

## AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE

Dans ces deux régions, le nombre total de personnes vivant avec le VIH a continué d'augmenter, notamment en raison de la prolongation de la survie apportée par la thérapie antirétrovirale, du nombre relativement stable des nouvelles infections à VIH qui se produisent chaque année en Amérique du Nord et de l'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Europe occidentale depuis 2002.<sup>6</sup> Globalement, 2,1 millions [1,5 million–3,0 millions] de personnes environ vivaient avec le VIH en 2006, dont les 65 000 [52 000–98 000] qui avaient contracté le VIH au cours de l'année écoulée. Etant donné l'accès assez généralisé à des traitements antirétroviraux efficaces, le nombre de décès dus au SIDA en 2006 a été relativement faible—30 000 dans une fourchette allant de 24 000 à 45 000.

A l'échelle mondiale, on estime que sept pays seulement comptaient davantage de personnes vivant avec le VIH que les **Etats-Unis d'Amérique** : 1,2 million [720 000–2,0 millions] en 2005 (ONUSIDA, 2006a). Sur la base des données fournies par les 35 Etats et régions<sup>7</sup> disposant d'un système à long terme de notification du VIH confidentiel par nom, les rapports sexuels non protégés entre hommes (qui représentent environ 44% des cas de VIH ou de SIDA notifiés

entre 2001 et 2004) restent le facteur de risque d'infection à VIH le plus important, suivi des rapports hétérosexuels non protégés (34% des cas) et de l'utilisation de matériel non stérile d'injection de drogues (17%) (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). (Il convient toutefois de noter que les 35 Etats et territoires ne comprennent pas certains des Etats qui ont notifié les nombres de cas de SIDA les plus élevés, dont la Californie, l'Illinois, le Maryland et la Pennsylvanie.)

La proportion de femmes parmi les nouveaux diagnostics de VIH ou de SIDA a augmenté de façon spectaculaire—passant de 15% avant 1995 à 27% en 2004. Trois quarts environ de ces nouveaux diagnostics de VIH chez des femmes sont imputables aux rapports sexuels non protégés (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006b), souvent avec des partenaires masculins qui avaient été infectés en s'injectant des drogues ou au cours de rapports sexuels tarifés ou encore avec des hommes (McMahon et al., 2004 ; Valleroy et al., 2004 ; Montgomery et al., 2003). Cependant, une proportion importante (20%) de femmes dont le VIH a été diagnostiqué en 2004 l'avaient contracté par des pratiques d'injection de drogues sans respect de l'hygiène.

<sup>6</sup> Cette analyse se fonde principalement sur les diagnostics de VIH notifiés. Cette mesure ne représente pas l'incidence totale, car il se peut qu'elle comprenne des infections qui se sont produites bien des années auparavant et elle ne saisit que les cas de personnes qui ont effectué un test, ce qui constitue une limite importante à l'utilisation des diagnostics annuels de VIH. De ce fait, les tendances du VIH fondées sur les cas notifiés de VIH peuvent être faussées par des changements dans la fréquentation des services de dépistage du VIH ou dans les caractéristiques de la notification. Dans la mesure du possible, nous avons signalé au lecteur les cas où de tels changements se sont produits.

<sup>7</sup> Depuis 2000, les 35 régions suivantes des Etats-Unis disposent de lois ou réglementations exigeant la notification confidentielle par nom des infections à VIH : Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Floride, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiane, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nevada, New Jersey, Nouveau-Mexique, New York, Caroline du Nord, Dakota du Nord, Ohio, Oklahoma, Caroline du Sud, Dakota du Sud, Tennessee, Texas, Utah, Virginie, Virginie-Occidentale, Wisconsin, Wyoming, Guam, et les Iles Vierges américaines. Depuis juillet 1997, la Floride n'a eu de notification confidentielle par nom de l'infection à VIH que pour les nouveaux diagnostics.

Les hommes représentent toujours la majorité des diagnostics de VIH ou de SIDA aux États-Unis—environ 73% en 2004. Près de deux tiers (65%) des infections à VIH diagnostiquées chez des hommes en 2004 étaient imputables aux rapports sexuels non protégés avec des hommes (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006b), et plusieurs études présentent des preuves d'une augmentation des comportements sexuels à risque dans ce groupe de la population (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006c).

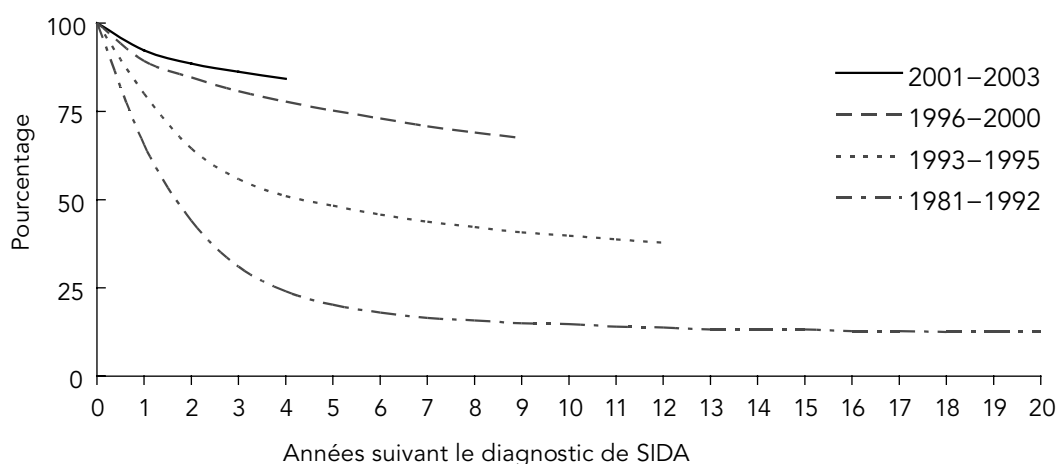
*Le nombre total de personnes infectées par le VIH continue de croître – principalement du fait de la prolongation de la survie apportée par la thérapie antirétrovirale, la stabilité du nombre de nouvelles infections en Amérique du Nord, et l'augmentation des nouveaux diagnostics de VIH en Europe occidentale.*

Les minorités ethniques continuent d'être touchées de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH. Entre 2001 et 2004, 50% des diagnostics de SIDA ont été posés parmi les Africains-Américains (qui ne constituent que 12% de la population des États-Unis) et 20% parmi les Hispaniques (14% de la population). En 2004, la proportion des nouveaux diagnostics de VIH ou de SIDA était sept fois plus élevée parmi les hommes africains-

américains que parmi les hommes caucasiens (131,6 par rapport à 18,7 pour 100 000 personnes) et 21 fois plus élevée chez les Africaines-Américaines que parmi les Caucasiennes (67 par rapport à 3,2 pour 100 000 personnes) (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). Une étude récente suggère que les taux élevés d'incarcération chez les hommes africains-américains (dont environ 1 sur 12 a séjourné dans une prison ou un établissement pénitentiaire) pourraient avoir un lien avec les niveaux disproportionnés d'infection à VIH parmi les hommes et les femmes africains-américains (Johnson and Raphael, 2006).

La moitié environ (49%) des hommes africains-américains dont le VIH ou le SIDA a été diagnostiqué en 2005 ont contracté le virus au cours de rapports sexuels non protégés avec un homme, alors que la plupart des Africaines-Américaines (78%) ont été infectées par un rapport hétérosexuel non protégé (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006d). Plusieurs études ont montré que les hommes africains-américains qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont un risque significativement plus élevé d'infection à VIH, alors qu'ils présentent des comportements sexuels à risque analogues ou moindres que les autres hommes (Harawa et al., 2004 ; Koblin et al., 2006). Ceci indique que d'autres facteurs (dont peut-être la prévalence d'autres infections sexuellement transmissibles) pourraient accroître le risque

Pourcentage de personnes encore en vie en juin 2006, par cohortes selon les années suivant le diagnostic de SIDA entre 1981 et 2003 et par année de diagnostic



Source : CDC Twenty-five years of HIV/AIDS – États-Unis, 1981-2006. MMWR 2006.

Figure 12

d'infection à VIH chez les Africains-Américains qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Par ailleurs, l'utilisation de matériel non stérile d'injection de drogues reste au deuxième rang des causes d'infection à VIH parmi les Africaines-Américaines et au troisième rang pour les Africains-Américains (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006c).

La fourniture de la thérapie antirétrovirale a entraîné une baisse de 80% de la mortalité due au SIDA entre 1990 et 2003 (Crum et al., 2006). Le traitement du VIH aux Etats-Unis est devenu encore plus efficace et la proportion de personnes encore en vie deux ans ou davantage après un diagnostic de SIDA s'est accrue de 64% en 1993-1995 à 85% en 1996-2005 (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Au moins 3 millions d'années de vie ont été épargnées grâce à l'efficacité du traitement et de la prise en charge des malades du SIDA (Walensky et al., 2006).

On estime qu'un quart des personnes vivant avec le VIH ne savent pas qu'elles ont été infectées par le virus (Glynn et Rhodes, 2005), ce qui complique la riposte au SIDA. Les personnes qui ne sont pas conscientes de leur infection ont peu de chance d'avoir accès aux services appropriés de traitement et de prise en charge avant d'avoir atteint un stade relativement avancé de la maladie, ce qui limite l'efficacité du traitement. En outre, elles prendront probablement moins de précautions pour éviter de transmettre le VIH à d'autres personnes. Potentiellement, les individus qui ne connaissent pas leur sérologie VIH pourraient être responsables de 54%-70% de toutes les nouvelles infections à VIH transmises par la voie sexuelle aux Etats-Unis (Marks et al., 2006).

---

*La proportion de femmes parmi les nouveaux cas d'infection à VIH ou les diagnostics de SIDA s'est accrue de manière très significative aux Etats-Unis d'Amérique – passant de 15% avant 1995 à 27% en 2004.*

---

Les dernières données du **Canada** concernant le VIH soulignent à quel point il est nécessaire que des stratégies efficaces soient mises en place pour prévenir de nouvelles infections à VIH et pour apporter des services aux populations vulnérables, telles que les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les populations autochtones.

A fin 2005, on estimait à 58 000 [48 000-68 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH au Canada, ce qui représente une augmentation de 16% par rapport à l'estimation de 2002 qui était de 50 000 [41 000-59 000] (Boulos et al., 2006). De plus, on a estimé que 2300 à 4500 nouvelles infections s'étaient produites en 2005. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes représentent presque la moitié (46%) de ces nouvelles infections, ce qui en fait le groupe de la population le plus touché. Quelque 14% des nouvelles infections ont été attribuées à l'injection de drogues sans respect de l'hygiène (moins que les 19% estimés en 2002), et 37% ont été imputées aux rapports hétérosexuels non protégés. Un peu moins de la moitié des infections contractées par des rapports hétérosexuels non protégés se sont produites chez des personnes nées dans un pays où le VIH est endémique (Boulos et al., 2006). On note une légère tendance à la hausse des nouvelles infections à VIH chez les femmes : elles représentent 27% des nouvelles infections en 2005, par rapport aux 24% estimés en 2002 (Boulos et al., 2006). Il convient de noter qu'une personne sur quatre vivant avec le VIH au Canada ne connaît pas sa sérologie (Boulos et al., 2006).

Les populations autochtones du Canada sont touchées de manière disproportionnée par toutes sortes de facteurs sociaux, économiques et comportementaux, notamment les forts taux de pauvreté, d'abus de substances et d'infections sexuellement transmissibles, leur accès limité aux services de santé et leur faible fréquentation de ces services, qui semblent accroître leur vulnérabilité à l'infection par le VIH (Agence de santé publique du Canada, 2006). Les populations autochtones restent surreprésentées dans l'épidémie du Canada : on estime que le taux global d'infection à VIH parmi les personnes autochtones est près de trois fois supérieur à celui des non-Autochtones. En 2005, les Autochtones représentaient 9% des nouvelles infections (Boulos et al., 2006), alors qu'ils ne constituent que 3,3% de la population canadienne (Statistiques Canada, 2001).

Le schéma de transmission du VIH parmi les personnes autochtones diffère de celui qui prévaut dans la population générale. Selon les estimations de 2005, la consommation de drogues injectables était le mode de transmission le plus courant parmi les Autochtones, représentant 53% des nouvelles infections chez les Autochtones canadiens par rapport à 14% dans l'ensemble de la population. Le reste des nouvelles infections parmi les populations

aborigènes est largement imputable à l'exposition au VIH au cours des rapports hétérosexuels (33%) et des rapports sexuels entre hommes (10%) (Boulos et al., 2006).

---

*Les populations aborigènes continuent d'être touchées de manière disproportionnée dans l'épidémie canadienne, les taux d'infection à VIH parmi les Aborigènes étant près de trois fois plus élevés que chez les non-Aborigènes.*

---

Il est particulièrement nécessaire de concevoir des interventions ciblées destinées spécifiquement aux jeunes Aborigènes, notamment aux femmes. On note une proportion plus forte (33%) de diagnostics de VIH chez des personnes aborigènes de moins de 30 ans, par rapport à la population générale (20%). Une étude effectuée parmi des consommateurs de drogues injectables à Vancouver a montré que les jeunes Aborigènes qui s'injectent des drogues avaient un risque plus de quatre fois supérieur d'être infectés par le VIH à leur inscription dans un programme de prise en charge que leurs homologues non Aborigènes (Miller et al., 2006). Exceptionnellement, près de deux tiers des consommateurs aborigènes de drogues injectables de cette étude étaient des femmes, caractéristique qui contribue à expliquer pourquoi deux tiers (65%) des diagnostics de VIH parmi les femmes aborigènes jusqu'en décembre 2005 étaient imputés à la transmission par consommation de drogues injectables (Agence de santé publique du Canada, 2006).

Comme dans de nombreux autres pays, la consommation de drogues injectables en prison semble courante au Canada. Selon une récente étude parmi des personnes en détention préventive dans la province de l'Ontario, l'utilisation de matériel d'injection non stérile est fréquente derrière les barreaux, en particulier pour les consommateurs détenus dans des établissements pénitentiaires fédéraux. Dans ce dernier groupe, 6% se sont révélés séropositifs au VIH dans le cadre de cette étude ; près de la moitié (47%) de ceux qui étaient infectés par le virus admettaient avoir partagé avec d'autres leur matériel d'injection au cours de leur détention. Ces résultats soulignent une fois de plus la nécessité d'élargir les programmes de réduction des risques dans les prisons, notamment les programmes d'échange des aiguilles et seringues (Calzavara et al., 2006).

De l'autre côté de l'Atlantique, quelque 740 000 [580 000-970 000] personnes vivaient avec le VIH en Europe occidentale et centrale en 2006. La majeure partie de l'information concernant les caractéristiques et tendances des épidémies en Europe occidentale provient de la notification des cas de VIH et de SIDA. Toutefois, le système de notification des cas d'infection à VIH ne couvre pas tous les pays ou toutes les régions à l'intérieur des pays. Par exemple, aucune donnée n'a été annoncée en 2005 pour l'Italie, la Norvège et l'Espagne (EuroHIV, 2006a).

---

*En Europe occidentale et centrale, près des trois quarts des infections à VIH contractées par la voie hétérosexuelle se produisent parmi les immigrants et les migrants. Les services de prévention, de traitement et de prise en charge doivent être adaptés de manière à pouvoir atteindre ces populations.*

---

En Europe occidentale, un peu plus d'un tiers (35%) des infections à VIH diagnostiquées en 2005 se sont produites lors de rapports sexuels entre hommes, alors que plus de la moitié (56%) ont été contractées au cours de rapports hétérosexuels. Environ trois quarts des infections à VIH contractées par la voie hétérosexuelle se sont produites chez des immigrants et des migrants (EuroHIV, 2006a), ce qui renforce encore la nécessité d'adapter les services de prévention, de traitement et de prise en charge aux besoins de ces populations.

Le taux des nouveaux diagnostics de VIH a presque doublé en Europe occidentale durant la période 1998-2005—de 42 cas par million d'habitants en 1998 à 74 par million en 2006. C'est au **Royaume-Uni**, où le VIH reste une des principales menaces dans le domaine des maladies transmissibles, que les plus fortes augmentations ont été notifiées (British Medical Association, 2006). Les nouveaux diagnostics annuels de VIH au Royaume-Uni ont doublé depuis 2000, dépassant 7200 en 2004 pour atteindre 7700 in 2005 (Health Protection Agency, 2005). L'épidémie est concentrée dans une très large mesure à Londres où près de la moitié (43%) des nouveaux diagnostics ont été posés en 2005. Cependant, les nouveaux diagnostics augmentent progressivement dans les autres régions depuis 1999, y compris dans les zones où les infections à VIH étaient jusque-là restées rares (par exemple dans

l'Est et le Nord-Est, au Pays de Galles et dans le Yorkshire) (Health Protection Agency, 2006).

Trois quarts des nouveaux diagnostics de VIH chez des hommes et des femmes hétérosexuels ont été faits chez des personnes originaires de pays extérieurs au Royaume-Uni, principalement d'Afrique subsaharienne (Health Protection Agency, 2006). En effet, les personnes infectées en Afrique subsaharienne constituent aujourd'hui le groupe le plus touché par le VIH au Royaume-Uni, à un degré légèrement plus élevé que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Des recherches dans les Midlands et dans le sud de l'Angleterre suggèrent que la stigmatisation et la crainte de la discrimination dissuadent une forte proportion des Africains vivant au Royaume-Uni de pratiquer un test VIH (Elam et al., 2006).

Par ailleurs, les niveaux de VIH et des autres infections sexuellement transmissibles restent élevés chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, qui représentent environ un tiers de tous les nouveaux diagnostics de VIH (2252 en 2005). Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a augmenté de près de 50% depuis 2000 (Health Protection Agency, 2006), ce qui montre bien qu'il est nécessaire de remanier les efforts de prévention destinés à ce groupe de la population (Elford et al., 2005).

Deux autres tendances sont intéressantes à noter. Environ un tiers des personnes vivant avec le VIH ne savent pas qu'elles ont été infectées (British Medical Association, 2006). Elles ne bénéficient par conséquent pas du traitement et de la prise en charge dont elles pourraient avoir besoin et risquent de transmettre le virus à d'autres. En outre, les connaissances relatives au VIH semblent se dégrader. Dans une enquête en 2005, 79% des répondants à l'échelle nationale (et 70% seulement à Londres, région connaissant la plus forte prévalence du VIH dans le pays) savaient que le VIH peut se transmettre par des rapports sexuels non protégés, alors qu'ils étaient 91% en 2000. Le pourcentage de personnes incapables d'indiquer une seule des voies de transmission du VIH a augmenté de 6% à 8% entre 2000 et 2005 (National AIDS Trust, 2006).

Des études dans des groupes d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes montrent un taux de prévalence du VIH de 10%-20% en Europe occidentale, et plusieurs études effectuées en Espagne, en France, au Royaume-Uni et en Suisse rapportent une augmentation de la propor-

tion des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et affirment avoir récemment eu des rapports à risque élevé (Balthasar, Jeannin, Dubois-Arber, 2005 ; Moreau-Gruet, Dubois-Arber, Jeannin, 2006 ; Dodds et al., 2004). Ceci montre clairement la nécessité de renforcer les programmes de prévention et de traitement du VIH dans ce groupe de la population (EuroHIV, 2006b). Plusieurs autres pays connaissent une augmentation des nouveaux diagnostics de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Par rapport à 2001, le nombre de diagnostics de VIH dans ce groupe de la population avait augmenté de trois quarts aux **Pays-Bas** (75%), de plus de deux tiers au **Portugal** (68%) et en **Suisse** (71%), et de 40% en **Belgique** en 2005 (EuroHIV, 2006a). Des flambées d'autres infections sexuellement transmissibles accompagnent cette tendance dans certains pays, ce qui suggère une augmentation des comportements sexuels à risque parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Aux **Pays-Bas**, par exemple, les cas de syphilis chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont plus que triplé entre 2000 et 2004 (Van de Laar et al., 2005). En **Allemagne**, les nouveaux diagnostics de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont plus que doublé entre 2001 et 2005 (EuroHIV, 2006a), et ce groupe de la population représente environ 70% des nouvelles infections à VIH diagnostiquées en 2005 (Robert Koch Institut, 2005). Globalement, on estime que 49 000 [29 000-81 000] personnes vivaient avec le VIH en Allemagne en 2005 (ONUSIDA, 2006a). Les épidémies des pays scandinaves restent d'ampleur modeste et sont dans l'ensemble stables, même si on a noté depuis 2002 une augmentation des diagnostics de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en **Suède** (de 68 à 97 en 2005) (EuroHIV, 2006a).

---

*Des études révèlent une prévalence du VIH de 10%-20% parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Europe occidentale, et il y a des indications en provenance de plusieurs pays évoquant une prise de risques plus élevée en matière de rapports sexuels sans protection dans ce groupe de population.*

---

L'efficacité des programmes de réduction des risques en vue d'abaisser le nombre d'infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est manifeste dans plusieurs pays. Au **Portugal**,

par exemple, les diagnostics de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables étaient inférieurs en 2005 de près d'un tiers (31%) à ceux de 2001 (857 par rapport à 1247) (EuroHIV, 2006a). Les programmes de réduction des risques ont été associés à une baisse de la consommation de drogues injectables, de l'utilisation d'aiguilles et de seringues non stériles et des infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en Espagne. La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a baissé de moitié à Barcelone (de 44% à 21% entre 1995 et 2001-2003) et à Séville (de 44% à 22%), deux villes dont les programmes de réduction des risques sont en place depuis longtemps. Par contraste, à Madrid, où ces programmes n'ont été introduits que vers la fin des années 1990, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est restée stable (37% en 1995 et 35% en 2001-2003) (de la Fuente et al., 2006). Les Pays-Bas ont également enregistré une chute des infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables—de 174 nouveaux diagnostics en 2002 à 29 en 2005. Parmi les consommateurs de drogues d'Amsterdam, épice de l'épidémie de VIH liée à la consommation de drogues injectables dans le pays, on a vu une baisse régulière de l'utilisation d'aiguilles et de seringues non stériles et de l'incidence du VIH. La plupart des nouvelles infections à VIH parmi les consommateurs de drogues d'Amsterdam se produisent maintenant lors de rapports hétérosexuels non protégés—ce qui nous rappelle que les programmes de réduction des risques doivent également prêter attention à la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque (Lindenburg et al., 2006).

Les épidémies d'Europe centrale restent de taille modeste par rapport au reste de l'Europe. Seuls quatre pays ont annoncé plus de 100 nouveaux diagnostics de VIH en 2005 : la **Pologne** (où 652 personnes ont été nouvellement diagnostiquées), la **Turquie** (332), la **Roumanie** (205), la

**Serbie et Monténégro**<sup>8</sup> (112) et la **Hongrie** (110) (EuroHIV, 2006a). Les schémas épidémiques varient considérablement. Les rapports hétérosexuels sans protection sont le principal mode de transmission de l'infection dans la plupart des pays, dont l'**Albanie**, la **Bosnie-Herzégovine**, la **Bulgarie**, la **Roumanie** et la **Turquie**, alors que les rapports sexuels non protégés entre hommes prédominent en **Croatie**, en **Hongrie**, en **République tchèque** et en **Slovénie**, et l'utilisation de matériel non stérile d'injection de drogues est le principal facteur de risque d'infection à VIH dans l'épidémie de la **Pologne** (EuroHIV, 2006a ; Rosinska, 2006).

Dans la Baltique, l'augmentation soudaine du nombre d'infections à VIH diagnostiquées au tournant du siècle semble avoir faibli et les épidémies de VIH augmentent maintenant plus lentement. On a noté une baisse régulière des nouveaux diagnostics de VIH en **Lettonie** (de 542 à 299 au cours de la même période) (Inspectorat de la protection de la Santé de l'Estonie, 2006 ; EuroHIV, 2006a). En **Lituanie**, 110-135 nouvelles infections à VIH sont diagnostiquées chaque année depuis trois ans (EuroHIV, 2006a). Quelque 10 000 [6100-17 000] personnes vivaient avec le VIH en **Lettonie** en 2005, et on estimait qu'elles étaient 3300 [1600-10 000] en **Lituanie** (ONUSIDA, 2006). Les nouveaux cas de VIH notifiés en **Estonie** ont également baissé (de 899 en 2002 à 621 en 2005). Néanmoins, le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte estimé à 1,3% [0,6-4,8%] en Estonie en 2005 se situait au deuxième rang de tous les pays d'Europe (après l'Ukraine). Un total de plus de 5000 infections à VIH ont été notifiées depuis le début de l'épidémie en Estonie et on estime que le nombre réel de personnes vivant avec le VIH en 2005 était deux fois plus élevé (10 000 dans une fourchette allant de 4800 à 32 000) (Inspectorat de la protection de la Santé de l'Estonie, 2006 ; ONUSIDA, 2006a).

<sup>8</sup> Au moment de leur compilation, ces statistiques se référaient à la région connue précédemment sous le nom de Serbie et Monténégro. Au moment de mettre sous presse, cette région s'appelle désormais la République de Serbie.