpse of the future – Eliminating new HIV infections among children and keeping their mothers alive », Gouvernement du Rwanda, IPPF, ONUSIDA, UNFPA et OMS, Rwanda, 2013, p. 13.
- <sup>104</sup> Thorne, Claire, et al., « Prevention of Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus among Pregnant Women Using Injecting Drugs in Ukraine, 2000-10 », *Addiction*, vol. 107, n° 1, 1<sup>er</sup> janvier 2012, p. 118-128.
- <sup>105</sup> Coalition internationale pour la préparation au traitement, « Missing the Target 10: Communities and the Treatment 2.0 initiative – Delivering on the next treatment scale-up », ITPC, Bangkok et New York, octobre 2012.
- <sup>106</sup> Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, Division de la population, « World Population Prospects: The 2012 Revision », CD-ROM, DAES, juin 2013.
- <sup>107</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un bilan sur les adolescents (n° 10)*, UNICEF, New York, avril 2012, p. 9.
- <sup>108</sup> Analyse de l'UNICEF des estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>109</sup> Estimations non publiées de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>110</sup> Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, fondées sur des enquêtes démographiques et de santé (DHS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales, 2008-2012.
- <sup>111</sup> Ibid; et Mahy, Mary, Jesus Maria Garcia-Calleja and Kimberly Anne Marsh, « Trends in HIV Prevalence among Young People in Generalised Epidemics: Implications for monitoring the HIV epidemic », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88, 2012, p. i65-i75.
- <sup>112</sup> Eurasian Harm Reduction Network, *Young People and Injecting Drug Use in Selected Countries of Eastern and Central Europe*, EHRN, Vilnius, 2009.
- <sup>113</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, *Joint Strategic Action Framework to Accelerate the Scale-Up of Voluntary Male Medical Circumcision for HIV Prevention in Eastern and Southern Africa, 2012-2016*, ONUSIDA et OMS, Genève, novembre 2011, p. 7.
- <sup>114</sup> Ibid.
- <sup>115</sup> Les 14 pays prioritaires en Afrique sont : Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
- <sup>116</sup> Cherutich, Peter, et al., « Progress in Voluntary Medical Male Circumcision Service Provision: Kenya, 2008-2011 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 61, n° 47, 30 novembre 2012, p. 957-961.
- <sup>117</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 18.
- <sup>118</sup> (i) Silverman, Jay G., « Adolescent Female Sex Workers: Invisibility, violence and HIV », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 96, n° 5, 28 février 2011, p. 478-481. (ii) Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, basées sur les enquêtes DHS, MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012. (iii) Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The State of the World's Children 2014* (à paraître prochainement). (iv) Nations Unies, *Objectifs du Millénaire pour le développement, rapport de 2013*, Nations Unies, New York, juin 2013, p. 33. (v) Organisation mondiale de la Santé, « La grossesse chez les adolescentes, Aide-mémoire n°364 », OMS, Genève, mai 2012, < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/> >, consulté le 23 octobre 2013. (vi) Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, basées sur les enquêtes DHS, MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012. (vii) Pinheiro, Paulo Sérgio, *World Report on Violence Against Children*, Nations Unies, Genève, 2006, p. 12. (viii) Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, fondées sur des enquêtes DHS, MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.
- <sup>119</sup> Analyse de l'UNICEF des estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.
- <sup>120</sup> Ibid.
- <sup>121</sup> Leclerc-Madlala, Suzanne, « Age-Disparate and Intergenerational Sex in Southern Africa: The dynamics of hypervulnerability », *AIDS*, vol. 22, supplément 4, décembre 2008, p. S17-S25; Leclerc-Madlala, Suzanne, « Cultural Scripts for Multiple and Concurrent Partnerships in Southern Africa: Why HIV prevention needs anthropology », *Sexual Health*, vol. 6, n° 2, mai 2009, p. 103-110; Stroeken, Koen, et al., « HIV among Out-of-School Youth in Eastern and Southern Africa: A review », *AIDS Care*, vol. 24, n° 2, février 2012, p. 186-194; et Cluver, Lucie, et al., « Transactional Sex amongst AIDS-Orphaned and AIDS-Affected Adolescents Predicted by Abuse and Extreme Poverty », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 58, n° 3, 1<sup>er</sup> novembre 2011, p. 336-343.
- <sup>122</sup> Baral, Stefan, et al., « HIV Risk and Associations of HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Peri-Urban Cape Town, South Africa », *BMC Public Health*, vol. 11, n° 1, 5 octobre 2011, p. 766-773; et Fay, Heather, et al., « Stigma, Health Care Access, and HIV Knowledge Among Men Who Have Sex with Men in Malawi, Namibia, and Botswana », *AIDS Behaviour*, vol. 15, n° 6, août 2011, p. 1088-1097.
- <sup>123</sup> Commission sur le SIDA en Asie, *Redefining AIDS in Asia: Crafting an effective response*, Oxford University Press, New Delhi, 2008.
- <sup>124</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Living in Harm's Way: Young key populations in Asia Pacific's HIV epidemic* (à paraître prochainement).
- <sup>125</sup> Organisation nationale indienne de lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé et des Affaires familiales et gouvernement de l'Inde, « HIV Sentinel Surveillance 2010-11: A technical brief », Gouvernement de l'Inde, New Delhi, septembre 2012; et Bureau épidémiologique thaïlandais, « HIV Serological Surveillance Report: 2011 Thailand – 29th Round », Bureau épidémiologique thaïlandais, Bangkok, 2012.
- <sup>126</sup> Équipe de prévention du VIH/SIDA chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Chengdu, « Chengdu MSM HIV/AIDS Prevention Situation and Response Analysis », Présentation par l'équipe de prévention du VIH/SIDA chez les HSH à Chengdu lors de la réunion de l'initiative VIH multi-villes pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres, Hong Kong, 7-9 décembre 2010.
- <sup>127</sup> Organisation nationale indienne de lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé et des Affaires familiales et gouvernement de l'Inde, « HIV Sentinel Surveillance 2010-11: A technical brief », Gouvernement de l'Inde, New Delhi, septembre 2012.
- <sup>128</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2012.
- <sup>129</sup> République socialiste du Viet Nam, « Fourth Country Report on Following Up the Implementation to the Declaration of Commitment on HIV and AIDS: Reporting period:

- January 2008- december 2009 », Gouvernement du Viet Nam, Hanoï, mars 2010.
- <sup>130</sup> Programme national de lutte contre le SIDA (Myanmar), département de la Santé et Ministère de la Santé, *HIV Sentinel Sero-Surveillance Survey Report 2012*, Programme national de lutte contre le SIDA, Naypyidaw (Myanmar), février 2013, p. 33.
- <sup>131</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2012*, ONUSIDA, Genève, 2013, p. 30.
- <sup>132</sup> Emmanuel, Faran, et al., « Second-Generation Surveillance for HIV/AIDS in Pakistan: Results from the 4th round of Integrated Behavior and Biological Survey 2011–2012 », *Sexually Transmitted Infections*, première publication en ligne : 2 août 2013, doi:10.1136/sextrans-2013-051161.
- <sup>133</sup> Busza, J., et al., « Injecting Behaviour and Service Use among Young Injectors in Albania, Moldova, Romania and Serbia », *International Journal of Drug Policy*, vol. 24, n° 5, septembre 2013, p. 423-431; et Bureau régional des Nations Unies pour l'Europe centrale et orientale/Communauté d'États indépendants (ECO/CEI), *Experiences from the Field: HIV prevention among most at-risk adolescents in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*, Bureau régional de l'UNICEF pour l'ECO/CEI, Genève, 2013.
- <sup>134</sup> Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, fondées sur des enquêtes DHS, MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.
- <sup>135</sup> Organisation mondiale de la santé « Déclaration sur le conseil et le dépistage du VIH : l'OMS et l'ONUSIDA réitèrent leur opposition au dépistage du VIH obligatoire », OMS, Genève, 28 novembre 2012, <[http://www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/fr/index.html](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/fr/index.html)>, consulté le 3 juin 2013.
- <sup>136</sup> Kasedde, Susan, et al., « Reducing HIV and AIDS in Adolescents: Opportunities and challenges », *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 10, n° 2, juin 2013, p. 159-168.
- <sup>137</sup> Programme des Nations Unies pour le développement, *Commission mondiale sur le VIH et le droit : Risques, droit & santé*, PNUD, New York, juillet 2012.
- <sup>138</sup> Evans, Denise, et al., « Treatment Outcomes of HIV-Infected Adolescents Attending Public-Sector HIV Clinics across Gauteng and Mpumalanga, South Africa », *AIDS Research and Human Retroviruses*, vol. 29, n° 6, juin 2013, p. 892-900; et Shroufi, Amir, et al., « HIV-Infected Adolescents in Southern Africa Can Achieve Good Treatment Outcomes: Results from a retrospective cohort study », *AIDS*, vol. 27, n° 12, 31 juillet 2013, p. 1971-1978.
- <sup>139</sup> Ferrand, Rashida A., et al., « Survey of Children Accessing HIV Services in a High HIV Prevalence Setting: Time for adolescents to count? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 88, n° 6, juin 2010, p. 428-434; Ferrand, Rashida A., et al., « Causes of Acute Hospitalization in Adolescence: Burden and spectrum of HIV-related morbidity in a country with an early-onset and severe HIV epidemic – A prospective survey », *PLoS Medicine*, vol. 7, n° 2, 2 février 2010, p. 1-11; Ferrand, Rashida A., et al., « Undiagnosed HIV Infection among Adolescents Seeking Primary Health Care in Zimbabwe », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 51, n° 7, 2010, p. 844-851; et Arrivé, Elise, et al., « HIV Status Disclosure and Retention in Care in HIV-Infected Adolescents on Antiretroviral Therapy (ART) in West Africa », *PLoS One*, vol. 7, n° 3, 21 mars 2012.
- <sup>140</sup> Ferguson, Jane, et al., 'WHO Guidelines on HIV Testing and Counselling for Adolescents and Care for Adolescents Living with HIV', poster de conférence, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2013.
- <sup>141</sup> Child Helpline International, *Annual Report 2012: Giving a voice to children and young people worldwide*, Child Helpline International, Amsterdam, juin 2013.
- <sup>142</sup> Schwarzländer, Bernhard, et al., « Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS », *The Lancet*, vol. 377, n° 9782, 11 juin 2011, p. 2031-2041.
- <sup>143</sup> Birdthistle, Isolde, et al., « Investing in Young People: A review of national-level spending on HIV prevention for young people in 16 countries with generalized HIV epidemics », une analyse présentée lors de la 19<sup>e</sup> conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue à Washington, D.C., du 22 au 27 juillet 2012; et une analyse réalisée par l'UNICEF à partir de données non publiées issues de la base de données du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA rassemblant tous les rapports d'évaluation des dépenses nationales liées au SIDA, février 2013.
- <sup>144</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Futures Institute, *The Impact and Cost of the HIV/AIDS Investment Framework for Adolescents*, UNICEF, New York, 2013 (document non publié).
- <sup>145</sup> Au moment où ce modèle a été conçu, seules les données et les estimations pour 2011 étaient disponibles. Le modèle et les résultats ont été validés par des experts du programme avant la publication par l'ONUSIDA des nouvelles estimations par pays pour 2012, en septembre 2013. Les chiffres concernant les nouvelles infections à VIH chez les adolescents, les adolescents vivant avec le VIH /SIDA et les décès d'adolescents liés au SIDA, qui sont présentés ici dans le modèle, peuvent donc différer des nouvelles estimations par pays de 2012 utilisées ailleurs dans le présent rapport.
- <sup>146</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Programme des Nations Unies pour le développement, « Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques », PNUD, New York, 2012.
- <sup>147</sup> Anderson, Mark, et al., « Violence against Children in Swaziland: Findings from a national survey on violence against children in Swaziland – May 15–June 16, 2007 », Fonds des Nations Unies pour l'enfance et centres pour la prévention et le contrôle des maladies des États-Unis, Swaziland et Atlanta, octobre 2007; et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, centres pour la prévention et le contrôle des maladies des États-Unis et Muhimbili University of Health and Allied Sciences, « Violence against Children in Tanzania: Findings from a national survey 2009 », UNICEF, Dar es-Salaam, août 2011.
- <sup>148</sup> Jewkes, Rachel K., et al., « Intimate Partner Violence, Relationship Power Inequity, and Incidence of HIV Infection in Young Women in South Africa: A cohort study », *The Lancet*, vol. 376, n° 9734, 3 juillet 2010, p. 41-48; et Kouyoumdjian, Fiona, et al., « Intimate Partner Violence Is Associated with Incident HIV Infection in Women in Uganda », *AIDS*, vol. 27, n° 8, 15 mai 2013, p. 1331-1338.
- <sup>149</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Global and Regional Estimates of Violence against Women (Estimations mondiales et globales de la violence à l'encontre des femmes – résumé d'orientation)*, OMS, Genève, 2013, p. 22.
- <sup>150</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Programme des Nations Unies pour le développement, « Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques », PNUD, New York, 2012.
- <sup>151</sup> Groupe de travail interinstitutions pour la jeunesse, « The Intersection of Economic Empowerment and Youth Sexual and Reproductive Health », Dossier de recherche sur la jeunesse et la santé procréative et le VIH/SIDA, n° 37, FHI 360, Washington, D.C., mai 2013; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Programme des Nations Unies pour le développement, « Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques », PNUD, New York, 2012; et Lutz, Brian, « Can (Conditional) Cash Transfers Contribute to HIV Prevention for



- Girls? », Document de discussion extrait de *Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation au VIH et à la santé : Brochure 7 – Égalité des genres, VIH et éducation*, UNESCO, Paris, France, 2012, p. 38.
- <sup>152</sup> Erulkar, Annabel, et al., « Tap and Reposition Youth (TRY): Providing social support, savings, and microcredit opportunities for young women in areas with high HIV prevalence », série de brochures *SEEDS*, vol. 23, Population Council, New York, 2006; et Baird, Sarah J., et al., « Effect of a Cash Transfer Programme for Schooling on Prevalence of HIV and Herpes Simplex Type 2 in Malawi: A cluster randomised trial », *The Lancet*, vol. 379, n° 9823, 7 avril 2012, p. 1320-1329.
- <sup>153</sup> Rijdsdijk, Liesbeth E., et al., « The World Starts with Me: A multilevel evaluation of a comprehensive sex education programme targeting adolescents in Uganda », *BMC Public Health*, vol. 11, 18 mai 2011, p. 334-346; Équipe de travail interinstitutions sur l'éducation, la communication et *Advocacy Tools User's Guide*, American Institutes for Research, Washington, D.C., janvier 2013, p. 18-22; Jukes, Matthew, Stephanie Simmons et Donald Bundy, « Education and Vulnerability: The role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa », *AIDS*, vol. 22, supplément 4, décembre 2008, p. S41-S56; et Baird, Sarah J., et al., « Effect of a Cash Transfer Programme for Schooling on Prevalence of HIV and Herpes Simplex Type 2 in Malawi: A cluster randomised trial », *The Lancet*, vol. 379, n° 9823, 7 avril 2012, p. 1320-1329.
- <sup>154</sup> Jukes, Matthew, Stephanie Simmons et Donald Bundy, « Education and Vulnerability: The role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa », *AIDS*, vol. 22, supplément 4, décembre 2008, p. S41-S56.
- <sup>155</sup> Données de nombreux pays disponibles auprès de l'Organisation mondiale de la Santé, « Enquêtes mondiales réalisées en milieu scolaire sur la santé des élèves », OMS, Genève, <[www.who.int/chp/gshs/en/index.html](http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html)>.
- <sup>156</sup> Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle à l'attention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*, UNESCO, Paris, décembre 2009; et Kivela, Jari, Evert Ketting et Rob Baltussen, « Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries », *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, vol. 11, n° 17, 1 août 2013, p. 1-7.
- <sup>157</sup> Jukes, Matthew, Stephanie Simmons et Donald Bundy, « Education and Vulnerability: The role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa », *AIDS*, vol. 22, supplément 4, décembre 2008, p. S41-S56.
- <sup>158</sup> Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et Équipe de travail interinstitutions sur l'éducation du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *2011–2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey: Progression, regression or stagnation?*, UNESCO, Paris, 2013; et Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle à l'attention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*, UNESCO, Paris, décembre 2009.
- <sup>159</sup> Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle à l'attention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*, UNESCO, Paris, décembre 2009.
- <sup>160</sup> Valerio, Alexandria, et al., « Education and HIV/AIDS: A sourcebook of HIV/AIDS prevention programmes », document de travail, Banque mondiale, Washington, D.C., 2003; Beasley, Michael, Alexandria Valerio et Donald A. P. Bundy, eds., *Education and HIV/AIDS: A sourcebook of HIV/AIDS prevention programs – Education sector-wide approaches*, vol. 2, Banque mondiale, Washington, D.C., 2008; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Partnership for Child Development et Banque mondiale, *Promoting Quality Education for Orphans and Vulnerable Children: A sourcebook of programme experiences in Eastern and Southern Africa*, UNICEF, New York, novembre 2009; et O'Connell, Tara, Mohini Venkatesh et Donald Bundy, eds., *Strengthening the Education Sector Response to School Health, Nutrition and HIV/AIDS in the Caribbean Region: A rapid survey of 13 countries*, Banque mondiale, Washington, D.C., mars 2009.
- <sup>161</sup> Bundy, Donald, *Rethinking School Health: A key component of education for all*, Directions in Development Series, Banque mondiale, Washington, D.C., 2011.
- <sup>162</sup> Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et Équipe de travail interinstitutions sur l'éducation du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *2011–2012 Education Sector HIV/AIDS Global Progress Survey: Progression, regression or stagnation?*, UNESCO, Paris, 2013.
- <sup>163</sup> Groupe de travail pour la consultation thématique mondiale sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015, « La santé dans le programme de développement pour l'après-2015 : rapport de la consultation thématique mondiale sur la santé », *The World We Want*, avril 2013, p. 65.
- <sup>164</sup> Nations Unies, Déclaration politique sur le VIH et le SIDA : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le SIDA, A/RES/65/277, Nations Unies, New York, 10 juin 2011.
- <sup>165</sup> Conférence Internationale sur la Population et le Développement Au-delà de 2014, « Déclaration de Bali du Forum mondial de la jeunesse », CIPD, New York, décembre 2012.
- <sup>166</sup> « About Us », 2010, <[www.iattcaba.org/web/guest/about-us](http://www.iattcaba.org/web/guest/about-us)>, consulté le 18 septembre 2013; et Équipe de travail interinstitutions pour la prévention du VIH et les jeunes, « About the IATT », 2013, <[www.youngpeopleandhiv.org/iatt\\_about.html](http://www.youngpeopleandhiv.org/iatt_about.html)>, consulté le 18 septembre 2013.
- <sup>167</sup> Équipe de travail interinstitutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants, « L'équipe de travail interinstitutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants », New York, 2013, <[www.emtct-iatt.org](http://www.emtct-iatt.org)>, consulté le 18 septembre 2013.
- <sup>168</sup> Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Comité des droits de l'enfant », HCDH, Genève, <[www2.ohchr.org/english/bodies/crc/\[AS2\]](http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/[AS2])>, consulté le 20 août 2013.
- <sup>169</sup> Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, *Displacement: The new 21st-century challenge – UNHCR global trends 2012*, HCR, Genève, juin 2013.
- <sup>170</sup> Gouvernement du Mozambique, 'Ministry of Health Reports: ART', Ministère de la santé du Mozambique, 2013, <[www.misau.gov.mz/index.php/hiv-SIDA/cat\\_view/82-hivSIDA/89-informacaoestrategica-relatorios/90-relatorios-tarv](http://www.misau.gov.mz/index.php/hiv-SIDA/cat_view/82-hivSIDA/89-informacaoestrategica-relatorios/90-relatorios-tarv)>, consulté le 2 octobre 2013.
- <sup>171</sup> Équipe de travail interinstitutions pour répondre au VIH dans les situations d'urgence, « Interruption du traitement du VIH dans un conflit oublié : La République Centrafricaine », Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et Programme Alimentaire Mondial, août 2013; et Comité permanent inter-organisations (IASC), Directives de l'IASC concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence, IASC, Genève, septembre 2010.



# ANNEXE : TABLEAUX STATISTIQUES

## À PROPOS DES DONNÉES

### Sources et compilation des données

Les données et les analyses présentées dans ce *Sixième bilan de la situation* sont extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF qui ont été compilées en utilisant diverses sources, notamment des données représentatives au niveau national réunies dans le cadre des enquêtes sur les ménages, à savoir les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les enquêtes sur la santé procréative; les statistiques annuelles sur les services des programmes nationaux recueillies par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS dans le cadre des rapports mondiaux d'avancement sur la lutte contre le SIDA (GARPR); des estimations nationales des besoins en matière de soins et de traitement du VIH utilisant un modèle de l'ONUSIDA et de l'OMS en collaboration avec les pays; et des estimations nationales du nombre annuel de naissances établies par la Division de la population des Nations Unies.

En 2013, l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS ont recueilli des données concernant la couverture des services relatifs au VIH auprès des programmes nationaux du monde entier grâce au processus GARPR de 2013, un instrument de communication sur les progrès des pays vers la réalisation de leurs objectifs et cibles dans la lutte contre le VIH et le SIDA. Cet instrument se compose généralement d'indicateurs permettant de suivre les progrès vers un accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH, notamment des interventions relatives au VIH destinées aux femmes et aux enfants telles que la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique du VIH. Il collecte également des données actualisées d'enquêtes menées auprès des ménages sur les connaissances en matière de VIH et sur le comportement sexuel. Le GARPR remplace l'instrument commun de suivi et d'établissement de rapports sur les progrès du secteur de la santé dans la lutte contre le VIH et le SIDA, et a permis de réunir des données concernant les programmes de lutte contre le VIH sur une période de 12 mois comprise entre janvier et décembre 2013.

### Estimations des besoins des enfants et des femmes enceintes en matière de prise en charge et de traitement du VIH

En 2013, l'ONUSIDA et l'OMS ont affiné leur méthodologie d'estimations relatives au VIH et au SIDA afin d'intégrer des données plus fiables provenant d'enquêtes sur la population, et ils ont élargi leurs systèmes nationaux de surveillance sentinelle et les statistiques relatives aux services octroyés dans le cadre des programmes dans un certain nombre de pays. Grâce à cette méthodologie plus perfectionnée, l'ONUSIDA a donc été

en mesure d'effectuer rétrospectivement de nouvelles estimations sur la prévalence du VIH, le nombre de personnes vivant avec le VIH, les besoins en matière de traitement pédiatrique du VIH et le nombre d'enfants ayant perdu leurs parents toutes causes confondues ou à cause du SIDA au cours des dernières années.

À des fins d'uniformité et pour permettre d'effectuer des mesures comparatives des progrès, les analyses des tendances doivent être recalculées en s'appuyant uniquement sur les nouvelles estimations.

De même, les estimations mondiales du nombre d'enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral et du nombre de femmes enceintes qui vivent avec le VIH ont été affinées, ce qui a permis de recalculer les taux de couverture pour les années 2005 à 2011 en utilisant les nouvelles estimations. Ces estimations incluent les données les plus récentes rapportées par les pays à partir de 2012. Les méthodes et les hypothèses du modèle d'estimation de l'ONUSIDA et de l'OMS continuent d'évoluer et sont régulièrement mises à jour à mesure que l'on dispose de nouvelles données.

Ainsi, on estime à 34 % la part des enfants (0 à 14 ans) ayant reçu un traitement antirétroviral en 2012. Cette couverture n'est pas très différente de celle estimée dans les précédents bilans de la situation. Les éventuelles évolutions de la couverture estimée ne sont pas liées à une variation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral et recevant un traitement, mais plutôt à des changements dans la méthodologie d'estimations et dans la couverture des principales mesures de lutte contre le VIH et le SIDA, en particulier la PTME. À la lumière de ces changements, il n'est pas pertinent de comparer les taux de couverture de 2012 avec ceux publiés dans les précédentes versions des rapports d'avancement. C'est pourquoi toutes les estimations des années précédentes concernant les traitements antirétroviraux pédiatriques et les traitements antirétroviraux de PTME ont été rétro-calculées pour le rapport de cette année.

De manière générale, les différences entre les dernières estimations et celles publiées antérieurement ne reflètent pas des tendances dans le temps et ne sont donc pas comparables. De même, les autres estimations révisées ne sont pas non plus comparables aux estimations publiées les années précédentes. Il sera toutefois possible d'évaluer les tendances dans le temps en s'appuyant sur les nouvelles révisions méthodologiques de l'ONUSIDA et en les appliquant rétrospectivement aux données antérieures relatives au VIH et au SIDA.

Pour de plus amples détails sur ces données, la présentation de rapports par des pays spécifiques et la méthodologie utilisée pour les estimations relatives au VIH, consulter [www.unaids.org/fr/](http://www.unaids.org/fr/).

Éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie

Pays et régions	Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans), 2012	Taux de couverture pour les soins prénatals (au moins une consultation, %) (2008-2012*)	Nombre annuel de naissances (en milliers) 2012	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH 2012			Nombre déclaré de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012		
				Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afghanistan	<0,1	48	1 053	–	<100	<1 000	7	–	1	10
Afrique du Sud	17,9	97	1 102	280 000	260 000	310 000	234 952	83	75	90
Albanie	–	97	40	–	–	–	1	–	–	–
Algérie	–	89 x	946	–	–	–	–	–	–	–
Allemagne	–	100 x	699	–	<500	<500	–	–	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	2,3	80 x	934	15 000	12 000	19 000	2 656	17	14	22
Antigua-et-Barbuda	–	100	1	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	97	565	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	0,4	99 x	695	–	1 400	2 400	1 612	–	63	>95
Arménie	0,2	99	41	–	<100	<100	13	–	22	>95
Australie	–	98	305	–	<100	<200	–	–	–	–
Autriche	–	–	80	–	<100	<200	–	–	–	–
Azerbaïdjan	0,2	77 x	168	–	<100	<100	35	–	37	75
Bahamas	–	98 x	6	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	100 x	20	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,1	55	3 150	–	<100	1 400	16	–	4	>95
Barbade	–	100 x	4	–	<100	<100	–	–	–	–
Bélarus	0,4	100	103	–	<200	<500	203	–	83	>95
Belgique	–	–	129	–	<200	<500	–	–	–	–
Belize	1,4	96	8	–	<100	<100	40	–	44	60
Bénin	1,1	86	371	3 400	2 900	4 000	1 349	40	34	47
Bhoutan	0,2	97	15	–	<100	<100	9	–	32	>95
Bolivie (État plurinational de)	0,3	86	273	–	<200	<1 000	163	–	21	72
Bosnie-Herzégovine	–	87	34	–	–	–	1	–	–	–
Botswana	23,0	94 x	48	13 000	11 000	14 000	12 207	>95	86	>95
Bésil	–	98	3 009	–	3 900	5 300	7 641	–	>95	>95
Brunéi Darussalam	–	99	7	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	70	–	<100	<100	–	–	–	–
Burkina Faso	1,0	94	683	5 400	4 400	6 700	3 582	66	53	81
Burundi	1,3	99	443	5 100	3 900	6 500	2 742	54	41	69
Cabo Verde	0,2	98 x	10	–	<100	<100	244	–	>95	>95
Cambodge	0,8	89	386	–	<1 000	2 300	1 058	–	61	>95
Cameroun	4,5	85	820	27 000	23 000	31 000	17 362	64	56	73
Canada	–	100 x	391	–	<200	<500	–	–	–	–
Chili	0,4	–	246	–	<100	<500	–	–	–	–
Chine	–	94	18 455	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	99 x	13	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	0,5	97	912	–	1 400	2 800	854	–	30	59
Comores	2,1	92	26	–	<200	<500	–	–	1	2
Congo	2,8	93	165	3 100	2 700	3 500	579	19	17	22
Costa Rica	0,3	90	74	–	–	–	37	–	–	–
Côte d'Ivoire	3,2	91	731	20 000	16 000	24 000	13 294	68	55	84
Croatie	–	–	41	–	<100	<100	–	–	–	–
Cuba	<0,1	100	108	–	<100	<100	106	–	>95	>95
Danemark	–	–	64	–	<100	<100	–	–	–	–
Djibouti	1,2	92 x	24	<500	<500	<500	63	20	15	26
Dominique	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	<0,1	74	1 898	–	<100	<200	9	–	6	15
El Salvador	0,6	94	128	–	<500	<1 000	166	–	23	81
Émirats arabes unis	–	100 x	131	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	0,6	84 x	328	–	<500	1 200	550	–	60	>95
Érythrée	0,7	70 x	230	<1 000	<500	<1 000	291	46	34	69
Espagne	–	–	493	–	<500	<1 000	–	–	–	–
Estonie	–	–	14	–	<100	<200	–	–	–	–
État de Palestine	–	98	130	–	–	–	–	–	–	–
États-Unis	–	–	4 226	–	3 200	11 000	–	–	–	–
Éthiopie	1,3	43	3 084	38 000	32 000	46 000	15 828	41	35	49
ex-République yougoslave de Macédoine	–	99	23	–	–	–	–	–	–	–
Fédération de Russie	–	–	1 690	–	–	–	–	–	–	–

VERS UNE GÉNÉRATION SANS SIDA – Enfants et SIDA : sixième bilan de la situation

## Éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie

Pays et régions	Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans), 2012	Taux de couverture pour les soins prénatals (au moins une consultation, %) (2008-2012*)	Nombre annuel de naissances (en milliers), 2012	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012			Nombre déclaré de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012		
				Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Fidji	0,2	100	18	–	<100	<100	14	–	71	>95
Finlande	–	100 x	61	–	<100	<100	–	–	–	–
France	–	100 x	792	–	<1 000	1 700	–	–	–	–
Gabon	4,0	95	53	1 500	1 300	1 900	1 064	70	57	87
Gambie	1,3	98	77	–	<1 000	1 300	1 068	–	80	>95
Géorgie	0,3	98	59	–	<100	<100	24	–	36	79
Ghana	1,4	96	794	9 500	7 800	11 000	8 957	95	77	>95
Grèce	–	–	110	–	<100	<100	–	–	–	–
Grenade	–	100 x	2	–	–	–	13	–	–	–
Guatemala	0,7	93	474	–	1 000	4 600	252	–	8	36
Guinée	1,7	85	428	6 300	5 000	8 000	2 755	44	34	55
Guinée-Bissau	3,9	93	63	2 200	1 600	3 100	738	33	25	46
Guinée équatoriale	–	86 x	26	–	<1 000	2 600	–	–	–	–
Guyana	1,3	92	16	–	<100	<500	152	–	48	>95
Haïti	2,1	90	265	5 000	4 200	5 700	4 889	>95	85	>95
Honduras	0,5	97	208	–	<500	<1000	238	–	37	60
Hongrie	–	–	98	–	<100	<100	–	–	–	–
Îles Cook	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	81 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Salomon	–	74 x	17	–	–	–	–	–	–	–
Inde	0,3	74 x	25 642	–	27 000	49 000	–	–	–	–
Indonésie	0,4	96	4 736	–	8 100	20 000	1 048	–	5	13
Iran (République islamique d')	0,2	97	1 454	–	<500	1 100	115	–	11	27
Iraq	–	78	1 037	–	–	–	–	–	–	–
Irlande	–	100 x	71	–	<100	<200	–	–	–	–
Islande	–	–	5	–	<100	<100	–	–	–	–
Israël	–	–	156	–	<100	<500	–	–	–	–
Italie	–	99 x	563	–	<200	<500	–	–	–	–
Jamaïque	1,7	99	50	–	<500	<500	295	–	61	>95
Japon	–	–	1 071	–	<100	<100	–	–	–	–
Jordanie	–	99	192	–	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	–	99	340	–	–	–	302	–	–	–
Kenya	6,1	92	1 535	86 000	76 000	97 000	45 397	53	47	60
Kirghizistan	0,3	97	148	–	<100	<200	111	–	64	>95
Kiribati	–	88	2	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	–	100 x	67	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23,1	92	57	16 000	14 000	17 000	9 153	58	52	64
Lettonie	–	92 x	23	–	<100	<200	–	–	–	–
Liban	–	96 x	62	–	–	–	5	–	–	–
Libéria	0,9	79 x	150	<1 000	<1 000	1 300	850	87	69	>95
Libye	–	93 x	130	–	–	–	34	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	100 x	34	–	<100	<100	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	6	–	<100	<100	–	–	–	–
Madagascar	0,5	86	781	–	2 100	3 100	77	–	2	4
Malaisie	0,4	97	516	–	<500	<1 000	342	–	48	>95
Malawi	10,8	95	639	68 000	61 000	75 000	40 770	60	54	67
Maldives	<0,1	99	8	–	<100	<100	–	–	–	–
Mali	0,9	75	705	–	4 200	7 200	3 339	–	44	77
Malte	–	100 x	4	–	<100	<100	–	–	–	–
Maroc	0,1	77	739	–	<500	<1 000	195	–	35	65
Maurice	1,2	–	14	–	<100	<100	95	–	>95	>95
Mauritanie	0,4	84	131	–	<500	<1 000	554	–	72	>95
Mexique	0,2	96	2 269	–	1 100	1 900	773	–	41	67
Micronésie (États fédérés de)	–	80	2	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	<0,1	99	64	–	<100	<100	5	–	15	18
Monténégro	–	97 x	7	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	11,1	91	995	94 000	81 000	110 000	80 779	86	74	>95
Myanmar	0,6	83	922	–	2 800	4 000	2 890	–	69	>95

Éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie

Pays et régions	Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans), 2012	Taux de couverture pour les soins prénatals (au moins une consultation, %) (2008-2012*)	Nombre annuel de naissances (en milliers), 2012	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012			Nombre déclaré de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012		
				Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Namibie	13,3	95 x	60	8 100	6 700	9 700	7 619	94	78	>95
Nauru	–	95 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	0,3	58	593	–	<1 000	1 200	110	–	9	18
Nicaragua	0,3	90 x	139	–	<200	<500	141	–	48	>95
Niger	0,5	83	858	–	2 500	3 900	707	–	18	30
Nigéria	3,1	66	7 028	200 000	170 000	230 000	33 323	17	15	19
Nioué	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	62	–	<100	<100	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	63	–	<100	<100	–	–	–	–
Oman	–	99	72	–	<100	<100	–	–	–	–
Ouganda	7,2	93	1 591	100 000	88 000	120 000	73 870	72	62	86
Ouzbékistan	0,1	99 x	623	–	<500	<1 000	508	–	62	>95
Pakistan	<0,1	61 x	4 604	–	1 000	3 200	55	–	2	6
Palaos	–	90	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	0,7	96	75	–	<200	<500	187	–	59	>95
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,5	79 x	210	<1 000	<1 000	1 100	328	39	29	51
Paraguay	0,3	96	160	–	<500	<1 000	215	–	29	>95
Pays-Bas	–	–	180	–	<100	<200	–	–	–	–
Pérou	0,4	96	600	–	<1 000	4 000	696	–	25	>95
Philippines	<0,1	91	2 383	–	<200	<500	19	–	9	18
Pologne	–	–	411	–	<200	<500	–	–	–	–
Portugal	–	100 x	94	–	<200	<500	–	–	–	–
Qatar	–	100	22	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	–	88	529	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	–	68	156	–	–	–	–	–	–	–
République de Corée	–	–	470	–	<100	<200	–	–	–	–
République de Moldova	0,7	98 x	43	–	<200	<500	141	–	64	>95
République démocratique du Congo	1,1	89	2 839	32 000	28 000	37 000	4 176	13	11	15
République démocratique populaire lao	0,3	54	181	–	<500	<500	49	–	13	19
République dominicaine	0,7	99 x	218	–	<1 000	1 200	1 300	–	>95	>95
République populaire démocratique de Corée	–	100	356	–	–	–	–	–	–	–
République tchèque	–	–	118	–	<100	<100	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	5,1	88	1 898	97 000	83 000	110 000	73 955	77	66	89
Roumanie	–	94 x	224	–	<100	<200	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	771	–	<1 000	1 100	–	–	–	–
Rwanda	2,9	98	410	10 000	9 000	12 000	9 057	87	75	>95
Saint-Kitts-et-Nevis	–	100 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	100	2	–	–	–	17	–	–	–
Sainte-Lucie	–	99 x	3	–	–	–	12	–	–	–
Samoa	–	93	5	–	–	–	1	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	1,0	98	7	–	<100	<100	36	–	42	86
Sénégal	0,5	93	524	–	2 000	3 300	1 000	–	30	48
Serbie	–	99	94	–	<100	<100	–	–	–	–
Seychelles	–	–	2	–	–	–	4	–	–	–
Sierra Leone	1,5	93	222	3 200	2 300	4 800	3 018	93	67	>95
Singapour	–	–	53	–	<100	<100	–	–	–	–
Slovaquie	–	97 x	58	–	<100	<100	–	–	–	–
Slovénie	–	100 x	21	–	<100	<100	–	–	–	–
Somalie	0,5	26 x	452	–	1 100	2 700	57	–	2	5
Soudan	–	74	1 263	–	–	–	191	–	–	–
Soudan du Sud	2,7	40	396	7 500	4 600	12 000	1 002	13	8	21
Sri Lanka	<0,1	99 x	383	–	<100	<100	5	–	6	16
Suède	–	100 x	114	–	<100	<200	–	–	–	–
Suisse	–	–	82	–	<100	<200	–	–	–	–
Suriname	1,1	91	10	–	<100	<200	107	–	>95	>95
Swaziland	26,5	97	37	12 000	11 000	13 000	10 167	83	75	92
Tadjikistan	0,3	79	265	–	<200	<1 000	62	–	11	44

VERS UNE GÉNÉRATION SANS SIDA – Enfants et SIDA : sixième bilan de la situation



## Éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie

Pays et régions	Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans), 2012	Taux de couverture pour les soins prénatals (au moins une consultation, %) (2008-2012*)	Nombre annuel de naissances (en milliers), 2012	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012			Nombre déclaré de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012		
				Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Tchad	2,7	53	579	12 000	10 000	16 000	1 680	14	11	18
Thaïlande	1,1	99	702	–	4 400	6 200	4 918	–	78	>95
Timor-Leste	–	84	40	–	–	–	–	–	–	–
Togo	2,9	72	245	5 100	4 200	6 300	4 411	86	70	>95
Tonga	–	98	3	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	–	96 x	20	–	<500	<500	–	–	–	–
Tunisie	<0,1	98	189	–	<100	<100	9	–	17	52
Turkménistan	–	99 x	111	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	92	1 268	–	<100	<200	–	–	–	–
Tuvalu	–	97 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	0,9	99 x	495	–	2 000	3 900	5 220	–	>95	>95
Uruguay	0,7	96 x	49	–	<100	<200	–	–	–	–
Vanuatu	–	84 x	7	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	0,6	94 x	601	–	1 000	2 700	690	–	25	67
Viet Nam	0,4	94	1 440	–	<1 000	6 200	1 294	–	11	86
Yémen	0,1	47 x	752	–	<500	2 400	20	–	1	6
Zambie	12,7	94 x	608	79 000	71 000	88 000	76 963	>95	87	>95
Zimbabwe	14,7	90	439	68 000	60 000	76 000	55 849	82	72	91

### DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne <sup>a/</sup>	4,5	78 †	34 734	1 400 000	1 200 000	1 500 000	857 830	63	55	73
Afrique de l'Est et australe	6,9	79 †	15 780	1 000 000	940 000	1 100 000	753 490	75	66	85
Afrique de l'Ouest et centrale	2,3	78 †	17 667	350 000	300 000	400 000	104 086	30	26	36
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,1	83 †	10 223	6 700	4 600	10 000	641	10	6	14
Asie du Sud	<0,1	71 †	35 448	39 000	32 000	57 000	202	1	<1	1
Asie de l'Est et Pacifique	0,2	89 **†	30 975	36 000	24 000	53 000	11 966	43	29	66
Amérique latine et Caraïbes	0,5	96 †	10 951	24 000	19 000	33 000	21 449	88	58	>95
ECO/CEI	0,5	– †	5 889	13 000	9 000	17 000	6 621	>95	>95	>95
Pays les moins avancés	1,7	74 †	29 287	640 000	580 000	730 000	348 803	63	52	74
Pays à revenu faible et intermédiaire	0,9	–	–	1 500 000	1 300 000	1 600 000	898 455	62	57	70
Monde	0,8	83 **†	138 314	1 500 000	1 400 000	1 700 000	–	–	–	–

### DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans), 2012 :** pourcentage d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH en 2012.

**Taux de couverture pour les soins prénatals (au moins une consultation, %) (2008-2012) :** pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont bénéficié au moins une fois pendant leur grossesse de soins prodigués par un soignant qualifié (médecin, infirmier(ère) ou sage-femme).

**Nombre annuel de naissances (en milliers), 2012 :** estimation du nombre de naissances vivantes en 2012 (en milliers).

**Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012 :** estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2012.

**Nombre déclaré de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012 :** nombre de femmes testées séropositives au VIH lors des consultations prénatales ayant bénéficié des traitements antirétroviraux (ARV) les plus efficaces pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant, à l'exception de la dose unique de névirapine.

**Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012 :** calculé en divisant le nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu les traitements ARV les plus efficaces (à l'exception de la dose unique de névirapine) aux fins de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME) par le nombre estimé non arrondi de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2012. Des estimations ponctuelles et des fourchettes sont données pour les pays dans lesquels l'épidémie est généralisée. Pour les pays dans lesquels l'épidémie est faible ou concentrée, seules des fourchettes sont données. Les fourchettes des estimations de la couverture se basent sur les limites de plausibilité (incertitude) dans le dénominateur, c'est-à-dire le nombre estimé faible et élevé de femmes enceintes vivant avec le VIH.

### SOURCES PRINCIPALES

**Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans), 2012 :** ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2013*.

**Taux de couverture pour les soins prénatals (au moins une consultation, %) (2008-2012) :** données statistiques fournies par la Section des statistiques et du suivi de l'UNICEF, septembre 2013.

**Nombre annuel de naissances (en milliers), 2012 :** Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

**Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012 :** ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2013*.

**Nombre déclaré de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012 :** OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2013*.

**Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2012 :** OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2013* et ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2013*.

### NOTES

– Données non disponibles.

\* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

\*\* À l'exception de la Chine.

† Les moyennes régionales sont calculées uniquement lorsque la population représente 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, à l'exception de l'Inde (2005-2006). Les estimations pour les années antérieures à 2005 ne sont pas présentées.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Si elles entrent dans la période de référence, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

p Basé sur de petits dénominateurs (en général, 25 à 29 cas non pondérés). Les données basées sur moins de 25 cas non pondérés ne sont pas présentées.

a/ Y compris le Soudan et Djibouti.

Les chiffres ayant été arrondis, le total pour certaines estimations ne correspond pas nécessairement à la somme des chiffres partiels.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1er juillet 2013; ces pays forment la base de l'analyse des données pour l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

**Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH**

Pays et régions	Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2012			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute					
Afghanistan	–	–	–	–	<100	<1 000	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	410 000	370 000	450 000	280 000	260 000	310 000	205 885	73	67	80	239 434
Albanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Algérie	–	–	–	–	–	–	9	–	–	–	–
Allemagne	–	–	–	–	<500	<500	–	–	–	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	30 000	24 000	39 000	15 000	12 000	19 000	2 061	13	11	17	2 061
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	–	–	–	–	1 400	2 400	2 525	–	>95	>95	2 525
Arménie	–	–	–	–	<100	<100	10	–	29	>95	12
Australie	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Autriche	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	–	–	–	–	<100	<100	35	–	38	76	31
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	–	–	–	<100	1 400	9	–	1	15	11
Barbade	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Bélarus	–	–	–	–	<200	<500	195	–	87	>95	204
Belgique	–	–	–	–	<200	<500	–	–	–	–	–
Belize	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	44
Bénin	9 100	7 700	11 000	3 400	2 900	4 000	–	–	–	–	432
Bhoutan	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Bolivie (État plurinational de)	–	–	–	–	<200	<1 000	–	–	–	–	15
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–
Botswana	11 000	10 000	12 000	13 000	11 000	14 000	8 688	68	62	76	11 818
Brésil	–	–	–	–	3 900	5 300	–	–	–	–	7 436
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Burkina Faso	21 000	17 000	25 000	5 400	4 400	6 700	1 907	35	29	43	1 732
Burundi	17 000	14 000	21 000	5 100	3 900	6 500	2 149	42	33	55	2 149
Cabo Verde	–	–	–	–	<100	<100	62	–	>95	>95	62
Cambodge	–	–	–	–	<1 000	2 300	470	–	20	71	960
Cameroun	59 000	51 000	67 000	27 000	23 000	31 000	5 277	19	17	22	10 564
Canada	–	–	–	–	<200	<500	–	–	–	–	–
Chili	–	–	–	–	<100	<500	–	–	–	–	–
Chine	–	–	–	–	–	–	197	–	–	–	3 305
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	–	–	–	–	1 400	2 800	–	–	–	–	–
Comores	–	–	–	–	<200	<500	0	–	<1	<1	1
Congo	13 000	12 000	15 000	3 100	2 700	3 500	–	–	–	–	–
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	50	–	–	–	50
Côte d'Ivoire	63 000	53 000	74 000	20 000	16 000	24 000	4 951	25	21	31	7 641
Croatie	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	–	<100	<100	1	–	3	8	108
Danemark	–	–	–	–	<100	<100	–	–	–	–	–
Djibouti	1 200	<1 000	1 500	<500	<500	<500	–	–	–	–	22
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	9
El Salvador	–	–	–	–	<500	<1 000	–	–	–	–	–
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	–	–	–	–	<500	1 200	–	–	–	–	550
Érythrée	3 100	2 300	4 400	<1 000	<500	<1 000	166	26	18	36	280
Espagne	–	–	–	–	<500	<1 000	–	–	–	–	–
Estonie	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
État de Palestine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
États-Unis	–	–	–	–	3 200	11 000	–	–	–	–	–
Éthiopie	170 000	140 000	200 000	38 000	32 000	46 000	7 001	18	15	22	7 072

## Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH

Pays et régions	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012			Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les directives OMS/ONUSIDA, 2012			Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral, 2012	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (0-14 ans), %, 2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute				
Afghanistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	–	–
Afrique du Sud	84	78	93	240 546	85	78	94	220 000	210 000	250 000	140 541	63	57	69
Albanie	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–
Algérie	–	–	–	63	–	–	–	–	–	–	262	–	–	–
Allemagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	13	11	17	1 010	7	5	8	19 000	15 000	24 000	2 903	15	12	19
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	–	>95	>95	190	–	8	14	–	–	–	3 000	–	–	–
Arménie	–	35	>95	7	–	21	>95	–	–	–	13	–	–	–
Australie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Autriche	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	–	33	67	38	–	41	83	–	–	–	22	–	–	–
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	1	19	–	–	–	–	–	–	–	48	–	–	–
Barbade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	–	91	>95	162	–	72	>95	–	–	–	154	–	–	–
Belgique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	–	48	66	44	–	48	66	–	–	–	95	–	–	–
Bénin	13	11	15	432	13	11	15	5 300	4 500	6 200	2 635	49	42	58
Bhoutan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	–	–	–
Bolivie (État plurinational de)	–	3	9	–	–	–	–	–	–	–	86	–	–	–
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Botswana	93	85	>95	4 827	38	35	42	10 000	9 900	10 000	10 261	>95	>95	>95
Brésil	–	>95	>95	2 241	–	42	57	–	–	–	–	–	–	–
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	–	14	–	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Burkina Faso	32	26	39	1 101	20	17	25	12 000	9 700	14 000	6 863	59	49	72
Burundi	42	33	55	547	11	8	14	9 700	7 800	12 000	2 023	21	17	26
Cabo Verde	–	>95	>95	42	–	>95	>95	–	–	–	66	–	–	–
Cambodge	–	42	>95	439	–	19	66	–	–	–	4 595	–	–	–
Cameroun	39	34	45	9 563	35	31	41	33 000	29 000	38 000	4 992	15	13	17
Canada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chili	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chine	–	–	–	1 119	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	–	–	–	332	–	12	23	–	–	–	6 249	–	–	–
Comores	–	<1	1	0	–	<1	<1	–	–	–	1	–	–	–
Congo	–	–	–	316	10	9	12	7 500	6 600	8 500	1 148	15	13	17
Costa Rica	–	–	–	50	–	–	–	–	–	–	61	–	–	–
Côte d'Ivoire	39	32	48	5 346	27	22	34	35 000	29 000	41 000	5 620	16	14	19
Croatie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	>95	>95	108	–	>95	>95	–	–	–	24	–	–	–
Danemark	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	7	5	9	22	7	5	9	<1 000	<1 000	<1 000	40	6	5	8
Dominique	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Égypte	–	6	14	9	–	6	14	–	–	–	42	–	–	–
El Salvador	–	–	–	8	–	1	3	–	–	–	335	–	–	–
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	–	45	>95	550	–	45	>95	–	–	–	550	–	–	–
Érythrée	44	30	60	–	–	–	–	1 900	1 400	2 600	632	34	26	46
Espagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
État de Palestine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
États-Unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	18	16	22	7 260	19	16	22	73 000	63 000	84 000	17 677	24	22	29

Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH

Pays et régions	Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2012			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute					
ex-République yougoslave de Macédoine	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-	-	<100	<100	8	-	40	62	15
Finlande	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	<1 000	1 700	-	-	-	-	-
Gabon	3 600	3 000	4 200	1 500	1 300	1 900	371	24	19	29	474
Gambie	-	-	-	-	<1 000	1 300	1 070	-	81	>95	337
Géorgie	-	-	-	-	<100	<100	24	-	32	69	24
Ghana	28 000	23 000	33 000	9 500	7 800	11 000	2 236	24	20	29	2 723
Grèce	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	11
Guatemala	-	-	-	-	1 000	4 600	121	-	3	12	168
Guinée	14 000	11 000	17 000	6 300	5 000	8 000	2 275	36	29	46	1 658
Guinée équatoriale	-	1 700	6 100	-	<1 000	2 600	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	5 900	4 500	7 700	2 200	1 600	3 100	-	-	-	-	707
Guyana	-	-	-	-	<100	<500	127	-	42	>95	174
Haïti	12 000	10 000	14 000	5 000	4 200	5 700	1 168	24	20	28	2 663
Honduras	-	-	-	-	<500	<1 000	-	-	-	-	119
Hongrie	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	-	-	-	-	27 000	49 000	-	-	-	-	13 432
Indonésie	-	-	-	-	8 100	20 000	-	-	-	-	-
Iran (République islamique d')	-	-	-	-	<500	1 100	74	-	7	16	77
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	<100	<500	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	-	-
Jamaïque	-	-	-	-	<500	<500	-	-	-	-	338
Japon	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Jordanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	-	-	-	-	-	-	306	-	-	-	309
Kenya	200 000	180 000	240 000	86 000	76 000	97 000	-	-	-	-	48 602
Kirghizistan	-	-	-	-	<100	<200	76	-	44	>95	84
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	38 000	34 000	42 000	16 000	14 000	17 000	-	-	-	-	-
Lettonie	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	-
Liban	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	5
Libéria	3 700	3 100	4 400	<1 000	<1 000	1 300	-	-	-	-	604
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Madagascar	-	-	-	-	2 100	3 100	8	-	<1	<1	8
Malaisie	-	-	-	-	<500	<1 000	258	-	36	74	258
Malawi	180 000	160 000	200 000	68 000	61 000	75 000	17 588	26	23	29	36 667
Maldives	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Mali	-	-	-	-	4 200	7 200	-	-	-	-	-
Malte	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Maroc	-	-	-	-	<500	<1 000	190	-	34	63	190
Maurice	-	-	-	-	<100	<100	69	-	81	>95	72
Mauritanie	-	-	-	-	<500	<1 000	-	-	-	-	45
Mexique	-	-	-	-	1 100	1 900	-	-	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	0
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



## Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH

Pays et régions	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012			Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les directives OMS/ONUSIDA, 2012			Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral, 2012	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (0-14 ans), %, 2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute				
ex-République yougoslave de Macédoine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	75	>95	5	-	25	38	-	-	-	7	-	-	-
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	31	25	38	681	45	35	54	2 000	1 700	2 400	494	24	20	29
Gambie	-	26	48	-	-	-	-	-	-	-	271	-	-	-
Géorgie	-	32	69	24	-	32	69	-	-	-	42	-	-	-
Ghana	29	24	35	1 702	18	15	22	14 000	12 000	17 000	3 504	25	20	30
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Guatemala	-	4	17	206	-	5	21	-	-	-	1 024	-	-	-
Guinée	26	21	33	8	<1	<1	<1	8 300	6 800	10 000	1 114	13	11	17
Guinée équatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	32	23	43	-	-	-	-	3 300	2 500	4 400	335	11	8	14
Guyana	-	58	>95	71	-	24	76	-	-	-	201	-	-	-
Haiti	54	47	63	3 901	79	68	92	6 700	5 700	7 800	2 265	34	29	40
Honduras	-	18	29	176	-	26	43	-	-	-	783	-	-	-
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Inde	-	27	49	-	-	-	-	-	-	-	34 367	-	-	-
Indonésie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 695	-	-	-
Iran (République islamique d')	-	7	17	40	-	4	9	-	-	-	141	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	-	70	>95	-	-	-	-	-	-	-	454	-	-	-
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	-	-	-	306	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	57	50	64	33 777	39	35	44	150 000	130 000	170 000	55 439	38	34	45
Kirghizistan	-	49	>95	14	-	8	18	-	-	-	70	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	22 000	19 000	24 000	5 395	25	22	27
Lettonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Libéria	62	48	78	564	-	-	-	2 100	1 800	2 500	430	20	17	24
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	-	<1	<1	4	-	<1	<1	-	-	-	14	-	-	-
Malaisie	-	36	74	258	-	36	74	-	-	-	490	-	-	-
Malawi	54	49	61	2 830	4	4	5	100 000	90 000	110 000	36 441	36	33	41
Maldives	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Mali	-	-	-	777	-	11	19	-	-	-	1 912	-	-	-
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	-	34	63	190	-	34	63	-	-	-	244	-	-	-
Maurice	-	85	>95	14	-	16	21	-	-	-	10	-	-	-
Mauritanie	-	6	13	-	-	-	-	-	-	-	51	-	-	-
Mexique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 800	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH

Pays et régions	Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2012			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute					
Mongolie	-	-	-	-	<100	<100	2	-	6	7	2
Monténégro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	180 000	150 000	220 000	94 000	81 000	110 000	60 571	64	54	74	51 299
Myanmar	-	-	-	-	2 800	4 000	1 288	-	32	45	3 134
Namibie	18 000	16 000	22 000	8 100	6 700	9 700	-	-	-	-	7 871
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	-	-	-	-	<1 000	1 200	72	-	6	11	108
Nicaragua	-	-	-	-	<200	<500	100	-	32	76	120
Niger	-	-	-	-	2 500	3 900	239	-	6	10	278
Nigéria	430 000	370 000	500 000	200 000	170 000	230 000	8 562	4	4	5	12 455
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Ouganda	190 000	160 000	230 000	100 000	88 000	120 000	-	-	-	-	-
Ouzbékistan	-	-	-	-	<500	<1 000	-	-	-	-	521
Pakistan	-	-	-	-	1 000	3 200	0	-	<1	<1	32
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	-	-	-	<200	<500	168	-	56	>95	192
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3 100	2 300	4 100	<1 000	<1 000	1 100	-	-	-	-	302
Paraguay	-	-	-	-	<500	<1 000	113	-	15	55	170
Pays-Bas	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	-
Pérou	-	-	-	-	<1 000	4 000	-	-	-	-	496
Philippines	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	-	-
Pologne	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	<200	<500	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Corée	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	-
République de Moldova	-	-	-	-	<200	<500	60	-	27	44	149
République démocratique du Congo	88 000	77 000	100 000	32 000	28 000	37 000	-	-	-	-	-
République démocratique populaire lao	-	-	-	-	<500	<500	14	-	4	5	32
République dominicaine	-	-	-	-	<1 000	1 200	225	-	19	32	706
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République tchèque	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	230 000	200 000	270 000	97 000	83 000	110 000	48 858	51	44	59	71 571
Roumanie	-	-	-	-	<100	<200	-	-	-	-	196
Royaume-Uni	-	-	-	-	<1 000	1 100	-	-	-	-	-
Rwanda	27 000	23 000	33 000	10 000	9 000	12 000	7 576	72	62	84	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	19
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	10
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	<100	<100	20	-	24	49	30
Sénégal	-	-	-	-	2 000	3 300	-	-	-	-	444
Serbie	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	10
Sierra Leone	5 800	4 300	8 600	3 200	2 300	4 800	435	13	9	19	151
Singapour	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-	-
Somalie	-	-	-	-	1 000	2 700	-	-	-	-	50
Soudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH

Pays et régions	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012			Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les directives OMS/ONUSIDA, 2012			Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral, 2012	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (0-14 ans), %, 2012		
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute				
Mongolie	–	6	7	2	–	6	7	–	–	–	–	–	–	–
Monténégro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Mozambique	55	46	63	34 553	37	31	42	100 000	88 000	120 000	27 164	27	23	32
Myanmar	–	78	>95	243	–	6	9	–	–	–	4 033	–	–	–
Namibie	>95	82	>95	5 989	74	62	89	13 000	12 000	15 000	11 340	88	80	>95
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	–	9	17	40	–	3	6	–	–	–	699	–	–	–
Nicaragua	–	39	92	66	–	21	50	–	–	–	104	–	–	–
Niger	–	7	11	33	–	1	1	–	–	–	673	–	–	–
Nigéria	6	6	7	8 276	4	4	5	260 000	220 000	290 000	31 556	12	11	14
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	–	–	–	–	–	–	–	110 000	88 000	130 000	35 453	33	28	41
Ouzbékistan	–	62	>95	239	–	28	63	–	–	–	2 530	–	–	–
Pakistan	–	1	3	7	–	<1	1	–	–	–	139	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Panama	–	64	>95	65	–	22	48	–	–	–	256	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	36	27	47	270	32	24	42	1 800	1 400	2 300	722	39	30	51
Paraguay	–	23	82	160	–	21	77	–	–	–	181	–	–	–
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	–	13	>95	248	–	6	50	–	–	–	495	–	–	–
Philippines	–	–	–	8	–	3	7	–	–	–	33	–	–	–
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
République centrafricaine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	825	–	–	–
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	–	66	>95	144	–	64	>95	–	–	–	63	–	–	–
République démocratique du Congo	–	–	–	1 916	6	5	7	53 000	47 000	61 000	4 751	9	8	10
République démocratique populaire lao	–	9	13	22	–	6	9	–	–	–	163	–	–	–
République dominicaine	–	61	>95	522	–	45	73	–	–	–	1 083	–	–	–
République populaire démocratique de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République tchèque	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	74	64	86	26 608	28	24	32	130 000	110 000	150 000	32 407	26	22	30
Roumanie	–	–	–	190	–	–	–	–	–	–	207	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	–	–	–	7 760	74	63	86	18 000	15 000	21 000	7 597	43	36	52
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	–	14	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–
Sainte-Lucie	–	–	–	7	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–
Samoa	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	36	73	0	–	<1	<1	–	–	–	11	–	–	–
Sénégal	–	13	22	296	–	9	15	–	–	–	1 207	–	–	–
Serbie	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	10	–	–	–
Seychelles	–	–	–	11	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–
Sierra Leone	5	3	6	88	3	2	4	3 000	2 200	4 700	457	15	11	24
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	–	2	5	–	–	–	–	–	–	–	43	–	–	–
Soudan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	170	–	–	–

Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH

Pays et régions	Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2012			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute					
Soudan du Sud	19 000	12 000	28 000	7 500	4 600	12 000	259	3	2	6	240
Sri Lanka	–	–	–	–	<100	<100	5	–	5	14	5
Suède	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Suriname	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Swaziland	22 000	20 000	25 000	12 000	11 000	13 000	9 092	74	67	83	8 459
Tadjikistan	–	–	–	–	<200	<1 000	68	–	10	41	67
Tchad	34 000	28 000	43 000	12 000	10 000	16 000	558	4	3	6	1 650
Thaïlande	–	–	–	–	4 400	6 200	2 560	–	42	58	4 822
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	17 000	14 000	21 000	5 100	4 200	6 300	2 476	48	39	59	2 982
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	–	–	–	–	<500	<500	–	–	–	–	–
Tunisie	–	–	–	–	<100	<100	0	–	<1	<1	5
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	2
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	–	–	–	–	2 000	3 900	–	–	–	–	–
Uruguay	–	–	–	–	<100	<200	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	1 000	2 700	–	–	–	–	–
Viet Nam	–	–	–	–	<1 000	6 200	1 342	–	21	>95	1 822
Yémen	–	–	–	–	<500	2 400	7	–	<1	2	17
Zambie	160 000	140 000	170 000	79 000	71 000	88 000	41 095	52	46	58	34 062
Zimbabwe	180 000	160 000	200 000	68 000	60 000	76 000	36 711	54	48	61	51 566

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne <sup>a/</sup>	3 000 000	2 700 000	3 300 000	1 400 000	1 200 000	1 500 000	478 432	44	39	50	618 518
Afrique de l'Est et australe	2 100 000	2 000 000	2 400 000	1 000 000	940 000	1 100 000	447 788	56	50	64	573 292
Afrique de l'Ouest et centrale	860 000	730 000	990 000	350 000	300 000	400 000	30 644	10	9	12	45 204
Moyen-Orient et Afrique du Nord	14 000	9 800	23 000	6 700	4 600	10 000	285	9	5	17	347
Asie du Sud	150 000	140 000	210 000	39 000	32 000	57 000	86	3	1	5	13 588
Asie de l'Est et Pacifique	63 000	41 000	94 000	36 000	24 000	53 000	6 140	27	18	41	14 653
Amérique latine et Caraïbes	56 000	46 000	70 000	24 000	19 000	33 000	4 947	43	30	58	16 458
ECO/CEI	19 000	17 000	24 000	13 000	9 000	17 000	774	69	42	>95	1 599
Pays les moins avancés	1 500 000	1 400 000	1 800 000	640 000	580 000	730 000	159 451	41	34	48	189 631
Pays à revenu faible et intermédiaire	3 200 000	3 000 000	3 700 000	1 500 000	1 300 000	1 600 000	490 664	44	38	50	665 304
Monde	3 300 000	3 000 000	3 700 000	1 500 000	1 400 000	1 700 000	–	–	–	–	–

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2012 :** estimation du nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH en 2012.

**Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012 :** estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2012.

**Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012 :** nombre déclaré de nourrissons exposés au VIH (car nés de femmes enceintes séropositives) ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance.

**Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012 :** calculé en divisant le nombre de nourrissons exposés au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole par le nombre estimé d'enfants nés de femmes enceintes vivant avec le VIH. Le dénominateur est le nombre estimé non arrondi de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2012.

**Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à**

**l'enfant, 2012 :** nombre déclaré de nourrissons exposés au VIH ayant reçu une prophylaxie antirétrovirale aux fins de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant en 2012.

**Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012 :** calculé en divisant le nombre de nourrissons exposés au VIH ayant reçu une prophylaxie antirétrovirale par le nombre estimé d'enfants nés de femmes enceintes vivant avec le VIH. Le dénominateur est le nombre estimé non arrondi de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2012.

**Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012 :** nombre déclaré de nourrissons exposés au VIH ayant été soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance.

**Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012 :** calculé en divisant le nombre de nourrissons exposés au VIH ayant été soumis à un test virologique du VIH par le nombre estimé d'enfants nés de femmes enceintes vivant avec le VIH. Le dénominateur est le nombre estimé non arrondi de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2012.

**Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les directives OMS/ONUSIDA, 2012 :** estimation du nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement antirétroviral (TARV) en 2012.

**Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral, 2012 :** nombre déclaré d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH recevant un traitement ARV en 2012.

**Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (0-14 ans), %, 2012 :** calculée en divisant le nombre déclaré d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) bénéficiant d'un traitement ARV par le nombre estimé d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) en ayant besoin en 2012.

SOURCES PRINCIPALES

**Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2012 :** Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013.

**Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2012 :** Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013.



## Assurer la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH

Pays et régions	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012	% de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012			Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les directives OMS/ONUSIDA, 2012			Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral, 2012	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (0-14 ans), %, 2012		
	3	2	5		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute				
Soudan du Sud	3	2	5	–	–	–	–	11 000	7 200	17 000	553	5	3	8
Sri Lanka	–	5	14	2	–	2	5	–	–	–	24	–	–	–
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	–	–	–
Swaziland	69	63	77	9 898	81	73	90	14 000	12 000	15 000	7 431	54	49	59
Tadjikistan	–	10	41	–	–	–	–	–	–	–	149	–	–	–
Tchad	13	10	16	443	4	3	4	20 000	17 000	25 000	5 812	29	24	37
Thaïlande	–	78	>95	3 802	–	62	87	–	–	–	6 274	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–
Togo	58	47	71	837	16	13	20	8 800	7 200	11 000	2 098	24	19	30
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tunisie	–	10	29	5	–	10	29	–	–	–	12	–	–	–
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2 268	–	–	–
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	90	–	3	9	–	–	–	972	–	–	–
Viet Nam	–	29	>95	955	–	15	>95	–	–	–	3 828	–	–	–
Yémen	–	1	4	2	–	<1	<1	–	–	–	53	–	–	–
Zambie	43	39	48	48 188	61	54	68	89 000	80 000	99 000	34 084	38	35	43
Zimbabwe	75	68	85	23 192	34	30	38	100 000	94 000	120 000	46 874	45	40	49
Afrique subsaharienne <sup>a/</sup>	52	46	60	479 457	39	34	45	1 700 000	1 600 000	1 500 000	550 791	33	28	38
Afrique de l'Est et australe	65	58	74	447 014	51	45	57	1 200 000	1 100 000	1 300 000	473 732	40	35	46
Afrique de l'Ouest et centrale	15	13	17	32 421	9	8	11	500 000	430 000	570 000	76 825	15	13	18
Moyen-Orient et Afrique du Nord	13	7	21	350	10	5	17	9 600	6 400	16 000	993	7	4	10
Asie du Sud	35	25	47	49	2	1	3	91 000	82 000	130 000	35 266	39	30	49
Asie de l'Est et Pacifique	63	42	94	7 124	30	20	45	45 000	32 000	64 000	23 933	53	41	72
Amérique latine et Caraïbes	86	57	>95	9 438	42	27	57	39 000	33 000	49 000	26 499	67	50	83
ECO/CEI	87	55	>95	1 143	72	49	>95	12 000	12 000	13 000	9 024	85	80	89
Pays les moins avancés	49	41	58	91 737	22	18	25	860 000	770 000	970 000	209 136	28	23	32
Pays à revenu faible et intermédiaire	52	45	61	497 748	39	34	45	1 900 000	1 700 000	2 100 000	646 852	34	31	39
Monde	–	–	–	–	–	–	–	1 900 000	1 700 000	2 100 000	–	–	–	–

**Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012** : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2013*.

**Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2012** : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2013*, et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012** : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2013*.

**Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 2012** : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2013*, et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012** : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2013*.

**Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH soumis à un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance, 2012** : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2013*, et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les directives OMS/ONUSIDA, 2012** : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013.

**Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral, 2012** : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013.

**Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (0-14 ans), 2012** : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2013*, ONUSIDA, Genève, 2013.

### NOTES

– Données non disponibles.

\* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

\*\* À l'exception de la Chine.

† Les moyennes régionales sont calculées uniquement lorsque la population représente 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, à l'exception de l'Inde (2005-2006). Les estimations pour les années antérieures à 2005 ne sont pas présentées.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Si elles entrent dans la période de référence, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

p Basé sur de petits dénominateurs (en général, 25 à 29 cas non pondérés). Les données basées sur moins de 25 cas non pondérés ne sont pas présentées.

a/ Y compris le Soudan et Djibouti.

Les chiffres ayant été arrondis, le total pour certaines estimations ne correspond pas nécessairement à la somme des chiffres partiels.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1<sup>er</sup> juillet 2013; ces pays forment la base de l'analyse des données pour l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

**Démographie et épidémiologie du VIH chez les adolescents**

Pays et régions	Démographie			Épidémiologie					
	Population (en milliers), 2012 :		Adolescents (10-19 ans) en % de la population totale	Estimation du nombre d'adolescents vivant avec le VIH, 2012			Adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH en % des personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2012	Nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents <sup>9</sup> (15-19 ans), 2012	Nombre de décès dus au SIDA chez les adolescents (10-19 ans), 2012
	Total	10-19 ans		Total 10-19 ans	Filles 10-19 ans	Garçons 10-19 ans			
Afghanistan	29 825	7 753	26,0	–	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	52 386	9 578	18,3	310 000	210 000	100 000	5	56 000	11 000
Albanie	3 162	572	18,1	–	–	–	–	–	–
Algérie	38 482	6 391	16,6	–	–	–	–	–	–
Allemagne	82 800	8 075	9,8	–	–	–	–	–	–
Andorre	78	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	20 821	4 879	23,4	13 000	7 900	5 400	5	2 500	<1 000
Antigua-et-Barbuda	89	16	17,7	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	28 288	4 723	16,7	–	–	–	–	–	–
Argentine	41 087	6 733	16,4	–	–	–	–	–	–
Arménie	2 969	415	14,0	–	–	–	–	–	–
Australie	23 050	2 929	12,7	–	–	–	–	–	–
Autriche	8 464	922	10,9	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	9 309	1 513	16,3	–	–	–	–	–	–
Bahamas	372	60	16,2	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	1 318	159	12,1	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	154 695	32 280	20,9	–	–	–	–	–	–
Barbade	283	38	13,4	–	–	–	–	–	–
Bélarus	9 405	971	10,3	–	–	–	–	–	–
Belgique	11 060	1 236	11,2	–	–	–	–	–	–
Belize	324	70	21,6	–	–	–	–	–	–
Bénin	10 051	2 330	23,2	4 500	2 400	2 100	6	<500	<500
Bhoutan	742	147	19,9	–	–	–	–	–	–
Bolivie (État plurinational de)	10 496	2 308	22,0	–	–	–	–	–	–
Bosnie-Herzégovine	3 834	539	14,1	–	–	–	–	–	–
Botswana	2 004	444	22,1	7 800	4 600	3 200	2	1 300	<100
Brésil	198 656	34 205	17,2	–	–	–	–	–	–
Brunéi Darussalam	412	70	17,1	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	7 278	664	9,1	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	16 460	3 907	23,7	16 000	8 100	7 700	14	<1 000	1 200
Burundi	9 850	2 184	22,2	11 000	5 600	5 200	12	<500	<1 000
Cabo Verde	494	109	22,0	–	–	–	–	–	–
Cambodge	14 865	3 055	20,6	–	–	–	–	–	–
Cameroun	21 700	5 045	23,2	29 000	17 000	13 000	5	4 000	1 900
Canada	34 838	4 078	11,7	–	–	–	–	–	–
Chili	17 465	2 724	15,6	–	–	–	–	–	–
Chine	1 377 065	174 700	12,7	–	–	–	–	–	–
Chypre	1 129	151	13,4	–	–	–	–	–	–
Colombie	47 704	8 797	18,4	–	–	–	–	–	–
Comores	718	155	21,6	–	–	–	–	–	–
Congo	4 337	947	21,8	7 200	3 800	3 400	10	<500	<1 000
Costa Rica	4 805	830	17,3	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	19 840	4 591	23,1	35 000	19 000	16 000	8	2 600	2 900
Croatie	4 307	471	10,9	–	–	–	–	–	–
Cuba	11 271	1 430	12,7	–	–	–	–	–	–
Danemark	5 598	696	12,4	–	–	–	–	–	–
Djibouti	860	179	20,9	<500	<500	<200	5	<100	<100
Dominique	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	80 722	15 236	18,9	–	–	–	–	–	–
El Salvador	6 297	1 425	22,6	–	–	–	–	–	–
Émirats arabes unis	9 206	812	8,8	–	–	–	–	–	–
Équateur	15 492	2 966	19,1	–	–	–	–	–	–
Érythrée	6 131	1 344	21,9	2 000	1 000	<1 000	11	<100	<200
Espagne	46 755	4 304	9,2	–	–	–	–	–	–
Estonie	1 291	129	10,0	–	–	–	–	–	–
État de Palestine	4 219	1 060	25,1	–	–	–	–	–	–
États-Unis	317 505	42 958	13,5	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	91 729	22 993	25,1	91 000	47 000	44 000	12	2 300	7 900

## Démographie et épidémiologie du VIH chez les adolescents

Pays et régions	Démographie			Épidémiologie					
	Population (en milliers), 2012 :		Adolescents (10-19 ans) en % de la population totale	Estimation du nombre d'adolescents vivant avec le VIH, 2012			Adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH en % des personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2012	Nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents <sup>9</sup> (15-19 ans), 2012	Nombre de décès dus au SIDA chez les adolescents (10-19 ans), 2012
	Total	10-19 ans		Total 10-19 ans	Filles 10-19 ans	Garçons 10-19 ans			
ex-République yougoslave de Macédoine	2 106	273	13,0	–	–	–	–	–	–
Fédération de Russie	143 170	14 071	9,8	–	–	–	–	–	–
Fidji	875	158	18,1	–	–	–	–	–	–
Finlande	5 408	620	11,5	–	–	–	–	–	–
France	63 937	7 753	12,1	–	–	–	–	–	–
Gabon	1 633	351	21,5	1 700	1 000	<1 000	4	<200	<200
Gambie	1 791	416	23,2	–	–	–	–	–	–
Géorgie	4 358	507	11,6	–	–	–	–	–	–
Ghana	25 366	5 576	22,0	14 000	7 600	6 900	6	<1 000	1 100
Grèce	11 125	1 061	9,5	–	–	–	–	–	–
Grenade	105	20	18,8	–	–	–	–	–	–
Guatemala	15 083	3 537	23,5	–	–	–	–	–	–
Guinée	11 451	2 633	23,0	5 500	–	–	5	–	<500
Guinée-Bissau	1 664	376	22,6	2 000	1 200	<1 000	5	<500	<200
Guinée équatoriale	736	156	21,2	–	–	–	–	–	–
Guyana	795	173	21,7	–	–	–	–	–	–
Haïti	10 174	2 243	22,0	9 400	5 100	4 300	6	<1 000	<1 000
Honduras	7 936	1 793	22,6	–	–	–	–	–	–
Hongrie	9 976	1 046	10,5	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	21	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	53	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Salomon	550	124	22,6	–	–	–	–	–	–
Inde	1 236 687	238 563	19,3	–	–	–	–	–	–
Indonésie	246 864	44 619	18,1	–	–	–	–	–	–
Iran (République islamique d')	76 424	11 790	15,4	–	–	–	–	–	–
Iraq	32 778	7 492	22,9	–	–	–	–	–	–
Irlande	4 576	584	12,8	–	–	–	–	–	–
Islande	326	45	13,7	–	–	–	–	–	–
Israël	7 644	1 224	16,0	–	–	–	–	–	–
Italie	60 885	5 788	9,5	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	2 769	560	20,2	–	–	–	–	–	–
Japon	127 250	11 822	9,3	–	–	–	–	–	–
Jordanie	7 009	1 399	20,0	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	16 271	2 420	14,9	–	–	–	–	–	–
Kenya	43 178	9 622	22,3	150 000	89 000	64 000	9	18 000	7 800
Kirghizistan	5 474	1 047	19,1	–	–	–	–	–	–
Kiribati	101	22	22,2	–	–	–	–	–	–
Koweït	3 250	466	14,3	–	–	–	–	–	–
Lesotho	2 052	498	24,3	21 000	12 000	8 900	6	2 900	1 200
Lettonie	2 060	198	9,6	–	–	–	–	–	–
Liban	4 647	861	18,5	–	–	–	–	–	–
Libéria	4 190	949	22,6	1 400	<1 000	<1 000	7	<100	<200
Libye	6 155	1 097	17,8	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	37	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	3 028	343	11,3	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	524	64	12,3	–	–	–	–	–	–
Madagascar	22 294	5 319	23,9	–	–	–	–	–	–
Malaisie	29 240	5 558	19,0	–	–	–	–	–	–
Malawi	15 906	3 796	23,9	91 000	49 000	42 000	8	6 700	5 600
Maldives	338	68	20,1	–	–	–	–	–	–
Mali	14 854	3 412	23,0	–	–	–	–	–	–
Malte	428	51	11,8	–	–	–	–	–	–
Maroc	32 521	6 063	18,6	–	–	–	–	–	–
Maurice	1 240	192	15,5	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	3 796	841	22,2	–	–	–	–	–	–
Mexique	120 847	23 529	19,5	–	–	–	–	–	–
Micronésie (États fédérés de)	103	26	25,2	–	–	–	–	–	–
Monaco	38	–	–	–	–	–	–	–	–

◀ Démographie et épidémiologie du VIH chez les adolescents

Pays et régions	Démographie			Épidémiologie					
	Population (en milliers), 2012 :		Adolescents (10-19 ans) en % de la population totale	Estimation du nombre d'adolescents vivant avec le VIH, 2012			Adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH en % des personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2012	Nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents <sup>9</sup> (15-19 ans), 2012	Nombre de décès dus au SIDA chez les adolescents (10-19 ans), 2012
	Total	10-19 ans		Total 10-19 ans	Filles 10-19 ans	Garçons 10-19 ans			
Mongolie	2 796	473	16,9	–	–	–	–	–	–
Monténégro	621	85	13,6	–	–	–	–	–	–
Mozambique	25 203	5 835	23,2	100 000	68 000	34 000	7	17 000	3 900
Myanmar	52 797	9 299	17,6	–	–	–	–	–	–
Namibie	2 259	530	23,5	9 300	5 200	4 100	4	1 000	<500
Nauru	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	27 474	6 354	23,1	–	–	–	–	–	–
Nicaragua	5 992	1 319	22,0	–	–	–	–	–	–
Niger	17 157	3 956	23,1	–	–	–	–	–	–
Nigéria	168 834	37 675	22,3	170 000	93 000	74 000	5	21 000	11 000
Nioué	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	4 994	642	12,9	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	4 460	606	13,6	–	–	–	–	–	–
Oman	3 314	557	16,8	–	–	–	–	–	–
Ouganda	36 346	8 890	24,5	110 000	64 000	48 000	7	15 000	6 300
Ouzbékistan	28 541	5 696	20,0	–	–	–	–	–	–
Pakistan	179 160	39 901	22,3	–	–	–	–	–	–
Palaos	21	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	3 802	690	18,2	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	7 167	1 601	22,3	1 300	<1 000	<1 000	5	<100	<100
Paraguay	6 687	1 395	20,9	–	–	–	–	–	–
Pays-Bas	16 714	2 007	12,0	–	–	–	–	–	–
Pérou	29 988	5 804	19,4	–	–	–	–	–	–
Philippines	96 707	20 817	21,5	–	–	–	–	–	–
Pologne	38 211	4 132	10,8	–	–	–	–	–	–
Portugal	10 604	1 094	10,3	–	–	–	–	–	–
Qatar	2 051	171	8,3	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	21 890	4 749	21,7	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	4 525	1 042	23,0	–	–	–	–	–	–
République de Corée	49 003	6 350	13,0	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	3 514	424	12,1	<200	–	–	–	<100	<100
République démocratique du Congo	65 705	15 400	23,4	53 000	32 000	22 000	11	7 700	3 300
République démocratique populaire lao	6 646	1 554	23,4	–	–	–	–	–	–
République dominicaine	10 277	1 997	19,4	–	–	–	–	–	–
République populaire démocratique de Corée	24 763	3 940	15,9	–	–	–	–	–	–
République tchèque	10 660	995	9,3	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	47 783	10 828	22,7	170 000	97 000	69 000	11	21 000	10 000
Roumanie	21 755	2 230	10,3	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	62 783	7 264	11,6	–	–	–	–	–	–
Rwanda	11 458	2 774	24,2	22 000	11 000	11 000	11	<1 000	1 200
Saint-Kitts-et-Nevis	54	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	31	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	109	20	18,3	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	181	32	17,8	–	–	–	–	–	–
Samoa	189	42	22,2	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	188	40	21,5	–	–	–	–	–	–
Sénégal	13 726	3 162	23,0	–	–	–	–	–	–
Serbie	9 553	1 180	12,4	–	–	–	–	–	–
Seychelles	92	14	15,1	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	5 979	1 358	22,7	2 800	2 000	<1 000	5	<1 000	<200
Singapour	5 303	702	13,2	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	5 446	595	10,9	–	–	–	–	–	–
Slovénie	2 068	191	9,2	–	–	–	–	–	–
Somalie	10 195	2 440	23,9	–	–	–	–	–	–
Soudan	37 195	8 546	23,0	–	–	–	–	–	–
Soudan du Sud	10 838	2 544	23,5	8 000	–	–	5	–	<1 000
Sri Lanka	21 098	3 248	15,4	–	–	–	–	–	–

VERS UNE GÉNÉRATION SANS SIDA – Enfants et SIDA : sixième bilan de la situation



## Démographie et épidémiologie du VIH chez les adolescents

Pays et régions	Démographie			Épidémiologie					
	Population (en milliers), 2012 :		Adolescents (10-19 ans) en % de la population totale	Estimation du nombre d'adolescents vivant avec le VIH, 2012			Adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH en % des personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2012	Nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents <sup>§</sup> (15-19 ans), 2012	Nombre de décès dus au SIDA chez les adolescents (10-19 ans), 2012
	Total	10-19 ans		Total 10-19 ans	Filles 10-19 ans	Garçons 10-19 ans			
Suède	9 511	1 084	11,4	–	–	–	–	–	–
Suisse	7 997	865	10,8	–	–	–	–	–	–
Suriname	535	97	18,2	–	–	–	–	–	–
Swaziland	1 231	299	24,3	20 000	12 000	7 400	9	3 600	<1 000
Tadjikistan	8 009	1 710	21,3	–	–	–	–	–	–
Tchad	12 448	3 026	24,3	15 000	8 400	7 100	7	1 300	1 300
Thaïlande	66 785	9 059	13,6	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	1 114	312	28,0	–	–	–	–	–	–
Togo	6 643	1 498	22,6	8 000	4 200	3 700	6	<500	<1 000
Tonga	105	23	22,3	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	1 337	177	13,3	–	–	–	–	–	–
Tunisie	10 875	1 692	15,6	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	5 173	994	19,2	–	–	–	–	–	–
Turquie	73 997	12 846	17,4	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	45 530	4 389	9,6	–	–	–	–	–	–
Uruguay	3 395	521	15,3	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	247	52	21,1	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	29 955	5 537	18,5	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	90 796	14 819	16,3	–	–	–	–	–	–
Yémen	23 852	6 010	25,2	–	–	–	–	–	–
Zambie	14 075	3 357	23,8	82 000	43 000	39 000	7	5 500	4 400
Zimbabwe	13 724	3 327	24,2	120 000	63 000	55 000	9	6 900	6 500

### DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne <sup>a/</sup>	913 135	209 363	23	1 700 000	1 000 000	720 000	7	210 000	97 000
Afrique de l'Est et australe	441 512	101 842	23	1 300 000	800 000	550 000	7	160 000	70 000
Afrique de l'Ouest et centrale	433 568	98 796	23	390 000	220 000	170 000	6	43 000	27 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	425 055	79 451	19	17 000	9 100	8 300	7	5 300	<1 000
Asie du Sud	1 650 019	328 314	20	130 000	62 000	64 000	6	24 000	5 100
Asie de l'Est et Pacifique	2 074 608	297 376	14	110 000	55 000	53 000	4	34 000	1 400
Amérique latine et Caraïbes	604 436	111 047	18	82 000	35 000	46 000	5	17 000	2 000
ECO/CEI	408 336	53 017	13	22 000	11 000	11 000	2	5 200	<1 000
Pays les moins avancés	878 097	200 309	23	900 000	510 000	390 000	8	96 000	54 000
Pays à revenu faible et intermédiaire	–	–	–	2 100 000	1 200 000	900 000	6	290 000	110 000
Monde	7 040 823	1 185 392	17	2 100 000	1 200 000	930 000	6	300 000	110 000

### DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**Population (en milliers), 2012 :** estimation de la population totale en 2012 (en milliers).

**Adolescents (10-19 ans) en % de la population totale :**

pourcentage d'adolescents (âgés de 10 à 19 ans) dans la population totale.

**Estimation du nombre d'adolescents vivant avec le VIH, 2012 :** estimation du nombre d'adolescents (âgés de 10 à 19 ans) vivant avec le VIH en 2012.

**Adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH en % des personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2012 :** pourcentage du nombre estimé d'adultes (à partir de 15 ans) vivant avec le VIH qui sont encore adolescents (âgés de 15 à 19 ans).

**Nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents (15-19 ans), 2012 :** estimation du nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) en 2012.

**Nombre de décès dus au SIDA chez les adolescents (10-19 ans), 2012 :** estimation du nombre de décès attribués au SIDA chez les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) en 2012.

### SOURCES PRINCIPALES

**Population (en milliers), 2012 :** Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, 2013.

**Adolescents (10-19 ans) en % de la population totale :** Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, 2013.

**Estimation du nombre d'adolescents vivant avec le VIH, 2012 :** estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH en % des personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2012 :** analyse de l'UNICEF basée sur les estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents (15-19 ans), 2012 :** estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Nombre de décès dus au SIDA chez les adolescents (10-19 ans), 2012 :** estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

### NOTES

– Données non disponibles.

\* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

\*\* À l'exception de la Chine.

‡ Les moyennes régionales sont calculées uniquement lorsque la population représente 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, à l'exception de l'Inde (2005-2006). Les estimations pour les années antérieures à 2005 ne sont pas présentées.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Si elles entrent dans la période de référence, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

p Basé sur de petits dénominateurs (en général, 25 à 29 cas non pondérés). Les données basées sur moins de 25 cas non pondérés ne sont pas présentées.

a/ Y compris le Soudan et Djibouti.

§ Le logiciel de modélisation Spectrum actuellement utilisé par l'ONUSIDA considère que les infections à VIH chez les adolescents âgés de 10 à 14 ans sont dues à une transmission de la mère à l'enfant. Pour cette classe d'âge, aucun autre mode de transmission n'est répertorié dans le modèle.

Les chiffres ayant été arrondis, le total pour certaines estimations ne correspond pas nécessairement à la somme des chiffres partiels.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1<sup>er</sup> juillet 2013; ces pays forment la base de l'analyse des données pour l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

**Connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les adolescents**

Pays et régions	Connaissances		Comportement sexuel							
	% d'adolescents (15-19 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont déjà fait au moins un test de dépistage et reçu les résultats (2008-2012*)	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Afghanistan	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Albanie	36	21	0	2	–	–	1	1	–	–
Algérie	12 x	–	–	–	–	–	–	–	1 x	–
Allemagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arménie	10	4	–	6	–	–	0	0	1	1
Australie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Autriche	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	3 x	2 x	0 x	3 x	–	–	0 x	1 x	–	–
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Barbade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belgique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	39	–	1	–	–	–	4	–	–	–
Bénin	17 x	31 x	2	8	33	40	13 x	13 x	8 x	5 x
Bhoutan	22	–	0	–	–	–	2	–	10	–
Bolivie (État plurinational de)	20	24	–	10	–	43	7	10	–	–
Bosnie-Herzégovine	42	41	1	5	–	–	0	2	–	–
Botswana	–	–	2	1	–	–	2	3	–	–
Brésil	–	–	–	–	–	–	33 x	–	–	–
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	29	31	1	2	57 p	76 p	8	2	14	7
Burundi	43	45	0	1	–	–	4	9	16	11
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cambodge	43	41	0	0	–	–	0	0	7	3
Cameroun	26	30	4	10	52	70	15	11	28	13
Canada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chili	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	21 y	–	5	–	45	–	14	–	18	–
Comores	–	–	1	7	–	51 p	–	–	–	–
Congo	8	18	9	9	25	49	23	24	10	4
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	15	21	4	13	32	70	21	14	19	11
Croatie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	54	–	7	–	64	–	12	–	19	–
Danemark	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	16 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	3	16	–	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Érythrée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Espagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
État de Palestine	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–
États-Unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	24	32	0	1	–	–	7	1	32	25
ex-République yougoslave de Macédoine	23 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–

## Connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les adolescents

Pays et régions	Connaissances		Comportement sexuel							
	% d'adolescents (15-19 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont déjà fait au moins un test de dépistage et reçu les résultats (2008-2012*)	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Fédération de Russie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fidji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Finlande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
France	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	29	35	9	15	58	77	17	35	31	11
Gambie	33	–	1	–	–	–	4 x	–	4	–
Géorgie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	35	34	2 p	3	22 p	–	8	4	–	–
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	20	24	1	13	–	79	7	14	–	–
Guinée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinée-Bissau	12	–	5	–	56	–	27	–	12	–
Guinée équatoriale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	53	45	1	8	–	86	10	16	–	–
Haiti	32	25	2	14	42	58	14	36	18	8
Honduras	29	33	2	16	39	73	12	24	20	4
Hongrie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	27 x	35 x	5 x	10 x	–	–	15 x	25 x	–	–
Îles Salomon	29 x	26 x	–	–	15 x,p	–	15 x	16 x	–	–
Inde	19 x	35 x	0 x	1 x	–	39 x	8 x	3 x	1 x	1 x
Indonésie	6 x,y	2 x,y	–	–	–	–	–	–	–	–
Iran (République islamique d')	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israël	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	39 y	34 y	16	39	56 p	75	16	49	–	–
Japon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	12 x,y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	30	30	0	8	–	94 p	0	0	14	14
Kenya	42	51	1	4	–	69 p	12	22	28	22
Kirghizistan	19 x	–	–	7	–	–	0 x	–	–	–
Kiribati	41	46	1	17	–	29	1	16	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	35	28	2	13	37 p	60	9	26	43	19
Lettonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liban	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	18 x	21 x	8 x	7 x	11 x	29 x	19 x	9 x	3 x	1 x
Libye	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	23	26	3	14	7	9	17	8	8	5
Malaisie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	40	45	1	5	42 p	36	12	26	–	–
Maldives	22 y	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Mali	14	–	1	2	–	–	17	–	7	–
Malte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maurice	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	5	–	–	–	–	–	–	–	2	–
Mexique	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	28	24	0	5	–	68 p	0	2	–	–
Monténégro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

◀ Connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les adolescents

Pays et régions	Connaissances		Comportement sexuel							
	% d'adolescents (15-19 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2008-2012*)	% d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois (2008-2012*)	% d'adolescents (15-19 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont déjà fait au moins un test de dépistage et reçu les résultats (2008-2012*)			
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Mozambique	27	49	3	18	43	44	22	17	25	10
Myanmar	31	–	–	–	–	–	–	–	88	–
Namibie	62 x	59 x	1 x	6 x	77 x,p	84 x	7 x	19 x	18 x	8 x
Népal	25	33	–	2	–	–	5	4	2	4
Nicaragua	–	–	–	–	–	–	13 x	–	–	–
Niger	12 x	14 x	0	0	–	–	26 x	5 x	2 x	1 x
Nigéria	22	–	3	–	44	–	15	6	7	–
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	36	35	2	5	–	56	12	18	45	25
Ouzbékistan	27 x	–	0 x	– x	–	–	–	–	–	–
Pakistan	2 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–	–	–	–	4 x	4 x	–	–
Paraguay	–	–	6	–	50	–	7	–	–	–
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	17 x	–	1 x	– x	–	–	6	–	–	–
Philippines	19	–	–	–	–	–	2	–	0	–
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	16 x	26 x	6	17	28	50	27	10	13	6
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République démocratique du Congo	13	–	8	–	18	–	21	–	6	–
République démocratique populaire lao	23	25	–	–	–	–	5	3	–	–
République dominicaine	39 x	33 x	4 x	14 x	37 x	72 x	–	–	–	–
République populaire démocratique de Corée	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République tchèque	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	46	41	3	7	38	45	9	12	31	20
Roumanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	49	44	0	0	–	–	5	13	44	37
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	2	5	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	39	39	1	7	–	62 p	10	12	27	10
Sénégal	26	28	0	1	–	–	10	6	16	11
Serbie	53	43	3	15	–	63	1	4	3	3
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	23	–	8	–	10	–	22	11	10	–
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan du Sud	8	–	4	–	6 p	–	11	–	3	–
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	40	–	2	–	–	–	10	–	–	–



## Connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les adolescents

Pays et régions	Connaissances				Comportement sexuel					
	% d'adolescents (15-19 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2008-2012*)		% d'adolescents (15-19 ans) qui ont déjà fait au moins un test de dépistage et reçu les résultats (2008-2012*)	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Swaziland	56	52	1	3	–	92 p	3	2	–	–
Tadjikistan	11	9	–	–	–	–	0	4	–	–
Tchad	10	–	0	–	–	–	21	–	–	–
Thaïlande	46 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	11	15	–	0	–	–	1	1	–	–
Togo	33	36	4	7	47 p	–	12	6	8	8
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	49 x	–	2 x	–	–	–	5	–	–	–
Tunisie	15	–	–	–	–	–	–	–	0	–
Turkménistan	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	31 x	57 x	–	–	–	–	2 x	19 x	–	–
Ukraine	39 x	33 x	2 x	8 x	–	66 x,p	1 x	3 x	–	–
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	14 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	51	–	0	–	–	–	0	–	7	–
Yémen	2 x,y	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	36	38	2 x	5 x	47 x,p	50 x	7	9	21 x	9 x
Zimbabwe	46	42	1	3	–	66 p	4	4	25	10

### DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne <sup>a/</sup>	26 †	36 †	3	5 †	35 †	– †	13 †	9 †	19 †	– †
Afrique de l'Est et australe	34 †	39 †	2 †	5 †	– †	– †	10 †	11 †	29 †	20 †
Afrique de l'Ouest et centrale	21 †	– †	4 †	– †	37 †	– †	16 †	7 †	10 †	– †
Moyen-Orient et Afrique du Nord	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †
Asie du Sud	17 †	34 †	0 †	1 †	– †	39 †	8 †	3 †	1 †	1 †
Asie de l'Est et Pacifique	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†
Amérique latine et Caraïbes	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †
ECO/CEI	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †	– †
Pays les moins avancés	22 †	– †	2 †	– †	– †	– †	12 †	– †	27 †	– †
Pays à revenu faible et intermédiaire	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†
Monde	21 **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†	– **†

### DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH :** pourcentage d'adolescents (âgés de 15 à 19 ans) qui ont correctement identifié les deux principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH (utilisation du préservatif et relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté), qui rejettent les deux idées fausses les plus répandues dans leur région sur le VIH, et qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut transmettre le virus.

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois :** pourcentage d'adolescents (âgés de 15 à 19 ans) qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois.

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel :** pourcentage d'adolescents (âgés de 15 à 19 ans) qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois et qui affirment avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans :** pourcentage d'adolescents (âgés de 15 à 19 ans) qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) qui ont fait un test de dépistage et reçu les résultats :** pourcentage d'adolescents (âgés de 15 à 19 ans) qui ont déjà fait au moins un test de dépistage du VIH et reçu leur résultat.

### SOURCES PRINCIPALES

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH :** bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, sur la base des EDS, des enquêtes MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois :** bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, sur la base des EDS, des enquêtes MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel :** bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, sur la base des EDS, des enquêtes MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans :** bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, sur la base des EDS, des enquêtes MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.

**Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) qui ont fait un test de dépistage et reçu les résultats :** bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, sur la base des EDS, des enquêtes MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.

### NOTES

– Données non disponibles.

\* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

\*\* À l'exception de la Chine.

† Les moyennes régionales sont calculées uniquement lorsque la population représente 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, à l'exception de l'Inde (2005-2006). Les estimations pour les années antérieures à 2005 ne sont pas présentées.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Si elles entrent dans la période de référence, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

p Basé sur de petits dénominateurs (en général, 25 à 29 cas non pondérés). Les données basées sur moins de 25 cas non pondérés ne sont pas présentées.

a/ Y compris le Soudan et Djibouti.

Les chiffres ayant été arrondis, le total pour certaines estimations ne correspond pas nécessairement à la somme des chiffres partiels.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1<sup>er</sup> juillet 2013; ces pays forment la base de l'analyse des données pour l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

Épidémiologie, connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les principales populations touchées âgées de moins de 25 ans

Pays et régions	Épidémiologie			Comportement sexuel			Accès	Dépistage		
	Prévalence du VIH (%) chez les populations à haut risque dans les capitales (moins de 25 ans) (2007-2012*)			% de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2007-2012*)				% de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat (2007-2012*)		
	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	% de consommateurs de drogues injectables (moins de 25 ans) affirmant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection (2007-2012*)	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Afghanistan	2,7	0,3	0,0	43	51	17	64	79	53	73
Afrique du Sud	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Albanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Algérie	–	4,3	–	–	40	–	–	–	39	–
Allemagne	0,0	–	3,0	48	–	52	93	63	–	32
Andorre	–	–	8,2	–	–	–	–	–	–	–
Angola	–	7,2	–	–	74	25	–	–	35	30
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	1,4	–	9,4	65	100	91	92	45	–	99
Arménie	0,0	0,0	3,5	54	91	71	66	0	27	32
Australie	1,7	0,0	–	27	–	39	75	49	60	83
Autriche	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	1,7	1,2	0,0	8	57	23	54	3	13	19
Bahamas	–	–	15,0	–	–	79	–	–	–	50
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	0,7	0,2	0,0	43	62	34	41	4	8	11
Barbade	–	–	–	–	73	–	–	–	80	–
Bélarus	6,8	0,0	0,0	58	80	65	87	40	70	70
Belgique	–	0,4	3,8	–	–	54	–	24	–	39
Belize	–	0,0	10,5	–	90	60	–	–	57	57
Bénin	4,8	13,3	–	60	87	59	26	26	92	31
Bhoutan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bolivie (État plurinational de)	–	0,6	–	–	96	67	–	–	63	36
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	43	–	–	76	17	–	–
Botswana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brésil	–	–	–	–	–	–	–	–	18	21
Brunéï Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	11,9	0,0	0,0	68	85	66	75	61	59	52
Burkina Faso	–	8,6	1,3	–	98	–	–	–	–	100
Burundi	–	24,3	1,1	–	91	68	–	–	62	23
Cabo Verde	–	0,5	–	–	56	–	–	–	28	–
Cambodge	–	–	1,1	–	–	69	58	36	–	33
Cameroun	–	27,5	28,8	–	76	57	–	–	32	54
Canada	2,6	–	2,2	40	–	65	92	74	–	36
Chili	–	–	7,3	–	74	50	–	–	91	26
Chine	3,7	0,2	5,6	47	89	76	57	27	30	39
Chypre	0,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	–	0,5	9,5	–	99	–	–	–	41	–
Comores	–	0,0	–	–	68	–	–	–	100	–
Congo	–	3,8	20,2	–	82	59	–	–	46	27
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	42
Côte d'Ivoire	–	11,7	13,8	–	92	67	0	–	47	59
Croatie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	0,9	6,2	–	71	71	–	–	32	20
Danemark	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	–	12,5	–	–	71	–	–	–	100	–
Dominique	–	–	16,0	–	–	70	–	–	–	24
Égypte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	–	–	–	–	–	83	–	–	95	52
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	–	–	8,8	–	–	54	–	–	–	22
Érythrée	–	1,5	–	–	68	–	–	–	80	–
Espagne	0,0	1,2	10,9	–	–	59	–	–	–	37
Estonie	36,4	11,1	0,0	41	100	41	89	35	56	29
État de Palestine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

## Épidémiologie, connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les principales populations touchées âgées de moins de 25 ans

Pays et régions	Épidémiologie			Comportement sexuel			Accès	Dépistage		
	Prévalence du VIH (%) chez les populations à haut risque dans les capitales (moins de 25 ans) (2007-2012*)			% de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2007-2012*)				% de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat (2007-2012*)		
	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	% de consommateurs de drogues injectables (moins de 25 ans) affirmant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection (2007-2012*)	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
États-Unis	–	–	–	18	–	57	–	51	–	70
Éthiopie	–	–	–	–	98	–	–	–	98	–
ex-République yougoslave de Macédoine	0,0	0,0	0,0	53	86	51	89	92	32	32
Fédération de Russie	12,0	4,1	10,8	54	68	58	86	34	36	31
Fidji	–	0,0	–	–	91	–	–	–	27	–
Finlande	–	–	–	–	–	45	–	–	–	24
France	–	–	1,5	–	–	57	–	–	63	41
Gabon	–	–	–	–	56	–	–	–	40	–
Gambie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Géorgie	1,1	–	3,0	50	90	76	88	7	44	29
Ghana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grèce	8,8	–	–	–	0	69	–	77	57	28
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	–	–	–	95	81	–	–	92	63
Guinée	–	14,8	59,7	–	71	25	–	–	83	47
Guinée-Bissau	–	22,2	–	–	91	–	–	–	95	28
Guinée équatoriale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	–	6,6	–	–	92	–	–	–	88	86
Haïti	–	6,7	13,3	–	91	71	–	–	66	47
Honduras	–	1,4	4,1	–	78	68	–	–	81	25
Hongrie	0,0	–	4,0	21	–	25	67	22	–	100
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Salomon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	5,3	1,7	3,5	13	88	44	85	21	38	7
Indonésie	11,6	8,0	6,1	56	49	64	82	84	78	92
Iran (République islamique d')	6,6	0,0	0,0	24	62	45	91	17	25	11
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlande	–	–	–	–	–	63	–	–	–	30
Islande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israël	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italie	–	–	–	–	–	56	–	–	–	30
Jamaïque	–	1,3	25,7	–	91	75	–	–	65	72
Japon	–	–	1,2	–	37	50	–	–	72	20
Jordanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	2,6	1,0	0,3	56,2	73	86	55	58	73	56
Kenya	–	–	12,2	–	87	–	–	–	95	–
Kirghizistan	8,1	3,5	2,2	52	83	74	86	54	31	37
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lettonie	5,8	15,0	3,1	62	80	40	85	59	60	24
Liban	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libye	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	0,0	0,0	0,0	–	89	40	97	72	25	16
Luxembourg	0,0	–	–	–	–	60	–	–	–	46
Madagascar	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Malaisie	4,8	1,1	6,2	25	88	72	94	79	71	75
Malawi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maldives	0,0	0,0	0,0	–	–	–	71	15	21	12
Mali	–	25,7	–	–	97	–	–	–	–	–
Malte	–	–	–	–	–	–	–	12	–	–
Maroc	1,7	1,0	3,3	28	47	50	58	7	15	25
Maurice	–	11,1	8,3	16	86	58	83	32	75	93

Épidémiologie, connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les principales populations touchées âgées de moins de 25 ans

Pays et régions	Épidémiologie Prévalence du VIH (%) chez les populations à haut risque dans les capitales (moins de 25 ans) (2007-2012*)			Comportement sexuel % de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2007-2012*)			Accès % de consommateurs de drogues injectables (moins de 25 ans) affirmant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection (2007-2012*)	Dépistage % de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat (2007-2012*)		
	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Mauritanie	–	–	4,6	–	–	–	–	–	59	–
Mexique	6,9	0,9	12,4	38	65	72	40	34	54	38
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	–	0,0	10,0	–	84	70	–	–	50	56
Monténégro	–	0,0	0,0	–	81	–	95	–	17	11
Mozambique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Myanmar	13,3	5,9	4,5	79	96	84	83	26	68	45
Namibie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	1,1	–	1,3	40	–	75	97	19	–	36
Nicaragua	–	1,2	3,0	–	97	52	–	–	42	28
Niger	–	17,2	–	–	96	–	–	–	70	–
Nigéria	3,7	19,0	15,1	55	87	48	75	18	37	21
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	0,0	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouzbékistan	5,6	1,7	2,0	55	86	64	78	30	32	27
Pakistan	33,9	2,2	–	22	–	24	63	8	6	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	–	–	–	–	27	35	–	–	27	35
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	12,7	1,9	–	75	60	–	–	43	63
Paraguay	4,0	3,0	13,1	48	94	72	93	70	72	54
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	–	–	10,5	–	70	52	–	–	–	–
Philippines	9,5	0,3	1,5	16	65	34	22	2	14	4
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	4,9	9,1	2,8	36	93	71	59	41	71	76
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	–	–	33,9	–	–	69	–	–	–	84
République de Corée	–	–	4,3	–	–	57	–	–	–	23
République de Moldova	1,4	1,7	0,2	26	96	60	100	36	19	7
République démocratique du Congo	–	4,5	5,5	–	27	16	–	–	85	81
République démocratique populaire lao	–	0,8	5,2	–	93	24	–	–	21	12
République dominicaine	–	2,4	3,7	–	84	41	–	–	79	36
République populaire démocratique de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République tchèque	–	–	1,4	–	–	40	–	–	–	27
République-Unie de Tanzanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Roumanie	1,2	–	–	22	99	42	87	14	25	42
Royaume-Uni	0,6	–	–	42	–	–	78	–	–	20
Rwanda	–	42,1	–	–	78	–	–	–	86	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	12,9	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	12,5	–	–	–	–	95	–	22	–	100
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	–	22	–	–	–	68	–
Sénégal	–	15,0	12,7	–	89	72	–	–	48	31
Serbie	4,8	2,0	1,4	46	91	65	88	17	68	34
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	–	–	5,7	–	–	–	–	–	–	–
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–



## Épidémiologie, connaissances, dépistage du VIH et comportement sexuel chez les principales populations touchées âgées de moins de 25 ans

Pays et régions	Épidémiologie			Comportement sexuel			Accès	Dépistage		
	Prévalence du VIH (%) chez les populations à haut risque dans les capitales (moins de 25 ans) (2007-2012*)			% de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2007-2012*)				% de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat (2007-2012*)		
	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	% de consommateurs de drogues injectables (moins de 25 ans) affirmant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection (2007-2012*)	Consommateurs de drogues injectables	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	0,0	–	–	–	–	25	–	–	–	–
Somalie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	–	–	–	–	46	–	–	–	6	–
Soudan du Sud	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	0,0	0,0	–	88	61	–	–	–	7
Suède	0,0	0,0	0,7	6	0	41	44	47	56	31
Suisse	6,3	–	2,1	49	–	37	95	65	–	39
Suriname	–	4,6	–	–	–	75	–	–	93	98
Swaziland	–	64,1	–	–	87	–	–	–	92	–
Tadjikistan	9,5	3,7	1,4	72	75	70	91	31	41	39
Tchad	–	19,6	–	–	43	–	–	–	38	–
Thaïlande	25,0	–	5,3	49	94	86	73	54	40	17
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	0,0	8,1	19,8	0	90	43	–	0	53	47
Tonga	–	–	–	–	–	27	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	–	–	5,8	–	–	–	–	–	–	–
Tunisie	0,6	0,6	9,8	32	59	32	91	17	11	13
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	0,0	1,6	1,7	17	34	27	17	22	–	38
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	7,1	3,0	4,2	58	94	69	95	35	57	36
Uruguay	–	–	6,9	–	–	44	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	63	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	–	–	3,0	55	82	66	95	26	39	38
Yémen	–	–	3,1	–	–	16	–	–	–	19
Zambie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zimbabwe	–	25,1	–	–	52	–	–	–	53	–

### DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**Prévalence du VIH (%) chez les populations à haut risque dans les capitales (moins de 25 ans) (2007-2012) :** pourcentage de personnes à haut risque (consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) âgés de 0 à 24 ans vivant avec le VIH.

**Pourcentage de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2007-2012) :** pourcentage de personnes à haut risque (consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) âgés de 0 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

**Pourcentage de consommateurs de drogues injectables (moins de 25 ans) affirmant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection (2007-2012) :** pourcentage de consommateurs de drogues injectables (âgés de 0 à 24 ans) affirmant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection.

**Pourcentage de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat (2007-2012) :** pourcentage de personnes à haut risque (consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) âgés de 0 à 24 ans qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

### SOURCES PRINCIPALES

**Prévalence du VIH (%) chez les populations à haut risque dans les capitales (moins de 25 ans) (2007-2012) :** base de données en ligne de l'ONUSIDA, <[www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org)>, consultée le 26 septembre 2013.

**Pourcentage de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (2007-2012) :** base de données en ligne de l'ONUSIDA, <[www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org)>, consultée le 26 septembre 2013.

**Pourcentage de consommateurs de drogues injectables (moins de 25 ans) affirmant avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection (2007-2012) :** base de données en ligne de l'ONUSIDA, <[www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org)>, consultée le 26 septembre 2013.

**Pourcentage de personnes à haut risque (moins de 25 ans) ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat (2007-2012) :** base de données en ligne de l'ONUSIDA, <[www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org)>, consultée le 26 septembre 2013.

### NOTES

– Données non disponibles.

\* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

\*\* À l'exception de la Chine.

‡ Les moyennes régionales sont calculées uniquement lorsque la population représente 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, à l'exception de l'Inde (2005-2006). Les estimations pour les années antérieures à 2005 ne sont pas présentées.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Si elles entrent dans la période de référence, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

p Basé sur de petits dénominateurs (en général, 25 à 29 cas non pondérés). Les données basées sur moins de 25 cas non pondérés ne sont pas présentées.

a/ Y compris le Soudan et Djibouti.

δ En raison de la sécession de la République du Soudan du Sud de la République du Soudan en juillet 2011 et de l'admission du pays aux Nations Unies le 14 juillet 2011, les données ventilées pour le Soudan et le Soudan du Sud en tant qu'États distincts ne sont pas encore disponibles pour tous les indicateurs. Dans ce cas, les données agrégées sont présentées pour l'ancien État du Soudan.

Les chiffres ayant été arrondis, le total pour certaines estimations ne correspond pas nécessairement à la somme des chiffres partiels.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1<sup>er</sup> juillet 2013; ces pays forment la base de l'analyse des données pour l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

Protection, prise en charge et soutien des enfants touchés par le VIH et le SIDA

Pays et régions	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2012	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2012		Orphelins et enfants vulnérables		Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2008-2012*)	% d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur (2008-2012*)
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2012		
Afghanistan	–	–	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	4 000 000	2 500 000	2 300 000	2 700 000	1 100 000	940 000	101
Albanie	–	–	–	–	–	–	–
Algérie	–	–	–	–	–	–	–
Allemagne	–	–	–	–	–	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–
Angola	1 100 000	120 000	87 000	170 000	170 000	38 000	85
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	–	–	–	–	–	–	–
Arménie	–	–	–	–	–	–	–
Australie	–	–	–	–	–	–	–
Autriche	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	–	–	–	–	–	–	–
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	–	–	–	–	84 x	–
Barbade	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	–	–	–	–	–	–	–
Belgique	–	–	–	–	–	–	–
Belize	–	–	–	–	–	–	–
Bénin	450 000	43 000	36 000	51 000	60 000	13 000	90 x
Bhoutan	–	–	–	–	–	–	–
Bolivie (État plurinational de)	–	–	–	–	–	–	–
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	160 000	120 000	100 000	130 000	46 000	44 000	–
Brésil	–	–	–	–	–	–	–
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	980 000	130 000	110 000	160 000	160 000	46 000	101
Burundi	680 000	89 000	73 000	110 000	140 000	40 000	82
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–
Cambodge	–	–	–	–	–	86	–
Cameroun	1 300 000	330 000	300 000	380 000	250 000	120 000	94
Canada	–	–	–	–	–	–	–
Chili	–	–	–	–	–	–	–
Chine	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	–	–	–	–	–	93	–
Comores	–	–	–	–	–	–	–
Congo	220 000	64 000	58 000	72 000	39 000	21 000	74 p
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	1 300 000	380 000	340 000	440 000	240 000	130 000	66
Croatie	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	–	–	–	–
Danemark	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	43 000	7 200	5 600	8 700	7 100	2 300	–
Dominique	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	–	–	–	–	–	–	–
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	–	–	–	–	–	–	–
Érythrée	160 000	21 000	14 000	30 000	25 000	7 400	–
Espagne	–	–	–	–	–	–	–
Estonie	–	–	–	–	–	–	–
État de Palestine	–	–	–	–	–	–	–
États-Unis	–	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	4 500 000	900 000	<100	<100	650 000	130 000	90
ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	–	–	–	–	–
Fédération de Russie	–	–	–	–	–	–	–

VERS UNE GÉNÉRATION SANS SIDA – Enfants et SIDA : sixième bilan de la situation

## Protection, prise en charge et soutien des enfants touchés par le VIH et le SIDA

Pays et régions	Orphelins et enfants vulnérables							
	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2012	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2012		Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2012		Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2008-2012*)	% d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur (2008-2012*)	
	Estimation	Estimation basse	Estimation haute					
Fidji	–	–	–	–	–	–	–	
Finlande	–	–	–	–	–	–	–	
France	–	–	–	–	–	–	–	
Gabon	61 000	19 000	16 000	22 000	9 900	6 000	101	
Gambie	–	–	–	–	–	–	106	
Géorgie	–	–	–	–	–	–	–	
Ghana	1 000 000	190 000	160 000	230 000	140 000	53 000	76	
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	
Guatemala	–	–	–	–	–	–	–	
Guinée	670 000	46 000	35 000	58 000	100 000	15 000	73 x	
Guinée-Bissau	120 000	17 000	13 000	23 000	21 000	6 000	109	
Guinée équatoriale	–	–	5 000	20 000	–	–	–	
Guyana	–	–	–	–	–	–	13 x	
Haiti	430 000	100 000	90 000	120 000	61 000	29 000	96	
Honduras	–	–	–	–	–	–	92	
Hongrie	–	–	–	–	–	–	–	
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	
Îles Marshall	–	–	–	–	–	–	–	
Îles Salomon	–	–	–	–	–	–	–	
Inde	–	–	–	–	–	–	72 x	
Indonésie	–	–	–	–	–	–	–	
Iran (République islamique d')	–	–	–	–	–	–	–	
Iraq	–	–	–	–	–	–	94	
Irlande	–	–	–	–	–	–	–	
Islande	–	–	–	–	–	–	–	
Israël	–	–	–	–	–	–	–	
Italie	–	–	–	–	–	–	–	
Jamaïque	–	–	–	–	–	–	15 x	
Japon	–	–	–	–	–	–	–	
Jordanie	–	–	–	–	–	–	–	
Kazakhstan	–	–	–	–	–	–	–	
Kenya	2 600 000	1 000 000	<100	<100	410 000	290 000	95 x	
Kirghizistan	–	–	–	–	–	–	–	
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	
Lesotho	220 000	150 000	140 000	170 000	64 000	59 000	98	
Lettonie	–	–	–	–	–	–	–	
Liban	–	–	–	–	–	–	–	
Libéria	190 000	23 000	19 000	27 000	30 000	7 500	85 x	
Libye	–	–	–	–	–	–	–	
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	
Lituanie	–	–	–	–	–	–	–	
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	
Madagascar	–	–	–	–	–	–	74	
Malaisie	–	–	–	–	–	–	–	
Malawi	1 300 000	770 000	700 000	850 000	270 000	240 000	97	
Maldives	–	–	–	–	–	–	–	
Mali	–	–	–	–	–	–	92	
Malte	–	–	–	–	–	–	–	
Maroc	–	–	–	–	–	–	–	
Maurice	–	–	–	–	–	–	–	
Mauritanie	–	–	–	–	–	–	100 p	
Mexique	–	–	–	–	–	–	–	
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	
Mongolie	–	–	–	–	–	–	102	
Monténégro	–	–	–	–	–	–	–	
Mozambique	2 000 000	740 000	640 000	870 000	420 000	260 000	91	
Myanmar	–	–	–	–	–	–	–	

◀ Protection, prise en charge et soutien des enfants touchés par le VIH et le SIDA

Pays et régions	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2012	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2012			Orphelins et enfants vulnérables		Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2008-2012*)	% d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur (2008-2012*)
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2012	Enfants dont les deux parents sont décédés à cause du SIDA, 2012		
Namibie	130 000	76 000	62 000	95 000	25 000	22 000	100 x	17 x
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	–	–	–	–	–	–	72 p	–
Nicaragua	–	–	–	–	–	–	–	–
Niger	–	–	–	–	–	–	67 x	–
Nigéria	11 500 000	2 200 000	1 900 000	2 600 000	2 000 000	750 000	100	6
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	2 700 000	1 000 000	860 000	1 200 000	510 000	330 000	87	11 x
Ouzbékistan	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	–	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	–	–	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	320 000	13 000	7600	19 000	43 000	3 900	–	–
Paraguay	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	–	–	–	–	–	–	–	–
Philippines	–	–	–	–	–	–	–	–
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	–	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	–	–	–	–	–	–	88	7 x
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	–	–	–	–	–	–	–	–
République démocratique du Congo	5 100 000	390 000	350 000	440 000	860 000	140 000	74	9 x
République démocratique populaire lao	–	–	–	–	–	–	80	–
République dominicaine	–	–	–	–	–	–	98	–
République populaire démocratique de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–
République tchèque	–	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	3 100 000	1 200 000	1 000 000	1 300 000	570 000	370 000	95	7
Roumanie	–	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	590 000	120 000	110 000	140 000	110 000	47 000	91	13
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	–	–	–	–	4 x
Sénégal	–	–	–	–	–	–	97	–
Serbie	–	–	–	–	–	–	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	370 000	26 000	18 000	37 000	56 000	7 800	88	1
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	–	–	–	–	–	–	78 x	–
Soudan	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan du Sud	470 000	110 000	67 000	170 000	75 000	34 000	78	–
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	–	–	–	–	–	–	–	–
Swaziland	120 000	78 000	69 000	87 000	33 000	30 000	100	41 x

## Protection, prise en charge et soutien des enfants touchés par le VIH et le SIDA

Pays et régions	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2012	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2012		Orphelins et enfants vulnérables		Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2008-2012*)	% d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur (2008-2012*)	
		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2012			Enfants dont les deux parents sont décédés à cause du SIDA, 2012
Tadjikistan	–	–	–	–	–	–	–	
Tchad	960 000	170 000	140 000	200 000	180 000	64 000	117	
Thaïlande	–	–	–	–	–	–	93 x	
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	75	
Togo	360 000	90 000	75 000	110 000	62 000	30 000	86	
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	
Trinité-et-Tobago	–	–	–	–	–	–	–	
Tunisie	–	–	–	–	–	–	–	
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	
Ukraine	–	–	–	–	–	–	98 x	
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	
Viet Nam	–	–	–	–	–	–	–	
Yémen	–	–	–	–	–	–	–	
Zambie	1 400 000	670 000	600 000	760 000	370 000	280 000	92	
Zimbabwe	1 200 000	890 000	810 000	980 000	350 000	330 000	92	
<b>DONNÉES CONSOLIDÉES</b>								
Afrique subsaharienne <sup>a/</sup>	56 000 000	15 100 000	13 400 000	16 900 000	10 300 000	5 000 000	91 †	– †
Afrique de l'Est et australe	27 900 000	10 600 000	9 600 000	11 800 000	5 500 000	3 500 000	90 †	– †
Afrique de l'Ouest et centrale	28 100 000	4 400 000	3 800 000	5 200 000	4 800 000	1 500 000	91 †	– †
Moyen-Orient et Afrique du Nord	5 500 000	100 000	71 000	150 000	490 000	21 000	– †	– †
Asie du Sud	40 800 000	610 000	1 100 000	2 100 000	3 600 000	180 000	72 †	– †
Asie de l'Est et Pacifique	26 900 000	780 000	460 000	1 200 000	2 000 000	110 000	– **†	– **†
Amérique latine et Caraïbes	7 800 000	830 000	650 000	1 000 000	520 000	110 000	– †	– †
ECO/CEI	6 200 000	260 000	200 000	340 000	410 000	57 000	– †	– †
Pays les moins avancés	42 900 000	7 600 000	6 700 000	8 600 000	6 900 000	2 400 000	88 †	– †
Pays à revenu faible et intermédiaire	140 000 000	17 700 000	15 900 000	21 400 000	17 300 000	5 500 000	– **†	– **†
Monde	150 000 000	17 800 000	16 100 000	21 600 000	17 600 000	5 500 000	– **†	– **†

### DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues** : estimation du nombre d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) qui en 2012 avaient perdu un ou leurs deux parents, toutes causes confondues.

**Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA** : estimation du nombre d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) qui en 2012 avaient perdu un ou leurs deux parents à cause du SIDA.

**Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues** : estimation du nombre d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) qui en 2012 avaient perdu leurs deux parents, toutes causes confondues.

**Enfants dont les deux parents sont décédés à cause du SIDA** : estimation du nombre d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) qui en 2012 avaient perdu leurs deux parents à cause du SIDA.

**Taux de fréquentation scolaire des orphelins** : pourcentage d'enfants (âgés de 10 à 14 ans) qui ont perdu leurs deux parents biologiques et qui fréquentent l'école en pourcentage des enfants non orphelins du même âge qui vivent avec au moins un de leurs parents et qui fréquentent l'école.

**Pourcentage d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur (2008-2012)** : pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables dont le foyer a reçu un soutien extérieur de base gratuit pour s'occuper de l'enfant.

### SOURCES PRINCIPALES

**Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues** : estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2012** : estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2012** : estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Enfants dont les deux parents sont décédés à cause du SIDA, 2012** : estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2012.

**Taux de fréquentation scolaire des orphelins** : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, sur la base des EDS, des enquêtes MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.

**Pourcentage d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur** : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2013, sur la base des EDS, des enquêtes MICS et autres enquêtes nationales, 2006-2012.

### NOTES

– Données non disponibles.

\* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

\*\* À l'exception de la Chine.

† Les moyennes régionales sont calculées uniquement lorsque la population représente 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, à l'exception de l'Inde (2005-2006). Les estimations pour les années antérieures à 2005 ne sont pas présentées.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Si elles entrent dans la période de référence, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

p Basé sur de petits dénominateurs (en général, 25 à 29 cas non pondérés). Les données basées sur moins de 25 cas non pondérés ne sont pas présentées.

a/ Y compris le Soudan et Djibouti.

Les chiffres ayant été arrondis, le total pour certaines estimations ne correspond pas nécessairement à la somme des chiffres partiels.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1<sup>er</sup> juillet 2013; ces pays forment la base de l'analyse des données pour l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.



## LÉGENDES ET CRÉDITS PHOTOS

### Couverture

Des enfants rentrent chez eux au pas de course après avoir participé à un groupe de discussion sur la santé, l'hygiène, l'assainissement et le VIH.

© UNICEF/RWAA2011-00631/Noorani

### Page 2

À gauche : voir la légende des pages 4–5

Au centre : voir la légende des pages 24–25

À droite : voir la légende des pages 40–41

### Pages 4–5

À Lilongwe, au Malawi, une mère recevant un traitement antirétroviral à vie tient son fils dans ses bras.

© UNICEF/Malawi/2013/Marinovich

### Page 9

Dans un hôpital de la région de Worodougou, en Côte d'Ivoire, une infirmière annonce à une femme qu'elle est séronégative.

© UNICEF/NYHQ2011-0238/Asselin

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

Un agent de santé effectue un dépistage rapide du VIH à l'hôpital public Redemption de Monrovia, soutenu par l'UNICEF, au Libéria.

Ces tests permettent d'obtenir un diagnostic en une seule visite.

© UNICEF/NYHQ2011-1757/Pirozzi

Un agent de santé contrôle une femme enceinte dans un centre de santé intégré à Maradi, au sud du Niger.

© UNICEF/NIGB2010-0032/Pirozzi

### Page 17

Les diagnostics au point de service peuvent être utilisés sans grandes infrastructures de laboratoire et sans compétences techniques.

© ONUSIDA/2013/Giulio Donini

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

Au Mozambique, les tests de charge virale devaient être transportés à plusieurs kilomètres pour être analysés. De nouveaux équipements permettent d'analyser des tests localement en une heure.

© UNITAID/2013/Giulio Donini

Une adolescente vivant avec le VIH à Tamil Nadu s'apprête à aller à l'école. Le MAC AIDS Fund, l'UNICEF et le gouvernement de l'Inde ont lancé une initiative de télémédecine pour fournir des services aux familles touchées par le virus, comme celle de cette adolescente.

© UNICEF Inde/2013

### Page 18

Une femme sud-africaine vivant avec le VIH tient le seul comprimé qu'elle prend tous les jours dans le cadre de son traitement ARV – une approche novatrice qui met fin à la nécessité d'un traitement quotidien à base de plusieurs comprimés.

© UNICEF Afrique du Sud/2013/Marinovich

### Page 20

Une femme vivant avec le VIH étreint sa fille dans un hôpital de Moundou, au Tchad. La mère a participé à un programme d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) et ce dernier n'a pas contracté le virus.

© UNICEF/NYHQ2011-2151/Esteve

### Page 21

Deux enfants jouent dans la garderie Kaldirgoch soutenue par l'UNICEF, à Tachkent, en Ouzbékistan. La garderie fournit des services médicaux et des soins aux enfants vivant avec le VIH ainsi qu'à leurs familles.

© UNICEF/NYHQ2011-1692/Pirozzi

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

Une fillette de huit ans vivant avec le VIH dans la ville de Ruili, en Chine, avec la vedette de cinéma internationale et ambassadrice de l'UNICEF Maggie Cheung.

© UNICEF Chine/2010/Liu

Notes et dessins réalisés par des enfants et des travailleurs sociaux du Happy Kids and Adolescent Centre, parrainé par l'UNICEF, à Freetown, en Sierra Leone.

© UNICEF Sierra Leone/2011/Asselin

### Page 22

Dans une région rurale en Zambie, un garçon de deux ans vivant avec le VIH et sous traitement ARV sourit à sa tante. Cette dernière s'occupe de l'enfant depuis que sa mère est décédée de complications liées au SIDA.

© UNICEF/NYHQ2010-2928/Nesbitt

### Page 23

Une infirmière et sage-femme dans la clinique Chelstone à Lusaka, la capitale de la Zambie. Les services de la clinique incluent la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

© UNICEF/NYHQ2011-0268/Nesbitt

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

Une gestionnaire de cas pour les familles, qui vit avec le VIH, se tient debout dans le train d'exposition de la campagne de sensibilisation sur le VIH/SIDA, Ruban Rouge, à la station de Vijaywada en Inde.

© UNICEF/INDA2010-00379/Purushotham

Des agents de santé d'un village du Zimbabwe prennent leurs bicyclettes pour aller dispenser des soins de santé aux habitants de communautés rurales.

© UNICEF/AUSNC2012-0406/Tattersall

### Pages 24–25

Une jeune fille qui vit et travaille dans les rues de Colombo, au Sri Lanka, tient un calendrier de poche distribué lors d'une campagne de sensibilisation sur le VIH organisée par le partenariat mondial Think Wise.

© UNICEF/NYHQ2012-1507/Jayasuriya

### Page 30

Un adolescent s'injecte des drogues dans un bâtiment abandonné en Europe orientale.

© UNICEF Serbie/2010/Maccak

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

Des professionnels du sexe transsexuels adolescents dans une rue touristique populaire.

© UNICEF Laos

Une jeune fille âgée de 15 ans assise sur un lit dans l'une des pièces où elle reçoit les clients d'une maison close à Abidjan, en Côte d'Ivoire.

© UNICEF Côte d'Ivoire/2013/Asselin

### Page 31

Un adolescent grimace alors qu'un agent de santé prélève un échantillon de sang pour effectuer un test de dépistage du VIH dans un centre de jeunesse proposant un service de dépistage gratuit à Mondou, au Tchad.

© UNICEF/NYHQ2011-2154/Esteve

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

À Sfax, en Tunisie, un médecin effectue un prélèvement sanguin pour un test de dépistage du VIH dans un centre soutenu par l'UNICEF.

© UNICEF/NYHQ2011-0612/Ramonedá

À Odessa, en Ukraine, une infirmière prélève un échantillon sanguin pour un test de dépistage du VIH dans un laboratoire mobile. L'ONG

Hope, Faith and Love, soutenue par l'UNICEF, réalise des tests de dépistage du VIH et de la syphilis chez les jeunes professionnelles du sexe et leur fournit des conseils sur les questions liées au VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.

© UNICEF Ukraine/2010/Pirozzi

#### Page 33

De jeunes gens participant au programme pour la prévention du VIH en Inde, Club Ruban Rouge, marchent dans le district de Chandrapur, état de Maharashtra. Le Club est un forum volontaire visant à fournir des informations sur le VIH dans les villages.

© UNICEF/INDA2011-00068/Crouch

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

Dans un centre de jeunesse à Moundou (Tchad), une jeune fille rit lors d'un sketch sur la prévention du VIH. Le centre enseigne aux adolescents comment se protéger du virus et propose un service de dépistage du VIH.

© UNICEF/NYHQ2011-2156/Esteve

Des adolescents assistent à un atelier de sensibilisation et de prévention du VIH et du SIDA dans la communauté indigène Shipibo-Conibo de Nuevo Saposoa, dans la région d'Ucayali en Amazonie péruvienne.

© UNICEF/NYHQ2010-2084/Markisz

Une jeune fille participe à un atelier sur le VIH et le SIDA destiné aux agents d'éducation par les pairs dans un centre de services sociaux soutenu par l'UNICEF, dans la ville d'Aden, au Yémen.

© UNICEF/NYHQ2007-1660/Pirozzi

#### Page 39

Un garçon de onze ans, dont les parents sont décédés de causes liées au SIDA, est chez son oncle à Freetown, en Sierra Leone. L'enfant a été expulsé de la maison de sa tante quand elle a appris qu'il était séropositif.

© UNICEF/NYHQ2011-0759/Asselin

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

Une jeune fille de 15 ans séropositive écrit sur le mur de la maison abandonnée qu'elle partage avec sa famille sur l'île de Zanzibar, en Tanzanie.

© UNICEF/NYHQ2010-1842/Noorani

#### Pages 40-41

Une femme vivant avec le VIH avec sa petite-fille de 14 ans, chez elles dans leur village au sud de Bulawayo, au Zimbabwe. Elles font partie des nombreuses familles qui bénéficient d'une aide sociale.

© UNICEF/ZIMA2011-00003/Pirozzi

#### Page 44

Tente de distribution de traitements antirétroviraux à vie dans le camp de Chiaquelane, dans le district de Chokwé, au Mozambique.

© UNICEF Mozambique/2013

*Des photos supplémentaires sont disponibles dans la version en ligne de ce rapport :*

Une infirmière dans la préfecture d'Ouham, en République centrafricaine, porte un enfant orphelin dont la mère est décédée de causes liées au SIDA. L'infirmière s'occupe désormais de l'enfant.

© UNICEF/NYHQ2011-0814/Grarup

Une femme vivant avec le VIH s'entretient avec le personnel de l'UNICEF dans le bidonville de Bouldougu, à la périphérie de la ville de Djibouti.

© UNICEF/NYHQ2011-1357/Takahashi

Une jeune fille de 16 ans surplombe le camp de personnes déplacées où elle vit, à Port-au-Prince, en Haïti. Elle est enceinte et séropositive.

© UNICEF/NYHQ2011-1324/Dormino

## ACRONYMES

ARV	antirétroviraux (médicaments)
CD4	numération des lymphocytes ou cellules T4 qui détermine l'éligibilité au traitement ARV
CDC	Centre pour la prévention et le contrôle des maladies
CMMV	circoncision masculine médicale et volontaire
DHS	Enquête démographique et de santé
DIP	diagnostic infantile précoce
EGPAF	Fondation Elizabeth Glaser pour le SIDA pédiatrique
ETII	Équipe de travail interinstitutions
ETME	Élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
FM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GARPR	rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HPV	Papillome humain
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUDD	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme alimentaire mondial
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PTME	prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SIDA	syndrome de l'immunodéficience acquise
SMI	santé maternelle et infantile
SMS	message court ou mini message ou texto (abréviation de l'anglais short message service)
TB	Tuberculose
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## UNISSONS-NOUS POUR LES ENFANTS CONTRE LE SIDA

Pour la première fois dans l'histoire de l'épidémie du VIH, la communauté internationale a acquis les connaissances, l'expérience et les outils permettant d'atteindre l'objectif d'une génération sans SIDA. Cela signifie une génération au sein de laquelle aucun enfant ne naît avec le VIH ni ne contracte le virus pendant les vingt premières années de sa vie, de la naissance jusqu'à la fin de l'adolescence. Cela implique également que les enfants vivant avec le VIH et affectés par le virus aient accès aux traitements, à la prise en charge et au soutien nécessaires pour rester en vie et en bonne santé.

Le rapport Enfants et SIDA : sixième bilan de la situation, 2013, qui s'articule autour des vingt premières années de la vie de l'enfant :

- dresse un bilan de la prévalence du VIH chez les enfants et les adolescents et fait la synthèse des progrès accomplis;
- identifie des stratégies clés pour renforcer la protection des enfants et des adolescents contre le VIH et faciliter leur accès aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien adéquats;
- synthétise les perspectives offertes par les progrès scientifiques récents, les nouvelles technologies et les pratiques innovatrices émergentes;
- vise à mobiliser les efforts nationaux et internationaux pour protéger les enfants contre le VIH et s'assurer que les enfants vivant avec le VIH ne développent jamais le SIDA.

 Pour accéder aux données et documents complémentaires, consultez le site Internet [www.childrenandaids.org](http://www.childrenandaids.org).

### Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA

#### Fonds des Nations Unies pour l'enfance

3 United Nations Plaza

New York, NY 10017

États-Unis

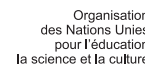
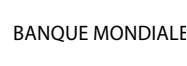
Courriel : [childrenandaids@unicef.org](mailto:childrenandaids@unicef.org)

Site Internet : [www.childrenandaids.org](http://www.childrenandaids.org)

ISBN : 978-92-806-4726-6

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Novembre 2013



Au service  
des peuples  
et des nations

Organisation  
des Nations Unies  
pour l'éducation,  
la science et la culture