



Note d'orientation de la CEA

S'appuyer sur les enseignements tirés de la poursuite de l'objectif du Millénaire pour le développement concernant le VIH/sida pour faire reculer la pauvreté et les inégalités après 2015

Introduction

En septembre 2015, à sa soixante-dixième session, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté un nouveau programme de développement prenant la suite des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le nouveau Programme de développement durable à l'horizon 2030 est très ambitieux et complexe, comportant 17 objectifs assortis de 169 cibles, et visant les trois dimensions du développement durable (économique, sociale et environnementale). Pour pouvoir réaliser effectivement ce Programme, il faudra savoir exploiter les enseignements de la riche expérience des OMD, y compris en ce qui concerne la nécessité de tirer parti des synergies possibles entre les nouveaux objectifs de développement durable (ODD). Les objectifs 1, 3, 8 et 10¹ sont liés entre eux

1 Le libellé complet de ces objectifs est le suivant : Objectif 1. Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde ; Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ; Objectif 8. Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour

et visent respectivement l'élimination de la pauvreté, l'amélioration de la situation sanitaire, la promotion d'une croissance économique partagée et de l'emploi, et la réduction des inégalités.

La présente note d'orientation met l'accent sur la relation entre, d'une part, le problème sanitaire spécifique du VIH/sida, et de l'autre, les deux phénomènes de la pauvreté et des inégalités. L'objet en est double : rappeler que la lutte contre le VIH/sida est cruciale pour la poursuite des objectifs visant la pauvreté et les inégalités en Afrique, et exposer certains enseignements tirés d'expériences qui ont prouvé leur utilité pour inverser les tendances du VIH/sida. On trouvera dans la section II les chiffres actuels de prévalence et de décès dus à cette maladie. La section III est consacrée à certaines des conséquences socioéconomiques du VIH/sida sur la pauvreté et les inégalités, ainsi qu'aux voies et aux mécanismes de cette causalité. On trouvera dans la section IV une analyse des corrélations entre la prévalence du VIH et les niveaux de pauvreté et d'inégalité en Afrique. La section V présente des conclusions sur certains des enseignements livrés par la lutte contre cette maladie.

Prévalence actuelle et nombre de décès imputables au VIH/sida

Selon le rapport 2015 sur les objectifs du Millénaire pour le développement (CEA et al., 2015), l'Afrique a réalisé ces 15 dernières années des progrès appréciables dans la lutte contre le VIH/sida, et parvient à inverser l'évolution de la pandémie et à réduire le nombre de

tous ; Objectif 10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.

décès qu'elle cause dans l'ensemble des cinq sous-régions géographiques du continent. Entre 2001 et 2013, l'incidence de la maladie dans la population adulte (c'est-à-dire le nombre de nouvelles infections à VIH par an pour 100 personnes âgées de 15 à 49 ans) a été réduite de plus de la moitié en Afrique australe, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, a diminué de 46 pour cent en Afrique de l'Est et est restée constante à un niveau faible de 0,01 pour cent en Afrique du Nord (tableau 1). Tous les pays enregistrent une tendance à la baisse du nombre de nouvelles infections, à l'exception de l'Angola et de l'Ouganda où, actuellement, la situation se dégrade.

Du fait de la baisse des nouvelles infections, la prévalence du VIH dans la population adulte en Afrique est passée, entre 2005 et 2013, de 5,6 pour cent à 4,7 pour cent, et les décès liés au sida dans la population (tous âges confondus) ont baissé de 40 pour cent, passant de 1,8 million à 1,1 million. En Afrique du Nord, la prévalence du VIH parmi les adultes a été pendant la même période de 0,1 pour cent ; toutefois, les décès liés au sida dans la population (tous âges confondus) a légèrement augmenté, passant de 6 700 à 10 100 (Division de statistique des Nations Unies, 2015).

Le rapport 2015 sur les objectifs du Millénaire pour le développement avertit également que, malgré ces progrès appréciables, le VIH reste un véritable défi en Afrique. En chiffres absolus, il y a en Afrique quelque 24,9 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 154 000 seulement en Afrique du Nord, les autres se répartissant dans les quatre autres sous-régions géographiques. La majeure partie des personnes vivant avec le VIH en Afrique, si l'on exclut l'Afrique du Nord, est concentrée dans 10 pays : l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Pris ensemble, ces pays comptent 81 pour cent de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans la région. Les femmes en représentent un pourcentage disproportionné : 58 pour cent des personnes vivant avec le VIH sont des femmes. En outre, il y a 2,9 millions d'enfants infectés, s'ajoutant à d'autres groupes vulnérables comme les jeunes et les personnes touchées par les conflits, les catastrophes ou les déplacements.

À l'heure actuelle, l'Afrique (Afrique du Nord exclue) représente environ 71 pour cent de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde. La couverture en termes de traitement et de services de conseil reste insuffisante. On estime actuellement à 37 pour cent la proportion de personnes vivant avec le VIH ayant accès au traitement en Afrique (Afrique du Nord exclue) ; mais les disparités entre pays sont très marquées. Le Nigéria et l'Afrique du Sud, par exemple, sont les pays qui comptent dans la région le plus gros effectif de personnes vivant avec le VIH, respectivement 3,2 millions et 6,3 millions de personnes, mais l'accès au traitement ne couvre que 20 pour cent des personnes infectées au Nigéria et 42 pour cent en Afrique du Sud (ONUSIDA, 2014). Il existe également des différentiels de traitement à l'intérieur des pays : la probabilité de suivre un traitement est plus faible pour les enfants et les hommes que pour les adultes et les femmes (ONUSIDA, 2014 ; CEA et al., 2015).

Tableau 1: Taux d'incidence du VIH dans les sous-régions d'Afrique

Nombre annuel de nouvelles infections au VIH pour 100 personnes âgées de 15 à 49 ans	2001	2013	Changement (en %)
Afrique centrale	0,67	0,25	-63
Afrique de l'Est	0,38	0,20	-47
Afrique du Nord	0,01	0,01	Aucun changement
Afrique australe	2,15	0,95	-56
Afrique de l'Ouest	0,38	0,14	-63

Source : CEA et al., 2015 ; estimations de l'ONUSIDA 2013 pour le VIH

Conséquences socioéconomiques du VIH/sida et mécanismes de cette causalité

L'important corpus de recherches consacrées aux conséquences socioéconomiques du VIH/sida atteste que le sujet a été jugé préoccupant dès le début de la pandémie. Le DAES de l'ONU (2004), par exemple, recense les études des conséquences macroéconomiques du VIH/sida en Afrique, et on y trouve des textes qui remontent au tout début des années 1990. Plus récemment, un recensement critique des différentes méthodes d'analyse des conséquences du VIH/sida, compilé par Roos (2013), montre bien que l'intérêt pour le sujet demeure vif.

De manière générale, ce corpus de recherches montre que le VIH/sida peut avoir un effet délétère sur les facteurs de production, compromettre la croissance économique, faire baisser la consommation et l'épargne, exacerber la pauvreté et les inégalités de revenus, accroître les dépenses de santé, détourner les ressources intérieures d'un pays des dépenses productives, et nuire au capital humain à long terme (DAES de l'ONU, 2004 ; Zerihun et al., 2005 ; Danziger, 1994 ; Sgherri et MacFarlan, 2001).

Ces effets de la pandémie sur la situation socioéconomique s'exercent par le biais de plusieurs voies et mécanismes. La croissance économique peut subir les conséquences : d'une offre de main-d'œuvre réduite par la maladie ou la baisse de productivité des travailleurs ; d'une baisse de l'épargne et des investissements des familles du fait de l'augmentation des dépenses de santé ou de la réduction des revenus ; et du détournement des dépenses publiques passant d'investissements hautement productifs tels que les dépenses de capital matériel et humain, à des dépenses de santé liées au VIH/sida (DAES de l'ONU, 2004).

Pour Theodore (2001), il existe au moins quatre voies par lesquelles le VIH/sida peut retentir sur l'économie. Premièrement, la production, qui peut être freinée par l'effet de la pandémie sur la main-d'œuvre et sur le capital. Deuxièmement, les affectations de crédits, car des ressources publiques peuvent se trouver détournées d'investissements plus productifs vers des dépenses contraignantes imposées par la pandémie. Troisièmement, la distribution, car l'augmentation des dépenses de santé causée par la maladie affaiblit la base de revenus et touche le plus durement les groupes dont les revenus sont les plus bas, les groupes plus fortunés disposant de plus d'avoirs et de moyens pour y faire face ; la pandémie peut ainsi aggraver les inégalités et la pauvreté. La quatrième est celle de la reconstitution, car la maladie nuit aux capacités d'épargne et au capital humain, risquant de compromettre la marche du développement économique (DAES, 2004 ; Theodore, 2001).

Analyse de corrélation entre prévalence du VIH et pauvreté et inégalités en Afrique

Pour tenter de mieux éclairer la dynamique des effets socioéconomiques du VIH, on présente ci-après une analyse empirique des relations entre VIH d'une part, pauvreté et inégalités de l'autre.

Cette analyse consistait à calculer, sur une période de cinq ans, les coefficients de corrélation² entre la prévalence du VIH et la pauvreté, et entre la prévalence du VIH et les inégalités. Plus précisément, on a pris en compte les niveaux de pauvreté les plus récents pour les pays d'Afrique pour lesquels les données existent. À chacun des pays de la série et son niveau de pauvreté donné pour l'année t , Pit , ont été associés les taux actuels et passés de prévalence du VIH, $VIHit$, $VIHit-1$, $VIHit-2$, $VIHit-3$, et $VIHit-4$. Les cinq coefficients de corrélation suivants ont ensuite été calculés : $Corr(Pit, VIHit-4)$, $Corr(Pit, VIHit-3)$, $Corr(Pit, VIHit-2)$, $Corr(Pit, VIHit-1)$, et $Corr(Pit, VIHit)$.

De même, pour les séries les plus récentes dont on dispose sur les inégalités dans les pays d'Afrique, où lit désigne les inégalités dans le pays I pour l'année t , on a associé les taux de prévalence du VIH actuels et passés, et calculé les coefficients de corrélation. Ces coefficients sont désignés par $Corr(lit, VIHit-4)$, $Corr(lit, VIHit-3)$, $Corr(lit, VIHit-2)$, $Corr(lit, VIHit-1)$, et $Corr(lit, VIHit)$.

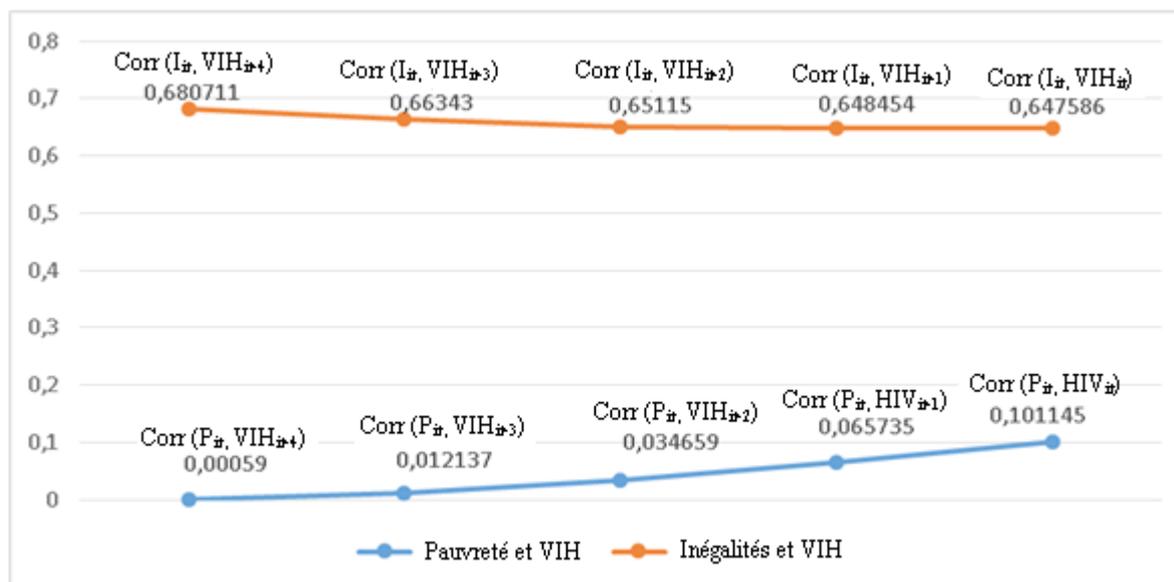
Ces calculs montrent comment les niveaux actuels de pauvreté et d'inégalités sont corrélés aux taux de VIH passés et présents. Autrement dit, l'idée est de mettre en lumière à quel point la prévalence du VIH a des effets durables, et dans quelle mesure la prévalence passée retentit sur les niveaux actuels de pauvreté et d'inégalités.³ Les résultats sont présentés dans la figure 1.⁴

2 Les coefficients de corrélation prennent une valeur comprise entre 0 et 1, où 1 représente une corrélation positive complète, et 0 l'absence de corrélation.

3 Il faut noter que l'existence de corrélations entre deux variables renseigne plus sur l'existence et le degré de liaison entre ces deux variables qu'entre les liens de causalité entre elles. Et lorsqu'on parle d'effets du VIH sur la pauvreté ou sur les inégalités, il faut lire « effets potentiels ou possibles ».

4 Les inégalités et la pauvreté sont traduites respectivement par le coefficient de Gini et par le pourcentage de la population vivant avec moins de 1,25 dollar par jour. La série considérée vise la période comprise entre 2003 et 2012. Toutes les séries utilisées pour cette analyse sont présentées plus loin dans les annexes.

Figure 1: Évolution des corrélations entre prévalence du VIH et pauvreté et inégalités



Source : Les coefficients de corrélation ont été calculés par l'auteur. Les données sur le VIH proviennent du DSNU (2015). Les données sur la pauvreté et les inégalités sont celles de la Banque mondiale (2015).

La figure 1 montre que les taux passés et présents de prévalence du VIH sont corrélés aux niveaux actuels de pauvreté comme d'inégalités. Mais la dynamique des effets de la maladie sur la pauvreté et sur les inégalités n'est pas du tout la même. On constate que le niveau actuel de pauvreté est en corrélation plus forte avec le taux actuel de prévalence du VIH qu'avec les taux de prévalence passés. Cela suppose que le VIH a un effet instantané sur la pauvreté, et non un effet décalé. Il faut donc, pour éviter que le VIH ait un effet délétère sur les niveaux de pauvreté, traiter très rapidement les nouveaux cas, et l'idéal serait de juguler les incidences.

Pour les inégalités, la tendance observée des coefficients de corrélation est à l'inverse de celle qu'on constate pour la pauvreté (figure 1). La valeur actuelle des inégalités est en corrélation plus forte avec les taux passés de prévalence du VIH qu'avec le taux de prévalence actuel. Cela suppose que le VIH a un effet durable sur les inégalités, autrement dit, que les taux de prévalence actuels du VIH peuvent retentir sur les inégalités pour de nombreuses années à venir.

La figure 1 fait apparaître aussi que les inégalités sont nettement plus corrélées au VIH que la pauvreté, les coefficients de corrélation entre inégalités et VIH s'établissant au-dessus de 0,6, alors qu'ils dépassent à peine 0,1 pour la corrélation entre pauvreté et VIH.

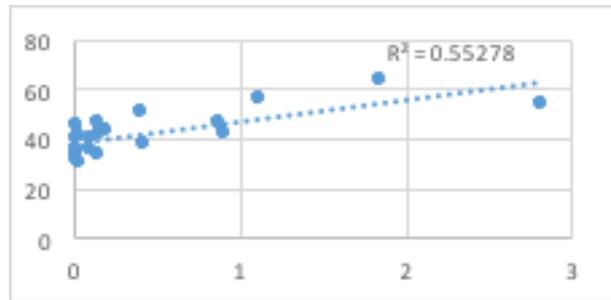
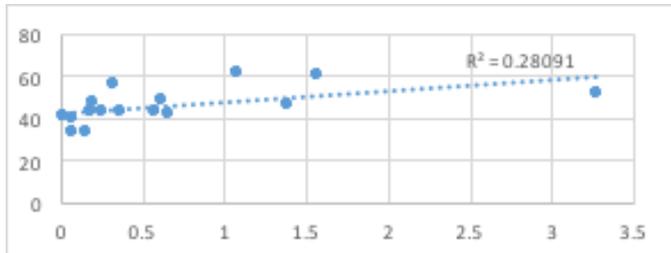
À partir de ces premiers résultats, on a poussé plus loin l'analyse pour voir si les liens observés entre inégalités et prévalence du VIH s'étaient renforcés ou affaiblis avec le temps. Pour ce faire, on a divisé en deux périodes la série de coefficients de Gini (2010-2012 et 2003-2009) et calculé le coefficient de corrélation entre coefficient de Gini et valeurs décalées de prévalence du VIH.⁵ Les résultats sont présentés dans la figure 2. La corrélation entre inégalités et valeurs décalées de prévalence du VIH est encore plus forte ces dernières années qu'auparavant. On a là le signe que, malgré les progrès obtenus pour juguler la pandémie en termes de nombre de cas et de décès, elle continue à menacer gravement les efforts consacrés à la réduction des inégalités. Il s'ensuit qu'il faudra que tout effort visant à atteindre l'ODD 10 axé sur les inégalités comprenne aussi des efforts de lutte contre le VIH.

5 La valeur décalée utilisée est t-2, parce qu'elle est à mi-chemin entre t-4 et t, qui est la période considérée dans l'analyse de départ.

Figure 2: Corrélation entre coefficient de Gini et valeurs décalées de prévalence du VIH, 2003-2009 et 2010-2012

2003-2009 : Corr (lit,VIHit-2) = 0,53001

2010-2012 : Corr (lit,VIHit-2) = 0,65115



Source : Graphique établi par l'auteur à partir de données de la Banque mondiale (2015) et du DSNU (2015).

Enseignements tirés de la lutte contre le VIH

Étant donné ses nombreuses conséquences socioéconomiques, à court terme comme durables, en particulier pour la pauvreté, les inégalités et la croissance, et sa propagation actuelle, qui reste élevée en chiffres absolus, la pandémie de VIH reste à même de menacer la poursuite d'une croissance partagée et d'une transformation structurelle en Afrique.

Il y a pourtant un point positif : les progrès obtenus récemment dans la lutte contre la maladie, s'ajoutant à la connaissance considérable qu'on en a, signifient que les pays peuvent viser haut et chercher à réaliser un scénario de zéro cas.

L'expérience tirée de la poursuite de l'OMD 6 visant à combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose permet de constater que certains facteurs ont grandement favorisé les progrès enregistrés jusqu'à présent pour ce qui est d'inverser les tendances du VIH : améliorations apportées aux tests, aux conseils et à l'accès aux thérapies antirétrovirales ; réduction de la transmission de la mère à l'enfant ; augmentation de l'utilisation de préservatifs et des traitements à titre préventif ; améliorations de la sensibilisation générale et de la connaissance de la maladie, notamment de la compréhension des relations entre le VIH et la tuberculose. Il a été établi, par exemple, que le traitement du VIH fait baisser de 50 pour cent le risque de décès pour les personnes atteintes à la fois de VIH et de tuberculose. De même, parmi les séropositifs qui n'ont pas la tuberculose, le traitement antirétroviral fait baisser de 66 pour cent le risque de contracter la tuberculose (CEA et al., 2015 ; ONUSIDA, 2014).

Il est établi aussi que les jeunes femmes et les adolescentes se trouvent face à des inégalités spécifiques qui les rendent plus vulnérables à la pandémie. Certaines, par exemple, n'ont pas accès à l'éducation, aux services de santé ni à la protection sociale. Elles risquent de ce fait de voir compromises leurs possibilités de se protéger contre le VIH et d'obtenir des antirétroviraux. Il faut donc leur prêter particulièrement attention, il est urgent de les protéger, notamment contre la violence à caractère sexiste et les abus sexuels (CEA et al., 2015).

Faire participer les hommes à la lutte contre le VIH est une stratégie qui, elle aussi, a fait ses preuves. La circoncision masculine volontaire réalisée en milieu médical offre la possibilité pour les hommes de réduire de 66 pour cent le risque d'infection au VIH (ONUSIDA, 2014). De plus, quand les hommes connaissent leur situation au regard du VIH, ils ont plus tendance à recourir aux moyens de prévention appropriés et à chercher à se faire soigner. Les professionnels du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les consommateurs de drogues injectables sont d'autres groupes qu'il faut suivre de près, car le taux d'infection y est particulièrement élevé.

Le financement de la lutte contre le VIH continue à dépendre fortement de ressources extérieures. Les pays d'Afrique devront redoubler d'efforts et inverser cette situation en mobilisant et affectant plus de ressources nationales à cette cause. Les chiffres estimatifs d'ONUSIDA pour 2012 indiquent qu'environ 6,6 milliards de dollars ont été consacrés au sida en Afrique (Afrique du Nord exclue), dont 47 pour cent en provenance de sources nationales et le reste de sources internationales (CEA et al., 2015).

Bibliographie

Alemu, Zerihun Gudeta et al. (2005). The impact of HIV on total factor productivity. IDEAS.

Banque mondiale (2015). Indicateurs du développement dans le monde. À consulter à l'adresse <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm?2> et <http://wdi.worldbank.org/table/2.9#>.

Commission économique pour l'Afrique et al. (2015). Rapport OMD 2015 : Évaluation des progrès réalisés en Afrique pour atteindre les OMD : Enseignements tirés de la mise en œuvre des OMD. Addis-Abeba.

Danziger, Renee (1994). The social impact of HIV/AIDS in developing countries. United States National Library of Medicine.

Département des affaires économiques et sociales de l'ONU (DAES) (2004). The Impact of AIDS [en anglais uniquement]. New York.

Division de statistique des Nations Unies (2015). Base de données sur les OMD. Données sur l'objectif 6a. À consulter à l'adresse <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx>.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2013). Access to Antiretroviral Therapy in Africa: Status Report on Progress towards the 2015 Targets [en anglais uniquement]. Genève.

___ (2014). Gap report [en anglais uniquement]. Genève.

Roos, Louise (2013). Modelling the impact of HIV/AIDS: a literature review. Centre of Policy Studies, Monash University.

Sgherri, Silvia et Maitland MacFarlan (2001). The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in Botswana [en anglais uniquement]. Fonds monétaire international.

Theodore, Karl (2001). HIV/AIDS in the Caribbean: economic issues - impact and investment response. Commission on Macroeconomics and Health. Working Paper Series, Paper No. WG1:1, Center for International Developments. Harvard University, Cambridge, Massachusetts.

Annexe 1: Coefficients de Gini et prévalence du VIH en Afrique, 2003-2012

	Année t	Ginit	VIHt	VIHt-1	VIHt-2	VIHt-3	VIHt-4
Afrique du Sud	2011	63,4	1,69	1,79	1,84	1,88	1,93
Angola	2008	42,7	0,25	0,24	0,25	0,25	0,24
Botswana	2009	60,5	1,35	1,51	1,57	1,7	1,86
Burkina Faso	2009	39,8	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06
Burundi	2006	33,4	0,06	0,1	0,15	0,21	0,27
Cameroun	2007	42,8	0,49	0,52	0,58	0,62	0,67
Congo	2012	42,1	0,14	0,16	0,17	0,2	0,23
Côte d'Ivoire	2008	43,2	0,12	0,14	0,18	0,24	0,32
Djibouti	2012	45,1	0,01	0,01	0,02	0,02	0,05
Éthiopie	2010	33,2	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Gabon	2005	42,2	0,43	0,52	0,66	0,76	0,85
Gambie	2003	47,3	0,21	0,21	0,2	0,19	0,17
Ghana	2005	42,8	0,14	0,17	0,18	0,21	0,23
Guinée-Bissau	2010	50,7	0,37	0,39	0,41	0,43	0,45
Kenya	2005	48,5	0,55	0,58	0,62	0,65	0,71
Lesotho	2010	54,2	2,38	2,65	2,82	2,75	2,7
Libéria	2007	36,5	0,06	0,07	0,1	0,07	0,08
Madagascar	2010	40,6	0,03	0,03	0,04	0,05	0,06
Malawi	2010	46,1	0,63	0,74	0,87	1,03	1,21
Mali	2009	33	0,06	0,07	0,07	0,08	0,1
Maurice	2012	35,8	0,05	0,1	0,1	0,11	0,1
Maroc	2007	40,7	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01
Mozambique	2008	45,6	1,16	1,26	1,38	1,5	1,63
Namibie	2009	61	0,95	1	1,08	1,22	1,47
Niger	2011	31,5	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
Nigéria	2009	43	0,31	0,35	0,37	0,38	0,42
Ouganda	2012	42,4	0,88	0,94	0,91	0,89	0,89
Sao Tome et Principe	2010	30,8	0,01	0,01	0,03	0,05	0,08
République centrafricaine	2008	56,2	0,27	0,29	0,32	0,36	0,45
République démocratique du Congo	2011	40,2	0,09	0,1	0,1	0,11	0,12
Sénégal	2011	40,3	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03
Sierra Leone	2011	34	0,13	0,14	0,15	0,17	0,19
Swaziland	2009	51,5	3,12	3,22	3,27	3,39	3,49
Tchad	2011	43,3	0,16	0,17	0,2	0,24	0,28
Togo	2011	46	0,09	0,13	0,14	0,17	0,2
Tunisie	2010	35,8	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
République-Unie de Tanzanie	2011	37,8	0,34	0,38	0,42	0,44	0,49
Zambie	2010	55,6	1,02	1,04	1,11	1,24	1,34

Source : Banque mondiale, 2015 ; Division de statistique des Nations Unies, 2015.

Annexe 2: Coefficients de Gini et prévalence du VIH en Afrique, 2003-2012

	Année t	Pt	VIHt	VIHt-1	VIHt-2	VIHt-3	VIHt-4
Afrique du Sud	1995	20,23	1,99	1,46	0,98	0,59	0,33
	2000	20,58	2,95	3,04	3,01	2,83	2,48
	2006	9,59	2,01	2,11	2,24	2,4	2,59
	2011	5,95	1,69	1,79	1,84	1,88	1,93
Botswana	2002	16,27	0,1	0,09	0,09	0,09	0,09
Burkina Faso	1994	70,43	0,43	0,52	0,6	0,67	0,72
	1998	64,66	0,13	0,18	0,26	0,33	0,43
	2003	35,53	0,06	0,06	0,07	0,08	0,1
	2009	28,93	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06
Burundi	1998	65,15	0,44	0,43	0,4	0,35	0,3
	2006	53,28	0,06	0,1	0,15	0,21	0,27
Cameroun	1996	19,76	0,84	0,8	0,74	0,66	0,57
	2001	7,41	0,76	0,78	0,82	0,84	0,84
	2007	11,79	0,49	0,52	0,58	0,62	0,67
République centrafricaine	2003	44,38	0,53	0,66	0,8	0,96	1,07
	2008	46,56	0,27	0,29	0,32	0,36	0,45
République démocratique du Congo	2004	81,26	0,15	0,16	0,17	0,18	0,18
	2012	58	0,09	0,09	0,1	0,1	0,11
Côte d'Ivoire	1995	4,51	1,03	1,03	1,01	0,96	0,9
	1998	9,45	0,9	1	1,03	1,03	1,03
	2002	9,16	0,49	0,6	0,71	0,81	0,9
	2008	14,17	0,12	0,14	0,18	0,24	0,32
Djibouti	2002	7,72	0,38	0,43	0,47	0,47	0,44
	2012	10,55	0,01	0,01	0,02	0,02	0,05
Éthiopie	1995	40,91	0,74	0,71	0,64	0,55	0,44
	1999	21,4	0,46	0,57	0,66	0,72	0,74
	2004	8,15	0,07	0,11	0,18	0,26	0,35
	2010	10,93	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Gabon	2005	1,78	0,43	0,52	0,66	0,76	0,85
Gambie	1998	55,88	0,15	0,13	0,11	0,09	0,07
	2003	25,38	0,21	0,21	0,2	0,19	0,17
Ghana	1998	15,56	0,31	0,33	0,35	0,35	0,35
	2005	11,08	0,14	0,17	0,18	0,21	0,23
Guinée-Bissau	2002	25,88	0,52	0,55	0,54	0,56	0,57
	2010	44,5	0,37	0,39	0,41	0,43	0,45
Kenya	1994	8,56	2,59	2,6	2,24	1,69	1,15
	1997	7,08	1,33	1,75	2,24	2,59	2,6
	2005	15,97	0,55	0,58	0,62	0,65	0,71
Lesotho	1994	57,93	3,53	2,49	1,56	0,87	0,44
	2002	44,18	2,91	3,13	3,43	3,84	4,26
	2010	44,25	2,38	2,65	2,82	2,75	2,7
Libéria	2007	40,45	0,06	0,07	0,1	0,13	0,17
	1999	41,99	0,07	0,08	0,09	0,11	0,12
	2005	48,3	0,07	0,08	0,08	0,08	0,07

	Année t	Pt	VIHt	VIHt-1	VIHt-2	VIHt-3	VIHt-4
Malawi	2010	61,46	0,03	0,03	0,04	0,05	0,06
	1997	37,87	2,43	2,43	2,4	2,35	2,32
	2004	48,5	1,61	1,8	1,98	2,14	2,27
Mali	2010	50,05	0,63	0,74	0,87	1,03	1,21
	1994	72,37	0,26	0,23	0,2	0,16	0,12
	2001	33,78	0,16	0,18	0,21	0,23	0,25
	2006	23,93	0,08	0,1	0,11	0,13	0,15
Maurice	2009	20,9	0,06	0,07	0,07	0,08	0,1
	2006	0,07	0,22	0,21	0,18	0,17	0,17
	2012	0,08	0,05	0,1	0,1	0,11	0,1
Maroc	1998	0,83	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
	2007	0,56	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01
Mozambique	1996	68,71	1,05	0,87	0,71	0,58	0,47
	2002	62,33	1,8	1,81	1,75	1,63	1,44
	2008	46,17	1,16	1,26	1,38	1,5	1,63
Namibie	2003	13,67	1,92	2,19	2,45	2,72	2,95
	2009	8,59	0,95	1	1,08	1,22	1,47
Niger	1994	64,56	0,13	0,11	0,1	0,08	0,06
	2005	53,32	0,05	0,07	0,09	0,11	0,13
	2007	45,07	0,02	0,03	0,05	0,07	0,09
	2011	16,79	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
Nigéria	1996	44,18	0,53	0,48	0,45	0,41	0,36
	2003	31,79	0,46	0,47	0,51	0,54	0,53
	2009	31,56	0,31	0,35	0,37	0,38	0,42
Ouganda	1996	33,59	0,6	0,74	0,89	1,09	1,34
	2002	36,18	0,63	0,61	0,56	0,54	0,54
	2009	17,29	0,89	0,89	0,86	0,8	0,76
	2012	13,03	0,88	0,94	0,91	0,89	0,89
Rwanda	2000	56,41	0,33	0,38	0,43	0,48	0,54
	2005	45,85	0,22	0,23	0,25	0,27	0,3
	2010	35,26	0,15	0,16	0,17	0,18	0,19
Sao Tome et Principe	2000	9,27	0,24	0,22	0,21	0,19	0,16
	2011	16,64	0,01	0,01	0,01	0,03	0,05
Sénégal	1994	30,89	0,05	0,05	0,04	0,03	0,03
	2001	22,78	0,09	0,08	0,07	0,06	0,08
	2005	16,82	0,06	0,07	0,08	0,09	0,09
Sierra Leone	2003	32,16	0,25	0,24	0,22	0,2	0,17
	2011	23,26	0,13	0,14	0,15	0,17	0,19
Swaziland	1994	68,47	3,86	3,06	2,18	1,39	0,79
	2000	25,73	4,42	4,74	4,96	5,05	4,91
	2009	23,41	3,12	3,22	3,27	3,39	3,49
République-Unie de Tanzanie	2000	67,44	0,76	0,83	0,91	1,02	1,13
	2007	27,23	0,49	0,52	0,56	0,59	0,63

	Année t	Pt	VIHt	VIHt-1	VIHt-2	VIHt-3	VIHt-4
	2011	19,73	0,34	0,38	0,42	0,44	0,49
	1998	24,38	1,92	1,96	1,97	1,99	1,99
	2004	39,96	1,52	1,64	1,73	1,8	1,81
	2010	46,7	1,02	1,04	1,11	1,24	1,34
Tchad	2003	40,71	0,47	0,51	0,54	0,55	0,56
	2011	21,8	0,16	0,17	0,2	0,24	0,28
Togo	2006	31,68	0,23	0,29	0,34	0,41	0,48
	2011	33,86	0,09	0,13	0,14	0,17	0,2
	2005	0,63	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
	2010	0,38	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Source : Banque mondiale, 2015 ; Division de statistique des Nations Unies, 2015.