

2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de **SIDA**



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

4^{ème} rapport mondial

ONUSIDA/04.16F (version française, juillet 2004)

Version originale anglaise, UNAIDS/04.16E, June 2004 :
2004 Report on the global AIDS epidemic 4th global report
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2004.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004 : 4^{ème} rapport mondial.

1.Infection à VIH – épidémiologie 2.Infection à VIH – thérapeutique 3.SIDA – épidémiologie
4.SIDA – thérapeutique I.Titre.

ISBN 92 9173 356 3

(Classification NLM : WC 503.4)

Couverture: Lewis Evans

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

Rapport sur l'épidémie mondiale de **SIDA** 2004

4^{ème} rapport mondial



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Table des matières

	Préface	7
	Avant-propos	8
1	Vaincre le SIDA: la ‘nouvelle donne’	11
2	Un aperçu mondial de l’épidémie de SIDA	21
3	Impact du SIDA sur les personnes et les sociétés	39
	Le Point – Le SIDA et les orphelins : une tragédie se déroule sous nos yeux	61
4	Elargir la prévention complète du VIH	67
	Le Point – Le VIH et les jeunes : menaces sur la jeunesse d’aujourd’hui	93
5	Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH	99
	Le Point – SIDA et droits de la personne : le besoin de protection	123
6	Financer la riposte au SIDA	129
7	Ripostes nationales au SIDA – intensifier l’action	151
	Le Point – SIDA et conflits : un problème croissant partout dans le monde	177
	Le Point – Le rôle essentiel des personnes vivant avec le VIH	185
	Tableau comparatif des estimations et données relatives au SIDA par pays, fin 2003 et 2001	191
	Annexe – Estimations et données relatives au VIH et au SIDA, fin 2003 et fin 2001	211
	Références	214

Remerciements

Rédactrice en chef/Coordonnatrice de la production

Sandra Woods

Principale Conseillère scientifique

Catherine Hankins

Principaux auteurs :

Sue Armstrong

Chris Fontaine

Andrew Wilson

Assistante d'édition/recherche

Susan Squarey

Supervision du projet

Marika Fahlen

Importantes contributions éditoriales :

Michael Bartos, Sandy Beeman, Anindya Chatterjee, Paul De Lay, Julian Fleet, Robert Greener, Alec Irwin, Mike Isbell, Lesley Lawson, Miriam Maluwa, Aurorita Mendoza, Lisa Regis

Directives éditoriales :

Peter Ghys, Peter Piot, Françoise Renaud-Thery, Michel Sidibe, Karen Stanecki, Brian Williams

Equipe de production :

Heidi Betts, Alistair Craik, Efrén Fadriqela, Nathalie Gouiran, Marie-Laure Granchamp, Lon Rahn, Elena Sannikova, Olga Sheean et Elizabeth Zaniewski

Ce rapport n'aurait pu être écrit sans le soutien et la précieuse contribution de nos collègues des Organismes coparrainants de l'ONUSIDA, du Secrétariat de l'ONUSIDA, des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et des instituts de recherche tout autour du monde. Les personnes suivantes figurent parmi celles qui ont apporté d'importantes contributions et méritent une reconnaissance toute particulière :

Angeline Ackermans, Peter Aggleton, Calle Almedal, Peter Badcock-Walters, Andrew Ball, Heidi Bazarbachi, Julia Benn, Elizabeth Benomar, Alina Bocai, Ties Boerma, Raul Boyle, Don Bundy, Angela Burnett, Alexandra Calmine, Michel Caraël, Pedro Chequer, Mark Connolly, Kieran Daly, Ernest Darkoh, Michel de Groulard, Getachew Demeke, Isabelle de Zoysa, Mandeeep Dhaliwal, Neelam Dhingra-Kumar, Rebecca Dodd, Enide Dorvily, Alexandra Draxler, René Ehounou Ekpini, Olavi Elo, José Esparza, Tim Farley, Nina Ferencic, Nathan Ford, Edwige Fortier, Michael Fox, Vidhya Ganesh, Geoffrey Garnett, Amaya Gillespie, Aida Girma, Nick Goodwin, Ian Grubb, Lenin Guzman, Laura Hakokongas, Keith Hansen, Mary Haour-Knipe, Lyn Henderson, Alison Hickey, Wolfgang Hladik, Gillian Holmes, Dagmar Horn, Lee-Nah Hsu, Enida Imamovic, José Antonio Izzola, Jantine Jacobi, Noerine Kaleeba, Pradeep Kakkattil, Mohga Kamal Smith, Carol Kerfoot, Brigitte Khair-Mountain, Robert Kihara, Alexander Kossukhin, Christian Kroll, Amna Kurbegovic, Robin Landis, Susan Leather, Jean-Louis Ledecq, Seung-hee Lee, Ken Legins, Gael Lescornec, Jon Liden, Tony Lisle, Carol Livingston, Ruth Macklin, Bunmi Makinwa, Valerie Manda, Geoff Manthey, Tim Marchant, Hein Marais, William McGreevey, Henning Mikkelsen, David Miller, Jadranka Mimica, Hi-Mom, Roeland Monasch, Erasmus Morah, Rosemeire Munhoz, Elizabeth Mziray, Warren Naamara, Alia Nankoe, Francis Ndowa, Paul Nunn, Philip Onyebujoh, Gorik Ooms, Victor Ortega, Jos Perriens, Eduard Petrescu, Jean-Pierre Poullier, Elizabeth Pisani, Ben Plumley, Joel Rehnstrom, Chen Reis, Sinead Ryan, Marcos Sahl, Roger Salla Ntouna, Karin Santi, George Schmid, Kristan Schoultz, Geeta Sethi, Ismail Shabbir, Catherine Sozi, Paul Spiegel, Susan Stout, Inge Tack, Miriam Temin, Kate Thomson, Georges Tiendrebeogo, Susan Timberlake, Warren Tiwonge, Stephanie Urdang, Mirjam van Donk, Bob Verbruggen, Anna Vohlonen, Neff Walker, Bruce Waring, Alice Welbourn, Caitlin Wiesen, Alan Whiteside, Desmond Whyns, Brian Williams (OMS), Kenneth Wind-Andersen, Anne Winter, Soumaya Yaakoubi, et Alti Zwandor

Figures

Page	Fig.	
25	1	Epidémie mondiale de VIH 1990-2003
27	2	Valeur médiane de la prévalence du VIH dans la population fréquentant les consultations prénatales en Andhra Pradesh, au Karnataka, au Maharashtra et au Tamil Nadu, Inde, 1998-2003*
28	3	Tendances de la prévalence du VIH dans divers groupes, Cambodge, 1998-2002
29	4	Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH en Thaïlande par année et suivant l'évolution des modes de transmission
30	5	Epidémie en Afrique subsaharienne, 1985-2003
31	6	Prévalence du VIH parmi les 15 à 49 ans dans les zones urbaines et rurales, pays choisis d'Afrique subsaharienne, 2001-2003
31	7	Prévalence du VIH parmi les 15 à 24 ans dans des pays choisis d'Afrique subsaharienne, 2001-2003
32	8	Valeurs médianes de la prévalence du VIH (%) dans les consultations prénatales des zones urbaines, par sous-région (avec le nombre de villes), en Afrique subsaharienne, 1990-2002
35	9	Nouvelles infections à VIH diagnostiquées par million d'habitants dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, 1996-2003
36	10	Prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Amérique latine, 1999-2000
37	11	Utilisation du préservatif avec un partenaire non cohabitant, République dominicaine, 2002
42	12	Espérance de vie à la naissance dans certains des pays les plus fortement touchés, 1980-1985 à 2005-2010
43	13	Taille de la population avec et sans SIDA, Afrique du Sud, 2000 et 2025
58	14	Exemples d'estimations de l'impact du VIH/SIDA sur la croissance économique, 1992-2000
61	15	Orphelins par région au sein de l'Afrique subsaharienne, fin 2003
62	15a	Problèmes parmi les enfants et familles touchés par le VIH et le SIDA
65	16	Rôle grandissant des grands-parents – Lien familial entre les doubles orphelins et les orphelins d'un seul parent (ne vivant pas avec le parent survivant) et le chef de famille, Namibie, 1992 et 2000
69	17	Projection des nouvelles infections chez l'adulte avec le niveau actuel des interventions et avec un élargissement en temps voulu d'un ensemble complet d'interventions
70	18	Renforcer les stratégies de réduction du risque, de la vulnérabilité et de l'impact
74	19	Proportion des répondants qui savent que le VIH peut être transmis par les contacts sexuels, Etats choisis en Inde
76	20	Tendances du comportement sexuel chez les jeunes dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 1994-2001 – Pourcentage de jeunes (15-24 ans) qui rapportent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal non cohabitant, parmi ceux qui ont eu une activité sexuelle avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois
78	21	Tendances du comportement sexuel chez les jeunes dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 1994-2001 – Pourcentage de jeunes (15-24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal non cohabitant, au cours des 12 mois précédant l'enquête
80	22	Prévalence annuelle du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles à la Clinique de Confiance, Abidjan, Côte d'Ivoire (1992-2002)
82	23	Détenus séropositifs dans le système pénitentiaire du Ministère de la Justice de la Fédération de Russie, 1994-2003
84	24	Pays participant au programme sous-régional commun de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA le long du corridor de migration Abidjan-Lagos
85	25	Proportion de consommateurs de drogues injectables entre 15 et 24 ans infectés par le VIH, diverses études
86	26	Evolution du conseil et du test volontaires en Afrique du Sud : plus de sites = plus de tests
87	27	Khayelitsha : L'existence d'un accès décentralisé à la thérapie antirétrovirale, au plaidoyer et à des services de soutien multidisciplinaires augmente de manière spectaculaire la demande de conseil et de test
89	28	Femmes enceintes prises en charge par le programme 'Call to Action' en Afrique, 2000-2003 (Pourcentages et totaux : Tous les sites de CTA en Afrique)
89	29	Femmes prises en charge par le programme 'Call to Action' hors d'Afrique, 2000-2003 (Pourcentages et totaux : Tous les sites non africains de CTA)
93	30	Jeunes (15-24 ans) vivant avec le VIH, par région, fin 2003
94	31	Etat de la santé reproductive et sexuelle des jeunes filles (15-19 ans) entre 2000 et 2001
96	32	Pourcentage de jeunes femmes (15-24 ans) ayant des connaissances complètes sur le VIH et le SIDA, par région, jusqu'à 2003
101	33	Couverture par la thérapie antirétrovirale pour les adultes, fin 2003 – 400 000 personnes sous traitement : couverture 7%
104	34	Prix (dollars/année) d'un traitement antirétroviral de première intention en Ouganda : 1998-2003
133	35	Projection des besoins financiers annuels pour combattre le VIH et le SIDA, par région, 2004-2007 (en millions de dollars)
134	36	Besoin mondial de ressources pour la prévention, la prise en charge des orphelins, les soins et les traitements, ainsi que pour l'administration et la recherche, 2004-2007 (en millions de dollars)
135	37	Dépenses institutionnelles liées au VIH et au SIDA 1996-2002 (décaissements en millions de dollars)
136	38	Pourcentage des dépenses SIDA individuelles par rapport aux dépenses SIDA totales, pays choisis, 2002
138	39	Projection des décaissements liés au VIH et au SIDA par les principaux donateurs bilatéraux (millions de dollars) pour 2003
138	40	Aide publique au développement (APD) nette en pourcentage du revenu national brut (RNB), 2003
139	41	APD consacrée aux VIH/SIDA/IST, 2002 – Montant total engagé en millions de dollars et engagements de dépenses par million de dollars de RNB
140	42	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme : annonces de contributions et montants reçus, au 31 décembre 2003
141	43	Fonds engagés par les 15 principaux organismes donateurs américains en 2002 (en millions US\$)
143	44	Financement de la recherche sur les microbicides, en dollars
155	45	Evolution des scores de l'Indice d'effort des programmes SIDA, 2000, 2001 et 2003
162	46	Relations entre les Comités nationaux du SIDA et les bilatéraux – Pourcentage de pays répondants dans lesquels le représentant du Secrétariat de l'ONUSIDA a indiqué qu'il existe une relation officielle entre le CNS et les donateurs bilatéraux
163	47	Niveau d'intégration dans 63 pays à faible et moyen revenus
168	48	Obstacles dus au manque de ressources sanitaires et humaines – Pourcentage de pays dans lesquels le représentant du Secrétariat de l'ONUSIDA a indiqué que le manque de personnels de santé constituait un obstacle majeur pour la riposte nationale au SIDA
181	49	Prévalence du VIH par pays d'asile et pays d'origine, par région, 2003
182	50	Facteurs de risque d'infection à VIH dans les zones de conflit et les camps de personnes déplacées
187	51	Participation des personnes vivant avec le VIH à des forums de partenariats

Préface

L'épidémie mondiale de SIDA est l'un des plus graves problèmes auxquels notre génération soit confrontée. Le SIDA est une urgence mondiale d'un type nouveau – une menace sans précédent pour le développement humain, qui exige une action et un engagement soutenus et à long terme. Comme le montre le présent rapport, l'épidémie semble ne pas vouloir desserrer son emprise sur la société humaine.

La crise du SIDA continue à s'aggraver en Afrique, alors que de nouvelles épidémies se développent à un rythme alarmant en Asie et en Europe orientale. Aucune région du monde n'a été épargnée.

S'il souligne le besoin pressant de ressources et d'engagements supplémentaires, le rapport documente également certains des succès enregistrés – par des groupes de personnes infectées ou affectées par le VIH, ainsi que par des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des entreprises et des leaders religieux.

Le SIDA est maintenant parmi nous depuis plus de 20 ans. Il va continuer à nous défier pendant bien des décennies encore. La leçon la plus importante que nous ayons apprise jusqu'ici, c'est que nous pouvons faire une différence : nous pouvons prévenir de nouvelles infections et nous pouvons améliorer la qualité de la prise en charge et des traitements pour les personnes vivant avec le VIH.

Notre plus grand défi consistera à étendre les extraordinaires exemples de leadership relevés dans le présent rapport et de les intégrer dans la vie de tous les jours. Faute d'un remède, la mobilisation en masse de tous les secteurs de la société reste notre seule arme.



Kofi A. Annan
Secrétaire général des Nations Unies

Avant-propos

Tous les deux ans, à l'occasion de la Conférence internationale sur le SIDA, ce Rapport mondial présente l'état actuel de nos connaissances sur l'épidémie, étayées par les travaux du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) qui réunit neuf agences du système des Nations Unies. La lecture de ce Rapport donne à réfléchir.

Loin de se stabiliser, les taux d'infection continuent à augmenter dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne. Pour la seule année 2003, en effet, on estime à 3 millions le nombre de personnes nouvellement infectées dans la région. Le plus alarmant est que de nouvelles épidémies progressent sans contrôle dans d'autres régions, en particulier en Europe orientale et en Asie.

L'épidémie se propage en Europe orientale et en Asie centrale à un rythme jusqu'ici inconnu dans le monde. Il faut penser à ces vastes pays à forte densité de population que sont la Chine, l'Indonésie et l'Inde. Si la prévalence générale y est faible, elle masque de graves épidémies déjà en cours dans certains territoires, États ou provinces.

L'épidémie de SIDA s'est davantage mondialisée qu'aucune autre épidémie de notre histoire et nous sommes aujourd'hui témoins de sa 'féminisation'. Chaque année voit croître le nombre de femmes infectées par le VIH. Plus de la moitié des personnes infectées âgées de 15 à 49 ans dans le monde sont des femmes ; en Afrique, ce pourcentage atteint 60%. Du fait de l'inégalité des sexes, les femmes vivant avec le VIH ou le SIDA subissent souvent davantage la stigmatisation et la discrimination.

Si le problème est présent, il existe des solutions. Comme l'indique notre rapport, nous savons ce qui fonctionne, et des approches fructueuses se mettent en place aux niveaux local, national et mondial. Elles sont soutenues par l'élan croissant du leadership politique international, par des programmes que le monde des affaires met au point sur les lieux de travail et par la mobilisation énergique des communautés affectées elles-mêmes – un élément clé qui demeure au cœur de la riposte mondiale.

La bonne nouvelle est que le monde entier renforce significativement son engagement et accroît les ressources consacrées à la lutte. Cependant, alors même que croît le nombre de gouvernements, d'institutions financières et de partenaires qui ripostent au SIDA, il devient urgent de collaborer mieux encore avec les pays gravement affectés et de leur apporter un soutien plus actif, en veillant tout particulièrement à éviter les doubles emplois et l'émiettement des ressources.

En prenant appui sur les engagements pris par les principaux donateurs en avril 2004, nous devons non seulement engranger davantage de ressources mais aussi veiller à ce que ces ressources soient utilisées à bon escient pour aider les pays à renforcer les capacités de mise en œuvre de leurs stratégies.

Notons une évolution particulièrement bienvenue : partout dans le monde, on perçoit de mieux en mieux la nécessité d'améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux pour toutes les personnes infectées, quel que soit le pays dans lequel elles vivent. Le traitement doit être au cœur de toutes les stratégies d'ensemble contre le SIDA. Mais la prévention est d'égale importance. Nous devons garder à chaque instant présente à l'esprit la nécessité de tout faire pour empêcher de nouvelles infections.

Vingt ans de SIDA nous montrent avec une évidence flagrante que si nous n'agissons pas maintenant, nous le paierons plus tard – un message particulièrement important pour les pays d'Asie et du Pacifique. Le SIDA exige que nous abordions la question autrement : il nous faut non seulement faire plus et mieux, mais aussi modifier nos réactions personnelles et institutionnelles face à une menace véritablement exceptionnelle pour la sécurité et la stabilité mondiales.

Le SIDA est probablement parmi nous pour très longtemps – mais l'étendue de sa propagation et la gravité des ravages qu'il entraînera dépendent entièrement de nous.

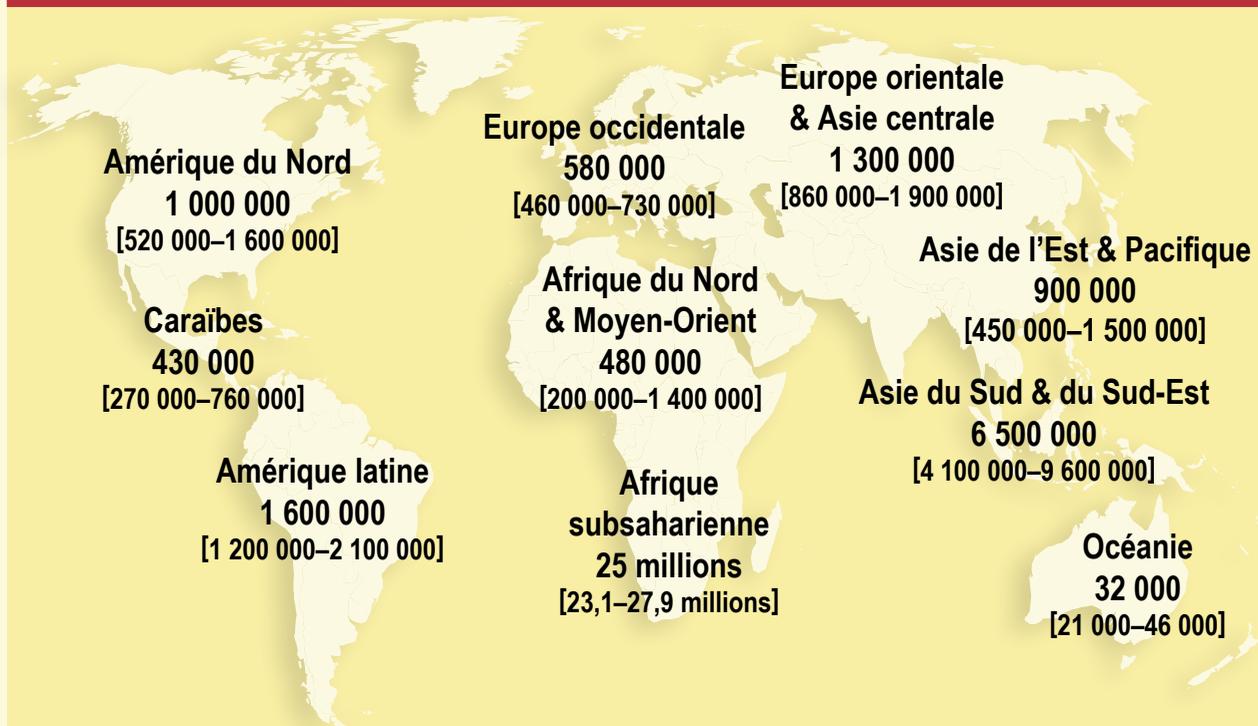


Peter Piot

Directeur exécutif

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH et de SIDA dans le monde, fin 2003



Total des adultes et des enfants vivant avec le VIH : 38 millions [35-42 millions]

Nombre de personnes vivant avec le VIH	Total	37,8 millions	[34,6–42,3 millions]
	Adultes	35,7 millions	[32,7–39,8 millions]
	Femmes	17 millions	[15,8–18,8 millions]
	Enfants <15 ans	2,1 millions	[1,9–2,5 millions]
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2003	Total	4,8 millions	[4,2–6,3 millions]
	Adultes	4,1 millions	[3,6–5,6 millions]
	Enfants <15 ans	630 000	[570 000–740 000]
Décès dus au SIDA en 2003	Total	2,9 millions	[2,6–3,3 millions]
	Adultes	2,4 millions	[2,2–2,7 millions]
	Enfants <15 ans	490 000	[440 000–580 000]



Vaincre le **SIDA**: la 'nouvelle donne'

Les facteurs sexospécifiques

Les femmes sont physiquement plus vulnérables au VIH que les hommes. De nombreuses études suggèrent que, lors des rapports hétérosexuels et en l'absence de toute autre infection sexuellement transmissible, le virus a deux fois plus de chances d'être transmis de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. Les femmes jeunes sont en outre plus susceptibles d'être infectées que les femmes plus âgées avant la ménopause.

Le risque accru chez les femmes reflète aussi les inégalités entre hommes et femmes, se référant aux croyances, coutumes et usages qui définissent les caractéristiques et les conduites 'masculines' et 'féminines'. Dans la plupart des sociétés, les rapports sexuels sont régis par des obligations différentes pour les femmes et pour les hommes, ces derniers détenant la majorité du pouvoir. Ce qui signifie que pour de nombreuses femmes – y compris les femmes mariées – le comportement sexuel du partenaire masculin est le facteur de risque le plus important en ce qui concerne le VIH.

L'épidémie a aussi un impact disproportionné sur les femmes. La définition sociale de leur rôle de soignantes, d'épouses, de mères et de grands-mères fait qu'elles assument la plus grande part du fardeau du SIDA. Quand la maladie ou la mort entraîne l'appauvrissement de la famille, les femmes et les filles – inférieures sur les plans économique et social – sont les plus gravement atteintes.

La vulnérabilité particulière des femmes et des filles

Il est essentiel que la riposte mondiale au SIDA relève le défi de la sexospécificité. La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de 2001 a reconnu que ce phénomène alimentait l'épidémie. Par cette Déclaration, les gouvernements se sont engagés à mettre au point des stratégies multisectorielles destinées à réduire la vulnérabilité des femmes et des filles. On notera pour 2003-2005 les repères suivants :

- Se préoccuper des dimensions sexospécifiques de l'épidémie (article 37) ;
- Elaborer et accélérer la mise en œuvre de stratégies nationales encourageant la promotion des femmes et permettre à celles-ci de jouir pleinement de tous les droits fondamentaux; d'encourager les hommes et les femmes à assumer une responsabilité partagée pour la pratique de rapports sexuels sans danger ; et de donner aux femmes les moyens d'exercer un contrôle sur les questions liées à leur sexualité et [...] de se protéger contre l'infection à VIH (article 59) ;
- Éliminer la discrimination envers les femmes, y compris la violence envers les femmes, les pratiques traditionnelles néfastes, la traite et l'exploitation sexuelle (articles 61-62) ;
- Réduire la transmission mère-enfant du VIH en accroissant l'accès des femmes aux consultations prénatales, à l'information, au conseil et au test, aux autres services de prévention et au traitement (article 54) ; et
- Évaluer les conséquences économiques et sociales de l'épidémie de VIH/SIDA, en particulier en ce qui concerne les femmes en tant que soignantes (article 68).

Diverses initiatives régionales, nationales et internationales sont apparues depuis 2001. Le Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme a mis en place un programme visant à intensifier les activités liées aux droits de la personne et à la sexospécificité au sein de la riposte au SIDA pour 10 pays gravement atteints (la Barbade, le Brésil, le Cambodge, l'Inde, le Kenya, le Nigéria, le Rwanda, le Sénégal, la Thaïlande et le Zimbabwe). Ce programme vise entre autres à renforcer les compétences nationales qui permettront de réviser la législation ou les politiques affectant les aspects sexospécifiques de l'épidémie.

Noeleen Heyzer, Directrice exécutive du Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme, estime n'avoir que trop souvent entendu des femmes décrire comment leur expérience passée est ignorée au cours de la discussion sur les politiques. Qu'il s'agisse de l'impact inéquitable de la mondialisation, des ravages causés par la guerre et les conflits armés, ou de la réalité quotidienne du VIH/SIDA, les femmes se sentent marginalisées et exclues des prises de décisions et du choix des ressources qui orienteront leur vie. Il est pourtant bien connu que les approches les plus efficaces en matière de politiques sont celles qui sont à l'écoute des personnes dont l'expérience immédiate de ces problèmes peut apporter les perspectives nécessaires, améliorer notre compréhension et fournir des solutions créatives pour l'utilisation des ressources.

La visibilité des organisations de femmes séropositives va croissant. Sur le plan mondial, la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA aide les organisations de femmes séropositives à partager leurs expériences. Une des initiatives récentes de l'Organisation, le projet 'Voix et choix' comporte une recherche de type participatif et des activités de sensibilisation pour améliorer les pratiques et les politiques. Dans 12 pays d'Afrique francophone, cette initiative étudie aussi les activités de soutien, de traitement et de prise en charge pour les femmes séropositives.

Une nouvelle coalition

La Coalition mondiale sur les Femmes et le SIDA a été lancée en 2003. Elle rassemble des personnes séropositives, des personnalités de la société civile, des célébrités militantes, des représentants des organisations non gouvernementales (ONG) et des personnalités des Nations Unies afin de faciliter leur collaboration et d'appuyer des efforts novateurs de mise à niveau qui affectent la vie des femmes et des filles. Son travail comportera : la prévention de l'infection à VIH chez les jeunes femmes et les filles ; la diminution de la violence envers les femmes ; la protection des droits à la propriété et à l'héritage pour les femmes et les filles ; l'accès équitable de celles-ci au traitement et à la prise en charge ; le soutien à la prise en charge à assise communautaire avec un accent particulier sur les femmes et les filles ; la promotion de l'accès des femmes aux nouvelles technologies et le soutien aux efforts en cours qui visent la scolarisation généralisée des filles.

Vaincre le SIDA : la 'nouvelle donne'

1

L'épidémie de SIDA constitue une crise tout à fait exceptionnelle. Si nous voulons avoir la moindre chance de pouvoir y répondre de façon efficace, il nous faudra à la fois la traiter comme une urgence *et* comme un problème de longue haleine pour le développement. Il nous faudra donc refuser la tentation de considérer le SIDA comme inévitable et comme l'un des innombrables problèmes qui assaillent le monde. L'épidémie de SIDA est exceptionnelle ; elle demande une riposte exceptionnelle qui devra rester souple, créative, énergique et vigilante.

Sa propagation rapide, son étendue et la gravité de son impact font de l'épidémie de SIDA un phénomène unique dans l'histoire de l'humanité. Depuis le premier cas diagnostiqué en 1981, le monde a lutté pour en maîtriser les aspects les plus frappants. Les premières tentatives de riposte ont été fragmentaires, établies au coup par coup avec des ressources incroyablement faibles ; rares ont été les communautés qui ont reconnu alors le danger à venir et encore plus rares celles qui sont parvenues à mettre sur pied une riposte efficace. Aujourd'hui, plus de 20 ans après, 20 millions de personnes sont mortes du SIDA et, de par le monde, 37,8 millions (fourchette : 34,6-42,3 millions) vivent avec le VIH. Et le fléau continue sans relâche, détruisant les vies individuelles et dans de nombreux cas mettant sérieusement à mal la trame même des sociétés.

Mais l'expérience nous a appris qu'une combinaison appropriée de leadership et d'action intégrée peut changer le cours naturel de l'épidémie. Deux décennies de lutte contre le SIDA nous ont apporté des succès majeurs et quelques leçons essentielles sur les approches qui marchent le mieux, même si nous sommes encore loin de pouvoir guérir la maladie. Nous savons maintenant que les approches de prévention intégrées apportent les meilleurs résultats. Un leadership national qui n'a pas froid aux yeux, une prise de conscience étendue au sein du public et des efforts de prévention intensifs auront permis à

des nations entières de diminuer la transmission du VIH. En Afrique, l'Ouganda reste l'exemple le plus frappant d'un succès durable. Pour l'Asie, une action intégrée a permis d'éviter quelque 5 millions d'infections à VIH en Thaïlande au cours des années 1990 ; le Cambodge a lui aussi réussi à freiner la croissance rapide de l'épidémie. Sur chaque continent nous pouvons identifier des villes, des régions ou des Etats où des efforts concertés ont réussi à tenir l'épidémie en échec.

Nous avons par ailleurs maintenant des médicaments antirétroviraux qui peuvent prolonger la vie et réduire l'impact physique de l'infection. Des actions coordonnées aux niveaux national et international ont permis de réduire considérablement le coût de ces médicaments dans les pays à faible et moyen revenus, et des efforts soutenus de par le monde tendent maintenant à permettre aux personnes vivant avec le VIH l'accès à ces médicaments – dont elles ont désespérément besoin.

En outre, le voile de silence et de stigmatisation qui a jusqu'ici paralysé les efforts de lutte contre le SIDA commence à se dissiper dans de nombreux pays. De plus en plus, les chefs de gouvernement, le monde des affaires, les autorités religieuses et les institutions culturelles se lancent dans l'action contre le SIDA. Les personnes vivant avec le VIH sont devenues un élément important à l'avant-garde du changement social qui caractérise la

Mise au point : les progrès de la riposte mondiale à l'épidémie de SIDA, 2004

L'épidémie de SIDA, dynamique et multiforme

- L'épidémie reste très dynamique, continuant à croître et à se modifier au fur et à mesure que le virus exploite de nouvelles possibilités de transmission.
- Les filles et les jeunes femmes sont les plus exposées au risque d'infection. En décembre 2003, les femmes représentaient près de 50% de toutes les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA de par le monde, ce pourcentage atteignant 57% en Afrique subsaharienne.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH de par le monde ; plus de 6000 jeunes contractent l'infection chaque jour.
- La Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2001) envisage des progrès importants dans la fourniture de soins intégrés d'ici à 2005, mais on n'a jusqu'à présent qu'une couverture minimum en ce qui concerne la prise en charge et le traitement de la maladie liée au VIH. Dans la plupart des pays à faible et moyen revenus les efforts ne sont pas – et de loin – du même ordre de grandeur que l'épidémie.
- Pour atteindre les buts fixés pour 2005 il faudra des efforts urgents, novateurs et étendus afin de renforcer et d'accélérer la riposte.

riposte à l'épidémie. L'impact du SIDA sur les perspectives de développement dans les régions les plus atteintes est de plus en plus sérieusement pris en compte et on commence à mettre en place les changements fondamentaux requis en matière de pratique du développement.

En dépit de ces progrès manifestes, un suivi et une évaluation plus élaborés de l'épidémie et de son évolution mettent en évidence l'importance du défi à relever : parmi les personnes qui ont besoin de services et d'outils de prévention, moins d'une sur cinq y a accès. Dans le monde, cinq à six millions de personnes devraient en ce moment même recevoir des médicaments antirétroviraux, mais seulement 7% y ont accès dans les pays à faible et moyen revenus – soit moins de 400 000 personnes à la fin 2003. De nombreux dirigeants nationaux persistent à nier l'impact du SIDA sur les individus et sur la société.

Les montants financiers dont peuvent disposer les activités de lutte contre la maladie, s'ils atteignent des valeurs sans précédent, ne représentent toujours pas même la moitié de ce qu'il faudrait en réalité. Encore ces fonds ne sont-ils pas dépensés de façon pleinement efficace et coordonnée. Il peut arriver que les fonds SIDA restent inactifs, bloqués dans des comptes bancaires gouvernementaux ou retardés par les réglementations qu'édicte les donateurs internationaux.

Il en résulte que l'épidémie de SIDA est maintenant véritablement à la croisée des chemins. Si la riposte du monde persiste à être bien intentionnée mais aléatoire et inefficace, cette riposte continuera à se faire distancer par l'épidémie mondiale. Mais il y a une autre possibilité, c'est de se lancer hardiment dans la 'nouvelle donne', un programme axé sur les approches indispensables, novatrices et radicales qui permettront aux pays d'inverser le cours de l'épidémie.

Quelques vérités élémentaires ...

Ce sont maintenant les femmes qui sont les plus atteintes

Aux premiers temps de l'épidémie, il y avait beaucoup plus d'hommes que de femmes parmi les personnes infectées par le VIH. Il a en fait fallu au monde médical pas mal de temps et beaucoup de preuves à conviction avant d'accepter l'idée même que le VIH pouvait constituer une menace pour les femmes. La proportion de femmes parmi les personnes infectées par le VIH de par le monde a augmenté régulièrement et en 2002 près de la moitié de toutes les personnes infectées étaient des femmes ou des filles.

En Afrique australe, où le SIDA a atteint pratiquement toutes les familles, on compte dans certains groupes d'âge jusqu'à deux femmes atteintes pour

Mesure des progrès mondiaux et nationaux dans la mise à niveau des ripostes au SIDA

Dans le cadre du suivi des activités liées à la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, le Secrétariat de l'ONUSIDA et les Organismes coparrainants ont collaboré à la mise en place d'une série d'indicateurs mondiaux, régionaux et nationaux pour mesurer les progrès accomplis de par le monde dans l'atteinte des cibles fixées par la Déclaration.

En 2003, 103 Etats Membres des Nations Unies ont fourni à l'ONUSIDA des rapports d'avancement nationaux qui ont servi à une appréciation d'ensemble des ripostes au SIDA aux niveaux mondial, régional et national, intitulée *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003*.

En 2004, une étude intitulée *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003* (Policy Project, 2004) a permis de mettre à jour certains éléments clés du matériel ainsi assemblé. Ces deux rapports illustrent les progrès constatés pour des indicateurs clés aux niveaux mondial et national dans des domaines comme la mise à niveau de la riposte nationale, les ressources, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que les programmes de prévention et de traitement.

Notons quelques résultats frappants : si depuis 2002 les ressources financières mondiales allouées à la lutte contre le SIDA ont presque triplé, elles restent gravement insuffisantes et – à cause de divers blocages – n'atteignent pas les individus qui en ont le plus besoin. A ce jour, 38% des pays n'ont toujours pas adopté de législation relative à la discrimination liée au SIDA; près du tiers n'ont pas mis en place les politiques qui doivent assurer aux femmes un accès équitable aux services essentiels de prévention et de prise en charge.

Le but du rapport de l'ONUSIDA est d'encourager toutes les parties prenantes à stimuler un engagement toujours plus important envers les cibles fixées en 2001 par la Déclaration. Ce rapport mondial comporte des indicateurs mis à jour dans divers domaines ainsi que des encadrés intitulés 'Mise au point : les progrès de la riposte mondiale à l'épidémie de SIDA'.

un homme. Non seulement les femmes et les filles représentent-elles la majeure partie des personnes infectées, mais encore elles supportent les conséquences de l'épidémie de bien d'autres façons : elles fournissent l'essentiel des soins aux malades et ce sont elles qui courent le plus de risques par rapport à leur travail, leurs revenus et leur éducation. Une fois veuves, les femmes peuvent même perdre leur domicile et leurs autres biens. On trouvera dans chaque chapitre un encadré sexospécifique destiné à mettre en lumière les préoccupations des femmes et des filles.

Les jeunes : un impact brutal

L'épidémie affecte également les jeunes de façon disproportionnée : c'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on constate la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH au monde ; chaque jour, plus de 6000 nouvelles infections surviennent dans ce groupe d'âge. Cette tendance est d'autant plus inquiétante qu'il s'agit de la génération de

jeunes la plus importante numériquement de l'histoire. Ceux et celles qui ont entre 15 et 24 ans aujourd'hui n'ont jamais connu un monde sans SIDA et, en l'absence de 'mémoire collective', ne peuvent imaginer le choc des premiers temps où la maladie était encore toute neuve. Ce sont pourtant les jeunes d'aujourd'hui qui auront la responsabilité de maintenir les ripostes à l'épidémie – ce sont les chefs, les penseurs et les décideurs qui agiront demain et il est essentiel que, dès aujourd'hui, ils jouent un rôle fondamental dans la riposte à l'épidémie (voir Le Point sur 'Les jeunes').

Les dimensions de l'épidémie et la tâche qui nous attend

Jamais aucune autre infection dans l'histoire n'a été étudiée de façon aussi intensive. Au cours des deux décennies écoulées depuis l'identification du SIDA, nous avons appris énormément de choses sur le VIH et sur les forces qui sous-tendent l'épidémie dans le monde entier.

Facteurs qui influencent la transmission du VIH : vulnérabilité et risque

L'augmentation du nombre de femmes infectées par le VIH rend particulièrement urgente la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques qui contribuent à la vulnérabilité et au risque chez les femmes, en s'assurant entre autres que les adolescentes ont accès aux services et à l'information nécessaires, que la violence envers les femmes n'est pas tolérée, que les femmes peuvent faire valoir leurs droits en matière de propriété, qu'elles ont un droit égal au traitement et que les choix en matière de prévention leur sont étendus (par la mise au point d'un microbicide, par exemple). Au cours de nos efforts pour donner aux femmes le pouvoir d'agir, il ne faut cependant pas perdre de vue l'importance des aspects sociaux et culturels qui marquent les hommes et les garçons ; il faut eux aussi les responsabiliser afin qu'ils apprennent à reconnaître et à refuser les pressions qui les poussent à mal se comporter envers les femmes et les filles.

La transmission du VIH n'est pas un phénomène aléatoire : le milieu ambiant (social, économique, politique) influence profondément la propagation du virus. Partout où les individus doivent faire face à des conditions néfastes (pauvreté, oppression, discrimination et analphabétisme, entre autres), ils sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH. Les efforts de prévention devront viser à la fois les comportements à risque individuels et les grands facteurs structurels qui sous-tendent l'exposition au VIH, de façon à permettre aux individus de maîtriser les risques qu'ils prennent et ainsi de se protéger.

La vulnérabilité, la prise de risques et l'impact du SIDA coexistent en un cercle vicieux. Il est possible de réduire la vulnérabilité en apportant aux jeunes une scolarisation, en encourageant des milieux familiaux qui les protègent et en généralisant à toute la population l'accès aux services de santé et de soutien. Cibler la vulnérabilité au niveau structurel implique aussi de réformer les politiques et les lois discriminatoires, de suivre leur application et d'assurer une protection juridique aux personnes vivant avec le VIH.

Les défis que rencontre la mise à niveau des traitements antirétroviraux

Depuis 2002, la possibilité d'apporter des traitements antirétroviraux même dans des sociétés qui disposent de peu de ressources est quasi universellement admise. Gouvernements et donateurs de par le monde s'engagent de plus en plus à élargir le plus rapidement possible l'accès à ces traitements pour les nombreuses personnes qui en ont besoin pour survivre.

La mise à niveau des traitements antirétroviraux réclame l'assurance d'un soutien politique et financier de longue haleine. La moindre défaillance pourra entraîner l'effondrement des programmes de traitement par les antirétroviraux, et les interruptions de traitement qui en découleraient permettraient au VIH de devenir résistant aux médicaments. Il s'agirait là non seulement d'une tragédie sur le plan individuel, mais encore d'une importante menace sociale, puisque les souches résistantes pourraient se propager, anéantissant l'utilité de programmes entiers.

Pour assurer l'extension de l'accès aux médicaments antirétroviraux, il faut absolument avoir assez de personnel. L'Afrique manque déjà gravement de personnel infirmier, de sages-femmes et de médecins, qui émigrent de leur pays natal vers des pays plus riches où trouver un salaire plus élevé, de meilleures conditions de travail et de plus grands espoirs. A titre d'exemple, 70% des médecins ayant reçu leur formation en Afrique du Sud vivent aujourd'hui à l'étranger. Des professionnel(le)s de la santé en provenance d'autres pays d'Afrique comblent le déficit en partie – et au détriment de leur pays d'origine – mais ce cycle d'émigration laisse les pays les plus pauvres face à un besoin criant de personnel.

Il est important de ne pas aboutir à la situation chaotique observée dans certains pays où des malades désespérés achètent des antirétroviraux sans supervision médicale et souvent sans prescription. Tout programme de soins médicamenteux contre le SIDA doit apprendre aux malades à comprendre leur traitement ; l'autorité conférée par leur expérience de vie devra permettre aux

personnes vivant avec le VIH de jouer là un rôle important. Il est par ailleurs possible de former des membres de la communauté qui encourageront l'adhésion au traitement et peuvent dans certains domaines suppléer les responsables des soins de santé, ce qui permettra une meilleure utilisation des ressources disponibles.

La stigmatisation liée au SIDA entrave la riposte et accélère la transmission

La stigmatisation et la discrimination liées au SIDA entravent de façon directe l'efficacité des ripostes à l'épidémie. La stigmatisation et les préoccupations relatives à la discrimination représentent un obstacle majeur pour les personnes qui se hasardent à subir un test du VIH et affectent directement la probabilité d'adopter des comportements de protection. Le silence qui entoure le VIH peut par exemple empêcher de commencer à utiliser le préservatif ou amener des femmes séropositives à continuer d'allaiter leur nouveau-né de crainte d'être identifiées comme infectées par le virus.

La stigmatisation n'atteint pas seulement les personnes vivant avec le VIH. Trop souvent, la stigmatisation liée au VIH s'est insérée dans une stigmatisation préexistante – liée par exemple à des stéréotypes ethniques et raciaux et à la discrimination envers les femmes et les minorités sexuelles. Par ailleurs, les schémas d'inégalité qui sont en place depuis longtemps dans les domaines racial, ethnique et sexuel aggravent la vulnérabilité au VIH. Dans de nombreux pays, la stigmatisation et la discrimination restent des obstacles importants à la compréhension de la manière dont les groupes aux marges de la société font face à l'épidémie.

Les chiffres montrent maintenant que les épidémies relativement nouvelles de l'Asie de l'Est, de l'Europe orientale et de l'Asie centrale s'étendent rapidement. Même si tout indique que le SIDA est partout, nous avons encore trop souvent tendance à dire qu'il ne constitue un problème que 'chez les autres'. Dans ces conditions, les personnes qui sont en bute à la stigmatisation et vivent aux marges de la société – par exemple

celles qui consomment des drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Dans certains pays, les besoins de ces groupes sont même systématiquement ignorés.

Mise en place d'une approche intégrée à la prévention VIH

Les programmes actuels de prévention du VIH ont une couverture de population très faible. Seule une petite fraction des personnes qui risquent d'être exposées au VIH ont l'occasion d'accéder de façon significative aux services de prévention élémentaires, même si la plupart des pays ont mis en place des cadres stratégiques pour les activités de prévention. En 2003, dans les pays à faible et moyen revenus, seule une femme enceinte sur 10 s'est vu offrir des services visant à empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant et une proportion encore plus faible des adultes de 15 à 49 ans a eu accès aux services de test et de conseil volontaires.

Pour réduire ce déficit de prévention il faudra sérieusement réorienter l'affectation des ressources et s'engager vers une programmation à grande échelle – trop d'efforts restent encore aujourd'hui à l'état de 'projet de démonstration'. On ne saurait suffisamment souligner que l'extension des services de prévention ne doit pas se limiter à 'continuer comme avant'. Il faut tenir compte de ce qui fonctionne le mieux, en fonction de notre expérience. Celle-ci montre par exemple clairement que les activités et les messages élaborés au niveau local sont de loin plus efficaces que les produits mis au point par des professionnels moins proches des réalités du terrain ; de même, pour que les messages de prévention entraînent une différence, ils doivent être recentrés et dépasser la simple prise de conscience du SIDA.

Ces efforts intégrés à grande échelle devront prendre en compte les divers contextes de l'épidémie. Là par exemple où la prévalence totale de l'infection à VIH reste faible, les mesures visant les sections les plus vulnérables de la population – professionnel(le)s du sexe, migrants, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – prendront relativement plus d'import-

1

tance. Là où la prévalence générale est élevée, il faudra continuer à cibler certaines populations spécifiques, mais pour réduire la transmission du VIH il faudra atteindre et maintenir toute une série de comportements sans risque dans de larges secteurs de la population, chez l'ensemble des jeunes notamment. Une prise de décisions visant une prévention efficace doit tenir compte de ce que nous savons des épidémies sur place, de la façon dont elles changent au cours des années et des personnes qui sont actuellement les plus exposées au risque d'infection.

La variabilité de l'épidémie fait qu'il faudra constamment renouveler les efforts de prévention. Ainsi, il est clairement apparu que l'accent très

fort mis, dès la deuxième moitié des années 1990, sur les possibilités plus efficaces de traitement au sein des pays à revenu élevé a été préjudiciable au renouvellement des efforts de prévention. Les gains en matière de prévention ont atteint un palier et, dans de nombreux cas, une recrudescence de la transmission du VIH est apparue, pour la première fois en 10 ans. De même, en Thaïlande, les succès remarquables dans la lutte contre la transmission associée au commerce du sexe au cours des années 1990 ont modifié le tableau de l'épidémie – à l'heure actuelle, les groupes qui requièrent une attention toute particulière sont les individus mariés et ceux qui ont des relations régulières.

Le système des Nations Unies : actif sur tous les fronts

Le système des Nations Unies a maintenu son engagement à la mise en œuvre effective de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de 2001. La riposte conjointe des Nations Unies à l'épidémie de SIDA continue d'aller de l'avant, comme en témoigne en particulier l'adjonction du Programme alimentaire mondial (PAM) comme neuvième Organisme coparrainant de l'ONUSIDA.

Au niveau mondial, 29 organismes des Nations Unies ont pris un rôle de leadership dans leur zone de spécialisation. Parmi les Organismes coparrainants de l'ONUSIDA on compte : l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) pour ce qui concerne les consommateurs de drogues injectables ; le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) pour ce qui concerne les problèmes sexospécifiques et les jeunes ; l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) pour ce qui concerne la scolarité ; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) pour ce qui concerne les orphelins et la transmission mère-enfant ; l'Organisation internationale du Travail (OIT) pour ce qui concerne le VIH sur le lieu de travail ; le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour ce qui concerne le VIH, le rôle du gouvernement et le développement ; et la Banque mondiale par l'intermédiaire de son Programme plurinational de lutte contre le SIDA. Grâce à l'initiative conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'ONUSIDA appelée '3 x 5', l'OMS a accru son rôle dans l'élargissement au niveau mondial de l'accès aux médicaments antirétroviraux.

Les quatre Envoyés spéciaux pour le VIH/SIDA du Secrétaire général des Nations Unies ont accru l'attention portée aux problèmes par les autorités politiques, les donateurs, la société civile et les médias. Nafis Sadik, Envoyée spéciale pour l'Asie, a par exemple stimulé l'approche du Népal pour ce qui concerne les droits de la personne et le SIDA. Le Dr George Alleyne, Envoyé spécial pour les Caraïbes, a encouragé les réformes législatives et les étapes prévues pour diminuer la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA. Dans le même temps, le Dr Lars Kallings, Envoyé spécial pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, accroît la prise de conscience sur la consommation de drogues injectables en tant que facteur important dans la propagation du VIH.

En Afrique, Stephen Lewis, Envoyé spécial pour cette région, s'est associé à James T. Morris, Directeur exécutif du Programme alimentaire mondial et Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour les besoins humanitaires en Afrique australe, afin d'accroître la prise de conscience sur le cocktail mortel (SIDA, sécheresse et déclin des ressources humaines) qui affecte l'Afrique australe.

Atténuation de l'impact

En Afrique australe et orientale, les premiers signes de l'impact majeur du SIDA sur la société commencent à apparaître, avec une exacerbation des crises alimentaires, un accroissement du nombre des orphelins et un affaiblissement inexorable des ressources humaines au sein du secteur gouvernemental et du secteur privé. Le SIDA modifie de façon fondamentale la trame et le fonctionnement de la société. Un exemple particulier de cercle vicieux réside dans le fait que l'épidémie frappe le plus rudement les pays qui sont le moins à même de mettre en œuvre une riposte. Nombreux sont maintenant les pays où le SIDA épuise les capacités plus vite qu'il n'est possible de les renouveler.

Les effets profonds et durables de l'épidémie font que les pays les plus gravement atteints devront revoir et adapter leurs politiques et leurs investissements dans toute une série de domaines afin de pouvoir faire face aux répercussions à venir. Devant la menace du SIDA, il faudra complètement repenser la façon d'élaborer les compétences, de les maintenir et de les encourager. Dans les pays à faible prévalence, il faudra des efforts de prévention courageux destinés à conserver les investissements du développement humain et institutionnel. Il faudra aussi adopter une perspective à long terme sur le maintien ou la reconstruction des compétences en matière de développement. L'action qui consiste à riposter à l'épidémie et à garder les malades en vie entraînera des résultats immédiats mais devra aussi s'accompagner de mesures tournées vers l'avenir et destinées à rétablir un ressort social (voir le Chapitre 'Impact').

Un engagement plus soutenu pour aider les orphelins

Les orphelins et l'état d'abandon où ils peuvent être laissés représentent un problème particulièrement important. On estime à 12 millions d'enfants ceux dont le SIDA a tué un parent – ou les deux – en Afrique subsaharienne. Or moins de la moitié des pays dans lesquels la crise du SIDA est particulièrement grave bénéficient de politiques

nationales destinées à apporter un soutien essentiel aux enfants que l'épidémie a rendus orphelins ou plus vulnérables. Du point de vue politique, il est impératif de prendre en charge ces enfants pour limiter l'impact du SIDA sur la vie économique et sociale des pays et des communautés.

Les défis de la 'nouvelle donne'

Passer de l'approche fragmentée que nous connaissons aujourd'hui dans la lutte contre le SIDA aux exigences dynamiques de la 'nouvelle donne' demandera des efforts exceptionnels. Les principaux dirigeants nationaux et internationaux du monde, les chercheurs, les responsables politiques, les autorités du monde des affaires et de la communauté civile, ainsi que l'ensemble du système des Nations Unies devront tous créer de nouveaux concepts et affronter de nouveaux défis pour révolutionner et harmoniser la riposte mondiale au SIDA.

Ressources et financement

Le financement de la 'nouvelle donne' demandera des innovations qui aideront les pays à évaluer leurs besoins en ressources dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et de l'atténuation de l'impact. Le SIDA forcera aussi les pays et la communauté internationale à riposter avec un engagement et une volonté politique sans précédent. La collecte de fonds supplémentaires est en progrès marqué, mais les dépenses au niveau mondial en 2004 représentent moins de la moitié des besoins prévus pour 2005 et un quart seulement de ce qui sera nécessaire en 2007 (voir le Chapitre 'Financer la riposte au SIDA'). Il faut aider les organisations de la société civile aux niveaux national et communautaire à accéder aux fonds et à en faire bon usage. Les donateurs et la communauté internationale, pour leur part, devront soigneusement établir leur juste contribution à la riposte au SIDA.

Il faudra aussi renforcer les activités destinées à identifier les ressources et à s'assurer qu'elles sont utilisées à bon escient, ce qui est indispensable pour pouvoir continuer à soutenir les programmes financièrement.

Renforcer les capacités encore et toujours

Il faut non seulement mobiliser toujours plus de ressources, mais aussi – et cela représente beaucoup de travail – mettre sérieusement à niveau les compétences des pays en matière de programmation et éliminer les blocages et les goulots d'étranglement du système afin de veiller à ce que l'argent arrive là où on en a besoin pour soutenir les activités. En lui-même, le SIDA a déjà sérieusement affaibli la capacité des pays à réagir – son impact a souvent été particulièrement grave là où cette capacité avait déjà été atténuée par des décennies de développement inadéquat.

Il faudra des approches neuves et hardies pour réinvestir dans les ressources humaines de la communauté, en commençant par sauver des vies dans toute la mesure du possible, notamment par la mise à disposition des traitements antirétroviraux. Les stratégies à court et à long termes sont également importantes. Dans l'immédiat, on trouve dans la plupart des pays des ressources humaines non utilisées (par exemple le personnel qualifié qui a pris sa retraite ou changé d'activité). A plus long terme, il faudra mettre au point des stratégies visant à compenser les effets les plus nocifs de la 'fuite des cerveaux'.

Harmonie et coordination

Au niveau des pays, toutes les parties prenantes devront tomber d'accord que, pour arriver à une riposte efficace au SIDA, il est essentiel que les pays s'approprient cette riposte et la mènent à l'intérieur de leurs frontières. L'aide internationale, pour importante qu'elle soit, ne fonctionnera efficacement que si elle est incrustée au sein d'une riposte nationale. Les concepts d'appropriation par le pays, de multisectorialité, d'intégration, d'harmonisation et de cohérence devront être fondés sur les principes directeurs que l'on appelle 'Les Trois Principes' : un cadre d'action contre le VIH/SIDA, sur lequel l'ensemble des partenaires pourront s'aligner ; une instance nationale de lutte contre le SIDA, à représentation large, multisectorielle ; un système agréé de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.

La science au service de l'action

La menace que pose le SIDA est désormais largement reconnue. La riposte peut compter sur des engagements financiers plus élevés que jamais auparavant ; plus que jamais, nous savons ce qui permet de contrer efficacement l'épidémie. Il arrive malheureusement que des idées préconçues ou des intérêts sectoriels prennent le pas sur la volonté de se laisser guider par les preuves scientifiques et d'arriver par consensus à des approches efficaces, au détriment d'une action mondiale concertée contre le SIDA. Le temps perdu se compte en vies humaines et il est essentiel que le monde s'unisse dans un accord commun sur ce qu'il faudra faire pour mettre au point une riposte efficace et rapide.

Le caractère exceptionnel du SIDA

Le SIDA est une maladie exceptionnelle à l'impact exceptionnel et étendu ; la riposte qu'il exige devra être tout aussi exceptionnelle. Il s'agit ici aussi bien d'un état d'urgence à court terme que d'une crise de longue portée pour le développement. Il faudra mettre au point des ripostes nouvelles et de formes diverses ; les institutions financières internationales devront créer des mécanismes qui soulagent la charge encourue par les pays face à leur endettement et leur permettent de consacrer une plus grande partie de leurs ressources à leur riposte au SIDA. Il sera possible de gérer les effets potentiellement inflationnistes à court terme de l'accroissement et de la multiplication des ressources affectées à la lutte contre l'épidémie – en tout état de cause, ces effets sont négligeables à côté des effets certains et à long terme désastreux qu'auraient sur les économies des pays gravement atteints des mesures trop timides contre le SIDA.

Le monde dispose d'outils nouveaux et de chances nouvelles pour vaincre le fléau du SIDA. C'est maintenant le moment de mettre en place un plan d'action hardi et novateur pour s'y attaquer. Saisissons l'occasion d'agir. 

Un aperçu mondial de l'épidémie de **SIDA**

Le VIH atteint les femmes de façon croissante

La proportion des femmes parmi les personnes infectées a progressivement augmenté ces dernières années. En 1997, les femmes représentaient 41% des personnes vivant avec le VIH ; à partir de 2002, cette proportion a atteint près de 50%. La tendance est surtout marquée là où les rapports hétérosexuels sont le mode de transmission prédominant, en particulier dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne. Les femmes figurent aussi de façon significative dans les pays où l'épidémie atteint surtout des populations clés, comme les consommateurs de drogues injectables, les populations mobiles et la population carcérale.

Afrique subsaharienne

La 'féminisation' de l'épidémie n'est nulle part plus évidente qu'en Afrique subsaharienne, où les femmes représentent 57% des infections chez l'adulte et où 75% des infections chez les jeunes touchent les femmes et les filles. Plusieurs facteurs sociaux sous-tendent cette évolution. Les jeunes Africaines ont souvent des partenaires sexuels beaucoup plus âgés – partenaires chez lesquels la probabilité d'infection à VIH risque d'être plus élevée que chez des hommes plus jeunes. Les différences de statut entre hommes et femmes dans la région font qu'il est beaucoup plus difficile pour une femme de négocier le recours au préservatif ; en outre, la violence sexuelle – qui lèse les tissus et accroît le risque de transmission du VIH – est répandue, surtout dans le cadre des conflits armés.

Dans les pays où la prévalence de l'épidémie est élevée et où le statut social de la femme est faible, le risque d'infection à VIH lié à la violence sexuelle est élevé. Une enquête auprès de 1366 clientes des consultations prénatales de Soweto en Afrique du Sud a trouvé des taux d'infection à VIH plus élevés chez les femmes qui avaient été abusées physiquement, soumises à des rapports sexuels violents ou dominées par leur partenaire masculin. Cette étude a aussi montré que les hommes violents présentaient un taux de séropositivité plus élevé que les hommes non violents (Dunkle et al., 2004).

Asie

Des facteurs du même type menacent les femmes en Asie du Sud et du Sud-Est, mais l'impact général dans la région est beaucoup plus faible parce que, dans la plupart de ces pays, l'épidémie se concentre parmi les consommateurs de drogues injectables et autres populations clés. Fin 2003, les femmes représentaient 28% des infections, en légère augmentation sur les estimations faites à la fin de 2001. Le faible statut économique et social de la femme en Asie du Sud a des conséquences importantes. Dans cette région, la concordance entre les indicateurs de statut des femmes et leur vulnérabilité au VIH font envisager un lien étroit entre patriarcat et VIH (PNUD, 2003). Les femmes y ont en général peu d'accès aux services de santé reproductive et connaissent souvent peu de choses sur le VIH, sa transmission et les possibilités de prévention. Les normes culturelles et sociales les empêchent souvent d'exiger le recours à des méthodes de prévention telles que le préservatif lors des rapports sexuels avec leur mari.

Augmentation et inégalités croissantes de par le monde

Le pourcentage de femmes parmi les personnes infectées continue de croître : en Amérique du Nord (de 20% en 2001 à 25% en 2003) ; en Océanie (de 17% à 19%) ; en Amérique latine (de 35% à 36%) ; dans les Caraïbes (de 48% à 49%) ; en Europe orientale et en Asie centrale (de 32% à 33%). S'il est difficile de comparer tous les facteurs régionaux liés à cette croissance, il est clair que les inégalités entre hommes et femmes – et en particulier les règles et les normes qui gouvernent les rapports sexuels entre femmes et hommes – sont au cœur du problème.

Un aperçu mondial de l'épidémie de **SIDA**

2

On estime à 4,8 millions (fourchette : 4,2-6,3 millions) le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2003, soit plus que pour chacune des années précédentes. Aujourd'hui, ce sont environ 37,8 millions de personnes (fourchette : 34,6-42,3 millions) qui vivent avec le VIH. Le virus a tué 2,9 millions d'êtres humains (fourchette : 2,6-3,3 millions) en 2003 et plus de 20 millions depuis l'identification des premiers cas de SIDA en 1981.

L'épidémie reste extrêmement dynamique, s'accroît et se modifie à mesure que le virus exploite de nouvelles occasions de propagation. Il n'y a aucune raison de relâcher la vigilance. Aucun pays dans le monde n'est à l'abri de l'infection. Certains pays qui ont baissé leur garde voient le nombre de nouvelles infections croître à nouveau. Dans plusieurs pays industrialisés, par exemple, l'accès plus large aux médicaments antirétroviraux alimente un mythe dangereux selon lequel le SIDA serait vaincu. En Afrique subsaharienne, le pourcentage moyen de personnes infectées par le VIH est resté stable ces dernières années, mais le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'aller croissant.

L'épidémie n'est pas la même dans toutes les régions du monde ; certains pays sont plus touchés que d'autres et dans un même pays il y a généralement d'importants écarts du niveau d'infection entre provinces, États ou districts et entre zones rurales et urbaines. Dans les faits, la situation nationale est une mosaïque d'épidémies ayant chacune leur dynamique et leurs caractéristiques propres.

Depuis 2002 on observe un regain d'énergie et d'engagement dans la riposte à l'épidémie. Le financement s'est considérablement accru et les donateurs cherchent comment acheminer au plus vite les ressources là où elles sont le plus nécessaires. Le coût des médicaments antirétroviraux a chuté et l'on s'efforce de concert à ce que les traitements soient accessibles aux millions de personnes dont la vie en dépend dans les pays à faible et moyen revenus. Le financement de la prévention est lui aussi en progrès.

Tous ces efforts ont apporté des changements non seulement dans la propagation du VIH mais aussi dans la qualité de vie des personnes infectées et celle de leur famille. Mais ces améliorations s'opèrent à une échelle qui ne permet nulle part – et de loin ! – d'arrêter ou de renverser la courbe de l'épidémie. Au taux auquel il se propage actuellement, le virus aura dans l'avenir prévisible un impact de plus en plus sévère, détruisant partout sur son passage le tissu social.

Les tendances de l'infection à VIH dans le monde

Le nombre de personnes vivant avec le VIH continue de croître, malgré l'existence de stratégies de prévention efficaces. Toutes les estimations figurant dans ce rapport sont établies selon les méthodes les plus récentes et les dernières données disponibles. C'est pourquoi les estimations actuelles ne peuvent pas être directement comparées aux estimations publiées auparavant. Depuis 1998, l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont produit des estimations biennales propres à chaque pays. Entre-temps, les méthodes et les hypothèses de travail retenues pour calculer ces estimations ont sans cesse évolué. Le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections (des spécialistes scientifiques et des chercheurs émanant de diverses institutions, rassemblés par l'ONUSIDA) se réunit chaque année pour orienter les travaux et affiner les outils de recherche en s'appuyant sur le travail effectué dans l'année par des groupes techniques plus restreints. Les méthodes et hypothèses ainsi mises à jour sont ensuite utilisées lors du cycle suivant d'estimations.

L'ONUSIDA et l'OMS ont revu leurs estimations mondiales du nombre d'adultes vivant avec le VIH, en particulier en Afrique subsaharienne. Les nouvelles estimations sont établies à partir de données de surveillance plus précises des pays, d'informations complémentaires tirées des enquêtes sur les ménages et des améliorations que l'ONUSIDA, l'OMS et leurs partenaires apportent régulièrement à la méthode de modélisation. Cela a conduit à revoir à la baisse les estimations mondiales tant pour 2003 que pour les années précédentes. Mais la baisse apparente des estimations mondiales ne signifie pas que l'épidémie de VIH soit en recul ou s'inverse. Elle continue à s'étendre.

C'est un lourd défi que de vouloir déterminer les taux exacts de prévalence d'une maladie donnée – tous les chiffres sont des estimations basées sur les données disponibles. Même si l'information sur le VIH est aujourd'hui meilleure que pour bien d'autres maladies, certains soutiendront que l'ONUSIDA et l'OMS ont tantôt sous-estimé l'épidémie, tantôt gonflé les estimations. La réalité est plus complexe, les estimations mondiales étant fondées sur les estimations des pays qui elles-mêmes proviennent des systèmes de surveillance nationaux ; ces systèmes recueillent les données sur le taux d'infection à VIH dans différents groupes de population, mais les données restent incomplètes et d'une qualité variable.

Dans bien des pays, d'importantes populations rurales ne sont pas bien couvertes par la surveillance. A cause de préjugés sociaux et politiques, beaucoup de systèmes de surveillance négligent des groupes de populations qui comptent pourtant parmi les plus exposés au VIH, par exemple les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En 2002, 36% seulement des pays à faible et moyen revenus avaient achevé la mise en place de leur système de surveillance ; néanmoins 58% des pays à épidémie généralisée (prévalence supérieure à 1% de la population) disposaient d'un tel système.

Les trois sources de données les plus couramment utilisées sont les systèmes de surveillance sentinelle qui effectuent des enquêtes périodiques parmi les groupes spécifiques de population ; les études portant sur la population nationale ; et les notifications de cas par les établissements de santé. Chaque type de données a ses forces et ses faiblesses. La représentation et les estimations de l'épidémie seront d'autant plus précises que les sources d'information seront plus nombreuses. En Afrique subsaharienne, les estimations se fondent sur l'information obtenue auprès des femmes enceintes fréquentant un échantillon de consultations prénatales. Plusieurs pays, par exemple l'Afrique du Sud, le Burundi, le Kenya, le Mali, le Niger, la Zambie et le Zimbabwe ont récemment réalisé des enquêtes sur la population nationale avec test de dépistage du VIH, certaines dans le cadre des Enquêtes démographiques et sanitaires. Les données collectées laissent penser que les estimations précédentes étaient trop élevées. Il reste que toute donnée est susceptible d'être faussée, comme l'indiquent les points ci-après :

- L'hypothèse selon laquelle la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est équivalente à celle des hommes et des femmes des communautés environnantes peut n'être pas valable dans tous les pays.
- Les données provenant des consultations prénatales ne représentent pas les populations rurales éloignées et il y a peu de moyens d'ajuster les données pour tenir compte de ce fait.
- Dans certains pays les personnes qui refusent de répondre aux enquêtes de ménages ou qui sont absentes lors du passage de l'équipe peuvent très bien avoir un taux de prévalence plus élevé.

Les difficultés à concilier différentes estimations fondées sur des données émanant des établissements sanitaires et d'enquêtes auprès de la population ne s'appliquent pas uniquement au VIH. Pour bien des problèmes sanitaires

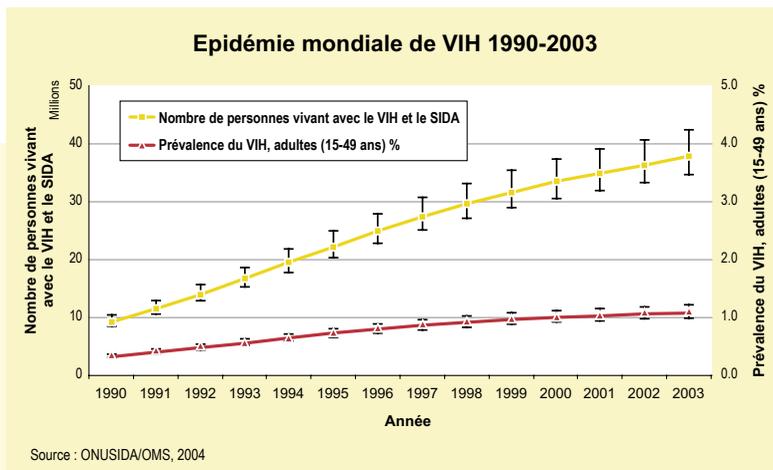


Figure 1

et des maladies, comme les déficiences en micronutriments, les troubles non transmissibles et des maladies infectieuses, des études portant sur des données cliniques et biologiques pourront améliorer les estimations. Même lorsqu'on emploie des indicateurs non sanitaires comme les niveaux de pauvreté, il est parfois difficile de faire concorder les données des comptes de ménages nationaux avec celles que fournissent les enquêtes à domicile. Mais la plupart des experts estiment qu'il faut recourir aux deux sources et que la vérité quant à la pauvreté mondiale et les inégalités se situe quelque part entre les extrêmes établis selon l'une ou l'autre méthode.

Il faut disposer d'un tableau précis de l'épidémie pour orienter la riposte nationale. Il est possible que certains pays gonflent leurs estimations dans l'espoir d'accroître le soutien financier international. D'autres peuvent les revoir à la baisse soit pour cacher une faiblesse de l'engagement politique soit pour éviter que des chiffres élevés de la prévalence du VIH ne fassent fuir les touristes et les investisseurs étrangers. Toutefois, une large part de la différence d'interprétation des données ne provient pas d'une intention délibérée de faire une fausse déclaration, mais du simple fait qu'il y a d'importants écarts dans les données.

Avant même la publication des résultats des dernières enquêtes de ménages, l'amélioration technique de la surveillance sentinelle avait conduit à réviser à la baisse les estimations pour un certain nombre de pays d'Afrique. C'est là une bonne nouvelle puisque cela signifie que moins de personnes que prévu subissent l'horreur du SIDA, mais cela ne doit pas conduire à un optimisme non fondé. Pour l'Afrique, le SIDA reste une catastrophe et il faut maintenir un engagement constant dans la lutte pour inverser le cours de l'épidémie et atténuer ses terribles effets.

De bons renseignements sont la clé d'une action appropriée.

On peut dire que partout dans le monde la société dans son ensemble condamne et parfois punit sévèrement des comportements tels que la consommation de substances illicites, les rapports sexuels entre hommes et le commerce du sexe. Du fait de cette désapprobation, les personnes qui adoptent ces comportements sont souvent ignorées par les systèmes de surveillance épidémiologique alors qu'elles font vraisemblablement partie des groupes les plus exposés au VIH. Ne pas suivre ce qui se passe parmi ces groupes a inévitablement pour conséquence que les efforts pour riposter à l'épidémie seront inadéquats et que le VIH va garder la main. Les pays qui effectuent une surveillance exhaustive ont plus de chances d'avoir une image exacte de leur épidémie et d'y riposter de façon plus efficace.

Mise au point : les progrès de la riposte mondiale à l'épidémie de SIDA, 2004

L'épidémie de SIDA continue à s'étendre ; les populations vulnérables sont les plus exposées

- Les données par pays indiquent que le nombre de personnes vivant avec le VIH continue à augmenter dans toutes les parties du monde en dépit du fait qu'il existe des stratégies de prévention efficaces. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée, avec une prévalence du VIH extrêmement élevée enregistrée dans plusieurs pays parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans.
- En Asie, l'épidémie de VIH reste largement concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, leur clientèle, et leurs partenaires sexuels immédiats. Dans ces populations, la couverture des programmes de prévention efficaces est inadéquate.
- Des épidémies variées sont en cours en Europe orientale et en Asie centrale. La consommation de drogues injectables est le moteur principal des épidémies à travers la région.
- Dans de nombreux pays à revenu élevé, les rapports sexuels entre hommes jouent un rôle important dans l'épidémie. L'injection de drogues joue un rôle variable. En 2002, elle a représenté plus de 10% de toutes les infections à VIH signalées en Europe occidentale et a été responsable de 25% des infections à VIH en Amérique du Nord.
- En Amérique latine et dans les Caraïbes, 11 pays ont une prévalence nationale du VIH estimée à 1% ou plus.

Source : ONUSIDA

Asie

En Asie, on estime à 7,4 millions (fourchette : 5,0-10,5 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH. Un demi-million de personnes environ (fourchette : 330 000-740 000) seraient mortes du SIDA en 2003 et environ deux fois autant – 1,1 million – (fourchette : 610 000-2,2 millions) ont été nouvellement infectées par le VIH cette même année. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 0,3% de femmes (fourchette : 0,2-0,3%) et 0,4% d'hommes (fourchette : 0,3-0,5%) vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2003. L'épidémie dans cette région reste dans une large mesure concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, leur clientèle et leurs partenaires sexuel(le)s.

Chine et Inde : de vastes épidémies

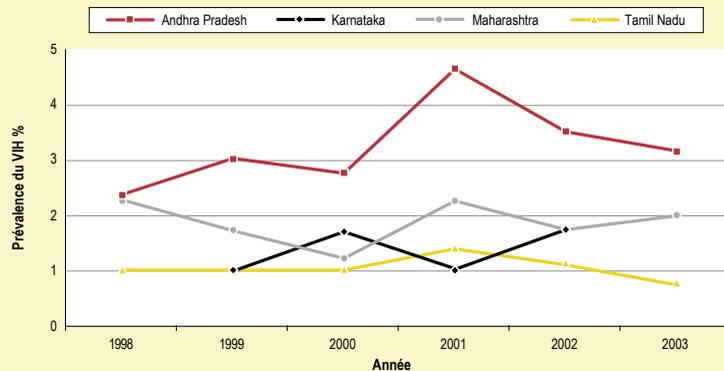
Cette région du monde comprend les deux pays les plus peuplés du monde – la Chine et l'Inde – qui comptent 2,25 milliards d'habitants à eux deux. La prévalence nationale du VIH y est très faible : 0,1% (fourchette : 0,1-0,2%) en Chine et entre 0,4% et 1,3% en Inde. Mais en voyant les choses de plus près, ces deux pays ont,

dans plusieurs provinces, territoires ou États, des épidémies très sévères.

En Chine, 10 millions de personnes risquent d'être infectées d'ici à 2010 si une action énergique n'est pas engagée. Le virus s'est propagé dans les 31 provinces, régions autonomes et municipalités mais dans chaque zone l'épidémie a une structure particulière. Parfois c'est la consommation de drogues injectables qui alimente la propagation du VIH. Parmi les consommateurs de drogues, la prévalence au Xinjiang est de 35% à 80%, et de 20% dans le Guangdong. Dans d'autres zones comme l'Anhui, le Henan et le Shandong, le VIH s'est installé au début des années 1990 parmi les populations rurales amenées à vendre leur plasma sanguin pour compléter les maigres ressources qu'elles tirent de l'agriculture. On y a constaté des taux d'infection atteignant 10% ou 20%, voire 60% dans certaines communautés. Et beaucoup sont déjà morts du SIDA.

L'Inde compte, après l'Afrique du Sud, le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH – l'estimation est de 4,6 millions en 2002. La plupart des infections sont d'origine sexuelle mais une faible proportion provient de la consommation de drogues injectables. Cette

Valeur médiane de la prévalence du VIH dans la population fréquentant les consultations prénatales en Andhra Pradesh, au Karnataka, au Maharashtra et au Tamil Nadu, Inde, 1998-2003*



* Données provenant de sites constants

Source : Organisation nationale de lutte contre le SIDA, Inde

Figure 2

dernière est la cause prépondérante dans le Manipur et le Nagaland au nord-est du pays près de la frontière avec le Myanmar et du Triangle d'Or. On a trouvé dans cette zone des taux d'infection à VIH atteignant de 60% à 75% chez les consommateurs de drogues utilisant du matériel non stérile.

Dans les Etats méridionaux, l'Andhra Pradesh, le Karnataka, le Maharashtra et le Tamil Nadu, le VIH se transmet principalement par les rapports hétérosexuels et est fortement lié à l'industrie du sexe. En effet, selon certaines enquêtes, le VIH aurait infecté plus de la moitié des professionnel(le)s du sexe. Dans chacun de ces quatre Etats le taux d'infection chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale est resté relativement stable, à plus de 1%, ce qui donne à penser qu'un nombre significatif de clients des professionnelles du sexe ont contaminé leurs épouses (voir Figure 2).

En Inde, les connaissances sur le VIH/SIDA sont encore limitées et insuffisantes. Lors d'une enquête comportementale nationale (2001) qui a touché près de 85 000 personnes, seules 75% avaient entendu parler du SIDA et l'information des femmes rurales était particulièrement

faible au Bihar, dans le Gujarat et le Bengale occidental. Moins de 35% des personnes interrogées avaient entendu parler d'infections sexuellement transmissibles et seules 21% étaient informées du lien entre ces infections et le VIH.

La transmission du VIH par le biais des rapports sexuels entre hommes constitue aussi une source d'inquiétude dans de nombreuses régions de l'Inde. Des études récentes indiquent que de nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont aussi des rapports sexuels avec des femmes. En 2002, la

surveillance comportementale chez ces hommes a montré que dans cinq grandes villes 27% d'entre eux se disaient mariés ou vivant avec une partenaire féminine. Une étude conduite dans une zone pauvre de Chennai en 2001 a montré que 7% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient séropositifs. L'attention se concentre actuellement sur les zones où l'on enregistre une forte prévalence, mais il faut aussi se soucier des vastes régions de l'Inde pour lesquelles il y a très peu de données.

Risque comportemental en hausse

Ailleurs en Asie du Sud, l'information comportementale laisse penser que toutes les conditions d'une propagation du VIH sont réunies. Au Bangladesh, par exemple, la prévalence nationale chez les adultes est inférieure à 1% mais les comportements à risque atteignent un niveau significatif. Beaucoup plus d'hommes que dans les autres régions continuent d'acheter des relations sexuelles ; la plupart d'entre eux n'utilisent pas de préservatifs lors de ces rencontres tarifées et les professionnelles du sexe y signalent le plus faible taux de recours au préservatif de la région.

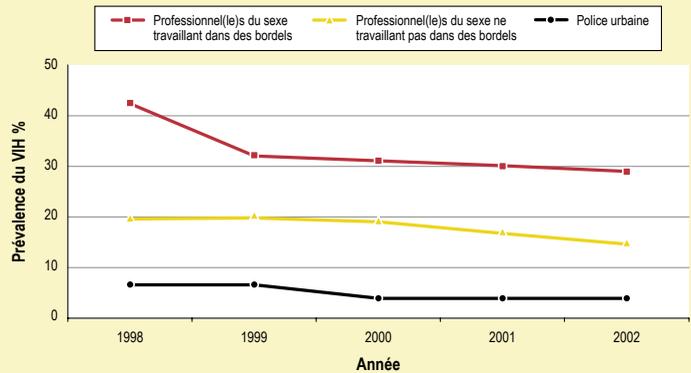
Parmi les consommateurs de drogues injectables, 71% de ceux qui ne participent pas à un programme d'échange de seringues utilisent

un matériel d'injection non stérile. Il faut comparer ce chiffre à celui que l'on a observé chez les participants aux programmes dans le centre du Bangladesh, soit 50%, et 25% dans le nord-ouest. La consommation de drogues dans le sud-est du Bangladesh semble être en augmentation (Dhaka, 2003). Les études montrent qu'environ 65% des jeunes, un peu moins de 20% des femmes mariées et 33% des hommes mariés avaient jamais entendu parler du SIDA.

Au Pakistan, les études nationales de 2001 auprès des populations les plus susceptibles d'être exposées au VIH montrent une prévalence très faible – on y estime à 1% la prévalence chez les adultes. Parmi les trois millions d'héroïnomanes environ, une bonne part ont commencé à s'injecter des drogues dans les années 1990. La première flambée d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables s'est produite en 2003. A Larkana, petite ville rizicole dans la province de Sindh, 10% de 175 consommateurs ont présenté un test VIH positif. Une enquête de comportement à Quetta a montré qu'une forte proportion des personnes interrogées utilisaient un matériel d'injection non stérile et que plus de la moitié déclaraient fréquenter des professionnelles du sexe. Peu avaient entendu parler du SIDA et un plus petit nombre encore utilisaient un préservatif.

En Asie du Sud-Est, trois pays – le Cambodge, le Myanmar et la Thaïlande – connaissent des épidémies particulièrement graves. La prévalence nationale au Cambodge est d'environ 3%, soit la plus élevée d'Asie. Les données laissent penser qu'il s'est produit des changements marqués dans la structure de l'épidémie cambodgienne. Par exemple, le taux d'infection chez les professionnel(le)s du sexe en maison de passe est tombé de 43% en 1998 à 29% en 2002 (voir Figure 3).

Tendances de la prévalence du VIH dans divers groupes, Cambodge, 1998-2002



Source : Unité de surveillance du Cambodge, Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les MST (NCHADS), 2004

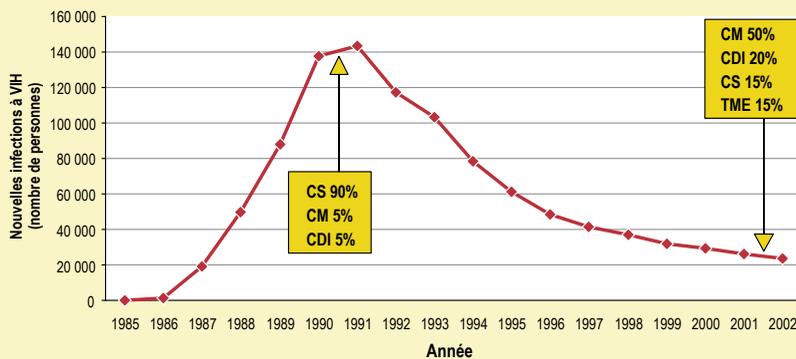
Figure 3

On a noté également des diminutions du taux de prévalence dans leur clientèle, qui compte des policiers municipaux, de jeunes militaires et des chauffeurs de motos-taxis. On attribue cette évolution tant à un recours accru au préservatif qu'à une moindre fréquence des rapports sexuels tarifés. Le tableau n'est cependant pas complet : on a fait peu de choses pour suivre l'épidémie parmi les consommateurs de drogues ou parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, alors que la prévalence du VIH chez les hommes professionnels du sexe dans la capitale dépassait 15% lors des dernières enquêtes en 2000 (Girault et al., 2004).

Thaïlande : le progrès se ralentit

En Thaïlande, le nombre de nouvelles infections est tombé d'un pic d'environ 140 000 par an en 1991 à 21 000 en 2003. Cette remarquable réussite vient essentiellement d'un recours accru aux préservatifs et de la moindre fréquentation des maisons de passe. Cependant, l'épidémie thaïlandaise a changé au cours des années (voir Figure 4). Il est largement prouvé qu'actuellement le virus se propage rapidement parmi les partenaires de la clientèle du commerce du sexe ainsi que dans d'autres secteurs de la population tels les consommateurs de drogues injectables et les migrants.

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH en Thaïlande par année et suivant l'évolution des modes de transmission



CM : transmission hétérosexuelle du VIH dans des partenariats cohabitants ; CS : transmission du VIH dans le commerce du sexe ; CDI : transmission du VIH par consommation de drogues injectables ; TME : transmission mère-enfant du VIH.

Source : Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2001

Figure 4

Malgré l'indiscutable succès de la Thaïlande, la couverture en termes d'activités de prévention est inadéquate. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les niveaux d'infection restant élevés chez les uns et les autres. A Bangkok, plus de 15% de ces derniers, testés lors d'une recherche en 2003, étaient séropositifs et 21% n'avaient pas utilisé de préservatif avec leur dernier partenaire occasionnel.

En Thaïlande, beaucoup de jeunes hommes évitent les maisons de passe parce qu'ils ont peur d'être contaminés par le VIH. La chute du commerce sexuel semble s'être accompagnée d'une augmentation des relations extraconjugales et occasionnelles. Les jeunes filles semblent, elles aussi, plus enclines que par le passé à avoir des relations sexuelles avant le mariage (VanLandingham & Trujillo, 2002). Dans la province de Chiang Rai, une étude auprès de jeunes en formation professionnelle montre que seuls 7% des jeunes hommes interrogés déclaraient avoir au moins une fois 'acheté' leurs activités sexuelles et que près de la moitié d'entre eux, garçons et filles, sont actifs sexuellement. La surveillance comportementale montre entre 1996 et 2002 une

nette augmentation du nombre d'élèves du secondaire sexuellement actifs, ainsi qu'un recours au préservatif qui se maintient à un niveau bas.

C'est au Viet Nam que l'on observe une des plus récentes épidémies de la région. La prévalence nationale reste bien inférieure à 1% mais, dans plusieurs provinces, la surveillance sentinelle a révélé des taux de 20%

chez les consommateurs de drogues injectables. Si la prévalence du VIH chez ces personnes s'était déjà accrue significativement dans plusieurs provinces à la fin des années 1990, des flambées surviennent maintenant dans d'autres provinces comme Can Tho, Hue, Nam Dinh, Thai Nguyen et Thanh Hoa. On considère que les deux tiers des infections à VIH sont dues à l'emploi de matériel d'injection contaminé mais les rapports sexuels non protégés sont également en cause au Viet Nam. Dans les plus grandes villes, on signalait en 2002 des taux de prévalence de 8% à 24% chez les professionnel(le)s du sexe.

L'épidémie indonésienne est inégalement présente pour le moment dans cet archipel qui compte 210 millions d'habitants ; six des 31 provinces sont tout particulièrement affectées. Dans ce pays aussi, l'épidémie se propage surtout par l'emploi d'aiguilles et de seringues contaminées pour l'injection de drogues. La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables – entre 125 000 et 196 000 personnes – a triplé, passant de 16% en 1999 à 48% en 2003. En 2002 et 2003, le taux de prévalence du VIH variait de 66% à 93% chez les consommateurs de drogues vus aux centres de dépistage de la capitale Djakarta. En

Indonésie, les consommateurs de drogues sont régulièrement arrêtés et emprisonnés. Au début de 2003, 25% des détenus de la prison Cipinang à Djakarta étaient séropositifs.

Chez les professionnelles du sexe indonésiennes – plus de 200 000 femmes – la prévalence du VIH varie dans de grandes proportions. Dans plusieurs zones, la surveillance sentinelle montre que l'infection à VIH dans ce groupe de population est encore rare. Mais certaines zones du pays ont connu dans l'année ou les deux années écoulées de fortes augmentations, avec des taux allant de 8% à 17%. Parmi les transsexuels du commerce sexuel, connus sous le nom de *waria*, les données indiquent une forte montée des taux de prévalence – de 0,3% en 1995 à près de 22% en 2002 à Djakarta. Il est largement acquis que divers réseaux de l'industrie du sexe et des consommateurs de drogues se recouvrent, ce qui constitue un environnement idéal pour la propagation du VIH.

Océanie

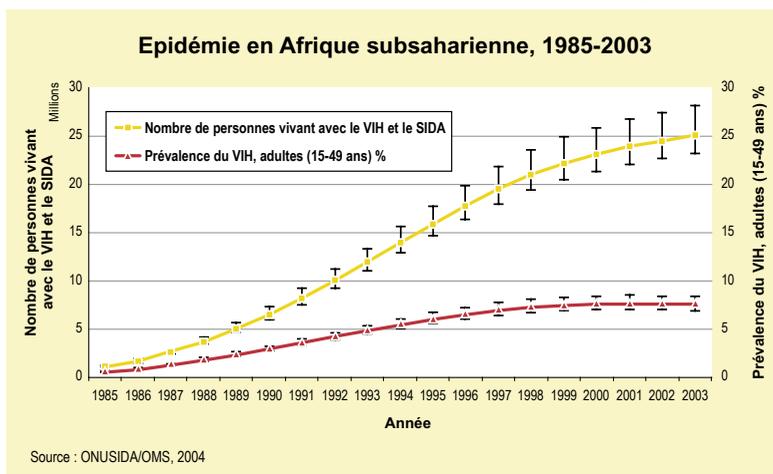
En Australie, après avoir diminué pendant une longue période, le nombre de nouvelles infections à VIH diagnostiquées a crû progressivement pendant cinq ans, passant de 650 cas en 1998 à 800 environ en 2002. La transmission du VIH s'opère principalement lors des rapports sexuels entre hommes. Parmi les hommes chez lesquels on a diagnostiqué une nouvelle infection à VIH entre 1997 et 2002 il est apparu que 85% avaient eu des antécédents de rapports sexuels avec un autre homme. Un pourcentage relativement faible de nouvelles infections a été attribué à une injection de drogue (3,4%) ou à un contact hétérosexuel (8,5%). De façon analogue, en Nouvelle-Zélande, c'est le contact sexuel entre hommes qui est le principal mode de transmission du VIH.

La Papouasie-Nouvelle-Guinée, qui partage une île avec l'une des provinces les plus infectées d'Indonésie, Irian Jaya, présente la plus forte prévalence d'Océanie, soit plus de 1% chez les femmes enceintes dans la capitale Port Moresby et à Goroka et Lae. Dans ce pays, l'épidémie

se propage principalement par les rapports hétérosexuels. Des niveaux élevés d'autres infections sexuellement transmissibles indiquent des schémas comportementaux qui facilitent eux aussi la transmission du virus entre professionnel(le)s du sexe et leur clientèle.

Dans d'autres îles de l'Océanie, les taux d'infection à VIH sont encore très bas mais le taux pour d'autres maladies sexuellement transmissibles est élevé. Une personne atteinte d'une infection sexuellement transmissible court un plus grand risque d'être contaminée et de transmettre le VIH au cours de rapports sexuels. A Vanuatu, les femmes enceintes ont en règle générale des taux élevés pour certaines de ces maladies : 28% sont infectées par *Chlamydia*, 22% par *Trichomonas*. Près de 6% d'entre elles souffrent de gonorrhée

Figure 5



et 13% de syphilis. Environ 40% de l'ensemble des femmes ont plus d'une infection sexuellement transmissible. De même, à Samoa, 31% des femmes enceintes sont infectées par *Chlamydia*, 21% par *Trichomonas*. Dans l'ensemble, 43% des femmes enceintes sont atteintes d'au moins une infection transmise sexuellement.

Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale mais c'est là que vivent près des deux tiers du total des personnes

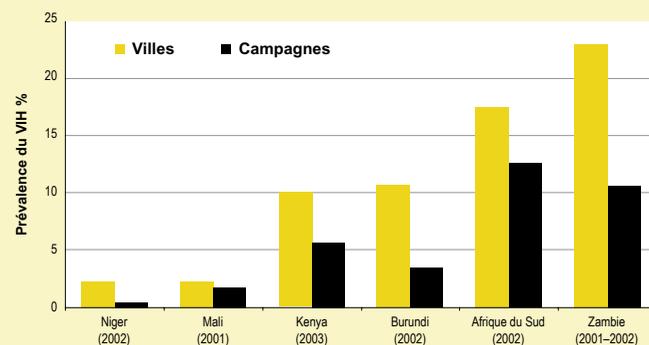
infectées par le VIH, soit environ 25 millions de personnes (fourchette : 23,1-27,9 millions). Pour la seule année 2003 on estime à 3 millions (fourchette : 2,6-3,7 millions) le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions (fourchette : 2,0-2,5 millions) celui des décès dus au SIDA. Chez les jeunes de 15 à 24 ans 6,9% des femmes (fourchette : 6,3-8,3%) et 2,1% des hommes (fourchette : 1,9-2,5%) vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2003.

De nombreux pays africains connaissent une épidémie généralisée. Cela signifie que le VIH se propage à toute la population générale au lieu de contaminer les populations à haut risque comme les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables. En Afrique subsaharienne, alors que la population adulte croît, le nombre de personnes vivant avec le VIH croît lui aussi, ce qui fait que la prévalence adulte est restée stable ces dernières années (voir Figure 5). Cependant cette stabilisation globale de la prévalence dans la zone subsaharienne prise dans son ensemble cache des écarts importants entre les régions.

Bien que dans la plupart des pays la prévalence reste stable, elle continue à croître dans plusieurs pays comme Madagascar ou le Swaziland, à diminuer dans tout l'Ouganda et dans des zones plus réduites de divers autres pays. La stabilisation des niveaux d'infection au cours d'une épidémie est souvent le fait d'un plus grand nombre de décès dus au SIDA ce qui cache le taux toujours croissant des nouvelles infections. Même lorsque la prévalence chute, comme en Ouganda, le nombre de nouvelles infections peut rester élevé.

Dans un même pays on peut observer des variations de la prévalence d'une région à l'autre. On sait depuis longtemps que dans la plupart des pays les taux d'infection à VIH sont environ deux fois plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales (voir Figure 6).

Prévalence du VIH parmi les 15 à 49 ans dans les zones urbaines et rurales, pays choisis d'Afrique subsaharienne, 2001-2003

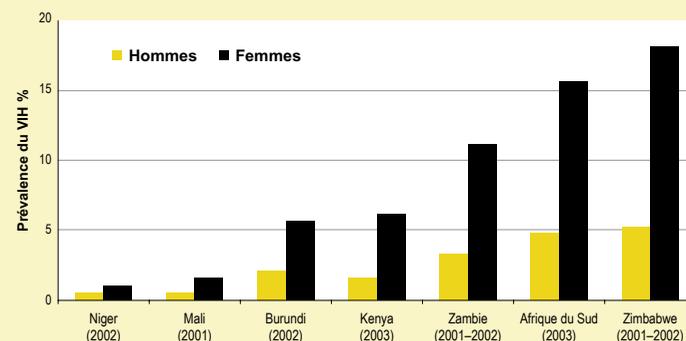


Notes
(1) *Burundi* : âge de la population 15-54 ans ; (2) *Mali* : âge de la population masculine 15-59 ans ; (3) *Afrique du Sud* : les données pour les zones urbaines représentent à la fois les quartiers planifiés et les zones non planifiées, bidonvilles, etc., et les données pour les zones rurales émanent de régions tribales et d'exploitations agricoles.

Sources : *Burundi* (Enquête nationale de Séroprévalence de l'infection par le VIH au Burundi, Bujumbura, décembre 2002). *Kenya* (Kenya Demographic and Health Survey, 2003). *Mali* (Enquête démographique et de santé, Mali 2001). *Niger* (Enquête nationale de Séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger, 2002). *Afrique du Sud* (Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS. South African National HIV Prevalence, Behavioural Risks and Mass Media. Household Survey, 2002). *Zambie* (Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002).

Figure 6

Prévalence du VIH parmi les 15 à 24 ans dans des pays choisis d'Afrique subsaharienne, 2001-2003



Sources : *Burundi* (Enquête nationale de Séroprévalence de l'infection par le VIH au Burundi, Bujumbura, décembre 2002). *Kenya* (Kenya Demographic and Health Survey, 2003). *Mali* (Enquête démographique et de santé, Mali 2001). *Niger* (Enquête nationale de Séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger, 2002). *Afrique du Sud* (Pettifor AE, Rees HV, Steffenson A, Hlongwa-Madikizela L, MacPhail C, Vermaak K & Kleinschmidt I. HIV and sexual behaviour among young South Africans : a national survey of 15-24 year olds. Johannesburg : Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, 2004). *Zambie* (Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002). *Zimbabwé* (The Zimbabwe Young Adult Survey 2001-2002).

Figure 7

Les femmes sont plus exposées au risque d'infection

L'infection survient chez les femmes à un âge plus jeune que chez les hommes et l'écart du taux d'infection entre femmes et hommes continue à grandir. Au début de l'épidémie en Afrique subsaharienne, il y avait beaucoup plus d'hommes infectés que de femmes mais aujourd'hui on compte environ 13 femmes infectées pour 10 hommes infectés – le ratio étant de 12 femmes infectées pour 10 hommes infectés en 2002. La

différence entre les niveaux d'infection est plus prononcée dans les zones urbaines avec 14 femmes infectées pour 10 hommes que dans les zones rurales où on compte 12 femmes infectées pour 10 hommes (Stover, 2004).

La différence des niveaux d'infection est encore plus marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans. Un examen des niveaux d'infection à VIH chez les 15-24 ans a comparé le ratio des jeunes femmes vivant avec le VIH aux jeunes hommes vivant avec le VIH (voir Figure 7). Il s'établit entre 20 femmes pour 10 hommes en Afrique du Sud et 45 femmes pour 10 hommes au Kenya et au Mali.

En Afrique subsaharienne, la transmission hétérosexuelle est de loin le mode prédominant de transmission du VIH. On pense que des injections non stériles dans les établissements de santé sont responsables d'environ 2,5% de toutes les infections. Récemment, on a suggéré que l'essentiel de la transmission du VIH dans la région était dû à des injections médicales non stériles (Gisselquist et al., 2002). Mais une étude approfondie des données est parvenue à la conclusion que, bien qu'il s'agisse d'un problème sérieux, les injections non stériles n'étaient pas assez fréquentes pour jouer un rôle prépondérant dans la transmission du VIH en Afrique subsaharienne (Schmid et al., 2004).

La théorie des 'injections dangereuses' ne tient pas compte du fait que les personnes atteintes de maladies liées au VIH pouvaient recevoir plus d'injections que les autres. En outre, le schéma des injections dans les établissements sanitaires ne correspond pas au schéma de la distribution du VIH par âge et par sexe en Afrique subsaharienne. La sécurité des injections doit évidemment être assurée dans tous les établissements de soins mais les stratégies efficaces visant la transmission sexuelle représentent le plus fort potentiel pour inverser le cours de l'épidémie dans cette région.

Valeurs médianes de la prévalence du VIH (%) dans les consultations prénatales des zones urbaines, par sous-région (avec le nombre de villes), en Afrique subsaharienne, 1990-2002

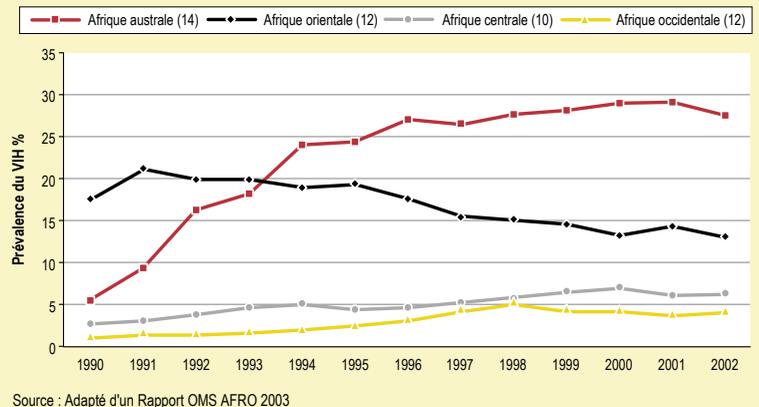


Figure 8

Diversité des niveaux d'infection et des tendances

Il y a une énorme diversité dans ce sous-continent quant aux niveaux et aux tendances de l'infection à VIH (voir Figure 8). L'Afrique australe reste la région la plus affectée du monde, les données recueillies auprès des consultations prénatales dans les zones urbaines en 2002 montrant une prévalence de plus de 25% après un rapide accroissement – le taux n'étant que de 5% en 1990. En Afrique orientale la prévalence chez les femmes enceintes dans les zones urbaines a diminué, passant d'environ 20% au début des années 1990 à 13% en 2002. Au cours de cette période, la prévalence est restée stable en Afrique occidentale et en Afrique centrale.

Un seul facteur ne saurait suffire à expliquer l'omniprésence de l'épidémie dans l'Afrique australe. Il semble plutôt qu'en soit responsable une combinaison de facteurs qui souvent se renforcent. Parmi ces facteurs il faut compter la pauvreté et l'instabilité sociale qui entraînent l'éclatement des familles, le fort taux des autres infections sexuellement transmissibles, le statut inférieur de la femme, la violence sexuelle et l'inefficacité des dirigeants pendant les périodes critiques de la propagation du VIH. Un autre facteur important est la forte mobilité de la

Mobilité et propagation du VIH

La mobilité humaine a toujours été un élément moteur dans les épidémies de maladies infectieuses. Deux études récentes ont porté sur son rôle dans la propagation du VIH.

Une enquête sur la relation entre mobilité, comportement sexuel et infection à VIH auprès d'un échantillon représentatif de 1913 hommes et femmes à Yaoundé (Cameroun) a mesuré la mobilité sur une période d'un an. Elle a trouvé une prévalence de 7,6% parmi les hommes qui s'étaient absentés de chez eux pendant des périodes supérieures à 31 jours. La prévalence du VIH était de 3,4% chez les hommes qui s'étaient absentés moins de 31 jours dans l'année et de 1,4% chez ceux qui n'avaient pas quitté leur foyer dans les 12 mois précédents. Ce lien entre mobilité des hommes et VIH tenait vraisemblablement à un comportement sexuel à risque et restait solide même si l'on tenait compte d'autres variables importantes. On n'a pas noté de lien entre la mobilité des femmes et l'infection à VIH (Lydié et al., 2004).

Dans toute l'Afrique australe, le phénomène des migrations d'hommes vers les centres urbains à la recherche d'un travail et laissant partenaires et enfants au foyer dans les zones rurales est très répandu et a des causes historiques complexes. Les chercheurs s'intéressant au rôle joué par les migrations dans la propagation du VIH en Afrique du Sud ont étudié le schéma de l'infection chez des couples dans le Hlabisa, district rural du KwaZulu/Natal où près des deux tiers des hommes adultes passent la plupart des nuits loin de chez eux.

L'étude a confirmé que le phénomène migratoire joue un rôle important dans la propagation du VIH mais a révélé une structure plus complexe que prévu, infirmant plusieurs des hypothèses de départ. Ainsi le travail sur des couples discordants (c'est-à-dire où un seul conjoint est séropositif) a montré que dans près de 30% des cas, la personne infectée était la femme restée au foyer en zone rurale tandis que le mari migrant était séronégatif. En d'autres termes, la migration peut créer une vulnérabilité au VIH aux deux extrémités du parcours migratoire et le virus peut se propager dans les deux directions (Lurie et al., 2003).

Le lien existant entre la mobilité et le VIH peut également affecter les résultats des enquêtes sur les ménages. Lors de leur passage, les enquêteurs risquent en effet de ne pas trouver chez eux ces hommes mobiles, qui ont en général un taux plus élevé d'infection à VIH. Ceci est particulièrement important lorsque les niveaux de mobilité et/ou de migration sont élevés et lorsqu'une enquête compte une forte proportion de personnes qui n'ont pas répondu.

population, due en grande partie aux systèmes de travail migratoires.

Les épidémies en Afrique australe ont connu une croissance rapide. Au Swaziland, par exemple, la prévalence moyenne chez les femmes enceintes était de 39% en 2002, de plus de 34% en 2000 et seulement de 4% en 1992. En outre, dans plusieurs pays, la pénétration du virus dans la population générale a dépassé ce que l'on croyait possible. Au Botswana, la prévalence mesurée dans les consultations prénatales s'est maintenue à 36% en 2001, 35% en 2002 et 37% en 2003. En Afrique du Sud, la prévalence chez les femmes enceintes est passée de 25% en 2001 à 26,5% en 2002.

Dans plusieurs parties de l'Afrique orientale et de l'Afrique centrale il y a des signes dans certains

pays de baisse réelle des nouvelles infections. C'est en Ouganda qu'elle est la plus marquée : la prévalence y est tombée à 4,1% (fourchette : 2,8-6,6%) en 2003. A Kampala, la prévalence était en 2002 d'environ 8% alors qu'elle était de 29% 10 ans auparavant. Mais même l'Ouganda ne peut se permettre un quelconque laisser-aller : des études montrent qu'aujourd'hui les jeunes sont moins bien informés sur le SIDA qu'ils ne l'étaient dans les années 1990.

Aucun autre pays de la région n'a freiné l'épidémie de façon aussi remarquable que l'Ouganda mais la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a également baissé dans d'autres endroits. A Addis Abéba, capitale de l'Ethiopie, par exemple, la prévalence est tombée d'un pic de 24% en 1995 à 11% en 2003. Elle a également diminué au Kenya

dans plusieurs endroits, y compris à Nairobi, tandis qu'elle semble stable dans de nombreux autres sites. Mais tous les pays de la région ne montrent pas un niveau stabilisé. A Madagascar, on a observé une montée alarmante de la prévalence chez les femmes enceintes, qui a presque quadruplé depuis 2001, atteignant 1,1% en 2003.

En Afrique occidentale, l'épidémie est diverse et changeante. La prévalence nationale est restée relativement faible dans les pays du Sahel, aux environs de 1%. Cependant les chiffres globaux peuvent cacher de très hauts niveaux d'infection chez certains groupes de population. Ainsi, au Sénégal, la prévalence nationale est inférieure à 1% (fourchette : 0,4-1,7%) mais, chez les professionnel(le)s du sexe de deux grandes villes, elle est passée de 5%–8% en 1992 à 14%–23% en 2002. Les niveaux de prévalence les plus élevés s'observent en Côte d'Ivoire, à 7% (fourchette : 4,9-10%) bien qu'Abidjan ait enregistré en 2002 son plus bas niveau de la décennie (6%).

Le Bénin et le Ghana montrent une prévalence de l'ordre de 2%–4%, sans grand changement dans le temps. Le Nigéria, avec une population de plus de 120 millions, compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH en Afrique occidentale. La prévalence nationale y était de 5,4% (fourchette : 3,6-8%) en 2003. La prévalence chez les femmes enceintes varie entre 2,3% dans la région sud-ouest et 7% dans la région du centre nord. La variation entre les Etats est encore plus grande – de 1,2% à Osun à plus de 6% à Kaduna et 12% à Cross River. Dans tous les Etats la prévalence chez les femmes enceintes dépasse 1% et elle atteint 5% dans 13 Etats.

Afrique du Nord et Moyen-Orient

A l'exception de quelques pays, la surveillance systématique de l'épidémie n'est pas satisfaisante dans les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. De plus, le suivi de la situation est inadéquat parmi les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH, telles que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cela signifie

que les épidémies potentielles au sein de ces populations sont ignorées.

Dans de nombreux pays, l'information disponible provient de la seule notification de cas et laisse penser qu'environ 480 000 personnes (fourchette : 200 000-1,4 million) vivent avec le VIH dans la région, qui a une prévalence d'environ 0,2% dans la population adulte (fourchette : 0,1-0,6%). Quelque 75 000 personnes (fourchette : 21 000-310 000) auraient été nouvellement infectées en 2003, et le SIDA a tué cette année environ 24 000 personnes (fourchette : 9900-62 000). Chez les jeunes de 15–24 ans, 0,2% des femmes (fourchette : 0,2-0,5%) et 0,1% des hommes (fourchette : 0,1-0,2%) vivaient avec le SIDA à la fin de 2003.

Le Soudan est de loin le pays le plus affecté de la région, l'épidémie étant la plus grave dans le sud du pays. La prévalence globale du VIH est proche de 2,3% (fourchette : 0,7-7,2%) ; c'est dans la partie méridionale du pays que l'épidémie est la plus sévère. La transmission se fait principalement lors des rapports hétérosexuels. Le virus se propage dans la population générale, infectant les femmes plus rapidement que les hommes. Chez les femmes enceintes dans le sud, la prévalence du VIH serait six à huit fois plus élevée qu'autour de Khartoum dans le nord. En Somalie, l'épidémie aurait une dynamique similaire, mais il y a peu de données de surveillance.

Le Maroc a élargi son système de surveillance basé sur les femmes enceintes et les malades en consultation dans les dispensaires pour des infections sexuellement transmissibles afin d'y inclure les professionnel(le)s du sexe et les détenus. En 2003, la prévalence était de 0,13% chez les femmes enceintes, de 0,23% chez les malades en consultation pour des infections sexuellement transmissibles, de 0,83% chez les détenus et de 2,27% chez les professionnelles du sexe.

Dans certains pays de la région, l'infection à VIH semble concentrée chez les consommateurs de drogues injectables. On a signalé une transmission significative par du matériel d'injection contaminé au Bahreïn, en Jamahiriya arabe libyenne et en

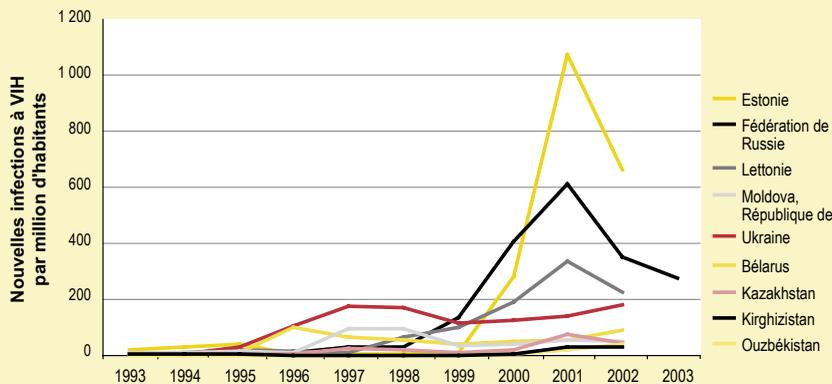
Oman. Néanmoins, la surveillance comportementale et la sérosurveillance chez les consommateurs de drogues injectables sont insuffisantes et l'on ne dispose pas d'une image complète de la propagation du VIH.

La pratique de transfusions sanguines et de collectes du sang dans de mauvaises conditions représente un risque de transmission du VIH dans certains pays de la région, malgré les efforts réalisés pour étendre le dépistage du sang et les procédures stériles à tous les systèmes de soins de santé du pays. On craint que le virus ne se propage sans être détecté chez les hommes qui ont des relations avec des hommes. L'homosexualité masculine est illégale et largement condamnée dans la région, et l'absence de surveillance signifie que les connaissances au sujet du cheminement de l'épidémie dans cette population est médiocre.

infectées tandis que 49 000 décès dus au SIDA (fourchette : 32 000-71 000) étaient enregistrés. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 0,6% de femmes (fourchette : 0,4-0,8%) et 1,3% d'hommes (fourchette : 0,9-1,8%) vivaient avec le VIH à la fin de 2003.

L'Estonie, la Fédération de Russie, la Lituanie et l'Ukraine sont les pays les plus affectés de la région mais le virus continue à se propager au Bélarus, au Kazakhstan et en République de Moldova (voir Figure 9). En Russie, par exemple, le nombre de nouveaux cas enregistrés en 2000 (56 630) est presque le double du nombre de cas cumulés enregistrés depuis 1987 (French, 2004). Le nombre de cas enregistrés avait néanmoins chuté en 2002 et en 2003, peut-être à cause d'une saturation du dépistage chez les consommateurs de drogues injectables et de changements dans les structures de dépistage.

Nouvelles infections à VIH diagnostiquées par million d'habitants dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, 1996-2003



Source : (1) Surveillance du VIH/SIDA en Europe, (programme EuroHIV) rapport du premier semestre 2003, No. 69.
(2) Fondation SIDA Est-Ouest (AFEW)

Figure 9

Europe orientale et Asie centrale

Diverses épidémies sont en cours en Europe orientale et en Asie centrale. Environ 1,3 million de personnes (fourchette : 860 000-1,9 million) y vivaient avec le VIH à la fin de 2003 – contre 160 000 personnes en 1995. Au cours de 2003 on estime à 360 000 (fourchette : 160 000-900 000) le nombre de personnes nouvellement

Le principal moteur de l'épidémie dans toute la région est la consommation de drogues injectables qui a explosé dans les années de turbulence consécutives à la disparition du régime soviétique. Le jeune âge des personnes infectées est là un trait marquant. Plus de 80% des personnes séropositives dans cette région ont moins de 30 ans tandis qu'en Amérique du Nord et en Europe occidentale, seules 30% des personnes infectées ont moins de 30 ans.

C'est la Fédération de Russie qui dans la région compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, qui est estimé à 860 000 (fourchette : 420 000-1,4 million). La situation est diversement connue ; bien plus de la moitié du total des cas d'infection à VIH notifiés proviennent de 10 territoires administratifs sur 89. La plupart des consommateurs de drogues en Russie sont des hommes. Mais la proportion de femmes parmi les nouveaux cas croît rapidement – atteignant

2

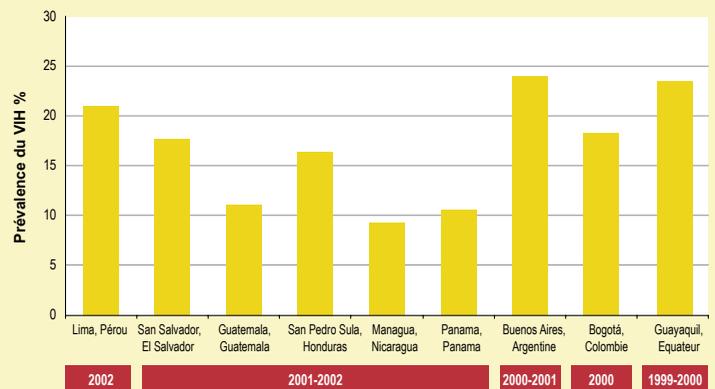
jusqu'à une femme sur quatre en 2001 et une sur trois un an plus tard. Cette tendance est particulièrement nette dans les zones de Russie où l'épidémie est la plus ancienne et cela conduit à penser que les rapports hétérosexuels ont joué un rôle croissant dans la transmission. De 1998 à 2002 le niveau d'infection à VIH chez les femmes enceintes en Russie est passé de moins de 0,01% à 0,1% et a donc décuplé. Mais à Saint-Petersbourg la séroprévalence du VIH est passée de 0,013% en 1998 à 1,3% en 2002 et a donc été multipliée par 100.

En Ukraine, l'injection de drogues reste le principal mode de transmission, mais la transmission sexuelle est de plus en plus fréquente, en particulier chez les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires. Une proportion croissante des personnes contaminées par des rapports non protégés n'a néanmoins pas de liens directs avec des consommateurs de drogues.

Plusieurs pays d'Asie centrale – notamment le Kazakhstan, le Kirghizistan et l'Ouzbékistan – ont récemment signalé un nombre croissant de diagnostics de VIH dont les plupart sont des consommateurs de drogues injectables. L'Asie centrale est au croisement des principales routes du trafic de drogues entre l'Est et l'Ouest et, dans certains endroits, l'héroïne y serait moins chère que l'alcool.

Dans toute la région, les estimations et les tendances se basent presque exclusivement sur les notifications de cas émanant des services de santé et de police, car il n'y a guère de financement ni d'infrastructure pour une surveillance systématique. Cela fait craindre que le VIH ne se propage chez des personnes qui n'ont guère de contact avec les autorités et les services de dépistage. Par exemple, on sait très peu de choses sur la façon dont l'épidémie affecte les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes puisque le sexe entre hommes est fortement stigmatisé et rarement révélé. En Europe centrale, les rapports sexuels entre hommes constituent pourtant à l'évidence le mode de transmission prédominant du virus en Hongrie, en République tchèque, en Slovaquie et en Slovaquie.

Prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Amérique latine, 1999-2000



Sources : (1) Données pour Lima : HIV infection and AIDS in Americas : lessons and challenges for the future. Provisional Report MAP/EpiNet, 2003. (2) Données pour San Salvador, Guatemala, San Pedro Sula, Managua et Panama : Multicenter study of HIV/STD prevalences and socio-behavioral patterns, PASCA/USAID. (3) Données pour Buenos Aires : Avila M, Vignoles M, Maulen S, et al., HIV Seroincidence in a Population of Men Having Sex with Men from Buenos Aires, Argentina. (4) Données pour Bogotá : MS/NS/LCLCS/NMRC 2000 study. (5) Données pour Guayaquil : Guevara J, Suarez P, Albuja C, et al. Sero prevalence de infection por VIH e Grupos de Riesgo en Ecuador. Revista medica del Vozandes. Vol- 14, No. 1 :7-10, 2002.

Figure 10

Amérique latine

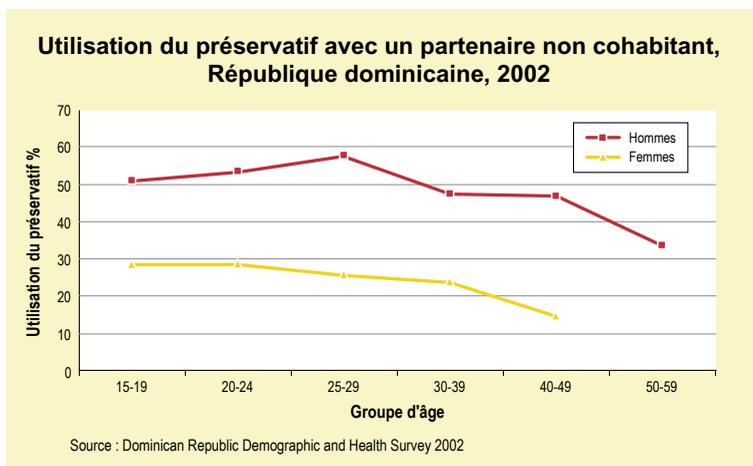
Environ 1,6 million de personnes (fourchette : 1,2-2,1 millions) vivent avec le VIH en Amérique latine. En 2003 près de 84 000 personnes (fourchette : 65 000-110 000) sont mortes du SIDA et 200 000 (fourchette : 140 000-340 000) ont été nouvellement infectées. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 0,5% de femmes (fourchette : 0,4-0,6%) et 0,8% d'hommes (fourchette : 0,6-0,9%) vivaient avec le VIH à la fin de 2003. En Amérique latine, la tendance est à une forte concentration dans des populations exposées à un risque particulier plutôt qu'à la généralisation. Dans la plupart des pays d'Amérique du Sud, la quasi-totalité des infections est due à la contamination par du matériel d'injection non stérile et aux rapports sexuels entre hommes. La faible prévalence nationale cache de très sérieuses épidémies. Au Brésil, par exemple – le pays le plus peuplé de la région, qui regroupe plus d'un quart des personnes vivant avec le VIH – la prévalence nationale est très inférieure à 1% mais des taux de plus de 60% ont été enregistrés dans plusieurs villes chez les consommateurs de drogues injectables. De plus, la situation varie considérablement d'une région du pays à l'autre. A Porto Rico, en 2002, plus de la moitié de toutes les infections

étaient associées à la consommation de drogues injectables, et environ un quart étaient transmises par des rapports hétérosexuels.

En Amérique centrale, la consommation de drogues joue un rôle moindre et le virus se transmet surtout par voie sexuelle. Une étude internationale récente montre qu'ailleurs la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe varie : moins de 1% au Nicaragua, 2% au Panama, 4% en El Salvador, 5% au Guatemala et plus de 10% au Honduras. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes les niveaux d'infection à VIH semblent uniformément élevés, allant de 9% au Nicaragua à 24% en Argentine (voir Figure 10).

Les rapports sexuels entre hommes constituent le principal mode de transmission dans plusieurs pays, dont la Colombie et le Pérou. Il semble toutefois que les conditions pour une propagation plus étendue du virus soient en place, puisque nombreux, parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, sont ceux qui ont aussi des partenaires femmes. Pour prendre l'exemple du Pérou, dans une enquête auprès des jeunes (hommes et femmes de 18–29 ans), 9% des hommes ont signalé que un ou plus de leurs trois partenaires les plus récents étaient des hommes et que dans 70% des cas il n'avait pas été fait recours au préservatif.

Figure 11



Caraïbes

Environ 430 000 personnes (fourchette : 270 000-760 000) vivent avec le VIH aux Caraïbes. En 2003, près de 35 000 personnes (fourchette : 23 000-59 000) sont mortes du SIDA et l'on compte 52 000 (fourchette : 26 000-140 000) nouvelles infections. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 2,9% des femmes (fourchette : 2,4-5,8%) et 1,2% des hommes (fourchette : 1,0-2,2%) vivaient avec le VIH à la fin de 2003.

Parmi les sept pays de la région des Caraïbes, trois ont des niveaux de prévalence nationale du VIH d'au moins 3% : les Bahamas, Haïti, et la Trinité-et-Tobago. La Barbade se situe à 1,5% (fourchette : 0,4-5,4%) et la prévalence de Cuba est bien en dessous de 1%. L'épidémie aux Caraïbes est essentiellement hétérosexuelle et se concentre dans beaucoup d'endroits chez les professionnel(le)s du sexe. Mais le virus gagne aussi la population générale. Le pays le plus affecté est Haïti où la prévalence nationale approche les 5,6% (fourchette : 2,5-11,9%). Cependant la propagation n'est pas égale partout : la surveillance sentinelle montre une prévalence de 13% dans le nord-ouest du pays et de 2-3% dans le sud.

Haïti partage l'île d'Hispaniola avec la République dominicaine qui connaît également une grave épidémie de VIH. En République dominicaine, la prévalence précédemment élevée a néanmoins baissé suite aux efforts efficaces de prévention qui encouragent à réduire le nombre des partenaires sexuels et à accroître le recours au préservatif (voir Figure 11). Plus de 50% des hommes âgés de 15 à 29 ans ont recours au préservatif avec une partenaire ne vivant pas sous le même toit. Dans la capitale Saint-Domingue, la prévalence chez les femmes enceintes a chuté, passant de 3% en 1995 à moins de 1% fin 2003. Mais ailleurs on enregistre encore des taux élevés allant jusqu'à 5%. En 2000, la prévalence chez les professionnelles du sexe allait de 4,5% à La Romana, centre touristique de la province orientale, à 12,4% dans la province de Bani au sud du pays.

Pays à revenu élevé

On estime à 1,6 million (fourchette : 1,1-2,2 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH dans ces pays. Environ 64 000 personnes (fourchette : 34 000-140 000) ont été nouvellement infectées en 2003, et 22 000 (fourchette : 15 000-31 000) sont mortes du SIDA. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 0,1% des femmes (fourchette : 0,1-0,2%) et 0,2% des hommes (fourchette : 0,2-0,3%) vivaient avec le VIH à la fin de 2003.

Dans les pays à revenu élevé, contrairement à ce qui se passe ailleurs, la grande majorité des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral ont accès à ce traitement. Cela signifie qu'elles restent en bonne santé et survivent plus longtemps que les personnes infectées dans d'autres pays. Aux Etats-Unis, le nombre de décès dus au SIDA a commencé à baisser parce que les personnes séropositives ont largement accès aux traitements antirétroviraux. En 2001, 16 371 décès ont été enregistrés, alors que ce nombre était de 19 005 en 1998. Le nombre de décès dus au SIDA continue également à baisser en Europe occidentale, passant de 3373 en 2001 à 3101 en 2002.

Aux Etats-Unis, la moitié environ des nouvelles infections de ces dernières années ont été signalées chez des Africains-Américains, qui représentent 12% de la population mais chez qui la prévalence est 11 fois supérieure à celle qui s'observe chez les Blancs.

La ville de New York a mis en place un nouveau système de suivi en juin 2000, en ajoutant la notification des infections à VIH au système précédent de notification des cas de SIDA. Une

analyse récemment publiée après la première année complète de fonctionnement depuis 2001 a montré que plus de 1% de la population adulte de la ville et près de 2% de celle de Manhattan étaient séropositifs au VIH.

Dans beaucoup de pays à revenu élevé, les rapports sexuels entre hommes jouent un rôle important dans l'épidémie. C'est par exemple, la plus importante voie d'infection en Allemagne, en Australie, au Canada, au Danemark, aux Etats-Unis, en Grèce et en Nouvelle-Zélande.

Ces dernières années, dans le monde industrialisé, la transmission hétérosexuelle a fortement progressé. Dans plusieurs pays d'Europe occidentale, notamment en Belgique, en Norvège et au Royaume-Uni, la croissance des infections hétérosexuelles s'expliquerait surtout par l'infection de personnes originaires de pays à épidémies généralisées, venant surtout d'Afrique subsaharienne. Comme les pays les plus affectés de la région (Espagne et Italie) n'ont pas encore de système national de surveillance du VIH, il n'est pas aisé de savoir si cette tendance se retrouve dans d'autres régions de l'Europe occidentale.

L'injection de drogues joue un rôle variable dans la propagation du VIH dans les pays à revenu élevé. En 2002 elle était considérée comme responsable de plus de 10% de toutes les infections enregistrées en Europe occidentale (plus de 50% des cas au Portugal). Au Canada et aux Etats-Unis on lui attribue 25% des infections à VIH. Les infections transmises par du matériel d'injection contaminé sont particulièrement fréquentes chez les populations autochtones, qui comptent souvent parmi les personnes les plus pauvres et les plus marginalisées du monde industrialisé. 

Impact du **SIDA** sur les personnes et les sociétés

Les femmes sont plus vulnérables au VIH que les hommes

L'impact du SIDA sur les femmes est grave, surtout là où les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de transmission du VIH. En Afrique subsaharienne, la probabilité pour une femme d'être séropositive est de 30% supérieure à ce qu'elle est chez un homme et cette différence est encore plus marquée chez les jeunes. Les enquêtes de population montrent que les femmes africaines de 15 à 24 ans risquent 3,4 fois plus d'être infectées que leurs homologues masculins.

Maris et compagnons : sources de risque

Le fait d'être mariées ou en relation monogame stable ne protège pas les femmes contre le VIH. Au Cambodge, des études récentes ont montré que 13% des hommes en milieu urbain et 10% des hommes en milieu rural signalaient avoir des rapports sexuels aussi bien avec leur épouse qu'avec une partenaire stable ou une professionnelle du sexe. L'Enquête démographique et sanitaire de 2000 signale que 1% seulement des femmes mariées avaient eu recours au préservatif lors de leur plus récent rapport sexuel avec leur mari (Institut national de la Statistique du Cambodge/Orc International, 2000).

Il y a là un risque évident pour les épouses et les partenaires de ces hommes. Une enquête effectuée en Thaïlande en 1999 a montré que 75% des femmes infectées par le VIH l'avaient vraisemblablement été par leur mari. Près de la moitié de ces femmes ont mentionné les rapports avec leur mari comme seul facteur de risque pour l'infection à VIH (Xu et al., 2000). Dans certains cas le mariage semblerait même devoir accroître le risque d'infection à VIH pour les femmes. Dans certains pays d'Afrique, les adolescentes mariées de 15 à 19 ans présentent des taux d'infection à VIH plus élevés que les femmes non mariées et sexuellement actives du même âge (Glynn et al., 2001).

La violence et le virus

Le risque de transmission du VIH s'accroît au cours de rapports sexuels forcés ou violents. La pénétration vaginale ou anale forcée provoque des abrasions qui facilitent le passage du virus, surtout chez l'adolescente. En outre, le recours au préservatif est rare dans ces cas. Dans certains pays, une femme sur cinq signale un ou plusieurs épisodes de violence sexuelle du fait d'un partenaire intime et jusqu'à un tiers des femmes signalent une initiation sexuelle sous la contrainte (OMS, 2001).

L'impact du VIH sur les femmes et les filles au sein de la communauté et au foyer

Les femmes peuvent hésiter à procéder au test du VIH ou ne pas revenir s'informer de leur résultat par crainte de ce que cette révélation peut entraîner—violence physique, expulsion du foyer, ostracisme social. Des études dans de nombreux pays, en particulier en Afrique subsaharienne, ont montré que ces craintes étaient loin d'être vaines (Human Rights Watch, 2003). En Tanzanie, une étude au sein des services de conseil et de test volontaires dans la capitale a révélé que seules 57% des femmes séropositives qui avaient dévoilé leur statut sérologique avaient rencontré soutien et compréhension chez leurs partenaires (Maman et al., 2002).

Les jeunes filles peuvent abandonner l'école pour s'occuper de leurs parents malades, assumer les tâches domestiques ou s'occuper de leurs frères et sœurs plus jeunes. Après la mort d'un conjoint, une femme aura plus tendance à continuer de s'occuper des enfants qu'un homme, et une femme prendra plus volontiers des orphelins chez elle. Les femmes plus âgées doivent souvent endosser le fardeau de la prise en charge si leurs enfants adultes tombent malades et deviendront peut-être plus tard des parents de substitution pour leurs petits-enfants orphelins (HelpAge, 2003). La stigmatisation et la discrimination liées au SIDA ont souvent pour conséquence que des femmes plus âgées qui ont pris en charge les enfants malades et les orphelins souffrent d'un isolement social et se voient refuser tout soutien économique ou psychosocial.

Lorsque leur partenaire ou leur père meurt du SIDA, les femmes peuvent se retrouver dépossédées de leurs terres, de leur maison et de leurs autres biens. Une enquête en Ouganda a montré par exemple qu'une veuve sur quatre signalait la saisie de ses biens après la mort de son partenaire (UNICEF, 2003). Il se peut aussi qu'une femme ne puisse pas recourir à sa propriété ou à son héritage pour le bien de sa famille, ce qui à son tour lui nuira quand il s'agira pour elle d'obtenir dons ou prêts agricoles. Le refus de ces droits élémentaires de la personne aggrave encore chez les femmes et les filles leur vulnérabilité à l'exploitation sexuelle, au viol et au VIH.

Impact du SIDA sur les personnes et les sociétés

Le développement humain « a pour objectif de créer un environnement dans lequel les individus puissent développer pleinement leur potentiel et mener une vie productive et créative, en accord avec leurs besoins et leurs intérêts. [...] Les capacités les plus fondamentales dans l'optique du développement humain sont les suivantes : vivre longtemps et en bonne santé, acquérir un savoir et des connaissances, avoir accès aux ressources nécessaires pour mener une existence décente et être en mesure de participer à la vie de la collectivité. En l'absence de ces capacités, un grand nombre de possibilités de choix sont tout simplement impossibles, et maintes opportunités demeurent hors d'atteinte. »

(PNUD, 2001)

Dans les milieux à faible comme à forte prévalence, le VIH et le SIDA freinent le développement humain. C'est la raison pour laquelle il faut étudier la dynamique de l'épidémie en termes de développement humain, c'est-à-dire centrer les analyses et les recommandations politiques sur les personnes plutôt que sur le virus.

L'épidémie continue à faire payer aux individus et aux familles un tribut exorbitant dans le monde entier. Dans les pays les plus durement frappés, elle efface des décennies de progrès social, économique et sanitaire, amputant l'espérance de vie de plusieurs dizaines d'années, ralentissant la croissance économique, aggravant la pauvreté et contribuant aux pénuries alimentaires chroniques ou les accentuant.

Dans les pays à forte prévalence de l'Afrique subsaharienne, l'épidémie a un impact marqué sur les ménages et les communautés. La plupart des études indiquent un impact macroéconomique apparemment modeste, soit une perte annuelle de 1% à 2% en moyenne pour la croissance économique nationale. Mais les effets qui en résultent pour les recettes et les dépenses gouvernementales réduiront significativement la capacité de ces pays à riposter efficacement ou à se rapprocher des Objectifs de développement pour le Millénaire.

Les pays de l'Afrique australe sont confrontés à une crise qui va en s'amplifiant en matière de ressources humaines. Ils sont déjà en train de perdre le personnel qualifié qui est indispensable aux gouvernements pour offrir des services publics essentiels et le SIDA aggrave la crise. Les pays sont de moins en moins à même d'assurer le fonctionnement des services sociaux existants, encore moins de mobiliser le personnel et les ressources nécessaires à une riposte efficace.

Dans certains pays de l'Afrique australe, la prévalence du VIH continue à dépasser les niveaux jamais envisagés jusqu'ici. Cela veut dire qu'il est plus urgent que jamais de mettre au point des ripostes nationales multisectorielles vraiment extraordinaires. Pour visualiser l'avenir, l'ONUSIDA et ses partenaires ont lancé un projet « Le SIDA en Afrique : Scénarios pour l'avenir » – projet innovant qui s'appuie sur la Division de l'environnement mondial des affaires à Shell International Limited et son expertise en matière d'élaboration de scénarios. Cinquante Africains de tous les horizons y travaillent. Divers scénarios élaborés pour l'année 2025 prennent en compte la dynamique sous-jacente du SIDA qui modèle les économies et les sociétés. Ce projet a pour but d'aider les décideurs politiques à tester leurs hypothèses et leurs actions actuelles et à les ajuster afin de conduire à un avenir plus positif.

Mise au point : les progrès de la riposte mondiale à l'épidémie de SIDA, 2004

L'impact sur les pays : la situation s'aggravera avant de s'améliorer

- Plus de 40% des pays où l'épidémie est généralisée n'ont pas encore évalué l'impact socio-économique du SIDA. Ceci affecte les efforts indispensables qui visent à atténuer les conséquences de l'épidémie pour les familles, les communautés et l'ensemble de la société, ainsi que pour le développement humain en général.
- Parmi les pays qui souffrent d'épidémies de VIH généralisées, 39% n'ont pas mis en place de politiques nationales de soutien essentiel aux enfants rendus orphelins ou fragilisés par le SIDA. Dans les pays à faible et moyen revenus, les services de soutien publics atteignent moins de 3% de tous les orphelins et enfants vulnérables.
- Dans les pays les plus gravement atteints de l'Afrique subsaharienne, l'impact démographique de l'épidémie sur la structure de la population est tel que, si les taux d'infection se maintiennent à leur niveau actuel et en l'absence de traitement à grande échelle, jusqu'à 60% des jeunes qui ont aujourd'hui 15 ans n'atteindront pas leur soixantième anniversaire.

Source : Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, ONUSIDA, 2003 ; Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003, Policy Project, 2004 ; Timaeus et Jassen, 2003.

Impact sur la population et sur sa structure

L'Afrique subsaharienne a la prévalence VIH la plus élevée du monde et doit faire face à l'impact démographique le plus important. Dans les pays les plus atteints de l'Afrique orientale et de l'Afrique australe, la probabilité pour un jeune de 15 ans de mourir avant 60 ans a dramatiquement augmenté. Dans plusieurs pays, jusqu'à 60% des jeunes qui ont 15 ans aujourd'hui n'atteindront pas leur soixantième anniversaire (Timaeus et Jassen, 2003).

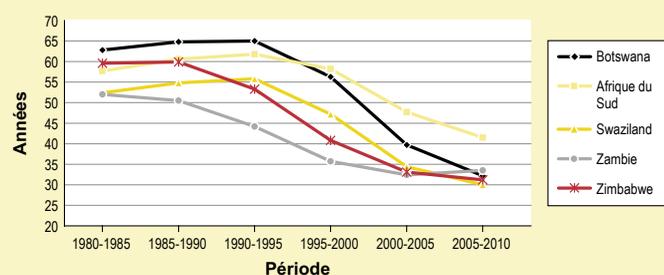
Les conséquences du VIH sur la mortalité des adultes sont particulièrement marquées pour les personnes âgées de 20 à 40 ans et proportionnellement plus marquées chez les femmes que chez les hommes. Dans les pays à faible et moyen revenus, le taux de mortalité chez les 15-49 ans vivant avec le VIH est aujourd'hui jusqu'à 20 fois plus élevé que ce même taux dans les pays industrialisés. Cela reflète les différences flagrantes quant à l'accès aux traitements antirétroviraux. Dans ces pays-là, la mortalité varie généralement entre 2 et 5 décès pour 1000 années-personnes pour les jeunes de 13 à 30 ans. Mais chez les jeunes de cet âge infectés par le VIH on note des taux de mortalité allant de 25 à 120 décès pour 1000 années-personnes, et chez les sujets

infectés qui sont dans la quarantaine des taux allant de 90 à 200 pour 1000 années-personnes (Porter et Zaba, 2004).

Jusqu'à ces derniers temps, les pays à faible et moyen revenus avaient significativement accru leur espérance de vie. Mais depuis 1999, surtout en raison du SIDA, l'espérance de vie a chuté dans 38 pays. Dans sept pays africains où la prévalence de l'infection à VIH dépasse 20%, elle n'est plus que de 49 ans, soit 13 ans de moins qu'en l'absence de SIDA, pour les enfants nés entre 1995 et 2000. Au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe, on estime que l'espérance de vie à la naissance de ceux qui naîtront dans la prochaine décennie tombera à 35 ans en l'absence de traitements antirétroviraux (Division de la Population des Nations Unies, 2003).

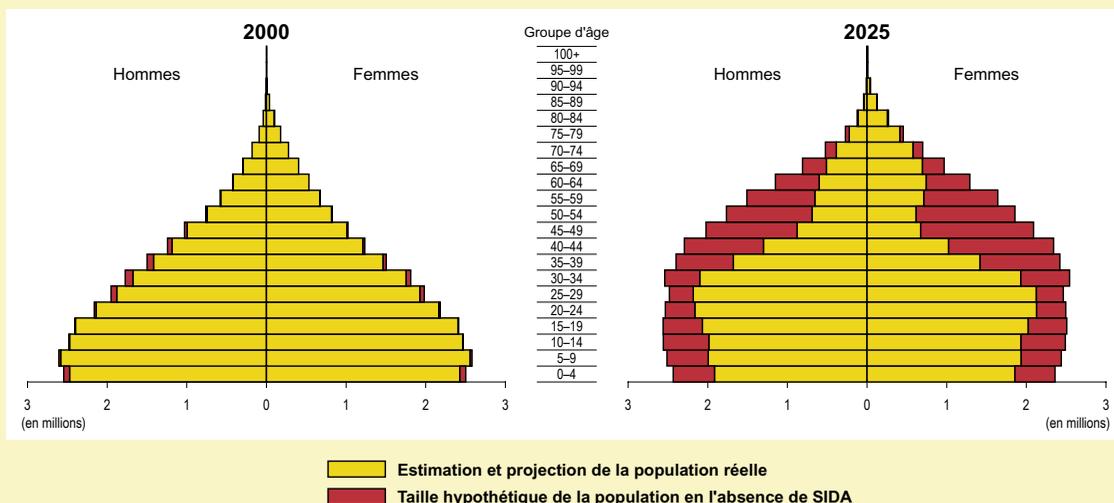
Figure 12

Espérance de vie à la naissance dans certains des pays les plus fortement touchés, 1980-1985 à 2005-2010



Source : Division de la population des Nations Unies, Révision 2002 des projections démographiques mondiales

Taille de la population avec et sans SIDA, Afrique du Sud, 2000 et 2025



NOTE : les barres rouges représentent la taille hypothétique de la population en l'absence de SIDA. Les barres jaunes représentent l'estimation et la projection de la population réelle.
Source : Division de la population des Nations Unies

Figure 13

Si la riposte au SIDA n'est pas renforcée de façon spectaculaire, 38 pays africains verront d'ici à 2025 leur population chuter de 14% par rapport aux projections faites sans tenir compte du SIDA. Dans les sept pays où la prévalence dépasse 20%, l'épidémie réduira la population de plus du tiers (Division de la Population des Nations Unies, 2003).

Le VIH n'est pas également distribué au sein des populations nationales. Il touche en fait principalement les jeunes adultes, en particulier les femmes. Cela signifie que l'épidémie altère très profondément les structures démographiques et familiales des pays atteints. Normalement, les populations nationales peuvent être représentées graphiquement par des pyramides. Or, lorsque l'épidémie est à maturité dans les pays à forte prévalence, de nouvelles structures apparaissent. Ainsi, en Afrique du Sud, la structure de la population sera déformée si l'épidémie ne recule pas, avec beaucoup moins d'habitants dans la tranche des adultes d'âge moyen et moins de femmes que d'hommes chez les personnes âgées de 30 à 50 ans.

Les femmes sont plus affectées que les hommes

L'impact de l'épidémie est particulièrement fort sur les femmes et les filles. Dans les pays les plus durement touchés, la plupart des femmes sont gravement désavantagées sur les plans économique, juridique, culturel et social, ce qui accroît leur vulnérabilité aux conséquences de l'épidémie (voir encadrés au début de chaque chapitre).

Dans beaucoup de pays les femmes sont les soignantes, les productrices et les gardiennes de la vie de famille ; autrement dit, elles portent la majeure partie du fardeau du SIDA. Il arrive que l'on retire les jeunes filles de l'école pour qu'elles prennent soin des membres de la famille atteints par le virus. Les femmes plus âgées prennent souvent en charge les soins à donner quand leurs enfants adultes tombent malades. Plus tard, elles pourront avoir à remplacer les parents de leurs petits-enfants orphelins. De jeunes veuves dont le mari est mort du SIDA peuvent perdre leurs terres et leurs biens après le décès de ce dernier – qu'elles soient ou non protégées par les lois de succession. Les femmes sont souvent chargées de

produire la nourriture de la famille et peuvent ne pas y parvenir à elles seules. Certaines, alors, sont amenées à monnayer des relations sexuelles contre des denrées alimentaires ou d'autres produits.

Lorsque l'homme chef de famille tombe malade, c'est invariablement à la femme qu'incombent les soins supplémentaires à donner. Or, soigner un malade atteint du SIDA est une tâche ardue qui demande beaucoup de temps, surtout si elle s'ajoute à tous les autres travaux domestiques. La tâche est particulièrement lourde lorsqu'il faut aller chercher l'eau loin du foyer et que les corvées liées à l'hygiène et à la lessive doivent être entreprises loin du domicile. L'Afrique du Sud fournit un exemple criant. C'est l'un des pays les plus développés du continent et pourtant une enquête réalisée en 2002 auprès des foyers les plus affectés par le SIDA a montré que moins de la moitié d'entre eux disposaient d'eau courante à domicile et que près d'un quart des foyers ruraux ne disposaient pas de lieux d'aisance (Steinberg et al., 2002).

La stigmatisation a des répercussions concrètes sur la vie des personnes vivant avec le VIH. Solidarité et soutien familial ne vont plus nécessairement de soi. Une femme qui révèle son statut VIH peut être stigmatisée et rejetée par sa propre famille. Le plus souvent, les femmes sont les premières à être diagnostiquées comme séropositives et elles peuvent être accusées d'avoir introduit le virus dans la famille.

Impact du SIDA sur la pauvreté et la faim

Au niveau national, les médias et la recherche se sont beaucoup intéressés aux conséquences économiques et démographiques de l'épidémie. Mais l'impact souvent catastrophique de l'épidémie sur les foyers touchés par le virus demande plus d'efforts dans le domaine de l'analyse et de l'orientation des politiques. Dans certains des pays les plus affectés, avant même que l'impact de l'épidémie ne se fasse sentir, le niveau de vie des pauvres s'était déjà sérieusement dégradé. L'épidémie plonge ces foyers dans la misère noire.

En Zambie, par exemple, pays instable économiquement, le produit intérieur brut a chuté de

plus de 20% entre 1980 et 1999 (de 505 dollars à 370 dollars). Au cours de la même période, le nombre de calories consommées par jour est tombé de 2273 à 1934 (CNUCED, 2002). Dans ce contexte d'appauvrissement constant, un foyer pauvre n'est guère en mesure de faire front à de nouvelles difficultés, encore moins d'aider les autres. Nombreux sont les foyers qui se brisent. Après la mort de l'un ou des deux parents, les enfants sont dispersés dans la famille ou la communauté.

La nature et la gravité de l'impact du VIH sur un foyer dépendront de l'étendue et de l'intensité de l'épidémie environnante. A l'heure actuelle ce sont les foyers de l'Afrique subsaharienne qui sont le plus lourdement frappés par le SIDA mais l'épidémie ne fait pas de discrimination. Partout elle ravage foyers et communautés, même dans des pays où la prévalence nationale est comparativement faible. Ainsi, une étude conduite par le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Chine signale de sérieuses conséquences économiques et affectives sur les foyers touchés par le SIDA. Elle souligne également l'urgence d'accroître les dépenses de santé (Yuan et al., 2002).

Au cours des 10 à 15 années écoulées, les services sociaux de plusieurs des pays les plus affectés se sont étioilés ou sont devenus moins abordables, les niveaux de revenus et l'emploi ont plongé, les guerres et les déplacements de population ont eu raison de la stabilité sociale. Dans toute l'Afrique subsaharienne, des maladies menaçant le pronostic vital autres que le SIDA, comme la tuberculose et le paludisme, sont en hausse. C'est dans ce contexte de détérioration que foyers et communautés pauvres luttent pour faire face à l'épidémie (Mutangadura, 2000).

Comment les ménages ressentent-ils l'impact du VIH ?

Ces dernières années, les niveaux de prévalence de plusieurs pays de l'Afrique australe ont augmenté. En outre, l'impact du niveau élevé et persistant de la prévalence en Afrique orientale est maintenant perceptible et représente souvent

un choc extrême pour les foyers affectés en proie à ces crises.

- Le SIDA entraîne la perte de revenus et de production d'un membre du foyer. Si la personne atteinte était le seul soutien de la famille, l'impact est particulièrement sévère.
- Le SIDA crée une demande de soins extraordinaires qu'il faut satisfaire (généralement en retirant d'autres membres de la famille de l'école ou du monde du travail pour qu'ils s'occupent des malades).
- Le SIDA ajoute aux dépenses du foyer les frais médicaux et autres, sans parler du coût des funérailles et du culte des morts (FAO, 2003a).

Les ménages pauvres risquent particulièrement de n'être plus viables économiquement et socialement et de devoir tôt ou tard se dissoudre, les enfants s'en allant ailleurs (Rugalema, 2000 ; Akintola et Quinlan, 2003). Les foyers atteints par le SIDA semblent également devoir souffrir davantage de la pauvreté que les foyers non touchés par le virus. Quant aux parents âgés qui

s'est généralement traduit par une baisse de la consommation par habitant (Division de la Population des Nations Unies, 2003). Une étude analogue en Afrique du Sud et en Zambie auprès de foyers atteints par le SIDA – pour la plupart déjà appauvris – a montré que la prise en charge des maladies liées au SIDA entraîne une chute du revenu mensuel moyen chiffrable à 66%-80% (Steinberg et al., 2002 ; Barnett et Whiteside, 2002). En Thaïlande, une étude de 1997 a montré que lorsqu'une personne occupant un emploi régulier meurt du SIDA, la perte de revenus du ménage pour toute sa vie dépassait de 20% la perte subie en cas de décès dû à d'autres causes que le SIDA (Pitayanon et al., 1997).

Insécurité alimentaire

Entre 1999 et 2001, 842 millions de personnes dans le monde ont souffert de malnutrition – dont 95% dans des pays à faible et moyen revenus. L'Afrique subsaharienne compte 11% de la population mondiale. Elle abrite aussi 24% des personnes sous-alimentées. L'épidémie se répand donc dans un milieu où sévissent malnutrition et insécurité alimentaire.

Economie de la prise en charge – des besoins qui vont croissant

Ce terme est utilisé pour désigner le travail non rémunéré au foyer, généralement accompli par les femmes. Avec l'aggravation de l'épidémie le travail non rémunéré des femmes a considérablement augmenté. En Afrique subsaharienne, on estime que 90% des soins qu'exige le SIDA sont donnés au foyer, ce qui exerce une pression très forte sur les femmes qui doivent aussi s'occuper des enfants, gagner un revenu ou produire des récoltes vivrières. Pour les aider, il faudra mettre en place des programmes de soutien et des politiques tant nationales que macroéconomiques visant à réduire ce fardeau. Celui-ci devrait également être mieux réparti entre les hommes et les femmes (Ogden et Esim, 2003) (voir le Chapitre 'Financer la riposte au SIDA').

perdent leurs enfants adultes à cause du SIDA, ils sont le plus souvent condamnés à l'indigence (Rugalema, 1998).

La perte de revenus

Dans les années 1990, une étude comparative a suivi 300 foyers affectés par le SIDA au Burundi, en Côte d'Ivoire et en Haïti et a constaté une baisse régulière du nombre de personnes économiquement actives dans chaque foyer, ce qui

Le SIDA, en fait, intensifie les pénuries alimentaires chroniques. Il entraîne des pertes de travail agricole et réduit le revenu de la famille qui normalement paierait sa nourriture. Une recherche menée en Zambie montre que les plus pauvres des ménages économiquement actifs dépendent de leurs revenus en espèces pour acheter leur nourriture (Food Economy Group, 2001). Lorsque le prix des denrées monte, les familles pauvres sont les plus durement touchées.

Dans les pays à forte prévalence du VIH, il se crée un cercle vicieux entre pénurie alimentaire, malnutrition et SIDA (FAO, 2001). Au Zimbabwe, où la prévalence dans la population adulte est d'environ 25%, le SIDA a coûté au pays entre 5% et 10% de sa force de travail agricole. La FAO estime que cette perte approchera les 25% en 2020. Au Malawi, les foyers où des femmes de moins de 60 ans sont mortes courent un risque deux fois plus élevé de déficit alimentaire que ceux où sont morts des hommes du même groupe d'âge (SADC, 2003). En Ouganda, une enquête des années 1990 a montré les problèmes les plus sérieux pour beaucoup de familles affectées par le SIDA et dont le chef était une femme.

niques qu'aiguës. Globalement, l'Afrique australe est un exemple criant de l'effet amplificateur qu'a le SIDA sur la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et la faiblesse des institutions nationales.

Initialement, les pénuries de denrées sont nées de conditions atmosphériques anormales et d'une série d'échecs politiques et gouvernementaux qui ont affecté la production des denrées alimentaires dès avant la crise alimentaire (Harvey, 2003 ; Wiggins, 2003). Le SIDA a aggravé la situation. Au Malawi, en Zambie et au Zimbabwe, les ménages où l'on rencontrait des adultes malades chroniques, des décès récents et des orphelins ont vu leur production agricole fortement réduite et leurs revenus amputés d'autant (SADC, 2003).

« Dans toute la région des gens sont entre la vie et la mort. Les effets combinés de la faim, de la pauvreté chronique et de la pandémie de VIH/SIDA sont dévastateurs et peuvent bientôt conduire à une catastrophe. Les échecs politiques et le non-respect des engagements n'ont fait qu'aggraver une situation dramatique. »

(James Morris, Directeur exécutif du Programme alimentaire mondial, juillet 2002.)

L'insécurité alimentaire est particulièrement dangereuse pour les personnes vivant avec le VIH parce qu'elles ont besoin de plus de calories que les personnes non infectées. En outre, les personnes séropositives sous-alimentées évoluent plus rapidement vers le SIDA (Harvey, 2003). Il faudra intégrer des mesures de prévention du VIH, de lutte contre la malnutrition et d'atténuation des effets du SIDA dans les programmes généraux concernant la sécurité alimentaire et la nutrition (FAO, 2003c).

Crise alimentaire en Afrique australe

Les crises alimentaires qu'a connues l'Afrique australe en 2002-2003 donnent une idée de l'impact que peut avoir l'épidémie sur les pays gravement affectés. Sur 10 pays ayant la plus forte prévalence, il y en a six – le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe – où plus de 15 millions de personnes ont eu besoin d'une aide alimentaire d'urgence suite à de graves pénuries, tant chro-

La réaction des ménages

Les ménages font face aux ravages de l'épidémie de diverses façons. En Tanzanie, à Kagera, on compte au moins une personne de plus dans les foyers ayant connu un décès, peut-être parce que des membres de la famille élargie sont venus leur porter secours (Banque mondiale, 1999). Ailleurs à Rakai, en Ouganda, le foyer se vide nettement, peut-être parce que les enfants ont été envoyés chez des parents ou que des adultes sont partis à la recherche d'un emploi (Banque mondiale, 1999).

L'impact du SIDA sur un foyer peut être particulièrement grave lorsque la personne infectée est une femme adulte. Dans tous les pays à faible et moyen revenus, femmes et filles assument l'essentiel du travail de transmission sociale. Elles élèvent et nourrissent les enfants, assurent les tâches domestiques et prennent soin des malades. Dans les sociétés où les vastes migrations de travailleurs sont monnaie courante – dont de nombreux pays parmi les plus touchés par l'épidémie en Afrique australe – les chefs de famille

La crise alimentaire accentuée par le SIDA : une nouvelle sorte de choc

La famine ou la pénurie alimentaire sont vécues différemment par les ménages et les familles affectés par le SIDA. En règle générale on est averti largement à l'avance d'une raréfaction prochaine de la nourriture. Selon leurs ressources et leurs possibilités, la plupart des familles s'inspirent de leurs propres expériences antérieures et du savoir transmis par les générations précédentes pour assurer leur survie.

En revanche, les familles touchées par le SIDA n'ont plus, elles, les mêmes capacités de réaction. Le SIDA a tendance à se regrouper dans certains foyers, frappant les plus souvent les êtres dans la fleur de l'âge pour ce qui est du travail et des soins aux enfants. Le virus infecte partenaires et enfants à leur tour et les rend incapables de compenser les effets de la maladie chez le soutien de famille (Baylies, 2002). Du fait de la maladie dans la famille, il peut arriver que l'on plante des cultures demandant moins de travail, mais non commercialisables ; il peut alors y avoir moins d'argent pour acheter la nourriture. Les aliments stockés peuvent être moins nourrissants. Enfin, le fait de devoir prendre soin des malades de la famille peut réduire encore la possibilité de chercher d'autres sources d'aliments.

sont en majorité des femmes, surtout dans les zones rurales. Une étude réalisée en Afrique du Sud a ainsi montré que près des trois quarts des chefs de famille étaient des femmes, dont une proportion significative luttent elles-mêmes contre des maladies liées au SIDA (Steinberg et al., 2002).

Dans le Manicaland au Zimbabwe, lorsqu'une femme meurt du SIDA, le foyer éclate deux fois sur trois (Mutangadura, 2000). A la mort d'une femme adulte, les charges qui étaient les siennes

enfant sur cinq d'une famille affectée par le SIDA a déclaré avoir été dans l'obligation de commencer à travailler au cours des six mois précédents pour aider sa famille. Un enfant sur trois devait donner des soins et assurer une grande partie des tâches domestiques. Nombreux sont les enfants qui ont dû quitter l'école, se passer de nourriture ou de vêtements, voire quitter leur foyer. De plus, tous ces enfants étaient victimes d'une sévère discrimination et soumis à un stress psychosocial, les filles plus encore que les garçons.

Le SIDA entame la résilience avec laquelle familles et communautés font d'ordinaire face aux périodes de difficulté. Après un choc venu de l'extérieur, les foyers pauvres réagissent par des stratégies diverses, y compris celle qui consiste à modifier leurs activités génératrices de revenus et leurs habitudes de consommation ou à faire appel au soutien de la famille et de la communauté. Le SIDA frappe les adultes productifs, qui constituent le recours le plus probable en cas de crise .

(ONUSIDA, 2003).

retombent généralement sur d'autres femmes généralement plus âgées qui s'occupent alors des enfants. Souvent cette mère adoptive a peu d'atouts sur le marché de l'emploi, et ne trouve l'occasion de gagner de quoi faire vivre la famille élargie que dans des activités informelles et mal payées (Mutangadura, 2000).

Au Cambodge, d'après une étude récente de l'ONG khmère VIH/SIDA Alliance and Family Health International, on peut estimer qu'un

La réaction d'une famille affectée par le SIDA dépend des ressources qu'elle peut réunir. Lorsqu'elles le peuvent, les familles épuisent leurs économies, empruntent de l'argent ou sollicitent l'aide de la famille élargie (FAO, 2003a), mais lesdites économies sont souvent maigres et rares les possibilités de crédit et d'assurance. Les familles ne peuvent alors compter que sur leur force de travail pour remplacer le revenu perdu (Beegle, 2003). Il y a également des différences entre milieux urbains et ruraux.

Dans les zones urbaines, les ménages font des emprunts informels et dépensent leurs économies. Chez les ruraux, on tend à vendre les biens, on émigre ou on fait appel au travail des enfants (Mutangadura, 2000).

Aux périodes de plantations et de récoltes, des considérations économiques obligent souvent les familles pauvres, qui doivent gagner de l'argent ou assurer les cultures vivrières, à cesser ou à remettre à plus tard les soins à donner. Lorsque de telles considérations l'emportent sur les soucis de santé, la survie à long terme du foyer peut être compromise (Sauerborn et al., 1996).

Certaines études ont identifié des familles qui ont progressivement retrouvé leur ancien niveau de consommation, ce qui laisse penser qu'elles ont pu mettre au point des mécanismes adéquats. Néanmoins, ces solutions interviennent dans un contexte plus général d'appauvrissement du foyer et d'exclusion sociale (Barnett et Whiteside, 2002).

Fréquemment, les ménages affectés par le SIDA répartissent à nouveau les tâches et les obligations entre les membres survivants (Barnett et Whiteside, 2002). En Tanzanie, les femmes dont l'époux est malade passent jusqu'à 45% moins de temps à l'agriculture ou à un travail rémunéré par rapport au niveau pratiqué avant que la maladie n'ait frappé (Division de la Population des Nations Unies, 2003).

Accroissement des dépenses requises par la maladie

Pour couvrir le coût croissant des soins médicaux, les ménages réduisent souvent leurs dépenses de nourriture, de logement, d'habillement et de toilette (Banque mondiale, 1999). Les dépenses liées aux soins peuvent représenter en moyenne un tiers du revenu mensuel d'un ménage (Steinberg et al., 2002). En Afrique du Sud, une étude a montré que plus de 5% des ménages affectés par le SIDA étaient forcés de réduire leurs dépenses alimentaires pour payer ces coûts croissants, ce qui est d'autant plus affligeant que près de la moitié des ménages avaient déjà déclaré

avoir manqué de nourriture (Steinberg et al., 2002). Dans l'Etat libre d'Orange, en Afrique du Sud, une étude à long terme a montré que les ménages affectés par le SIDA maintenaient leur consommation en matière de nourriture, de santé et de logement en réduisant les dépenses d'habillement et d'éducation (Bachmann et Booyesen, 2003). Enfin, les familles dépensent souvent davantage pour les funérailles et le culte des morts que pour les soins médicaux (Banque mondiale, 2003).

Il y a pire : de nombreux foyers vendent leurs biens pour couvrir les dépenses liées au SIDA. On commence par vendre ce qui n'est pas essentiel mais on peut rapidement en venir à vendre les principaux moyens de production. A Chiang Mai, en Thaïlande, 41% des familles affectées par le SIDA disent avoir vendu des terres et 24% d'entre elles étaient endettées. Dans les familles rurales du Burkina Faso, la vente du bétail et la réorganisation du travail domestique constituent les ripostes habituelles en cas de maladie grave (Sauerborn et al., 1996). Une fois dépourvues de leurs moyens de production, ces familles peuvent moins facilement se rétablir et reconstruire leurs ressources vitales. C'est le premier pas sur la pente finale vers l'indigence et la disparition.

Soutien communautaire

Les ménages affectés par le SIDA comptent beaucoup sur les systèmes de soutien de la famille et de la communauté pour atténuer l'impact économique de l'épidémie. Ces réseaux prêtent de l'argent, apportent de la nourriture et aident au travail et aux soins à donner aux enfants. Lorsque des familles rurales sont confrontées à la fois au SIDA et aux pénuries alimentaires, les membres citadins de la famille envoient souvent argent ou nourriture. Réciproquement, les parents en milieu rural envoient des denrées à leurs parents citadins ou les invitent à les rejoindre en zone rurale.

Les structures communautaires de soutien comprennent des clubs d'épargne, des sociétés coopératives destinées à assurer les frais de funérailles, des services de sauvegarde des céréales, des clubs de prêt et des dispositifs d'échange de

services (Mutangadura, 2000). Mais ces systèmes de soutien familial et communautaire sont parfois inaccessibles aux pauvres qui n'ont ni le temps ni les moyens d'investir suffisamment dans ces arrangements réciproques (Adam, 1993). Ceci vaut particulièrement pour les ménages pauvres ayant à leur tête une femme ; en règle générale, ces familles n'ont pas accès à ces réseaux.

Les familles plus aisées ont en général un accès plus facile à ces réseaux d'entraide que leurs homologues pauvres (Baylies, 2002). Mais, même lorsqu'ils fonctionnent bien, ces réseaux familiaux et communautaires peuvent rarement satisfaire les besoins d'un ménage vulnérable affecté par le SIDA. Par exemple, dans le Manicaland au Zimbabwe, les foyers les plus pauvres disent bien recevoir une aide en nourriture, en vêtements et en travail mais rien en matière de loyer, de frais scolaires ou de dépenses de santé (Mutangadura, 2000).

Agir

Il faut combiner plusieurs initiatives pour renforcer la capacité des foyers affectés par le SIDA à relever les défis complexes et conjugués auxquels ils doivent faire face (Nalugoda et al., 1997 ; Lundberg et al., 2000). Les experts en développement ont longuement débattu des mérites respectifs des mesures à grande échelle ou des mesures ciblées contre la pauvreté. L'épidémie exige les deux : la situation critique de nombreuses familles demande une action ciblée tandis que l'appauvrissement menace le développement à long terme.

Le rapport 2003 du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies (ONUSIDA/CCS, 2003) a recommandé 11 actions programmatiques aux organismes des Nations Unies en Afrique orientale et australe ; en voici la liste :

- Action 1 : Mettre en place des programmes de sécurité communautaire ;
- Action 2 : Améliorer la collecte des données sur l'impact et la dynamique communautaires ;

- Action 3 : Accroître les moyens d'existence des communautés sérieusement affectées et de groupes particuliers ;
- Action 4 : Lancer des programmes visant l'émancipation des femmes ;
- Action 5 : Lancer des programmes d'aide à la population croissante des orphelins ;
- Action 6 : Renforcer d'urgence les capacités de lutte contre le SIDA dans le secteur de la santé ;
- Action 7 : Renforcer d'urgence les capacités à faire face aux conséquences du SIDA ;
- Action 8 : Intégrer le SIDA dans la planification du développement ;
- Action 9 : Construire un leadership pour diriger les évaluations participatives de programmes ;
- Action 10 : Instaurer des forums de sensibilisation et de soutien ;
- Action 11 : Investir dans des systèmes de suivi, d'observation et d'évaluation.

Les programmes d'assistance sociale peuvent venir en aide ; ils doivent être réservés aux familles et aux communautés les plus démunies et les plus vulnérables. Les institutions locales (par exemple les dispensaires) pourraient repérer les foyers appauvris en lutte contre la maladie et leur obtenir une aide. La prise en charge pourrait comprendre des visites à domicile, une aide alimentaire et nutritionnelle, l'exonération des frais scolaires, etc. (Sauerborn et al., 1996). D'autres initiatives ciblées sont nécessaires, par exemple des programmes à assise communautaire qui fournissent une aide financière directe afin que les familles ne soient pas contraintes de vendre leurs biens et leurs outils de production pour assumer les coûts du SIDA.

Aider les foyers touchés par le virus, c'est aussi réduire la stigmatisation et la discrimination. La stigmatisation engendre parfois la honte ou la peur de l'ostracisme et dissuade les membres de la famille de demander l'aide de leur communauté. En Afrique du Sud, une enquête a montré que parmi les personnes interrogées qui avaient divulgué leur

séropositivité, un tiers seulement avaient reçu le soutien de leur communauté. Une personne sur 10 a déclaré avoir été l'objet d'une franche hostilité et d'un rejet (Steinberg et al., 2002).

Des programmes devront être mis en place pour renforcer – voire pour mettre en place – les infrastructures de base, en particulier pour l'eau et l'assainissement, afin d'alléger le fardeau quotidien des soignantes et soignants et d'augmenter la capacité des foyers à faire face au SIDA. D'autres stratégies d'envergure prévoient des allocations pour les enfants ou des cantines scolaires. Il faudra en outre des programmes sociaux pour les personnes âgées, en particulier celles qui ont à charge leurs petits-enfants.

Des initiatives génératrices de revenus qui prennent en compte l'évidente vulnérabilité économique des femmes font partie intégrante de la riposte au SIDA. Tout d'abord, la situation d'appauvrissement des femmes dans les foyers affectés par le SIDA exige une aide d'urgence immédiate. Il faudra ensuite étendre des programmes de microfinancement qui offrent des taux d'intérêt raisonnables. Parmi d'autres stratégies en faveur des femmes on pourra citer : des assurances-décès qui couvrent les frais de funérailles pour les malades en fin de vie, des systèmes d'épargne souples et des prêts d'urgence. Ces initiatives aident toute la famille puisque la recherche montre que dans les pays à faible et moyen revenus les femmes consacrent tout revenu additionnel à la satisfaction des besoins de leurs enfants (Hunter et Williamson, 1997).

L'impact profond et multiforme de l'épidémie sur les ménages et les communautés impose absolument d'envisager le SIDA dans une perspective de réduction de la pauvreté. A ce jour, peu de pays ont intégré les composantes SIDA dans leurs plans de réduction de la pauvreté (voir le Chapitre 'Financer la riposte au SIDA').

Impact sur l'agriculture et le développement rural

Un secteur agricole sain est une priorité pour le bien-être et l'autosuffisance des pays à faible et

moyen revenus. De l'agriculture dépendent la sécurité alimentaire, le sort de l'économie nationale et la permanence des atouts environnementaux. Elle représente en Afrique 24% du produit intérieur brut, 40% des recettes en devises et 70% des emplois. En 2000, plus de 430 millions d'Africains (environ 56% de la population) étaient employés dans l'agriculture.

Malheureusement, en particulier dans les pays les plus atteints, l'épidémie sape la base agricole – infectant puis tuant prématurément de nombreux travailleurs agricoles. Il s'ensuit une perte en main-d'œuvre, une diminution des revenus agricoles et des biens domestiques et un abaissement du niveau de sécurité alimentaire des foyers (Topouzis, 2003). L'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) estime qu'en 2020 la majorité des pays d'Afrique australe auront perdu un cinquième au moins de leurs travailleurs agricoles (Villareal, 2003 ; FAO, 2003).

Cette perte de main-d'œuvre a des conséquences majeures. Lorsqu'une ou deux récoltes critiques doivent être plantées ou moissonnées à des moments déterminés, perdre un ou deux travailleurs dans ces moments-là peut ruiner la production (Bollinger et Stower, 1999). Les ménages tentent de s'adapter en cultivant des surfaces plus petites ou en consacrant moins d'énergie et de temps à réparer les palissades, à contrôler les mauvaises herbes, à irriguer ou à élever le bétail. Souvent la terre doit être laissée en friche, soumise à l'érosion et aux dégradations, tandis que le bétail qu'on ne peut plus soigner devient vulnérable à la maladie, aux prédateurs et au vol (Barnett et Whiteside, 2002). Lors d'une enquête en Ouganda, une personne interrogée sur deux a déclaré que la pénurie de main-d'œuvre l'avait forcée à réduire la diversité de ses cultures (Asingwire, 1996).

Dans les communautés rurales, l'inégalité entre hommes et femmes aggrave l'impact de l'épidémie sur l'agriculture. En Tanzanie, les femmes dont le mari est gravement malade consacrent jusqu'à 50% de temps en moins aux travaux agricoles (Rugalema, 1998). Après la mort de l'homme, la famille s'oriente fréquemment vers

des cultures vivrières, délaissant les cultures à grande valeur ajoutée d'habitude gérées par les hommes (Yamano et Jayne, 2002). Dans de nombreuses sociétés, les femmes n'ont pas de droit légal ni même coutumier sur la terre, le bétail et d'autres biens primordiaux et il arrive que les veuves perdent ce qu'elles ont aidé à construire et à entretenir.

Agir

Dans les pays fortement affectés, les causes de la pénurie de nourriture sont multiples, complexes et liées entre elles. Les facteurs décisifs sont : les politiques agricoles, commerciales et macroéconomiques ; le système de propriété foncière et le système de succession ; les conditions climatiques et la capacité de l'Etat à fournir aux zones rurales les services d'appui indispensables (Barnett et Whiteside, 2002). Avec la progression de l'épidémie, l'insécurité alimentaire chronique empira probablement. Toute réaction devra partir d'une bonne connaissance de la façon dont les ménages obtiennent leurs moyens d'existence, en contrecarrant dans toute la mesure du possible les facteurs aggravants et en intégrant le SIDA dans les politiques et les programmes qui visent la sécurité alimentaire et le développement rural. Tous ces éléments apporteront une protection durable tant contre la famine que contre le SIDA.

Parmi les urgences, il faudra multiplier les initiatives qui permettront aux personnes vivant avec le VIH de rester aussi longtemps que possible en bonne santé – traitements antirétroviraux et antituberculeux, aide nutritionnelle. De telles initiatives aideront les foyers touchés par le SIDA à conserver ou recouvrer leurs moyens d'existence (Baylies, 2002). D'autres ripostes intéressantes pourraient consister en l'encouragement à des cultures moins exigeantes en jours de travail qui donneront néanmoins des aliments nutritifs, le renforcement des programmes de cantines scolaires, et la garantie apportée aux femmes et aux enfants du droit de conserver leurs terres et leurs biens, améliorant ainsi leur sécurité foncière. Dans le même esprit il conviendrait de revoir la législation pour que soit reconnu le droit

des femmes à hériter des terres ; des dispositifs locaux d'application de la loi devront par la suite assurer le respect de celle-ci (FAO, 2003a).

Impact sur l'offre, la demande et la qualité de l'éducation)

L'impact de l'épidémie sur l'éducation a des effets à long terme sur le développement. Le SIDA constitue un obstacle de poids à la réalisation d'ici à 2015 de l'accès universel à l'éducation primaire – un des grands objectifs à la fois de l'initiative Education Pour Tous (UNESCO, 2000) et des Objectifs de développement pour le Millénaire (Nations Unies, 2001). L'UNESCO estime que 55 pays n'atteindront pas l'objectif d'une scolarisation primaire universelle en 2015 ; 28 de ces pays comptent parmi les 45 pays les plus affectés par le SIDA (UNESCO, 2002). On estime à 1 milliard de dollars par an le coût supplémentaire nécessaire pour compenser les effets du SIDA (à savoir les pertes en personnel, l'absentéisme des enseignants et les allocations à payer pour maintenir en classe orphelins et enfants vulnérables).

L'épidémie porte atteinte à la qualité de la formation et de l'éducation, ce qui fait que moins de jeunes bénéficient d'un enseignement secondaire ou universitaire de qualité. Elle accentue également au niveau professionnel une 'fuite des cerveaux' qui existait déjà. Les remèdes viennent au coup par coup ; les ministères aux ressources limitées sont débordés par la demande. Plusieurs ministères de l'éducation incluent désormais dans leurs programmes la prévention de l'infection à VIH – élément important d'une bonne riposte au SIDA ; mais trop peu nombreux sont ceux qui étudient l'impact du SIDA sur le système éducatif lui-même et agissent en conséquence.

Le manque d'enseignants

Les enseignants appartiennent aux groupes de la population les plus touchés par le VIH quoique les schémas de leur vulnérabilité varient selon les pays. Au Botswana, au Malawi et en Ouganda, le taux de mortalité parmi le personnel enseignant est très comparable à celui de la population générale, bien

que plus élevé chez les enseignants du primaire et chez les enseignants hommes (Bennell et al., 2002). Au Zimbabwe, les enseignants et les enseignantes ont des taux d'infection proches de ceux de la population générale – 19% chez les hommes et 28% chez les femmes (Gregson et al., 2001). Dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, la mortalité des enseignants varie sensiblement selon le groupe d'âge (Badcock-Walters et al., 2003).

On s'attend au Kenya, en Ouganda, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe à ce que l'épidémie conduise à une nette raréfaction des enseignants du primaire (Goliber, 2000 ; Malaney, 2000 ; Ministère de l'Éducation du Swaziland, 1999). Sans planification à long terme, ces pays auront de grandes difficultés à atteindre leurs objectifs de scolarisation. Si la Namibie, par exemple, garde le même rythme de formation des enseignants, soit 1000 par an, et veut maintenir son ratio d'un enseignant pour 34 élèves, le déficit en enseignants sera passé de 1000 en 2001 à plus de 7000 d'ici à 2010 (Malaney, 2000).

Ces faits ont d'importantes implications pour les planificateurs et accentuent l'urgence qu'il y a pour les systèmes éducatifs à collecter des données précises en ce qui concerne l'impact de l'épidémie sur le personnel. Ces données sont nécessaires pour planifier les stratégies de formation et de recrutement et pour prévoir les budgets de soins au personnel lorsque les options thérapeutiques et les sources de financement augmenteront.

Mais le SIDA n'est pas la seule cause des pertes en enseignants. Une étude récente a observé que les bas salaires et un mauvais moral – problème

déjà sérieux en Afrique du Sud, au Malawi, en Namibie, et en Ouganda – contribuaient à l'usure du personnel enseignant (Bennell et al., 2002). Il est clair que des stratégies complexes devront combattre tant l'impact de l'épidémie que les autres facteurs qui privent l'école des enseignants dont elle a besoin pour maintenir et en fin de compte accroître le taux de scolarisation.

Fréquentation scolaire

De nombreuses familles affectées par le SIDA risquent de devoir retirer leurs enfants de l'école pour faire face à la perte de force de travail, à la prise en charge des malades et aux dépenses nouvelles qu'impose la maladie. Si la mère est mourante, ou morte, les tâches domestiques retombent sur les enfants et surtout sur les filles. Si c'est le père qui meurt, leur scolarité risque moins d'être interrompue. Dans trois provinces d'Afrique du Sud, l'étude de 771 foyers affectés par le SIDA a montré que plus de 40% des personnes assurant des soins prenaient sur leur temps de travail ou d'école. Presque 10% des foyers avaient retiré une fille de l'école, alors que 5% avaient retiré un garçon (Steinberg et al., 2002). Le SIDA accentue ainsi l'inégalité entre les sexes, aggrave la pauvreté des foyers et menace les générations futures.

Inscription scolaire

L'épidémie peut aussi avoir un effet néfaste sur l'inscription à l'école. La fertilité a diminué, de jeunes adultes meurent du SIDA, cela fait qu'il y a moins d'enfants d'âge scolaire et il s'ensuit une

Effet négatif des frais de scolarité

Les frais de scolarité posent aussi un grave problème aux foyers affectés par le SIDA, qui ne peuvent tout simplement pas les payer. C'est la première raison du retrait des enfants de l'école (Mutangadura, 2000 ; Badcock-Walters, 2001). Sur le plan de la société, ces frais ont également un effet négatif sur le développement et la réduction de la pauvreté. Il est vrai que les systèmes éducatifs des pays à faible et moyen revenus comptent souvent sur ces frais de scolarité pour payer le salaire des enseignants et d'autres dépenses indispensables. Certains pays tentent aujourd'hui de lutter contre cet effet négatif : le Kenya et l'Ouganda, par exemple, ont supprimé ces frais. Une autre approche consiste à fournir aux familles des subsides pour le transport aller-retour à l'école, des repas de cantine et du matériel d'apprentissage. Plusieurs études signalent qu'il faut aussi aider à payer la scolarisation dans le secondaire (Mutangadura, 2000).

baisse de la demande en éducation dans certaines zones durement touchées.

Les enfants devenus orphelins, ou rendus vulnérables d'une façon ou d'une autre par le SIDA, peuvent ne pas fréquenter l'école parce qu'ils doivent s'occuper de la maison, de leurs frères et sœurs plus jeunes ou tout simplement parce qu'ils ne peuvent payer les frais de scolarité. Dans les pays à forte prévalence de l'infection à VIH, le nombre de ces enfants va croissant. Il est indispensable de leur apporter sur place des possibilités éducatives innovantes, adaptées, abordables et non stigmatisantes, comme par exemple un apprentissage à la maison ou un enseignement à distance.

Pour l'heure, dans les pays à forte prévalence, trop peu encore de gouvernements ont mis en place des politiques ou des financements qui permettent aux enfants des communautés et des foyers affectés d'aller à l'école. Citons toutefois la Zambie, où le Ministère de l'Éducation a mis au point une vaste politique d'ensemble et planifié la satisfaction des besoins éducatifs de ces enfants. Le Ministère de l'Éducation collabore aujourd'hui activement avec le Ministère du Développement communautaire pour identifier ces enfants et leur permettre de continuer à suivre l'école. D'autres pays comme le Kenya qui ont opté pour une scolarisation obligatoire et gratuite donnent aux enfants – qui ne pourraient sans cela fréquenter l'école – cette possibilité inappréciable.

Mais il ne s'agit pour ces enfants que de solutions à court terme. L'impact du SIDA sur l'éducation doit être traité dans le contexte du développement économique et social (Gould et Huber, 2002). Les efforts de réduction de la pauvreté sont hautement nécessaires car des facteurs macroéconomiques tels que le coût et l'impact des programmes d'ajustement structurel s'ajouteront à l'épidémie de SIDA pour rendre plus difficile aux familles le maintien de leurs enfants à l'école.

Impact sur la qualité

L'accroissement des décès d'enseignants peut aussi menacer la qualité de l'éducation. Des maîtres moins expérimentés et sous-qualifiés, des classes

surchargées, cela signifie une moindre qualité du rapport élève/enseignant. Dans les zones rurales où l'école ne repose que sur un ou deux maîtres, la maladie ou la mort de l'un d'eux est une véritable catastrophe. Mais d'autres éléments moins évidents peuvent nuire à l'éducation dispensée, notamment le manque de motivation à apprendre ou à enseigner parce que 'le SIDA est dans la famille' ou parmi les collègues (Harris et Schubert, 2001).

Il n'est par ailleurs pas facile de remplacer des enseignants expérimentés. Dans les pays les plus atteints, il faudra à l'évidence en former davantage – ce que les centres de formation existants sont pour le moment incapables de faire. Les autres stratégies envisageables sont la réduction de la durée de formation des enseignants, le fait d'encourager d'anciens enseignants pour les faire revenir dans le système éducatif et l'autorisation donnée aux enseignants en place de travailler au-delà de l'âge de la retraite.

Il faudra entreprendre des actions vraiment hors de l'ordinaire pour empêcher l'épidémie de porter atteinte de façon permanente aux systèmes éducatifs et aux étudiants. Bien peu est fait pourtant en Afrique subsaharienne pour remédier à la pénurie d'enseignants – pénurie actuelle et pénurie à venir.

Agir

En 2002, le consensus de Monterrey a abouti au projet Education pour Tous (*Fast Track Initiative on Education For All*) (voir le Chapitre 'Financer la riposte au SIDA'). Cette initiative vise à empêcher que les incertitudes du financement à long terme ne mettent un pays dans l'impossibilité d'atteindre l'objectif de la scolarisation primaire universelle d'ici à 2015, pour autant que ce pays se soit doté d'un plan sectoriel crédible en matière d'éducation au cœur d'une stratégie de réduction de la pauvreté.

Les partenaires d'Education pour Tous, à savoir tous les principaux donateurs bilatéraux, la Banque mondiale, l'ONUSIDA, l'UNESCO, l'UNICEF, les ONG et les pays signataires s'ef-

forcent de catalyser des politiques éducatives solides qui incluent des stratégies VIH et des stratégies sexospécifiques, encouragent une gestion financière adéquate au sein du pays, améliorent l'efficacité de l'assistance et mobilisent une aide accrue à l'éducation primaire.

Impact sur le secteur de la santé

Une stratégie efficace contre le SIDA requiert un système de santé publique à la fois souple et robuste. Or, l'épidémie frappe précisément au moment où beaucoup de pays réduisent leurs dépenses de santé publique pour pouvoir rembourser la dette publique et se plier aux exigences des institutions financières internationales. L'épidémie a elle-même contribué en outre à une détérioration rapide du secteur de la santé en accroissant les charges qui pèsent sur des systèmes déjà surchargés en privant ces systèmes de la main-d'œuvre qualifiée dont ils ont désespérément besoin. Les pertes de personnel et l'absentéisme qu'entraînent la maladie et les décès contraignent ce secteur à recruter et former davantage. Dans le même temps, un grand nombre de travailleurs indemnes souffrent de surmenage et d'épuisement émotionnel.

Dans les pays d'Afrique, on estime que le SIDA a causé entre 19% et 53% de l'ensemble des décès survenus dans le personnel gouvernemental de la santé (Tawfik et Kinoti, 2001). Le Malawi et la Zambie, par exemple, ont vu multiplier par cinq à six les taux de morbidité et de mortalité des travailleurs du secteur de la santé (PNUD, 2001). L'effet de l'arrivée de nouveaux travailleurs est rapidement anéanti par l'épidémie (Liese et al., 2003) et cela alors que les besoins en personnel des services sanitaires croissent rapidement dans les pays lourdement frappés.

Il conviendra de sensibiliser le personnel de la santé aux effets du SIDA afin que ce personnel exclue de son comportement de soins toute stigmatisation. Le SIDA affecte également la qualité des soins donnés aux personnes non infectées car les secteurs médicaux surchargés effectuent un tri parmi les malades au détriment

de ceux atteints d'un mal moins grave que le SIDA (ONUSIDA, 2001).

Agir

Dans la plupart des pays à faible et moyen revenus, il faut agir d'urgence pour renforcer des systèmes de santé chroniquement déficients et protéger la santé et la sécurité du personnel. On discute encore des stratégies possibles mais l'accord s'est fait sur quelques actions clés dans le cadre du Forum de haut niveau sur les Objectifs de développement pour le Millénaire liés à la santé :

- Entamer des actions politiques contre les facteurs d'amont et d'aval qui incitent les personnels de santé à quitter leur région ou leur pays, ce qui conduit à des situations de sous-effectif chroniques ; administrer des traitements antirétroviraux en priorité aux travailleurs de santé séropositifs ; améliorer salaires et prestations afin de retenir ou de faire revenir les personnes hautement qualifiées ; appliquer de façon moins rigide les règlements professionnels afin que professionnels et non professionnels de la santé puissent assumer des fonctions supplémentaires.
- Choisir une approche visant le système dans son entier pour harmoniser l'appui de donateurs multiples, tout en donnant aux pays à faible et moyen revenus un rôle plus important dans la fixation des priorités et le déploiement des ressources.
- Renforcer les systèmes d'information sur la gestion de la santé et mettre en place des structures de suivi de la progression vers les Objectifs de développement pour le Millénaire liés à la santé.
- Étendre la formation initiale et la formation continue.
- Garantir la santé et la sécurité professionnelles du personnel de santé en fournissant information, vêtements et équipements de protection.

- Accroître le rôle de fournisseurs de services joué par les ONG et le secteur privé.

Impact sur la capacité du secteur public

Un secteur public efficace et rodé constitue un atout majeur pour fournir biens et services et pour que la nation lutte avec succès contre le SIDA. Avant l'épidémie, plusieurs des pays les plus affectés se débattaient déjà avec de sérieuses difficultés de développement, avec le poids excessif de la dette publique et avec le déclin de leurs échanges commerciaux. Dans de nombreux pays à faible et moyen revenus, les programmes d'ajustement structurel ont entraîné des coupes sévères dans les financements publics, et les gouvernements bataillent actuellement pour maintenir les services sociaux fondamentaux ainsi que l'aide et les infrastructures correspondantes. Dans les pays les plus affectés, le SIDA est venu miner l'efficacité fonctionnelle du secteur public (Cohen, 2002). Lorsque des services essentiels chancellent, les pauvres et les plus vulnérables en subissent les conséquences les plus graves.

Une étude exhaustive du PNUD relative à l'impact du VIH/SIDA sur les ressources humaines dans le secteur public du Malawi (*The impact of HIV/AIDS on human resources in the Malawi public sector*) a montré que la perte annuelle en fonctionnaires gouvernementaux a sextuplé entre 1990 et 2000, essentiellement à cause des décès prématurés dus au SIDA (PNUD, 2002). Pendant la durée de l'étude, la mortalité dans le service public a décuplé. Les décès sont survenus de façon disproportionnée chez les jeunes adultes des deux sexes – ce qui fait fortement penser que

le SIDA en était responsable. En 2000, plus de la moitié des postes existants dans les services de l'éducation et dans ceux de l'irrigation étaient vacants (Malawi Institute of Management/PNUD, 2002). Les ministères clés d'autres pays d'Afrique australe signalent en outre que la moitié au moins de leurs postes ne sont pas pourvus (Cohen, 2002).

Peu d'études ont analysé en profondeur l'impact de l'épidémie sur la productivité du secteur public. Il y a tout lieu néanmoins de penser qu'un si grand nombre de postes vacants réduit inévitablement la couverture et la qualité des services de l'Etat.

Impact sur les travailleurs et le lieu de travail

Le SIDA menace le développement et la sécurité économique surtout parce qu'il porte atteinte à la population en âge de travailler. Cela a des conséquences sur la survie des communautés et des entreprises comme sur le maintien à long terme de la capacité de production. L'épidémie mine la croissance économique du fait de son impact sur la main-d'œuvre et sur la productivité, les taux d'épargne et l'apport de services essentiels. Les personnes vivant avec le VIH perdent leur emploi, leurs revenus et leurs économies ; en conséquence, elles consomment et investissent moins. Les fermes, les usines, les étals des marchés ou les bureaux gouvernementaux deviennent moins productifs ou parfois font faillite, réduisant les profits, les recettes fiscales et l'investissement.

Dans les pays durement touchés, le SIDA réduira vraisemblablement le taux de croissance de la force de travail. L'Organisation internationale

Personnel des ministères de l'agriculture et VIH

Un rapport récent sur le SIDA et l'agriculture dans l'Afrique australe et l'Afrique orientale conclut que la maladie et la mort chez les employés gouvernementaux de l'agriculture minent la capacité du gouvernement à lutter contre l'épidémie. Au Ministère de l'Agriculture du Kenya, le SIDA est en cause dans 58% des décès au sein du personnel au cours des cinq dernières années. Par ailleurs, 16% environ du personnel du Ministère de l'Agriculture et de l'Irrigation au Malawi sont séropositifs au VIH (Topouzis, 2003).

du Travail (OIT) a fait des projections selon lesquelles dans 38 pays (tous, sauf quatre, situés en Afrique), la force de travail sera en 2020 de 5% à 35% inférieure à ce qu'elle aurait été sans le SIDA. L'épidémie affecte également la qualité de la main-d'œuvre dans la mesure où les travailleurs touchés par le SIDA sont remplacés par des hommes et des femmes plus jeunes et moins expérimentés. Dans le même temps, les pertes dans les rangs des enseignants et des formateurs font que les futures générations seront d'un niveau de compétence inférieur (Lisk, 2002). Le Département de l'Emploi d'Afrique du Sud estime que 3% de la main-d'œuvre du pays, soit près de 500 000 travailleurs, pourraient être en phase terminale du SIDA d'ici à 2010 – soit trois fois le chiffre estimé pour 2001.

Faire des affaires coûte de plus en plus cher

Le SIDA diminue la production en freinant la productivité, en augmentant les coûts, en détournant les ressources productives, en appauvrissant les compétences et en bouleversant le marché du travail. Pour les employeurs, les dépenses de santé et les coûts liés aux funérailles vont croissant tandis que déclinent productivité et profits. L'épidémie augmente l'absentéisme, les failles de l'organisation, la perte de compétences et de 'mémoire organisationnelle'. La perte de cadres peut avoir un impact particulièrement gênant car les compétences et le savoir acquis sont rarement remplacés lors des embauches. Dans les zones durement touchées, la pénurie de travailleurs qualifiés et de cadres moyens peut faire que des postes restent non pourvus pendant des mois, voire des années, ce qui se ressent fortement au niveau de la productivité.

Sur les petites entreprises et l'économie informelle – sources de travail pour la plupart des hommes et des femmes dans les pays à faible et moyen revenus – les effets peuvent être encore plus néfastes. Dans l'économie informelle, les personnes salariées n'ont presque jamais d'assurance santé ni d'accès à des soins médicaux sur leur lieu de travail ; elles ne tirent leurs

moyens d'existence que de leur travail et de leur savoir-faire ; elles ont de même peu d'accès aux programmes SIDA sur le lieu de travail.

Réduire l'impact sur le lieu de travail

Sur le plan de l'économie et du développement, il est bon de soutenir la mise en place de programmes de prévention pour salariés et cadres. Il en est de même en ce qui concerne la mise à disposition de services de soins sur le lieu de travail et les politiques de non-discrimination à l'égard des travailleurs vivant avec le VIH. L'étude réalisée en 2003 par une des principales compagnies d'assurances sud-africaines signale que 26 grandes entreprises interrogées disent avoir élaboré une stratégie anti-SIDA. En Thaïlande, l'American International Insurance dispose d'un programme d'évaluation et d'accréditation pour tester et identifier l'existence d'une bonne politique de prévention du SIDA au sein des compagnies : celles qui ont obtenu l'accréditation et acceptent de poursuivre des audits de la prévention bénéficient de primes minorées en ce qui concerne les assurances-vie de groupe.

Une enquête de la Confédération panafricaine des employeurs a montré que toutes les organisations nationales d'employeurs avaient une politique SIDA. La Confédération a encouragé ses membres à mettre en œuvre des programmes sur le lieu de travail et à collaborer avec les Conseils nationaux du SIDA. De plus en plus, les entreprises favorisent le conseil et le test volontaires et confidentiels et fournissent des traitements antirétroviraux à leurs salariés tout en leur garantissant qu'être séropositif n'entraînera pas la perte de leur emploi.

L'OIT prône une approche globale des politiques et des programmes sur le lieu de travail, fondée sur la protection des droits des travailleurs infectés et affectés et offrant des services de prévention et de prise en charge. Son *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail* fournit un cadre d'action. Il pose les principes de l'élaboration de la politique ; guide concrètement la programmation de la prévention et du changement des comportements ; protège les droits des

travailleurs et prend en compte la satisfaction de leurs besoins en matière de traitement, de soutien et de prise en charge.

En partenariat avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA, l'OIT d'efforce d'accroître prise en charge et accès au traitement grâce à des services de santé professionnels et encourage les services de proximité dans la communauté. Mais beaucoup de travailleurs séropositifs sont réticents devant ces programmes car ils ont peur de perdre leur emploi et de connaître l'ostracisme. L'implication des syndicats ouvriers dans la planification et la mise en œuvre des programmes facilitera la mise en place d'un climat qui favorise la participation des salariés.

Les syndicats et les confédérations syndicales jouent un rôle de plus en plus important dans l'intensification des ripostes nationales au SIDA. Ainsi le Syndicat sud-africain des ouvriers du textile et de l'habillement a dispensé une formation sur le VIH et le SIDA à 1100 responsables syndicaux entre 2002 et 2004. Le syndicat favorise aussi activement conseil et test volontaires et met en place des groupes de soutien pour les travailleurs séropositifs. Ce même syndicat ainsi que d'autres organisations syndicales prennent une part active à la Campagne d'action pour le Traitement qui a pressé le gouvernement sud-africain de fournir les traitements antirétroviraux dans le secteur public de la santé. (voir Chapitres 'Traitement' et Le Point sur 'Le rôle essentiel des personnes vivant avec le VIH').

Impact macroéconomique

Dans les pays à forte prévalence, les effets négatifs cumulés du SIDA sur les finances – qu'il s'agisse des ménages, des employeurs ou des secteurs clés – devraient avoir un impact tangible. Celui-ci semble pourtant relativement modeste selon la plupart des estimations (voir Figure 14).

Ces estimations concernent les pays ayant les prévalences les plus élevées. Les impacts macroéconomiques sont sans doute moins importants

dans les pays à plus faible prévalence comme ceux d'Amérique latine, des Caraïbes, d'Europe orientale, d'Asie du Sud et d'Asie du Sud-Est. Dans leur majorité, les estimations disponibles sont des projections à court et moyen termes (10-25 ans). Sur cette période, les modèles estiment que l'effet du SIDA sur le produit intérieur brut correspondra approximativement à l'impact sur la population totale pour cette même période. Cela signifie que les effets négatifs sur la production seront contrebalancés par des réductions similaires de la consommation des ressources. En conséquence, l'impact de l'épidémie sur le produit intérieur brut par habitant est relativement faible – voire positif dans certains des scénarios envisagés.

Cette conclusion provient de l'hypothèse implicite selon laquelle la plupart des pays en développement ont un excédent de main-d'œuvre non qualifiée dans le secteur formel, et que donc l'effet à court terme d'une mortalité accrue entraînera une diminution du taux de chômage et une augmentation des salaires pour les personnes qualifiées. En outre, une croissance moindre de la population diminuera la pression sur les terres et les autres éléments du capital physique, de telle sorte que la production deviendra moins consommatrice de capitaux et que la productivité du travail augmentera. Les modèles disponibles utilisés font l'hypothèse que les économies des pays affectés ont suffisamment de souplesse pour assurer ces ajustements.

Ces exercices de modélisation peuvent sous-estimer l'impact à long terme sur la croissance économique des pays fortement affectés au cas où le nombre de personnes affectées et infectées continue d'augmenter rapidement. Peu de modèles peuvent par exemple prendre en compte les coûts économiques du dysfonctionnement institutionnel, les coûts qu'entraînent les changements dans la quantité et la distribution de la force de travail et de la transmission du savoir et des compétences d'une génération à l'autre, ou encore les perturbations dans l'acquisition et la transmission du capital acquis tout au long de la vie.

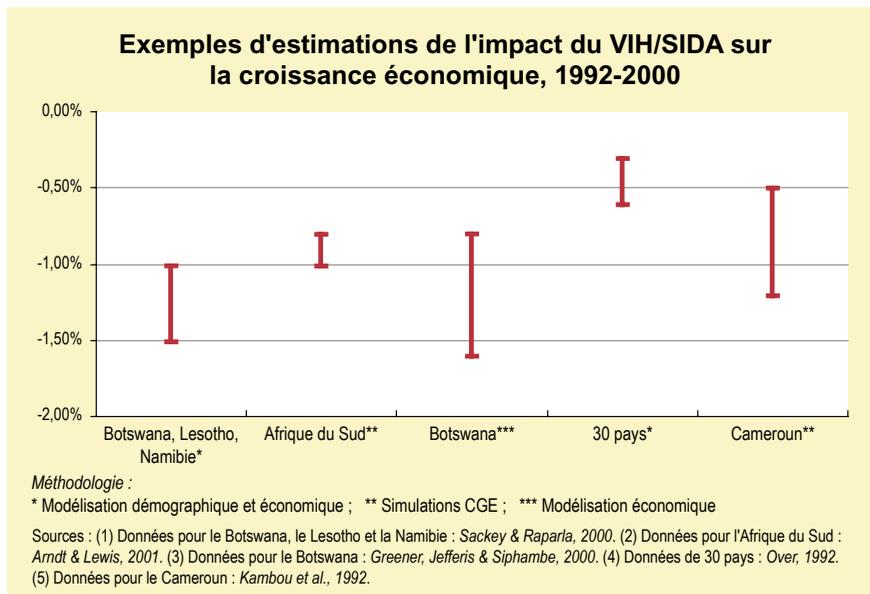


Figure 14

Une étude récente menée conjointement par l'Université de Heidelberg et la Banque mondiale (Bell et al., 2003) porte sur le cas de l'Afrique du Sud ; elle aboutit à des estimations pessimistes quant aux coûts économiques à long terme du SIDA, qui risquent d'être 'dévastateurs' du fait de l'affaiblissement du capital humain cumulé de génération en génération. Pour éviter de tels résultats, l'étude recommande de dépenser davantage pour contenir l'épidémie, d'augmenter les fonds prévus pour le traitement et la prise en charge des personnes infectées, d'accroître l'aide apportée aux orphelins par des subsides liés à la fréquentation de l'école, ces mesures étant financées par l'impôt.

C'est peut-être sur les budgets gouvernementaux que l'épidémie aura l'impact le plus significatif. Les gouvernements verront les recettes des impôts diminuer avec le ralentissement de la croissance tandis qu'enflera la demande de services de santé et de prestations sociales. Ils connaîtront comme le secteur privé l'augmentation des coûts de l'emploi liés au SIDA (formation, frais de recrutement, changements de structure des assurances sociales et des retraites). Ces facteurs combinés vont sans doute contrecarrer pendant bien des années les efforts faits pour équilibrer les budgets

nationaux et interdire aux gouvernements des pays à forte prévalence d'assurer sans aide extérieure une riposte suffisante.

Les défis de la 'nouvelle donne'

L'impact du SIDA sur la capacité de développement des pays pauvres va sérieusement compromettre les chances de ces derniers de progresser réellement vers les Objectifs de développement pour le Millénaire, surtout en ce qui concerne la réduction de la pauvreté, les objectifs éducatifs et sanitaires, la prise en charge des orphelins. L'épidémie met la communauté internationale face à de multiples défis dans tous les secteurs. Ce sont notamment les suivants :

- Faire accepter le message que le SIDA est une urgence mondiale qui exige une riposte exceptionnelle sur une échelle allant bien au-delà de ce qui s'est fait à ce jour.
- Veiller à ce que tous et toutes comprennent que le SIDA ruine des décennies de progrès dans les pays les plus affectés ; par voie de conséquence, donner à la riposte au SIDA une place centrale dans la programmation et la pratique du développement.

- Réorienter les systèmes d'évaluation de la situation et d'alerte précoce sur les individus, en portant une attention accrue aux répercussions sur les ménages.
- Mettre au point de nouvelles stratégies qui prennent en compte le prix disproportionné que payent les femmes, les filles et les orphelins, notamment des programmes de microcrédit, de soutien scolaire et d'aide alimentaire.
- Mettre au point des stratégies et des approches radicales et innovantes pour restaurer les capacités humaines dans les pays les plus affectés ; lancer par exemple des programmes majeurs de traitement antirétroviral, repenser totalement les moyens de construire, de retenir et d'encourager les compétences, rémunérer de façon adéquate, mettre fin à l'hémorragie des personnels de santé et du personnel administratif, etc.
- Mettre au point des stratégies à long terme qui remplacent les approches à la petite semaine qui ont jusqu'ici marqué la riposte. L'épidémie ne disparaîtra pas à court terme – les stratégies doivent porter sur les 10, 20, voire 30 ans à venir. 

Le Point

Le SIDA et les orphelins : une tragédie se déroule sous nos yeux

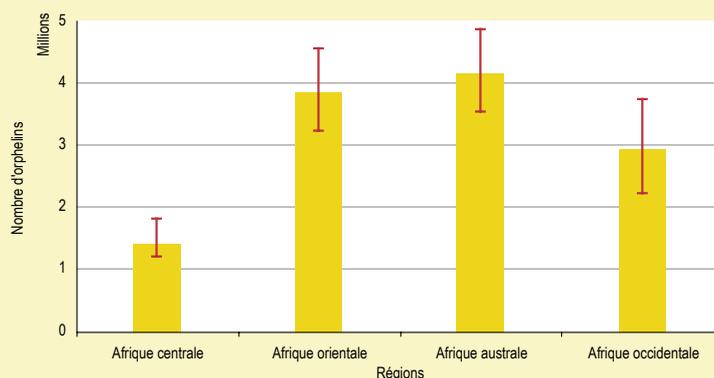
«Nous voulions rester ensemble après que nos parents et nos grands-parents sont morts du SIDA. J'aimerais bien retourner à l'école, mais nous n'avons pas d'argent... Je dois travailler dur pour avoir une bonne vie et prendre soin de moi pour ne pas attraper la maladie comme ma mère et mon père.» – Félix, 15 ans, seul travailleur rémunéré dans une famille qui compte ses cinq frères et sœurs plus jeunes ainsi qu'un grand-oncle de 80 ans.

Presque tous les pays du monde comptent des enfants rendus orphelins par le SIDA. Dans certains pays, ils sont quelques centaines ou quelques milliers. En Afrique, ils sont des millions. Tous ont souffert la tragédie de perdre un de leurs parents ou les deux à cause du SIDA et beaucoup grandissent dans des conditions souvent précaires et traumatisantes, privés du soutien et des soins de leur famille proche (voir Figure 15).

Les enfants rendus orphelins par le SIDA ont entre quelques jours ou quelques mois et 18 ans. Dans les pays connaissant des épidémies à faible niveau et concentrées, il est impossible d'estimer de façon fiable le nombre des enfants rendus orphelins par le SIDA ou de déterminer quel pourcentage de l'ensemble des orphelins ils représentent.

La crise la plus importante se déroule en Afrique subsaharienne ; 12 millions d'enfants ont perdu l'un de leurs parents ou les deux à cause du SIDA. D'ici à 2010, on prévoit que ce nombre passera à plus de 18 millions. Aussi stupéfiants que soient ces chiffres, la crise va empirer si les parents frappés par le VIH ne parviennent pas à accéder à

Orphelins par région au sein de l'Afrique subsaharienne, fin 2003



Source: ONUSIDA, 2004

Figure 15

des traitements susceptibles de prolonger leur vie et à des services efficaces de prévention.

Certains pays n'ont pas encore ressenti le plein impact de ces décès parentaux. En Afrique du Sud, par exemple, le nombre des orphelins devrait passer de 2,2 millions (12% de tous les enfants) en 2003 à 3,1 millions (18% de tous les enfants) d'ici à 2010. Même dans des pays où la prévalence du VIH s'est stabilisée ou a baissé, le nombre des orphelins continue d'augmenter en raison du décalage qui existe entre le moment où les parents sont infectés et leur décès.

Qui est 'orphelin' ?

Par orphelin, on entend un enfant de moins de 18 ans dont au moins un des parents est décédé. Un enfant dont la mère est décédée est un orphelin de mère ; un enfant dont le père est décédé est un orphelin de père. Un enfant qui a perdu ses deux parents est un double orphelin.

Un grand nombre d'institutions évitent aujourd'hui de parler 'des orphelins du SIDA', car l'expression est stigmatisante. Des recherches approfondies ont montré que la stigmatisation empêche les gouvernements et les communautés de riposter efficacement au problème des orphelins et entrave en outre le rétablissement émotionnel des enfants eux-mêmes (Stein, 2003). La stigmatisation et la discrimination augmentent aussi les violations des droits de ces enfants, notamment leur accès à l'éducation, aux services sociaux et au soutien communautaire et familial (Voir Le Point : 'SIDA et droits de la personne').

Malgré ces chiffres accablants, il est possible pour les enfants rendus orphelins par l'épidémie de vivre une enfance productive en toute sécurité et en bonne santé, mais cela uniquement si tous les secteurs de la société réagissent par des activités immédiates, durables et coordonnées qui donnent priorité à la protection des enfants et au maintien de la cellule familiale.

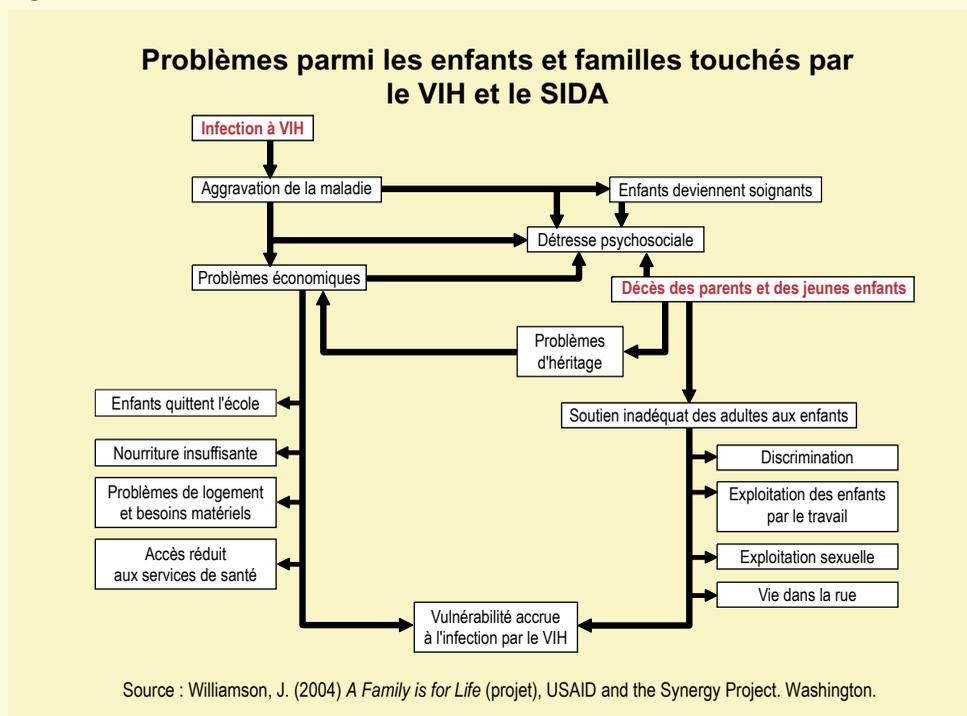
L'impact sur les enfants

Même les personnes qui travaillent avec des enfants orphelins ont de la peine à comprendre la détresse

émotionnelle qui peut être celle d'un enfant qui voit mourir l'un de ses parents ou les deux. Lorsqu'un parent est infecté par le VIH, il est très probable que l'autre le sera aussi. Par conséquent, les enfants perdent souvent leurs deux parents coup sur coup. Il arrive aussi que les personnes qui s'occupent d'un orphelin meurent également du SIDA et que l'enfant subisse ainsi des deuils multiples. La souffrance de l'enfant est souvent aggravée par sa séparation d'avec ses frères et sœurs.

Dans un rapport émanant de Zambie, par exemple, des frères et sœurs séparés relatent

Figure 15a



qu'ils se voient moins d'une fois par mois (Family Health International, 2002). Nombre d'entre eux connaissent la dépression, la colère, la culpabilité et l'angoisse de l'avenir. Cette expérience peut entraîner des problèmes psychologiques tels que le syndrome de stress post-traumatique, des abus d'alcool et de drogues, de l'agression et même des suicides (Foster, 2002).

La pauvreté et la désintégration sociale ajoutent aussi à la détresse émotionnelle de l'enfant orphelin. Des facteurs tels que la perte des revenus du ménage, le coût de traitement des maladies liées au VIH et les dépenses d'obsèques laissent souvent les enfants orphelins dans la misère. La mort d'un parent les prive aussi de l'apprentissage des valeurs dont ils ont besoin pour devenir des adultes socialement compétents et économiquement productifs. Une recherche récente suggère que cette rupture dans la transmission du savoir entre les générations pourrait bien jouer un rôle dans le déclin économique d'un pays (Bell et al., 2003).

Orphelins exposés au risque

Privés de la protection de leur foyer, les enfants orphelins sont exposés à un risque accru de violence, d'exploitation et d'abus. Il arrive qu'ils soient maltraités par les personnes qui s'en occupent et dépossédés de leur héritage et de leur propriété. Ceux qui vivent dans des familles d'accueil ont plus de risque d'être sous-alimentés, d'un poids ou d'une taille insuffisants pour leur âge que des non-orphelins (Monasch et Snoad, 2003). Dans le pire des cas, les enfants orphelins peuvent être enlevés et enrôlés comme soldats ou poussés à de durs travaux, au commerce du sexe ou à vivre dans la rue.

Au Cambodge, une récente étude conduite par l'Alliance khmère des ONG contre le VIH/SIDA et Family Health International a révélé qu'un enfant sur cinq environ dans des familles affectées par le SIDA a rapporté qu'il avait dû se mettre à travailler au cours des six mois écoulés, afin d'aider sa famille. Un d'entre eux sur trois avait dû apporter des soins et prendre en charge une part importante des tâches ménagères.

Beaucoup d'entre eux avaient dû quitter l'école, renoncer au nécessaire comme la nourriture et les vêtements ou encore être renvoyés de la maison. Tous les enfants participant à l'étude avaient été exposés à des niveaux élevés de stigmatisation et de stress psychosocial, les filles étant encore plus vulnérables que les garçons.

On relève cependant de nombreux exemples d'aide efficace aux orphelins dans ces situations. Au Zimbabwe, le Camp Mayise de l'Armée du Salut fournit depuis 1998 un soutien psychosocial aux enfants orphelins. Il a récemment élargi ses services de prise en charge pour s'attaquer à la violence, à l'exploitation et aux abus. Étant donné que les enfants ont souvent de la peine à accéder aux services médicaux, psychologiques et juridiques, le Camp a mis en place une Permanence juridique mobile qui apporte ces services essentiels aux enfants. Au Cambodge, l'organisation non gouvernementale *Mith Samlanh* ('amis') dirige 12 programmes associés à l'intention de 1500 enfants des rues, pour fournir des services allant de la prévention et de la prise en charge du VIH, à l'éducation en matière de santé reproductive et à des activités génératrices de revenus.

Pour résoudre la crise des orphelins, il est crucial d'assurer l'accès à l'éducation. Les orphelins souffrent souvent de retard scolaire ou quittent l'école, ce qui compromet leur développement psychosocial et leurs perspectives d'avenir. Cela porte également atteinte au redressement à long terme d'un pays. Une recherche conduite en République-Unie de Tanzanie a révélé que la fréquentation scolaire parmi les orphelins ayant perdu un parent n'était que de 71%. Parmi les doubles orphelins, elle tombe même à 52% (Monasch et Snoad, 2003).

Pour les enfants orphelins, rester à l'école constitue la meilleure chance d'échapper à l'extrême pauvreté et aux risques associés. C'est pourquoi il faut faire tout ce qui est possible pour les garder à l'école. La province chinoise du Henan a, par exemple, récemment annoncé que les orphelins vivant au sein de leur famille élargie bénéficieraient de la gratuité de l'école primaire et secondaire et d'un appui financier à l'éducation postsecondaire. De

Les grands-mères à la rescousse : les 'Go-Go Grannies'

Les Go-Go Grannies sont un groupe de grands-mères de la Township d'Alexandra en Afrique du Sud, qui se soutiennent et s'encouragent mutuellement dans la prise en charge de leurs petits-enfants orphelins. Elles ont perdu leurs propres enfants à cause du SIDA et ont maintenant de la peine à faire face, tant psychologiquement que physiquement. Les Grannies font partie du Projet Orphelins du SIDA d'Alexandra, qui organise des groupes d'appui à l'intention des enfants et des dispensateurs de soins qui vivent avec l'épidémie ou en sont affectés. Le projet apporte actuellement un appui psychosocial, financier et matériel à 30 grands-mères. Cet appui comprend un subside unique de construction visant à assurer un abri adéquat à la famille qui s'agrandit, ainsi que des semences et des engrais pour que ces femmes puissent commencer leur propre jardin qui fournira nourriture et revenu à la famille.

même, le Comité national du SIDA à la Jamaïque aide certains des orphelins du pays à couvrir les dépenses liées à l'école, notamment les frais de scolarité, les uniformes et les manuels.

Renforcer la capacité des familles à protéger et soigner les enfants

Il est extrêmement important, pour les enfants qui ont perdu un de leurs parents ou les deux à cause du SIDA, de préserver une certaine forme de vie de famille, que le ménage soit dirigé par le parent restant, un grand-parent ou un autre membre de la famille. Les femmes et les filles de tous âges assument une grande part du fardeau de la crise des orphelins. Les jeunes filles quittent souvent l'école pour soigner leurs parents malades, s'occuper du ménage et prendre soin des frères et sœurs plus jeunes. La probabilité que les mères continuent à s'occuper de leurs enfants après le décès de leur époux est plus élevée que pour les pères et les femmes sont davantage prêtes à recueillir d'autres orphelins.

Il y a aussi les grands-mères – des femmes plus âgées qui prennent soin de leurs propres enfants lorsqu'ils tombent malades et finissent par se substituer aux parents auprès de leurs petits-enfants endeuillés, souvent avec bien peu de ressources (voir Figure 16). En Thaïlande, des études ont montré que près de la moitié des enfants devenus orphelins vivent avec leurs grands-parents. Des projets ont été mis sur pied pour aider ces dispensateurs de soins âgés. A Chang Mai, la Fondation Mother Child Concern contribue au renforcement des associations de

personnes âgées, met en place des groupes de bénévoles pour aider ces soutiens de famille plus âgés et leur fournit des prêts à faible intérêt pour ouvrir de petits commerces.

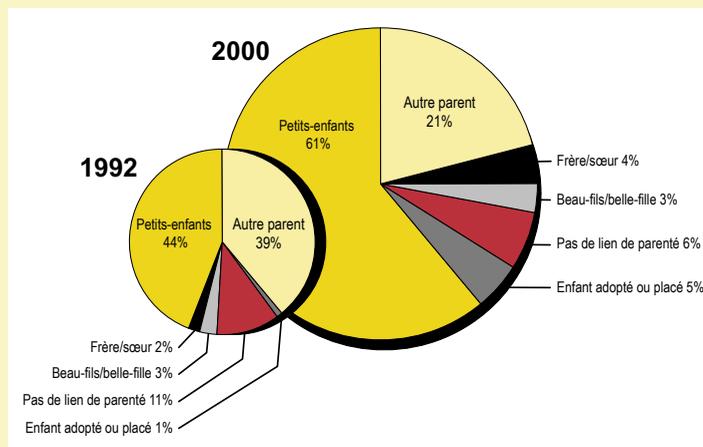
Les institutions officielles telles que les orphelinats peuvent être un dernier recours pour un nombre limité d'enfants orphelins ou malades. Au début de la crise des orphelins, des pays comme le Zimbabwe ont construit plusieurs orphelinats. Mais il s'est rapidement avéré que ces institutions ne constituaient pas une solution durable et s'opposaient au droit fondamental d'un enfant à grandir en milieu familial.

Si la préservation de la famille constitue la meilleure option pour les enfants devenus orphelins, alors il est urgent de renforcer la capacité des familles à prendre en charge et protéger ces enfants. Pour cela, il faut adopter des programmes qui maintiennent les parents vivant avec le SIDA en vie et en bonne santé aussi longtemps que possible, améliorer les capacités du ménage à produire des revenus et fournir aux enfants et à leurs dispensateurs de soins un soutien psychosocial et autre.

La Thaïlande est l'un des pays où les capacités familiales ont été renforcées. Le Programme PTME-Plus (prévention de la transmission mère-enfant plus) offre un traitement antirétroviral aux mères séropositives au VIH, à leurs partenaires infectés et à leurs enfants (Beckerman, 2002). Le programme a été lancé par l'UNICEF et l'Ecole Mailman de Santé publique de l'Université de Columbia et il associe la prévention de la transmission mère-enfant à des options de

Rôle grandissant des grands-parents

Lien familial entre les doubles orphelins et les orphelins d'un seul parent (ne vivant pas avec le parent survivant) et le chef de famille, Namibie, 1992 et 2000



Source : UNICEF-MICS, Measure DHS, 1992 et 2000

Figure 16

traitement et de prise en charge dans des dispensaires prénatals. Ce programme existe aussi en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Mozambique, en Ouganda, au Rwanda et en Zambie (UNICEF, 2003).

Une meilleure nutrition et la sécurité alimentaire permettent d'améliorer la santé globale de la famille et d'allonger le temps que parents et enfants passeront ensemble. En Haïti, par exemple, l'ONG internationale Hunger Grow Away applique un nouveau système de jardinage micro-intensif qui utilise la quantité limitée de sols viables, de ressources en eau, d'outils et de main-d'œuvre pour offrir aux orphelins et à ceux qui s'en occupent la sécurité alimentaire et un revenu.

Encourager les actions à assise communautaire

Les communautés sont capables de réagir avec efficacité à la situation difficile des orphelins et des enfants dont les parents meurent du SIDA. Toute une variété de projets relativement formels est née de l'intérêt des familles, des voisins et des groupes religieux. Le Cambodge en est un bon exemple. Les moines du Temple Wat Kien Kes offrent à certains des orphelins et enfants vulnérables

du pays une formation professionnelle et des compétences susceptibles de leur apporter des revenus afin d'améliorer leur niveau de vie. Ils engagent en outre les communautés locales à donner de la nourriture, des terres et des biens matériels aux familles affectées. Les moines ont aussi stimulé le dialogue autour du VIH au sein de la communauté, ce qui a amélioré la sensibilisation au SIDA, suscité la compassion et réduit la discrimination (USAID, 2004). Lorsqu'elles sont réellement reconnues et soutenues, ces initiatives peuvent devenir le pivot des stratégies nationales (Foster, 2002).

Plans d'action nationaux nécessaires

Jusqu'ici, la plupart des interventions de soutien aux orphelins ont été peu systématiques et ne répondent pas à l'ampleur du problème. En Ouganda, les pouvoirs publics ont reconnu très tôt qu'il existait une crise des orphelins. Pourtant l'aide gouvernementale était loin de correspondre aux besoins, environ 5% seulement des orphelins bénéficiant d'une aide quelconque entre 1998 et 2000 (Deininger et al., 2003). Il est clair que des mesures urgentes sont nécessaires pour élargir et reproduire les interventions réussies ; elles devraient comprendre les 'engagements nationaux' suivants :

- Effectuer des analyses participatives de la situation ;
- Réaliser un examen des politiques et législations nationales afin de mieux protéger les enfants ;
- Etablir des mécanismes nationaux de coordination pour résoudre le problème des orphelins ;
- Elaborer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux portant à la fois sur la prévention et sur les besoins des orphelins ; et
- Mettre en œuvre des activités de suivi et d'évaluation fondées sur des indicateurs mesurant spécifiquement les effets sur le bien-être des orphelins et des enfants rendus

vulnérables par le VIH et le SIDA (UNICEF et al., 2004).

Le rapport 2003 concernant les progrès faits pour atteindre les objectifs de la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001 note que 39% des pays qui connaissent des 'épidémies généralisées' ne disposent d'aucune politique nationale susceptible d'apporter aux enfants orphelins et vulnérables un appui essentiel (ONUSIDA, 2003). Environ 14% de ces pays sont en train de formuler de telles politiques, mais 25% ne prévoient pas de le faire.

Seule une volonté politique déterminée permettra de s'attaquer au problème des orphelins avant qu'il ne prenne les proportions d'une crise. Dans les pays, tout un éventail d'acteurs des pouvoirs publics et de la société civile doivent offrir une

aide financière aux enfants, aux familles et aux communautés, ainsi que des services de prévention, de prise en charge et de soutien dans le domaine du VIH.

Les politiques nationales du type de celles qui ont été adoptées par le Honduras, la Jamaïque, le Malawi, l'Ouganda, le Rwanda, le Swaziland et la Thaïlande constituent un bon début. Mais les politiques ne signifient rien sans un engagement à les traduire en actions pratiques. Les familles et les communautés démontrent souvent des engagements et une résistance solides et elles conduisent les ripostes destinées à protéger les enfants affectés par le SIDA. Des cadres politiques et des plans nationaux doivent permettre de fournir des contextes qui encouragent ces efforts afin que les orphelins survivent et puissent se développer dans l'avenir. 



Elargir la prévention complète du **VIH**

4

Besoins en matière de prévention pour les filles et les femmes

Même si l'on prend en compte la vulnérabilité accrue des femmes sur le plan biologique, ce sont les désavantages juridiques, économiques et sociaux que rencontrent dans la plupart des sociétés les femmes et les filles qui accroissent grandement leur vulnérabilité au VIH. Les approches qui tiennent compte de la sexospécificité sont donc essentielles dans l'élaboration des programmes de prévention.

Moins simple qu'il n'y paraît

Pendant des années, les programmes de prévention à l'usage de la population générale se sont centrés sur trois messages stratégiques (l'ABC de la prévention) – abstinence et remise à plus tard des premiers rapports sexuels ; monogamie ou diminution du nombre de partenaires sexuels ; utilisation correcte et assidue des préservatifs. Cette approche n'a que peu de valeur pour de nombreuses femmes et filles, qui, faute de pouvoir économique et social, vivent dans la crainte de la violence masculine, ne peuvent négocier l'abstinence sexuelle ni insister pour que leurs partenaires restent fidèles ou aient recours au préservatif.

Ironiquement, c'est parfois la confiance et l'affection au sein d'un mariage ou autre relation à long terme qui peuvent constituer en partie le problème. Diverses études de par le monde indiquent que les couples mariés ont des rapports sexuels plus fréquents que les célibataires mais ont moins souvent recours au préservatif. Des études au niveau mondial sur les relations entre les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle indiquent également que le recours au préservatif est moins systématique là où il existe un certain degré d'intimité avec les clients réguliers. Dans la province de Nyanza (Kenya) par exemple, les clients des professionnelles du sexe participant à une enquête ont dit utiliser le préservatif moins souvent s'ils étaient avec leur professionnelle du sexe habituelle (Helene et al., 2002).

Un éventail d'approches différentes

De nombreuses femmes se voient refuser les connaissances et les outils qui les protégeraient contre le VIH. Des enquêtes dans 38 pays ont mis en évidence des connaissances très faibles sur la transmission du VIH parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans (UNFPA, 2002). Il est essentiel de mettre en œuvre des stratégies complètes, parmi lesquelles des services qui tiennent compte de la culture et de la sexospécificité pour permettre aux femmes de combattre les facteurs de discrimination sociale et économique. Les éléments clés en seront l'accès à la scolarité (surtout le niveau secondaire), le renforcement de la protection juridique de la propriété et du droit à l'héritage pour les femmes, l'éradication de la violence envers les femmes et les filles, et un accès équitable aux services de prévention et de prise en charge pour les infections à VIH. On considère souvent que les hommes constituent une part importante du problème, mais ils doivent au contraire faire largement partie de la solution : responsabilité pour les rapports sexuels à moindre risque et la fidélité, engagement envers la scolarisation de leurs filles, allégeant le fardeau que représente pour les femmes la prise en charge des malades et se fixant une tolérance zéro par rapport à la violence qui vise les femmes.

En juin 2002, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Centre international de recherche sur les femmes ont dirigé une consultation d'experts afin de repenser les méthodes classiques de prévention du VIH en tenant compte des besoins spécifiques des femmes et des filles. La consultation avait aussi pour but d'améliorer les interventions VIH pour les hommes (OMS, 2003). Les experts ont décrit un éventail de mesures destinées à intégrer les aspects sexospécifiques dans les programmes de prévention :

- *Approches respectueuses de la sexospécificité* : au minimum ces approches reconnaissent que les femmes et les hommes ont des besoins différents en matière de prévention, de prise en charge et de soutien. Il faut par exemple intégrer le diagnostic et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles au sein des consultations de planification familiale et de santé reproductive, où les femmes pourront se rendre sans craindre l'opprobre social. La promotion d'outils de prévention maîtrisés par les femmes – par exemple le préservatif féminin ou les microbicides – constitue une autre approche.
- *Approches qui transforment les rôles respectifs des hommes et des femmes*. Il s'agit de travailler avec des hommes et des femmes pour abolir les normes liées au sexe qui provoquent la vulnérabilité au VIH. L'implication des hommes est importante en ce qu'elle encourage les hommes à jouer un rôle constructif en matière de santé sexuelle et reproductive. La méthode participative des 'Stepping Stones' ('pierres de gué') mise au point en Ouganda dans le milieu des années 1990 et utilisée à l'heure actuelle dans plus de 100 pays constitue l'un des exemples les mieux connus en matière de VIH, de santé sexuelle et de sexospécificité. Des groupes de pairs (10 à 20 personnes) du même sexe et approximativement du même âge discutent du rôle des hommes et des femmes, du rapport à l'argent, au sexe et à la sexualité ainsi qu'à la mort. Ce milieu de pairs encourage les hommes et les femmes de tous âges à explorer leurs besoins sociaux, sexuels et psychologiques, à analyser leurs blocages de communication et à modifier leurs relations.
- *Interventions qui donnent du pouvoir aux femmes et aux filles* et s'efforcent d'égaliser l'équilibre des pouvoirs entre les femmes et les hommes. On notera par exemple l'accès croissant des femmes aux ressources et aux biens – par exemple la propriété foncière et les droits à l'héritage –, les facilités accordées aux réseaux de femmes et le renforcement des organisations communautaires de base. D'autres projets, qui peuvent dépasser les considérations immédiates de sexospécificité, sont fondés sur la conviction que l'émancipation des femmes n'aura lieu que lorsque celles-ci auront pris en mains tous les aspects de leur vie. Le projet Sonagachi en Inde, par exemple, qui implique des professionnelles du sexe, possède une structure autonome et fait appel à des pairs-éducateurs dans un modèle international d'habilitation pour la prévention du VIH parmi les professionnelles du sexe et leurs clients.

Il est souvent possible de mettre en place à court terme des programmes qui tiennent compte de la sexospécificité, dans la mesure où les décideurs politiques nationaux et les donateurs internationaux en comprennent l'utilité et les acceptent. La mise au point d'outils de prévention plus discrets et que les femmes puissent contrôler, comme par exemple les microbicides, renforcera ces approches de façon marquée. A plus long terme, il faudra recourir à des approches à grande échelle destinées à transformer la société et à habilitier les femmes pour changer les réalités sexospécifiques qui alimentent l'épidémie. Ces actions auront des effets qui n'apparaîtront que progressivement, mais qui sont essentiels pour mettre fin à l'épidémie.

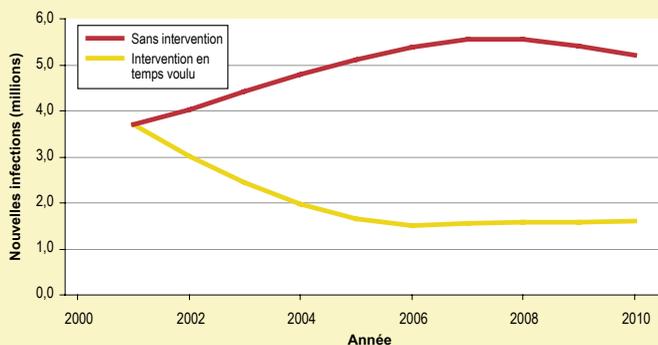
Elargir la prévention complète du VIH

La prévention est le fondement de la riposte au SIDA, mais elle est rarement mise en œuvre à une échelle susceptible d'inverser le cours de l'épidémie. Il existe des interventions efficaces, peu coûteuses et relativement simples de prévention du VIH, mais il est évident que la rapidité de progression de l'épidémie dépasse de loin les efforts déployés par la plupart des pays pour mettre en place des programmes efficaces de prévention. Dans le monde, moins d'un cinquième des personnes qui en ont besoin ont accès à des services de prévention (Policy Project, 2004).

Aujourd'hui, l'élargissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale suscite l'espoir de millions de personnes vivant avec le VIH ; il est essentiel que cette amélioration s'accompagne d'un élargissement des programmes de prévention. Une expansion massive des programmes de prévention aurait un profond impact sur les taux d'infection à VIH. Des programmes complets de prévention permettraient d'éviter 29 des 45 millions de nouvelles infections qui se produiront, selon les projections, au cours de cette décennie (Stover et al., 2002) (voir Figure 17). En outre, si l'incidence du VIH n'est pas nettement réduite, l'accès élargi aux traitements ne pourra pas être maintenu. Les programmes de thérapie antirétrovirale seront submergés par la demande.

Figure 17

Projection des nouvelles infections chez l'adulte avec le niveau actuel des interventions et avec un élargissement en temps voulu d'un ensemble complet d'interventions



Source : Stover et al. (2002). Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? Lancet, 2002.

Par la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001, les pays du monde entier se sont engagés à élargir massivement leurs programmes de prévention. Le but de la Déclaration est de réduire la prévalence du VIH parmi les jeunes (de 15 à 24 ans) de 25% et de réduire la proportion des nourrissons infectés par le VIH de 20%, d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés.

Si la tendance actuelle se poursuit, de nombreux pays ne parviendront pas à atteindre ces objectifs. Dans les pays les plus touchés d'Afrique subsaharienne, bien peu de gens ont accès aux programmes de prévention malgré des taux d'infection extraordinairement élevés. Dans d'autres régions où l'épidémie est en hausse rapide, il reste des chances d'interrompre sa progression, mais cela seulement si les efforts de prévention sont accélérés.

Relever les nouveaux défis de la prévention

Heureusement, plusieurs pays ont montré des résultats positifs en réduisant les taux d'infection à VIH. L'Ouganda, le Sénégal et la Thaïlande ont été les pionniers de ces premiers succès en matière de prévention du VIH. Ces dernières années, des avancées analogues ont été observées dans des pays aussi divers que le Brésil, le Cambodge et la République dominicaine. La communauté internationale pourrait prendre exemple sur ces succès

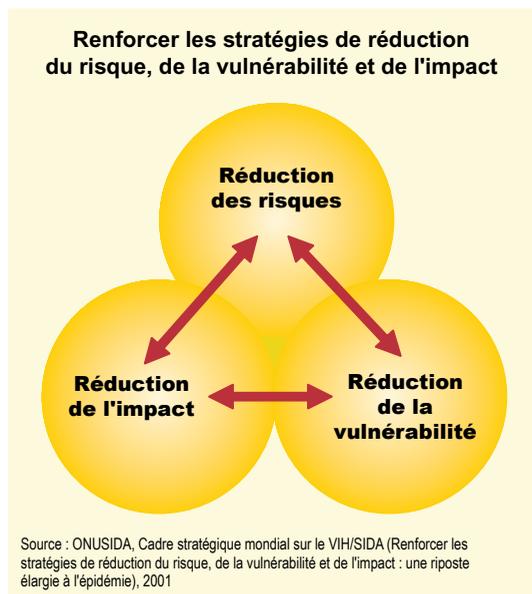
Mise au point : les progrès de la riposte mondiale à l'épidémie de SIDA, 2004

Les programmes de prévention atteignent moins d'une personne sur cinq qui devraient en bénéficier

- Selon les estimations obtenues pour les 70 pays qui ont répondu à une enquête de couverture en 2003, la proportion de femmes enceintes qui bénéficient des services destinés à empêcher la transmission mère-enfant du VIH va de 2% dans le Pacifique occidental à 5% en Afrique subsaharienne et à 34% dans les Amériques.
- La proportion d'adultes qui devraient pouvoir avoir recours aux services de conseil et de dépistage volontaires se situe entre virtuellement zéro en Asie du Sud-Est, 1,5% en Europe orientale et 7% en Afrique subsaharienne.
- Le recours au préservatif lors de rapports sexuels avec un partenaire non cohabitant va de 13% en Asie du Sud-Est à 19% en Afrique subsaharienne.
- Moins de 10% des pays étudiés parmi ceux qui ont un problème significatif de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables ont accès à des programmes de réduction des risques.
- Dans les Amériques, près de 30% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes peuvent accéder aux services de prévention, contre 6% en Afrique subsaharienne. En Asie du Sud-Est, 16% des professionnel(le)s du sexe (dont le nombre est estimé à 2,2 millions) bénéficient de services de prévention de base, contre 32% en Afrique subsaharienne (pour un nombre estimé à 2,5 millions).
- En Afrique subsaharienne, près de 60% des enfants scolarisés dans le système primaire reçoivent des éléments d'éducation sur le SIDA, alors que ce pourcentage est de 13% dans la région du Pacifique occidental.

Source : Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, ONUSIDA, 2003 ; Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003, Policy Project, 2004.

Figure 18



de la prévention et les adapter. La leçon la plus importante à retenir est qu'une riposte efficace est ancrée dans trois stratégies interdépendantes (ONUSIDA, 2002) :

- diminution du risque d'infection pour ralentir l'épidémie ;

- diminution de la vulnérabilité pour réduire à la fois le risque et l'impact ; et
- réduction de l'impact pour faire baisser la vulnérabilité.

Dans le même temps, la prévention du VIH doit évoluer et devenir plus innovatrice pour faire face à l'évolution de l'épidémie. Dans plusieurs pays industrialisés par exemple, les comportements à risque et les nouvelles infections sont à nouveau en hausse parmi des populations dans lesquelles la prévalence s'était stabilisée ou avait baissé – en particulier chez les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Ce phénomène est lié aux promesses des thérapies antirétrovirales (Ostrow et al., 2002 ; Suarez et al., 2001), ainsi qu'à la lassitude qui entoure la prévention et au fait que de nombreux jeunes deviennent adultes aujourd'hui sans avoir connu les ravages de l'épidémie.

Des efforts inédits ou considérablement accrus sont nécessaires pour prévenir le VIH chez les femmes et les filles, car même les interventions les mieux conçues n'auront qu'un succès limité si elles ne sont pas soutenues par des actions

Réduire la vulnérabilité parmi les mineurs

La plupart des 300 000 mineurs d'or et de platine d'Afrique du Sud travaillent loin leurs foyers et ne voient leur famille qu'une fois par an, un système qui a été mis en place par le colonialisme et s'est développé sous l'apartheid. Ce système est l'un des facteurs qui alimentent l'épidémie de VIH de ce pays, en exposant les mineurs à toute une série de situations de risque. Aujourd'hui, les choses changent pour de nombreux hommes, car les sociétés minières ont commencé à remplacer les foyers surpeuplés réservés aux hommes par des logements familiaux peu coûteux, avec souvent la collaboration des gouvernements locaux pour la construction de maisons et la conversion des anciens foyers.

Lonmin Platinum notamment est à la pointe de ces efforts. Il s'agit du troisième plus grand producteur de métaux appartenant au groupe du platine dans le monde, qui emploie 16 000 mineurs réguliers. Il a construit plus de 1000 logements à ce jour et a l'intention d'en construire encore 2000 très rapidement. La compagnie est allée encore plus loin. A l'occasion de la Journée mondiale SIDA 2003, elle a commencé à fournir à ses employés séropositifs un traitement antirétroviral et envisage la possibilité d'élargir ce programme aux familles.

durables visant à s'attaquer aux causes premières de leur vulnérabilité (voir encadré ci-dessus). De même, pour parvenir à faire de la prochaine génération une génération sans VIH, il faudra investir des ressources beaucoup plus importantes dans la prévention parmi les jeunes des deux sexes.

L'élargissement de l'accès aux thérapies anti-rétrovirales et aux autres traitements constitue une chance unique de renforcer les efforts de prévention, en encourageant un grand nombre de personnes à connaître leur sérologie VIH, ce qui devrait se produire à la fois parce que la promesse d'un traitement devrait encourager une utilisation accrue des services de conseil et de test volontaires, et parce que les agents de santé devraient progressivement offrir systématiquement un test diagnostique dans les établissements de soins. En association avec les succès évidents des traitements, ceci devrait encourager l'ouverture du dialogue sur le VIH. Les messages de soutien et de compassion des leaders politiques, religieux et communautaires contribueront aussi à réduire la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

Réduire la vulnérabilité

Une prévention efficace exige des politiques qui contribuent à réduire la vulnérabilité de grands nombres de personnes, c'est-à-dire qui instaurent un environnement social, juridique et économique dans lequel la prévention est possible. Une riposte efficace au SIDA avance main dans la main avec le développement socio-économique de base. Des

études effectuées en Afrique subsaharienne indiquent que les hommes et les femmes qui vivent dans des régions où les indicateurs du développement sont plus élevés (p. ex. l'espérance de vie et le niveau d'instruction), auront une probabilité beaucoup plus grande d'utiliser des préservatifs (Ukwuani et al., 2003). Au Zimbabwe, les garçons qui poursuivent leur scolarité et dont les familles sont intactes ont plus de chances de pratiquer une sexualité à moindre risque (Betts et al., 2003). Des études en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes indiquent que les femmes utilisent généralement moins les préservatifs que les hommes en raison de la dynamique de pouvoir sexospécifique qui fait qu'il leur est plus difficile d'exiger l'usage du préservatif (Norman, 2003).

Les initiatives qui améliorent le développement économique et social et donnent aux femmes et aux filles les moyens nécessaires contribuent également à l'efficacité des ripostes au SIDA. Ces actions sensibles aux besoins de la prévention peuvent prendre de nombreuses formes et sont souvent mises en œuvre à la fois par le secteur public et par le secteur privé. Par exemple, en Afrique du Sud, les compagnies minières construisent maintenant des logements familiaux pour les mineurs migrants, afin de remplacer les foyers surpeuplés pour hommes qui ont largement contribué à la transmission du VIH dans la région (voir encadré ci-dessus). Supprimer les frais de scolarité en Ouganda et au Kenya a contribué à enrôler de nouveaux élèves pauvres dans les écoles et à garder les jeunes, en particu-

lier les filles, dans le milieu scolaire. La législation permettant de légaliser l'achat et la possession de matériel d'injection stérile permet de réduire la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables sans contribuer à une augmentation de l'utilisation de drogues. De même, la coopération internationale dans le domaine de la prévention du trafic d'êtres humains réduit le nombre de jeunes exposés à un risque extrêmement élevé d'infection à VIH, à la violence et à d'autres violations de leurs droits.

Prévention complète

Une prévention complète couvre tous les modes de transmission du VIH. Étant donné que les épidémies de VIH varient considérablement d'une région à une autre, à l'intérieur même des pays et dans le temps, les planificateurs des programmes doivent privilégier différents aspects des stratégies :

- dans les **milieux à faible prévalence**, la prévention dans certains groupes clés de la population (p. ex. les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) peut suffire à maintenir un faible niveau de VIH dans la population générale ;
- dans les **milieux à forte prévalence**, la prévention dans les groupes clés de la population reste importante, mais des stratégies plus larges permettant d'atteindre tous les segments de la société sont nécessaires pour inverser le cours de l'épidémie ; et
- dans **tous les pays**, la prévention est entravée si l'accès universel aux traitements, ainsi que les mesures d'atténuation de l'impact et de la vulnérabilité, ne font pas clairement partie de la riposte.

La vulnérabilité au VIH – l'impossibilité pour un individu ou une communauté de contrôler le risque d'infection – présente de multiples facettes, c'est pourquoi aucune intervention de prévention ne se suffira à elle-même. Les

éléments essentiels de la prévention intégrée du VIH comprennent notamment :

- l'éducation et la sensibilisation au SIDA ;
- des programmes de changement des comportements, notamment pour les jeunes et les populations à risque accru d'exposition au VIH, ainsi que pour les personnes vivant avec le VIH ;
- la promotion des préservatifs masculins et féminins, qui constituent une option de protection, au même titre que l'abstinence, la fidélité et la baisse du nombre des partenaires sexuels ;
- le conseil et le test volontaires ;
- la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- la prévention primaire parmi les femmes enceintes et la prévention de la transmission mère-enfant ;
- les programmes de réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues injectables ;
- les mesures de protection de la sécurité du sang ;
- la lutte contre l'infection dans les établissements de santé (précautions universelles, sécurité des injections médicales, prophylaxie après exposition) ;
- l'éducation communautaire et la modification des lois et politiques pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination ; et
- la réduction de la vulnérabilité par le biais des changements sociaux, juridiques et économiques.

Prévenir la transmission sexuelle par la 'prévention associée'

Le terme de 'prévention associée' est utilisé pour signifier prévention complète. Cependant, il se réfère plus fréquemment à l'association des stratégies nécessaires pour prévenir la transmis-

L'ABC de la prévention associée

De la même manière que les associations médicamenteuses attaquent le VIH à différentes phases de la réplication du virus, la prévention associée comprend diverses stratégies de comportement sexuel à moindre risque que les individus informés, qui sont en mesure de prendre des décisions, peuvent choisir à différents moments de leur vie pour réduire leur risque de s'exposer ou d'exposer les autres au VIH (Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2003). On parle souvent de ces stratégies comme de l'ABC de la prévention associée :

- **A – l'abstinence** – ne pas avoir le rapport sexuel ou reporter l'initiation sexuelle. Que l'abstinence se produise en reportant le début de l'activité sexuelle ou en adoptant une période d'abstinence plus tard, l'accès à l'information et l'éducation concernant les pratiques sexuelles alternatives à moindre risque est crucial pour éviter l'infection à VIH lorsque l'activité sexuelle commence ou est reprise.
- **B – être plus en sécurité** – en étant fidèle à son partenaire ou en limitant le nombre des partenaires sexuels. Le nombre de partenaires sexuels pendant une vie est un important facteur de prédiction de l'infection à VIH. C'est pourquoi le risque d'exposition au VIH est réduit lorsque les partenaires sexuels sont moins nombreux. Cependant, les stratégies destinées à encourager la fidélité dans les couples ne mènent pas nécessairement à une baisse de l'incidence du VIH à moins qu'aucun des partenaires ne soit infecté et que les deux soient toujours fidèles.
- **C – usage systématique et correct du préservatif** – le préservatif réduit le risque de transmission du VIH pour les jeunes sexuellement actifs, les couples dans lesquels l'un des partenaires est séropositif, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et toute personne ayant des rapports sexuels avec des partenaires qui pourraient avoir été exposés au risque de VIH. La recherche a montré que si les individus n'ont pas accès au préservatif, les autres stratégies de prévention perdent une grande partie de leur potentiel d'efficacité.

Des interventions dans ces trois domaines peuvent être adaptées et associées de manière équilibrée pour varier en fonction du contexte culturel, de la population cible et de la situation de l'épidémie.

sion sexuelle. La prévention associée comprend diverses stratégies que les individus peuvent appliquer à différents moments de leur vie pour réduire leur risque d'exposition sexuelle au virus.

Les pays qui ont accompli des progrès durables contre la transmission du VIH ont appliqué toute une série d'approches complémentaires de la prévention, allant des trois options mentionnées ci-dessus pour prévenir la transmission sexuelle au niveau individuel (voir encadré ci-dessus) à l'intégration des activités de prévention et de prise en charge. Le Brésil, l'Ouganda et la Thaïlande sont autant d'exemples de ripostes très différentes mais efficaces, privilégiant une bonne association d'interventions adaptées aux facteurs de risque et aux vulnérabilités spécifiques caractérisant l'épidémie dans chacun des pays.

L'Ouganda constitue l'un des exemples les plus encourageants de riposte nationale efficace, lui qui est parvenu à réduire effectivement la prévalence globale du VIH depuis son maximum en 1992. Il l'a fait par le biais de toute une série d'approches de

prévention comprenant la mobilisation communautaire, des projets innovateurs d'organisations non gouvernementales (ONG) et des campagnes d'éducation du public privilégiant le report de l'activité sexuelle, la réduction du nombre de partenaires et l'usage du préservatif. Un leadership politique déterminé, l'élimination de la stigmatisation et la franchise des communications ont été les aspects fondamentaux de l'action ougandaise contre le SIDA. Les changements de comportement du début des années 1990 – notamment le report de l'activité sexuelle et la baisse du nombre des partenaires occasionnels – ont été essentiels pour réduire les nouvelles infections. A la suite de ces premiers changements, l'augmentation de l'usage du préservatif semble avoir joué un rôle important dans la stabilisation de l'épidémie, ce qui a préservé et même accéléré le rythme de la riposte au cours de la décennie écoulée (Singh et al., 2003; Shelton et al., 2004).

La Thaïlande a également utilisé plusieurs approches, accompagnées au début des années 1990 déjà d'un leadership crucial très influent. En plus

de ses campagnes de masse dans les médias, la Thaïlande a été le pionnier d'une politique 'd'utilisation du préservatif à 100%' à l'intention des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients. Cette politique a entraîné une augmentation de l'usage du préservatif, notamment dans le cadre du commerce du sexe ainsi qu'une baisse du nombre des partenaires sexuels (ONUSIDA, 2000).

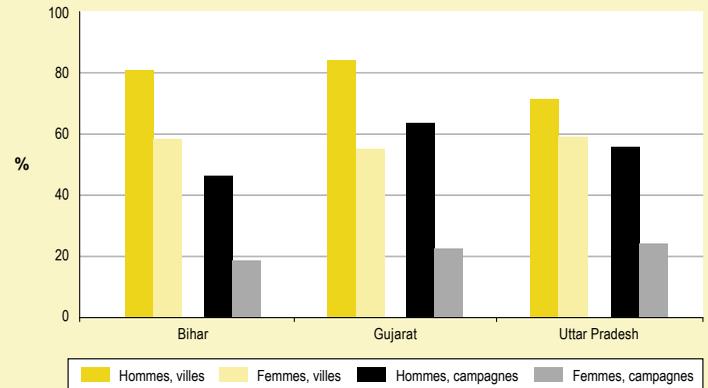
Le Brésil a fait baisser les taux nationaux d'infection en investissant dans des campagnes de masse de sensibilisation au SIDA, dans des programmes de réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues injectables, dans des programmes de changement de comportements pour les professionnel(le)s du sexe et pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et en encourageant le conseil et le test volontaires (Levi et Vitória, 2002). Le plaidoyer déterminé de la société civile a été un élément essentiel de ce succès, en particulier grâce aux organisations de personnes séropositives. Cet effort de plaidoyer a soutenu et renforcé les activités de prévention administrées par le gouvernement et encouragé l'intégration de la prise en charge et du traitement dans le Programme national de lutte contre le SIDA, y compris l'accès universel à la thérapie antirétrovirale.

Les ripostes de ces trois pays étaient fondées sur une évaluation de l'association unique des facteurs alimentant leurs épidémies respectives. Par exemple, l'accent mis en Thaïlande sur l'usage du préservatif dans le commerce du sexe aurait eu moins de succès en Ouganda étant donné que le commerce du sexe n'y était pas le principal facteur de propagation de l'épidémie.

Education et sensibilisation au SIDA

Bien que l'épidémie soit maintenant entrée dans sa troisième décennie, l'éducation élémentaire au SIDA reste fondamentale à la riposte. En Inde, par exemple, des données d'une enquête comportementale ont montré que 30% des femmes n'avaient jamais entendu parler du VIH ou du SIDA (NACO, 2003). Les femmes des campagnes étaient les moins bien informées : moins de 25% des femmes des zones rurales dans les Etats du

Proportion des répondants qui savent que le VIH peut être transmis par les contacts sexuels, Etats choisis en Inde



Source : National AIDS Control Organization, National Baseline General Population Behavioural Surveillance Survey 2001

Figure 19

Bihâr (18,7%), du Gujarat (22,7%) et de l'Uttar Pradesh (24,3%) savaient que le VIH peut être transmis par la voie sexuelle. La Figure 19 montre la différence dans les connaissances relatives à la transmission du VIH entre hommes et femmes et entre habitants des zones urbaines et rurales.

La plupart des études portant sur les programmes de prévention des pays à faible et moyen revenus indiquent que les projets efficaces de changement du comportement contiennent des éléments d'éducation et de communication, s'appuyant sur toutes sortes de médias, allant du théâtre traditionnel et de la musique à la télévision mondiale et à des émissions radiophoniques (Merson et al., 2000). Les pays qui sont parvenus à abaisser de manière significative le niveau des nouvelles infections ont généralement largement investi dans des initiatives d'éducation et de sensibilisation au SIDA.

Les campagnes dans les médias ont progressivement participé plus activement dans la programmation relative au VIH et au SIDA. Des médias nationaux à l'instar de CCTV en Chine et de la South African Broadcasting Corporation ont fait de grands efforts tout comme des organisations mondiales de communication telles que la British Broadcasting Corporation, la chaîne française TV5 et le spécialiste international de la musique Music Television (voir Le Point : 'Le VIH et les jeunes').

La Chine poursuit ses activités de prévention dans la population

Le Chine compte 840 000 personnes vivant avec le VIH, et plus de 50% des infections ont été contractées par du matériel d'injection de drogues contaminé. Plus récemment, on a relevé une importante augmentation du nombre de personnes infectées dans le cadre du commerce du sexe, notamment dans les zones côtières de l'est et du sud de la Chine et dans les grandes villes. Pour réagir à ce phénomène, les pouvoirs publics ont adopté une politique d'intervention comportementale énergique parmi les groupes les plus exposés au risque de VIH. Si certaines de ces mesures – qui comprennent la promotion du préservatif, l'échange des aiguilles et seringues et les thérapies de substitution par la méthadone – ont suscité la controverse dans certains départements du gouvernement et dans le public, la nouvelle politique soutient, en fait, des activités qui étaient déjà en cours dans plusieurs parties du pays. En 2000, par exemple, les villes de Wuhan, dans la province du Hubei et Jingjiang dans la province du Jiangsu ont lancé une étude pilote avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour encourager l'utilisation à 100% du préservatif dans les établissements de divertissement. En 2000, un projet pilote pour la commercialisation des seringues et des aiguilles a été organisé dans la Région autonome du Guangxi Zhuang et la province du Guangdong, avec l'appui du personnel des centres locaux de lutte contre la maladie (Ministère de la Santé/Groupe thématique des Nations Unies, 2003).

Cependant, l'information à elle seule ne suffit pas à entraîner des changements durables du comportement. Une récente étude au Zimbabwe a montré que de nombreux jeunes qui avaient reçu une éducation sur le SIDA et les infections sexuellement transmissibles n'utilisaient toujours pas le préservatif durant les rapports sexuels (Betts et al., 2003). Il est certain que, en tant qu'outil de prévention, l'éducation au VIH prise isolément a ses limites. Néanmoins, l'information est cruciale pour aider les gens à acquérir une compréhension précise de la manière dont le VIH est transmis et dont il peut être évité, ce qui est un premier pas vers la réduction des risques.

Les conseils nationaux de la jeunesse, les réseaux de personnels de santé, les réseaux confessionnels et bien d'autres structures sont autant de voies de communication déjà établies pour transmettre des informations. En Chine, la province d'Anhui a adopté une approche de formation des formateurs pour diffuser des informations pertinentes au VIH aux agents de santé. Dans un premier temps, 55 personnes ont été formées dans diverses institutions de santé, et des ateliers de suivi ont été conduits dans les établissements locaux de soins de santé de la province. Dix-huit mois après la formation, des enquêtes ont montré que les connaissances de base liées au VIH étaient jusqu'à 100% supérieures dans les comtés où la formation avait été organisée, par rapport à ceux où le personnel n'avait reçu aucune formation (Wu et al., 2002).

Programmes destinés à changer les comportements à risque et à adopter un comportement sain

Des dizaines d'études ont prouvé que diverses stratégies peuvent aider les individus à commencer à changer leur comportement et à adopter durablement des comportements sains pour réduire les risques. Des évaluations ont documenté les changements de comportement sexuel parmi des adolescents et des adultes, des hommes et des femmes, des habitants de pays à faible et moyen revenus et à revenu élevé, ainsi que parmi les groupes qui sont particulièrement vulnérables à l'infection (Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2003).

Les programmes de modification et de maintien des comportements apportent une information sanitaire, encouragent les individus à réduire leur risque et à améliorer leurs compétences en matière d'utilisation du préservatif et de négociation de rapports sexuels à moindre risque. Pour les enfants et les jeunes, les approches efficaces consistent à fournir une éducation fondée sur les compétences essentielles qui encouragent l'adoption de comportements sains. Il s'agit notamment de prendre mieux en mains leur propre vie, de faire des choix de vie sains, de s'armer pour résister aux pressions négatives et minimiser les comportements préjudiciables.

Les efforts de prévention uniques du Népal

Au Népal, Population Services International a mis en œuvre une campagne de sensibilisation qui s'appuie sur la grande portée du service postal national. La campagne place un autocollant indiquant 'Protégez-vous et protégez les autres du VIH/SIDA' sur chaque lettre ou colis entrant dans le pays ou le quittant. Les autocollants sont munis du logo de la marque de préservatifs Number One que Population Services International distribue au Népal depuis 2003. D'autres efforts de promotion ont privilégié des lieux moins traditionnels susceptibles de servir les populations plus exposées au risque, par exemple les établissements de divertissement – divers types de restaurants et de salons de massage. Pendant la première année du projet, près de quatre millions de préservatifs ont ainsi été distribués, ce qui dépasse de loin la cible fixée pour la première année, à savoir un million.

Les programmes efficaces de modification des comportements s'accompagnent généralement des autres éléments de la prévention complète mentionnés plus haut. Ils s'appuient en outre sur la collecte d'informations confirmées sur les comportements, les attitudes et les réseaux sociaux de la population cible. Diverses techniques peuvent être appliquées, qui vont des enquêtes aux systèmes perfectionnés d'information géographique. Par exemple, une récente étude sud-africaine dans trois townships et un quartier d'affaires a montré le rôle précieux que pourrait jouer la recherche formative dans l'élaboration des stratégies de prévention. Les chercheurs ont observé que les réseaux sociaux dans ces régions étaient relativement fragmentés, mais que les répondants étaient généralement en mesure d'identifier les lieux publics où les gens rencontrent de nouveaux partenaires sexuels. L'enquête a montré que la plupart de ces lieux ne disposaient pas de préservatifs et a identifié des sites d'intervention potentiellement importants (Weir et al., 2003).

Promotion de l'usage du préservatif masculin

Depuis longtemps, les efforts de prévention du VIH ont porté sur la promotion d'un usage systématique et correct du préservatif dans le cadre d'une stratégie de prévention associée. Les données scientifiques confirment largement que les préservatifs masculins en latex sont extrêmement efficaces pour prévenir la transmission sexuelle du VIH (CDC, 2002). Tout indique que le préservatif féminin en polyuréthane est tout aussi efficace pour protéger de la transmission sexuelle (OMS/ONUSIDA,

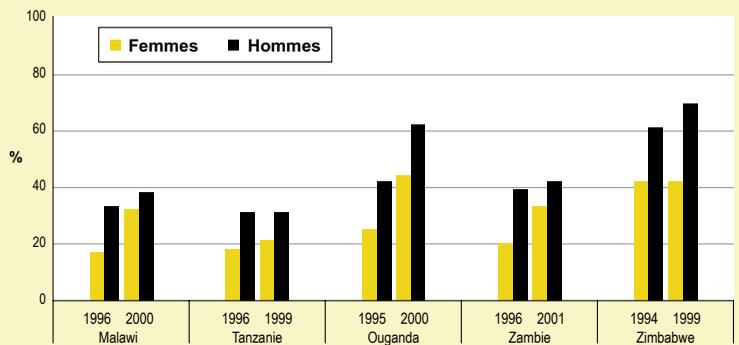
1997). En outre, les préservatifs protègent des autres infections sexuellement transmissibles associées à un risque accru de contracter et de transmettre le VIH.

Les préservatifs ont toujours joué un rôle essentiel dans les programmes nationaux de prévention qui ont réussi. Pourtant malgré des avantages évidents pour la santé publique, l'utilisation du préservatif reste faible dans de nombreux pays. Des études portant sur près de 4300 adultes au Kenya, en Tanzanie et à la Trinité ont montré que 19% seulement d'entre eux avaient utilisé un préservatif avec leur partenaire sexuel le plus récent (Norman, 2003). Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a identifié plus de 200 mythes, idées fausses et craintes qui entravent l'accès aux préservatifs ainsi que leur emploi (UNFPA/ONUSIDA, 2004).

Figure 20

Tendances du comportement sexuel chez les jeunes dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 1994-2001

Pourcentage de jeunes (15-24 ans) qui rapportent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal non cohabitant, parmi ceux qui ont eu une activité sexuelle avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois



Source : Données DHS, 1994-2001

Une promotion efficace de l'usage du préservatif exige des messages clairs susceptibles de dissiper les mythes et les idées fausses, par exemple la notion selon laquelle seules les personnes de mœurs dissolues les utilisent ou l'idée fallacieuse que le VIH est suffisamment petit pour passer à travers le latex. Cependant l'éducation ne suffit pas. Les individus – notamment les femmes et les filles – qui souhaitent utiliser les préservatifs ont souvent de la peine à négocier leur emploi avec leurs partenaires sexuels (Norman, 2003). Il est donc essentiel de résoudre les problèmes sexospécifiques dans le cadre des activités de promotion du préservatif (voir Figure 20).

Globalement, la distribution des préservatifs s'est considérablement améliorée ces dernières années, mais il reste un important déficit d'approvisionnement. En Afrique du Sud, entre 2000 et 2002, la distribution de préservatifs a augmenté de près de 70%. Au Brésil, entre 1996 et 2000, le total des ventes de préservatifs a augmenté d'environ 62% (Levi et Vitória, 2002). En Inde, les ventes de préservatifs ont augmenté de 13% en 2003-2004. Par ailleurs, le gouvernement chinois achète actuellement 1,2 milliard de préservatifs par année auprès de sources intérieures, principalement pour des distributions gratuites à des fins de contraception.

Malgré des besoins évidents, on ne trouve toujours pas assez de préservatifs dans de nombreuses régions où le VIH est très répandu. L'UNFPA estime que l'approvisionnement actuel en préservatifs dans les pays à faible et moyen revenus est inférieur de 40% aux quantités nécessaires. Malheureusement, le financement international pour l'achat de préservatifs a baissé ces dernières années. Le Programme plurinational de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme constituent d'importantes nouvelles voies d'acheminement de l'aide financière pour la promotion du préservatif. Malgré cela, il reste un manque important de préservatifs qui pourrait s'aggraver considérablement dans les années à venir, à moins que toutes les parties inté-

ressées n'agissent pour améliorer l'approvisionnement en préservatifs.

Préservatif féminin

Le préservatif féminin a été lancé au début des années 1990. Depuis 1997, plus de 90 pays l'ont introduit. Les efforts de promotion ont parfois rencontré des réticences au niveau local pour plusieurs raisons liées à la fois aux distributeurs et aux utilisatrices. Mais les Ministères de la Santé d'Afrique du Sud, du Brésil, du Ghana et du Zimbabwe sont parvenus à augmenter réellement le nombre de femmes utilisant le préservatif féminin. Les éléments essentiels d'un programme efficace d'introduction du préservatif féminin comportent la formation des fournisseurs et des pairs-éducateurs, la communication individuelle avec les utilisatrices potentielles, un approvisionnement suivi et une distribution partagée entre les secteurs privé et public. Il y a d'autres facteurs importants pour l'expansion de l'usage du préservatif féminin, à savoir la participation de tout un éventail de décideurs et de personnes d'influence (directeurs de programme, prestataires de services, leaders communautaires et membres d'associations féminines), ainsi que le leadership politique et le financement des gouvernements et des donateurs.

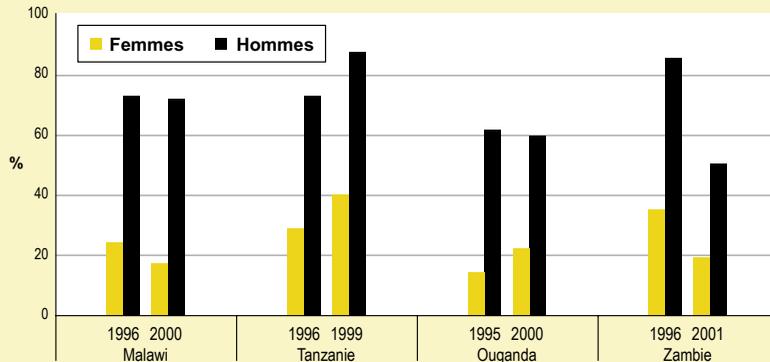
Des facteurs de marché entravent souvent la promotion efficace du préservatif féminin. Par exemple, il coûte davantage que le préservatif masculin ce qui le rend inaccessible dans de nombreux pays aux ressources limitées. Pour résoudre ces problèmes, les pays donateurs s'efforcent d'obtenir des prix préférentiels et d'accroître l'aide financière destinée à la promotion du préservatif féminin. Un préservatif féminin de deuxième génération, qui coûtera un tiers de moins que la version actuelle, est testé dans des essais de Phases II et III en Afrique du Sud.

Jeunes

Les jeunes sont une cible importante des programmes de changement des comportements, étant donné que les personnes âgées de 15 à 24 ans représentent environ la moitié de toutes les nouvelles infections. Néanmoins, les jeunes de

Tendances du comportement sexuel chez les jeunes dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 1994-2001

Pourcentage de jeunes (15-24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal non cohabitants, au cours des 12 mois précédant l'enquête



Source : Données DHS, 1995-2001

Figure 21

diverses parties du monde sont confrontés à des types de risque différents et les programmes de prévention doivent être conçus en conséquence. Par exemple, les interventions destinées aux enfants non scolarisés sont très différentes de celles qui ont lieu dans le cadre scolaire. Dans les pays où la consommation de drogues injectables présente un risque plus élevé d'infection à VIH que la transmission sexuelle, les programmes d'enseignement des compétences essentielles doivent être adaptés en conséquence. Heureusement, une somme d'expérience concernant la prévention parmi les jeunes a été recueillie au cours des deux dernières décennies et elle est appliquée dans diverses parties du monde (voir Le Point : 'Le VIH et les jeunes').

Femmes et filles

La vulnérabilité particulière des femmes et des filles est bien documentée. En Afrique subsaharienne, les femmes ont dans l'ensemble un risque supérieur de 30% à celui des hommes d'être infectées par le VIH (voir Chapitre 'Un aperçu mondial de l'épidémie de SIDA'). La disparité sexospécifique en matière de taux d'infection est particulièrement prononcée parmi les jeunes. Des enquêtes réalisées dans des ménages de sept pays d'Afrique subsaharienne ont révélé que les femmes de 15 à 24 ans avaient une probabilité 2,7 fois

plus élevée d'être infectées par le VIH que les hommes des mêmes groupes (OMS, 2002a), même si elles étaient moins nombreuses à indiquer avoir eu des partenaires extraconjugaux, non cohabitants au cours des 12 mois précédant l'enquête (voir Figure 21).

Commencer avec les plus jeunes est au cœur de la plupart des stratégies de prévention, et l'un des meilleurs moyens de protéger les filles d'une exposition au VIH est de les garder à l'école (voir Chapitre 'Impact'). Conformément à l'initiative internationale 'Education pour

Tous', trois lignes d'action essentielles ont été identifiées comme étant cruciales pour la riposte du secteur de l'éducation au VIH chez les filles :

1. Scolariser les filles et leur assurer un environnement sans danger qui leur permette de rester à l'école et d'étudier.
2. Faire en sorte qu'une éducation à la prévention du VIH soit fournie dans le cadre de l'éducation générale de qualité que méritent tous les enfants et tous les jeunes.
3. Garantir des mesures spéciales pour les enfants non scolarisés afin d'élargir la définition de l'éducation bien au-delà du seul milieu scolaire et de tenir compte des besoins des enfants qui travaillent, des enfants de la rue et de ceux qui sont exploités ou rendus vulnérables par la pauvreté ou de mauvaises conditions de vie.

Lorsque les fillettes grandissent, d'autres activités de prévention deviennent progressivement plus importantes. Pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH, il faut supprimer un certain nombre de désavantages juridiques, sociaux et économiques liés au sexe.

Couples mariés et cohabitants

Les couples mariés et cohabitants ont des rapports sexuels plus fréquents que les personnes qui ne vivent pas ensemble, mais ils utilisent moins

Inde : Utilisation du préservatif parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre eux

Le Humsafar Trust à Mumbai, qui collabore avec l'hôpital municipal de Lokmanya Tilak, est l'un des deux sites de surveillance du VIH en Inde pour les hommes ayant des rapports sexuels entre eux. Une enquête conduite parmi les clients du Trust a révélé que 82% des hommes et 75% des personnes transsexuelles affirment que leurs partenaires sexuels se fâcheraient s'ils insistaient pour utiliser des préservatifs. La moitié environ de chaque groupe indiquent que les préservatifs coûtent cher, qu'ils sont difficiles à trouver et embarrassants à acheter, et se plaignent de harcèlement policier s'ils en possèdent. Tout aussi alarmant, 85% des deux groupes croyaient qu'il est inutile de porter des préservatifs avec une personne qui semble en bonne santé (Mathur et al., 2002).

souvent des préservatifs (Population Report, 1999). Ce faible usage du préservatif est certainement partiellement dû à la confiance, mais il reflète également le manque de pouvoir des femmes à négocier des rapports sexuels à moindre risque, même lorsqu'une femme soupçonne son mari d'avoir eu des rapports sexuels à haut risque avant ou au cours du mariage.

Etre plus en sécurité en étant fidèle à son partenaire fait partie intégrante de l'ABC de la prévention, mais il peut être dangereux de penser qu'il n'est jamais nécessaire de se protéger avec des partenaires réguliers. La fidélité ne protège que lorsqu'aucun des partenaires n'est infecté par le VIH et qu'ils sont tous deux systématiquement fidèles. Par exemple, une étude faite en 1999 en Thaïlande a révélé que, même si les trois quarts des femmes infectées par le VIH avaient probablement été infectées par leur mari, près de la moitié d'entre elles estimaient qu'elles étaient peu ou pas exposées au risque d'infection à VIH. Les rapports sexuels avec leur mari étaient le seul facteur de risque de transmission du VIH rapporté par ces femmes (Xu et al., 2000).

Ces résultats soulignent la valeur des services de conseil et de test volontaires à l'intention des couples, qui contribuent à augmenter la connaissance du statut sérologique et aident les partenaires à parler de sexualité et à se préparer à réduire leurs risques. Les études ont montré qu'à la suite du conseil et du test volontaires, les couples sérodifférents (couples dans lesquels un seul des partenaires est infecté) et les participants séropositifs réduisaient leurs rapports sexuels sans protection et augmentaient l'utilisation du préservatif plus rapidement que les participants séronégatifs et non testés (Weinhardt et al., 1999).

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Cette population représente 5% à 10% de tous les cas de VIH dans le monde, et la plus grande proportion des infections dans la plupart des pays industrialisés et en Amérique latine. En Europe centrale et orientale, la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre eux est beaucoup plus élevée que celle de la population générale (Hamers et Downs, 2003). En Indonésie, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes représentent 15% des cas notifiés de SIDA ; 29% à Singapour ; 32% à Hong Kong (RAS de Chine) ; et 33% aux Philippines (Colby, 2003). On en sait moins sur la prévalence du VIH dans cette population en Afrique subsaharienne.

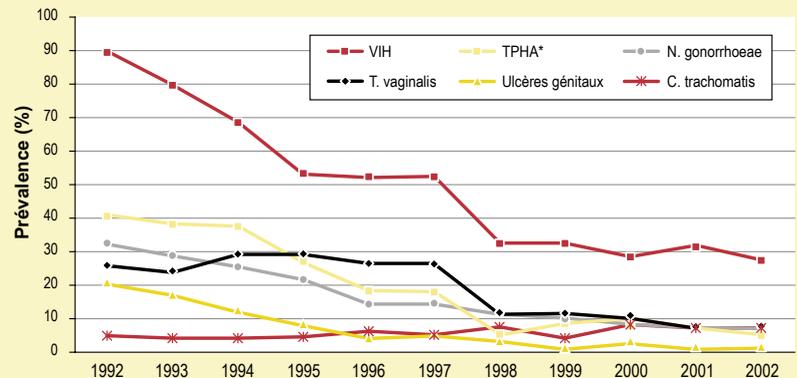
Dans de nombreuses parties du monde, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne s'identifient généralement pas comme gays, homosexuels ou bisexuels. Une incarcération ou le service militaire créent des contextes qui voient parfois apparaître l'expression sexuelle parmi des hommes qui ne s'identifient pas comme gays. Les hommes qui ont des rapports sexuels non protégés avec des hommes ont parfois aussi des rapports sexuels non protégés avec des femmes et ils constituent ainsi un pont épidémiologique vers la population générale. En Chine, une enquête portant sur plus de 800 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a montré que 59% indiquaient avoir eu des rapports sexuels sans protection avec des femmes au cours de l'année écoulée (Ministère de la Santé/Groupe thématique des Nations Unies, 2003).

Les programmes de prévention doivent tenir compte du fait que ce groupe connaît une importante stigmatisation presque partout dans le monde. En 2002, 84 pays étaient dotés de lois interdisant les rapports sexuels entre hommes (Enquête juridique mondiale de l'Association internationale des Gays et Lesbiennes, 2002). Dans 13 pays d'Amérique latine, ces groupes reçoivent des fonds bien moins importants de la part des programmes nationaux de prévention que ne le mériteraient leur représentation dans le total des infections (voir Chapitre 'Ripostes nationales').

Dans les années 1980, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Amérique du Nord, Europe occidentale et Australie ont figuré parmi les pionniers de la prévention du VIH. Ils ont mis au point des programmes communautaires qui ont fixé les normes d'une sexualité à moindre risque et largement contribué à réduire les nouvelles infections à VIH. Ce leadership se manifeste également dans les pays à faible et moyen revenus, grâce à des groupes tels que Pink Triangle en Malaisie, les Gays et Lesbiennes du Zimbabwe et l'association *Amigos Siempre Amigos* ('Amis, toujours') en République dominicaine, pour n'en citer que quelques-uns.

Dans de nombreux pays, les ONG jouent un rôle crucial dans la prestation des services de prévention du VIH à l'intention des hommes ayant des

Prévalence annuelle du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles à la Clinique de Confiance, Abidjan, Côte d'Ivoire (1992-2002)



* TPHA : test de diagnostic de la syphilis par hémagglutination
 Source : Ghys et al., AIDS 2003, Vol. 17 (suppl. 4)

Figure 22

rapports sexuels avec des hommes. Par exemple, les pouvoirs publics d'Indonésie et Family Health International ont mis en œuvre un programme d'éducation par les pairs spécialement conçu à l'intention des *waria* (professionnels du sexe travestis) ; dans ce groupe, plus d'un individu sur cinq était séropositif au VIH en 2002 à Djakarta (Ministère de la Santé, 2003).

Les interventions s'appuyant sur les pairs pour cibler les réseaux sociaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être extrêmement efficaces pour encourager la réduction des risques. Des agents de prévention ont récemment recruté et formé de jeunes hommes à Saint-Pétersbourg, Fédération de Russie et Sofia, Bulgarie, pour effectuer des interventions de prévention du VIH dans 14 réseaux sociaux

La traite des femmes et des filles

Le trafic dans le commerce du sexe constitue une menace croissante pour les femmes et les filles. Un rapport de l'Organisation internationale du Travail publié en 2002, *Le mal insupportable au cœur des hommes : le trafic des enfants et les mesures d'éradication*, affirme que 28 000 à 30 000 enfants environ sont livrés à la prostitution en Afrique du Sud, dont la moitié ont entre 10 et 14 ans. En Europe, l'Organisation internationale pour les Migrations estime qu'entre 2000 et 6000 femmes et filles sont chaque année l'objet d'un trafic vers l'Italie, mais que la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse sont également des pays de destination de cette traite. Le Viet Nam est confronté à une traite importante des enfants des zones rurales, livrés à la prostitution dans les grandes villes. Dans les Amériques, le Mexique connaît un important trafic de filles à l'intérieur du pays, pour le commerce du sexe dans les lieux touristiques mexicains (OIT/IPEC, 2002).

d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans ces villes. Une évaluation a révélé que le programme avait encouragé les discussions concernant le VIH et le SIDA au sein des réseaux et amélioré à la fois le niveau des connaissances et l'usage du préservatif (Amirkhanian et al. 2003).

Professionnel(le)s du sexe

La prévalence du VIH est généralement plus élevée parmi les professionnel(le)s du sexe que dans la population générale. Des enquêtes effectuées parmi les professionnel(le)s du sexe de plusieurs zones urbaines entre 1998 et 2002 ont relevé des taux extraordinairement élevés d'infection : 74% en Ethiopie, 50% en Afrique du Sud, 45% au Guyana et 36% au Népal (ONUSIDA, 2002). Une augmentation des taux de VIH parmi les professionnel(le)s du sexe peut constituer un avertissement précoce de la probabilité grandissante d'une expansion de l'épidémie à la population générale.

Dans le même temps, il y a tout lieu de penser que les programmes de prévention à l'intention des professionnel(le)s du sexe présentent un rapport coût-efficacité particulièrement bon et que les professionnel(le)s du sexe peuvent être des partenaires à toute épreuve de la prévention, si les programmes sont fondés sur la reconnaissance de leurs droits humains. Il est important de reconnaître la grande diversité des professionnel(le)s du sexe lorsqu'on élabore des programmes de prévention. Les professionnel(le)s du sexe peuvent non seulement être des femmes, mais aussi des hommes ou des personnes transsexuelles, jeunes ou moins jeunes et travailler dans des lieux allant de maisons de passe organisées à des bars, au bord des routes et à la rue.

Les programmes de prévention les plus efficaces à l'intention des professionnel(le)s du sexe comprennent la distribution de préservatifs, l'accès au diagnostic et au traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH, au conseil et à d'autres services. Plusieurs projets de ce type sont parvenus à accroître les pratiques sexuelles à moindre risque et à réduire les nouvelles infections, notamment au Bénin et en Côte d'Ivoire

(Alary et al., 2002 ; Ghys et al., 2003). A titre d'exemple, la Clinique de Confiance à Abidjan a observé une baisse marquée de la prévalence du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles parmi ses clients depuis 1992 (voir Figure 22), due dans une large mesure aux programmes de prévention.

Le programme 'd'utilisation à 100% du préservatif', d'abord introduit par la Thaïlande, est l'une des meilleures interventions connues dans le domaine du commerce du sexe et il a été reproduit dans d'autres pays, dont la République dominicaine et le Cambodge. Après l'introduction du programme au Cambodge, la prévalence chez l'adulte, qui avait atteint 3% en 1997, était toujours stable à la fin de 2002, alors que la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe travaillant dans les maisons de passe baissait de 43% en 1997 à 29% en 2002 (Cohen, 2003).

Récemment, plusieurs organisations de professionnel(le)s du sexe ont critiqué la manière dont ce programme a été appliqué dans certains pays (Wolffers et van Beelen, 2003). Une étude a découvert que certaines caractéristiques du programme cambodgien, notamment le manque de consultation avec les professionnel(le)s du sexe, en avaient limité l'efficacité, alors que les clauses relatives au dépistage obligatoire soulevaient d'importantes préoccupations pour le respect des droits humains (Lowe, 2002). Une évaluation ultérieure (en 2003) a conduit le programme à résoudre certains de ces problèmes. Par contraste, l'approche de volontariat adoptée en République dominicaine encourage l'usage du préservatif en mobilisant et formant les professionnel(le)s du sexe, les responsables et autres personnels des établissements (Kerrigan et al., 2003).

Dans de nombreux pays, un pourcentage élevé des professionnel(le)s du sexe appartient à une autre nation. On estime que 30% à 40% des professionnel(le)s du sexe des pays de l'Union européenne proviennent d'Europe orientale (Brussa, 2002). A Abidjan, Côte d'Ivoire, la plupart des professionnel(le)s du sexe viennent des pays voisins – Ghana, Libéria et Nigéria (Ghys et al., 2002). Dans ces circonstances, les

Détenus séropositifs dans le système pénitentiaire du Ministère de la Justice de la Fédération de Russie, 1994-2003

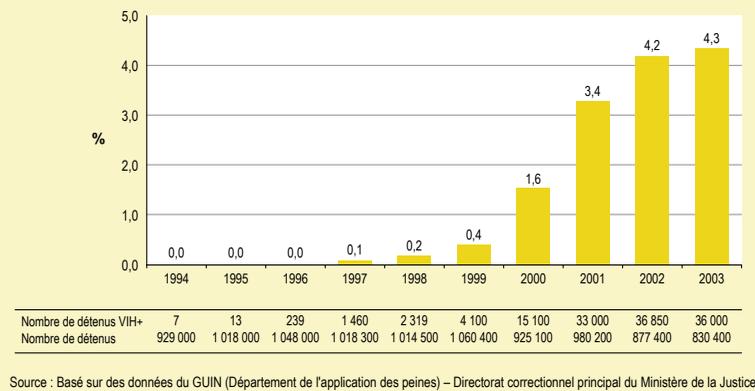


Figure 23

programmes de prévention doivent être soigneusement adaptés afin de tenir compte de la vulnérabilité accrue des travailleur(se)s étranger(ère)s, notamment des personnes qui ont fait l'objet d'un trafic contre leur gré (voir encadré en page 80). On peut citer en exemple le Réseau européen pour la prévention VIH/MST dans la prostitution qui travaille dans 24 pays européens, dont neuf pays d'Europe centrale et orientale. Ses 'médiateurs culturels' s'efforcent de rencontrer les professionnel(le)s du sexe venu(e)s des pays à faible et moyen revenus et de les mettre en contact avec les dispensateurs de soins de santé et d'autres services (Brussa, 2002).

Les violations des droits humains des professionnel(le)s du sexe (y compris des niveaux de violence élevés) par la police et par les criminels sont aussi répandues que le commerce du sexe lui-même et entravent sérieusement les efforts de prévention (Human Rights Watch, 2003). Pour tenter de résoudre ces problèmes, il faut sensibiliser et former les officiers de police, élaborer des règlements protecteurs et faire appliquer les lois existantes et les sanctions sur le lieu de travail, afin de proscrire la discrimination et punir la violence.

Détenus

A tout moment, on compte environ 10 millions de détenus dans le monde, ce qui a des implications graves pour l'épidémie mondiale, étant donné que les prisons et autres centres de détention sont des terrains propices aux maladies infectieuses

comme le VIH, la tuberculose et l'hépatite. Les populations carcérales proviennent dans une large mesure des groupes les plus marginalisés de la société – personnes en mauvaise santé et atteintes de maladies chroniques non soignées, personnes vulnérables et autres qui se livrent à des activités entraînant un risque élevé d'exposition au VIH, comme l'injection de drogues et le commerce du sexe. La vaste majorité d'entre elles sont libérées et retournent à la collectivité à un moment ou un autre.

Les données confirmant la forte prévalence du VIH dans les prisons sont largement disponibles. En Afrique du Sud, où la prévalence de l'infection à VIH chez les adultes est supérieure à 20%, ce taux est deux fois plus élevé dans les prisons (Goyer, 2003). Aux Etats-Unis, on estime que la proportion de cas confirmés de SIDA dans les prisons est quatre fois plus élevée que dans la population générale (Braithwaite et Arriola, 2003). En Europe, les niveaux d'infection notifiés atteignent 26% en Espagne ; 17% en Italie ; 13% en France ; et 11% en Suisse comme aux Pays-Bas. Un grand nombre d'infections à VIH ont également été enregistrées dans les prisons des pays d'Europe orientale, dont l'Ukraine et, plus récemment, en Lituanie, alors que les prisons du Brésil ont des taux d'infection allant de 11% à 22% (Jürgens, 2003).

Globalement, la plupart des détenus sont des hommes, mais les femmes incarcérées sont également exposées au risque d'infection à VIH. Au Brésil, au Canada et aux Etats-Unis, les détenues ont une probabilité plus élevée d'être séropositives que les hommes détenus, principalement parce qu'une grande proportion d'entre elles sont incarcérées en raison de leur consommation de drogues et du commerce du sexe (De Groot et al., 1999 ; Human Rights Watch, 1998).

En Fédération de Russie, maintenant que la consommation de drogues injectables s'est accrue dans la société, la proportion des détenus qui s'injectent des drogues a augmenté ainsi que le nombre de détenus séropositifs (voir Figure 23),

qui constituent aujourd'hui environ 4,3% de la population carcérale totale.

Les autorités pénitentiaires le nient parfois, mais les comportements qui s'accompagnent d'un risque élevé de transmission du VIH sont courants dans les prisons, à l'instar de la consommation de drogues injectables, du tatouage, des relations sexuelles entre hommes et de la violence (y compris le viol). En Afrique du Sud, jusqu'à 65% des détenus ont des rapports sexuels avec d'autres détenus et on estime que 80% des détenus en attente de procès sont volés et violés par les détenus déjà jugés avec lesquels ils partagent une cellule (Goyer, 2003 ; Centre international d'études pénitentiaires, 2003).

Heureusement, un nombre croissant de systèmes pénitentiaires s'occupent de protéger les détenus du VIH. De nombreux pays de l'Union européenne offrent maintenant un accès gratuit à des préservatifs, à des traitements de substitution et à des programmes d'échange d'aiguilles et seringues en milieu carcéral. En Espagne, par exemple, on estime que 60% des consommateurs de drogues détenus reçoivent de la méthadone

(Stöver, 2001). La Fédération de Russie collabore avec la Fondation SIDA Est-Ouest pour élaborer un programme modèle comprenant l'éducation à la prévention à l'intention des détenus et des personnels pénitentiaires, l'accès aux préservatifs et la fourniture de désinfectants pour stériliser le matériel d'injection (AFEW, 2003). Parmi les pays à faible et moyen revenus, l'Ouganda a montré la voie en matière de formation à la prévention du VIH des détenus et des personnels pénitentiaires, et il a partagé ses compétences avec le système pénitentiaire d'Afrique du Sud.

Les traitements antirétroviraux et les thérapies de substitution sont maintenant disponibles dans certaines prisons européennes. Ce progrès reflète le principe selon lequel le traitement et la prise en charge des détenus devraient être équivalents à ce qui est offert hors du système carcéral, comme l'a très récemment souligné en février 2004 la Déclaration de Dublin sur le VIH/SIDA dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale. En fin de compte pourtant, les interventions les plus efficaces pour ce groupe seront celles dont le but est de rompre le cercle vicieux de la consommation de drogues, de la criminalité et de l'incarcération.

Autorisations d'entrée, traitement et prise en charge

Un nombre croissant de personnes séropositives émigrent vers les pays européens. Des études récentes montrent que ces individus sont généralement diagnostiqués tardivement et ne peuvent par conséquent bénéficier d'une prise en charge et d'un traitement précoces (Haour-Knipe, 2002). Certains pays privilégient le conseil et le test volontaires ainsi que la prise en charge et le traitement des migrants et demandeurs d'asile infectés par le VIH. Mais d'autres pays ont opté pour le dépistage obligatoire et l'exclusion. C'est particulièrement le cas des migrants qui ont l'intention de demeurer plus de six à 12 mois dans le pays hôte. Certains pays refusent absolument l'entrée aux migrants séropositifs, alors que d'autres exigent la preuve que la personne a les moyens de financer son propre traitement et ses soins au cours de son séjour dans le pays.

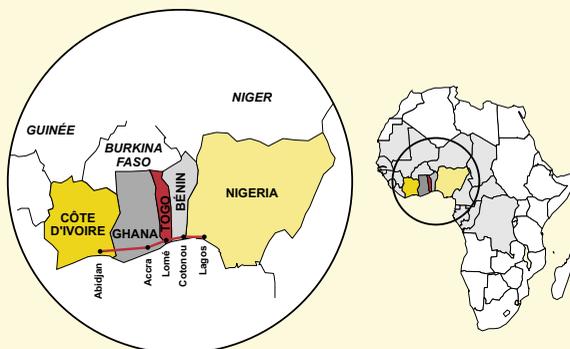
Au Royaume-Uni, ce débat a atteint un point critique en 2003, lorsqu'il a été révélé qu'on estimait que 80% environ des nouvelles infections hétérosexuelles à VIH avaient été contractées en Afrique subsaharienne. Une intense couverture médiatique a sous-entendu que les requérants d'asile utilisaient beaucoup trop de services publics, ce qui a conduit à des demandes pour rendre le dépistage obligatoire pour les immigrants.

En réponse, le All-Party Parliamentary Group on AIDS et son groupe homologue s'occupant des réfugiés, ont organisé une série d'audiences pour examiner la question. Ils ont conclu que le dépistage et l'exclusion étaient à la fois peu pratiques et indésirables pour des raisons de droits de la personne et de santé publique. Ils ont recommandé aux pouvoirs publics de s'appuyer sur les directives reconnues qui s'opposent au dépistage obligatoire, tout en encourageant le test volontaire pour assurer un meilleur accès au traitement et à la prise en charge. Le groupe a également demandé la formulation de directives nationales relatives à la prise en charge des demandeurs d'asile séropositifs vivant au Royaume-Uni (All-Party Parliamentary Group on AIDS, 2003).

Adapter l'intervention aux conditions locales

Il arrive fréquemment que les pouvoirs publics évitent de fournir des aiguilles et seringues stériles par crainte de voir augmenter la consommation de drogues injectables. Pourtant, il n'existe aucune donnée permettant d'appuyer cette idée. Les études effectuées en Australie, au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, et en Suède ont toutes montré que ces programmes (en particulier lorsqu'ils sont associés à d'autres interventions) contribuent à réduire l'utilisation de matériel d'injection non stérile et la transmission du VIH. Rien ne prouve qu'ils entraînent une augmentation soit du nombre des consommateurs, soit de la fréquence de la consommation de drogues injectables (Riehm, 1996). Les programmes doivent néanmoins être adaptés aux conditions locales. Par exemple, une recherche au Canada a montré que les personnes qui s'injectent de la cocaïne ont tendance à s'injecter beaucoup plus fréquemment que les consommateurs d'héroïne et qu'il leur faut donc beaucoup plus d'aiguilles et de seringues que les quantités qui sont généralement fournies par les programmes d'échange d'aiguilles et seringues (Strathdee et Vlahov, 2001).

Pays participant au programme sous-régional commun de prévention et de prise en charge du VIH le long du corridor de migration Abidjan-Lagos



Source : Organisation internationale pour les Migrations

Figure 24

Il s'agira par exemple d'élargir les traitements de substitution aux consommateurs de drogues en général et d'appliquer toujours davantage des condamnations n'entraînant pas d'incarcération.

Travailleurs migrants et populations mobiles

Récemment, des populations toujours plus nombreuses se sont déplacées – d'un lieu à un autre dans leur propre pays, ou vers des pays différents. L'Organisation internationale pour les Migrations estime que le nombre de migrants internationaux (qui ont traversé leurs frontières nationales) a passé de 105 millions en 1985 à 175 millions en 2000 (OIM, 2003), et un nombre analogue de personnes pourraient s'être déplacées à l'intérieur de leurs frontières nationales.

On note un lien étroit entre divers types de mobilité et un risque accru d'exposition au VIH

(voir le Chapitre 'Un aperçu mondial de l'épidémie de SIDA'). Cependant, si un préjugé largement répandu veut que les migrants 'amènent le SIDA avec eux', le fait est que de nombreux migrants se déplacent de zones à faible prévalence du VIH à des régions à plus forte prévalence, accroissant ainsi leur propre risque d'être exposés au virus.

Le risque d'exposition au VIH dépend souvent des raisons de la mobilité. Une récente étude conduite en Inde a montré que 16% des chauffeurs routiers dont les trajets se situent dans le sud du pays étaient séropositifs au VIH, par rapport à une prévalence nationale du VIH inférieure à 1% (Manjunath et al., 2002). En Afrique du Sud, la prévalence du VIH est deux fois plus élevée parmi les travailleurs migrants (26%) que parmi les non-migrants (Lurie et al., 2003). A Sri Lanka, les employées de maison de retour d'un emploi au Moyen-Orient représentent environ la moitié des cas de VIH notifiés (PNUD, 2001a). Les conflits armés peuvent augmenter le risque de VIH très rapidement, lorsque des milliers de personnes sont contraintes de fuir leur foyer et leur communauté (voir Le Point : 'VIH et conflits').

La grande variété des conditions auxquelles sont confrontés les migrants nécessite une adaptation attentive de la prévention du VIH aux circonstances particulières de chaque groupe. A l'échelle mondiale, on privilégie la prévention parmi les populations mobiles qui traversent régulièrement les frontières internationales, à savoir les chauffeurs routiers, les commerçants et les professionnel(le)s

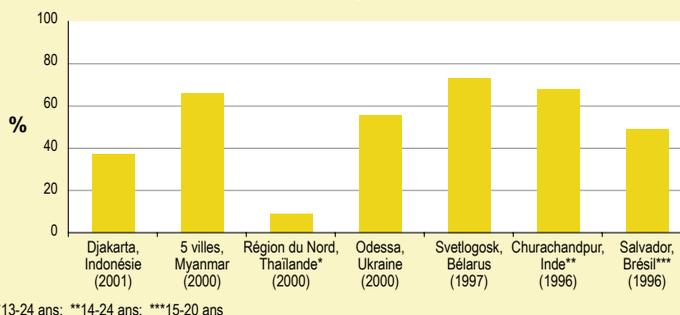
du sexe. Un examen récent a montré que 56 programmes au moins se déroulent en Afrique et que 27 organisations travaillent dans ce domaine en Asie du Sud et du Sud-Est (OIM/ONUSIDA/PNUD, 2002 ; PNUD, 2001). Cinq pays participent à un programme sous-régional commun de prévention du VIH et de prise en charge du SIDA, récemment lancé le long du corridor de migration Abidjan-Lagos (voir Figure 24).

La coopération transfrontalière s'accroît dans différentes parties du monde. En octobre 2003 par exemple, les pays de l'ANASE ont fait un important pas en avant lorsqu'ils ont convenu d'incorporer les programmes de prévention du VIH dans les grands projets de construction. Avant de pouvoir faire leurs offres, les entrepreneurs doivent intégrer dans leurs projets des services de prévention du VIH à l'intention des ouvriers du chantier et des communautés avoisinantes.

Consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels

L'utilisation de matériel d'injection contaminé pour s'injecter de la drogue est un mode très efficace de transmission du VIH, qui continue à jouer un rôle majeur dans les épidémies de plusieurs régions du monde (voir Figure 25). On compte plus de 13 millions de consommateurs de drogues injectables sur la planète et dans certaines régions plus de 50% d'entre eux sont infectés par le VIH. Actuellement, les injections de drogues au moyen de matériel contaminé sont le principal mode de transmission du VIH dans de nombreux pays d'Europe, d'Asie et d'Amérique latine ; elles alimentent également la transmission du VIH en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Ces dernières années, la transmission parmi les consommateurs de drogues injectables a provoqué la propagation de l'infection à VIH la plus rapide du monde en Europe orientale et en Asie centrale (voir le Chapitre 'Un aperçu mondial de l'épidémie de SIDA').

Proportion de consommateurs de drogues injectables entre 15 et 24 ans infectés par le VIH, diverses études



*13-24 ans; **14-24 ans; ***15-20 ans

Sources : (1) Pour l'Indonésie, le Myanmar et le Bélarus : rapports de surveillance sentinelle. (2) Pour la Thaïlande : Razak MH et al., *High HIV prevalence and incidence among IDU and potential barriers for prevention programs in Northern Thailand*. (3) Pour l'Ukraine : Shcherbinskaya AM et al., *HIV/AIDS Epidemiological Surveillance in Ukraine (1987-2000)*. (4) Pour l'Inde : Eicher AD et al., *A Certain Fate : Spread of HIV Among Young Injecting Drug Users in Manipur, North-East India*. *AIDS Care*, 2000. (5) Pour le Brésil : Dourado I et al., *Human retrovirus in a Brazilian city with a population predominantly of African origin : evidences for high prevalence of HTLV and HIV-1 among injecting drug users (IDU)*.

Figure 25

Toutefois, l'expérience a montré qu'il était possible de prévenir ou même d'inverser des épidémies importantes parmi les consommateurs de drogues injectables en associant plusieurs interventions. Des villes comme Londres, Royaume-Uni, et Dhaka, Bangladesh, sont parvenues à maintenir la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables à moins de 5%. A New York, aux États-Unis, et à Edimbourg, en Écosse, ainsi que dans plusieurs villes du Brésil, la prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables a même baissé (Burrows, 2003).

Les meilleurs programmes s'appuient sur les trois piliers que sont la diminution de l'approvisionnement, la baisse de la demande et la réduction des risques. Une série d'options programmatiques devraient être appliquées : décourager les individus d'utiliser des drogues, mettre le traitement à la disposition des consommateurs, fournir les thérapies de substitution appropriées et faire en sorte que des aiguilles et seringues stériles soient disponibles. Une étude comparant la prévalence du VIH dans des villes du monde entier disposant ou non de programmes d'échange des aiguilles et seringues ont montré que les villes qui avaient introduit de tels programmes observaient une baisse annuelle moyenne de 19% de la prévalence du VIH. Ce chiffre peut être comparé à l'augmentation de 8% relevée dans les villes qui ne mettent pas en place de mesures de prévention. Rien qu'en

Dépistage du VIH

L'ONUSIDA encourage l'élargissement de l'accès au test VIH volontaire et confidentiel (demandé par le client ou offert par le prestataire de service), conduit avec le consentement éclairé de l'individu et associé au conseil pour les personnes tant séropositives que séronégatives. Pour ce qui est du test suggéré par le prestataire de service, en toutes circonstances, les individus seront toujours en droit de refuser le dépistage, c.-à-d. de choisir de refuser une offre systématique de dépistage. Toutes les personnes dont le test se révèle positif seront orientées vers des services médicaux et psychosociaux et tous les tests s'accompagneront de programmes d'éducation communautaire et de réformes juridiques et politiques visant à supprimer la stigmatisation et la discrimination.

Australie, ces programmes ont permis d'éviter quelque 25 000 infections à VIH et d'économiser des centaines de millions de dollars en frais de traitement du VIH (Drummond, 2002).

Actuellement, la proportion des consommateurs de drogues injectables qui sont touchés par des interventions de prévention est extrêmement faible – moins de 5% du total dans les pays où ce type de transmission est important (ONUSIDA, 2003). Dans de nombreux pays, on trouve encore des obstacles politiques et juridiques à l'application des méthodes avérées telles que l'accès à des aiguilles stériles et à des thérapies de substitution, et ceci malgré les déclarations d'organismes internationaux comme l'Organe international de contrôle des stupéfiants confirmant que ces mesures n'enfreignent pas les conventions internationales relatives au contrôle des drogues (OICS, 2004). En outre, bien peu d'interventions tiennent compte des partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables, qui sont pourtant un élément essentiel pour éviter l'expansion ultérieure de l'épidémie.

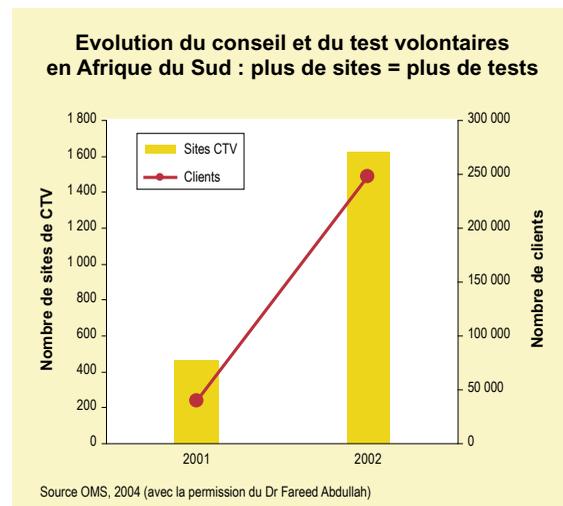
Les efforts de prévention sont aussi entravés par la stigmatisation associée à la consommation de drogues. Dans certains pays, les dispensateurs de soins de santé évitent activement de s'occuper de consommateurs de drogues injectables. En Fédération de Russie, plus de 90% du million de personnes vivant avec le VIH, selon les estimations, ont été infectées par le biais de la consommation de drogues injectables. Pourtant, les consommateurs de drogues injectables ne représentent que 13% des personnes bénéficiant d'une thérapie par les antirétroviraux (Malinowska-Sempruch et al., 2003).

Dépistage du VIH

Connaître sa sérologie VIH permet d'accéder aux traitements du SIDA et ses avantages en matière de prévention sont bien documentés ; cependant, la portée actuelle des services de dépistage du VIH est insuffisante et la participation est souvent faible, principalement par crainte de la stigmatisation et de la discrimination.

L'élargissement du dépistage du VIH s'appuie notamment sur une meilleure protection contre la stigmatisation et la discrimination ainsi que sur l'assurance d'accéder à des services intégrés de prévention, de traitement et de prise en charge. Les stratégies de santé publique destinées à accroître la connaissance de son statut sérologique et à protéger les droits de la personne se renforcent mutuellement et devraient être intégrées, pour obtenir la baisse la plus forte possible de la transmission du VIH et améliorer la qualité

Figure 26



de vie des personnes vivant avec le VIH. Le processus du dépistage, quel qu'en soit le contexte, doit rester volontaire, et la confidentialité des résultats du test doit être respectée. Les principes soutenant le dépistage du VIH depuis ses débuts en 1985 sont connus sous l'appellation des **3 C**, à savoir :

- la confidentialité
- le test accompagné de conseil
- le dépistage fait avec le consentement éclairé de l'individu, c.-à-d. qu'il est volontaire.

Les possibilités de dépistage du VIH offertes aux individus doivent être élargies d'urgence pour améliorer l'accès à la prévention et au traitement. Les services de conseil et de test volontaires *demandés par le client* qui privilégient la connaissance de la sérologie VIH, notamment parmi les personnes sexuellement actives, sont organisés par des ONG ou les services publics dans des établissements indépendants ou spécialisés. Un élargissement rapide exige :

- de convaincre les personnes qui pourraient avoir été exposées au VIH, par quelque voie que ce soit, à chercher à découvrir leur sérologie VIH ;
- de fournir un conseil préalable au test, soit sur une base individuelle soit en groupe associé à un suivi individuel ;
- d'utiliser les tests rapides dont les résultats sont connus sans délai, afin de permettre un conseil après le test immédiat pour les individus séronégatifs et séropositifs.

Les nouvelles stratégies destinées à accroître l'efficacité à la fois des programmes de traitement et de prévention exigent que le test VIH soit systématiquement *offert par les prestataires de services* et s'accompagnent d'une orientation vers des services efficaces de prévention et de traitement. *Le test VIH aux fins du diagnostic* est indiqué lorsqu'une personne montre des signes et symptômes correspondant à une maladie liée

Khayelitsha : L'existence d'un accès décentralisé à la thérapie antirétrovirale, au plaidoyer et à des services de soutien multidisciplinaires augmente de manière spectaculaire la demande de conseil et de test

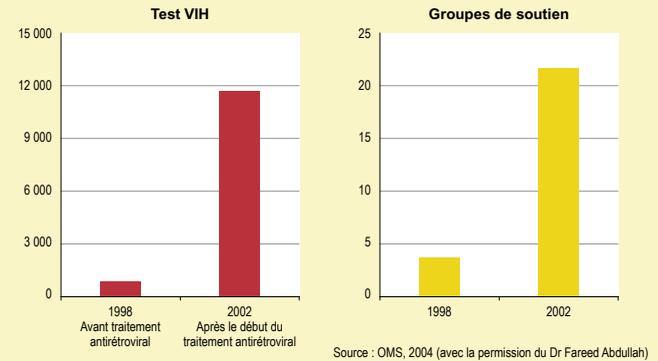


Figure 27

au VIH dont la tuberculose, afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge cliniques. Le dépistage du VIH devrait être systématiquement offert par les dispensateurs de soins de santé à tous les patients dans :

- les services de dermato-vénérologie – pour faciliter un conseil adapté fondé sur la connaissance de la sérologie VIH ;
- les dispensaires de santé maternelle et infantile – pour permettre la prévention de la transmission mère-enfant par les antirétroviraux ;
- les établissements de santé dans lesquels le VIH est prévalent et les traitements antirétroviraux disponibles (services de traitement de la toxicomanie, services des urgences dans les hôpitaux, services de médecine interne, etc.).

Il faut assurer une orientation vers des services de conseil après le test, pour toutes les personnes qui font un dépistage, et vers des services de soutien médical et psychosocial pour les personnes dont le test est positif – que le test soit fait aux fins de diagnostic ou systématiquement offert (voir Figure 27). Les conditions fondamentales de confidentialité, de consentement et de conseil sont applicables, mais le conseil avant le test habituellement fourni dans le cas de tests demandés par les clients est simplement adapté pour assurer le consentement éclairé, sans procéder à une session complète d'éducation et de conseil avant le test.

Pour le dépistage offert par le prestataire de service, que ce soit pour un diagnostic, pour la fourniture d'une prophylaxie de la transmission mère-enfant par les antirétroviraux ou pour encourager les individus à connaître leur sérologie VIH, les clients gardent toujours le droit de refuser l'offre systématique de dépistage qui leur est faite. Un test VIH pratiqué sans consentement ne peut se justifier que dans les rares cas où un patient est inconscient, sa parenté ou son tuteur est absent et qu'il faut absolument connaître son état sérologique pour appliquer le traitement optimal. Tous les donateurs de sang doivent être informés que leur sang sera testé de manière confidentielle et que les dons de sang infectés par le VIH seront retirés des réserves de sang.

Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles

La prévention, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) sont

Pour être en mesure de donner leur *consentement éclairé* à une offre de dépistage du VIH faite par un prestataire de soins, les clients devront être informés des points suivants :

- les avantages du dépistage sur le plan clinique et celui de la prévention ;
- leur droit de refus ;
- les services de suivi qui seront offerts ; et
- l'importance d'informer, en cas de résultat positif, les autres personnes qui continuent à être exposées au risque et ne soupçonneraient pas qu'elles sont exposées si elles ne sont pas informées.

autant d'éléments essentiels d'une stratégie efficace de prévention du VIH. Si elles ne sont pas soignées, les IST accroissent de manière spectaculaire le risque de transmission du VIH par les rapports sexuels non protégés. La plupart des IST peuvent être évitées par l'usage des préservatifs et par un traitement précoce. En outre, de nombreuses IST bactériennes (p. ex. syphilis, blennorragie et infections à *Chlamydia*) et parasitaires (p. ex. les infections à *Trichomonas*) se soignent facilement et à peu de frais grâce aux antibiotiques.

Malheureusement, dans de nombreux pays, l'insuffisance du diagnostic et du traitement des IST entrave les efforts de prévention du VIH. En 2003 au Viet Nam, 38% seulement des patients atteints d'IST étaient correctement diagnostiqués, conseillés et traités. On observe des chiffres comparables au Botswana et au Kenya où ils sont respectivement de 30% et 50% (ONUSIDA, 2003). Mais à Cotonou, Bénin, des pharmaciens formés à diagnostiquer les urétrites sexuellement transmises chez les hommes avaient plus de chances d'identifier des cas et de recommander un traitement adéquat que les autres pharmaciens.

Si l'on s'accorde généralement à penser que les efforts de lutte contre les infections sexuellement transmissibles doivent être sérieusement élargis – de diverses manières – l'impact relatif des programmes à grande échelle de traitement des infections sexuellement transmissibles sur l'incidence du VIH suscite le débat parmi les chercheurs. A Mwanza, Tanzanie, un essai communautaire à grande échelle de traitement des infections sexuellement transmissibles a

Réduire la transmission mère-enfant... et plus

PTME-Plus (prévention de la transmission mère-enfant plus) est une initiative regroupant de nombreux partenaires, financée par plusieurs fondations privées et, depuis peu, par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international. Lancée en 2001, l'initiative vise à accélérer l'élargissement des programmes de prévention en apportant un traitement antirétroviral à long terme aux femmes participant aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant qui en ont elles-mêmes besoin (OMS, 2003a). D'ici à novembre 2003, PTME-Plus avait recruté plus de 900 mères, enfants et partenaires nécessitant une thérapie antirétrovirale. Le but est de recruter 10 000 personnes sur 11 sites de démonstration en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Mozambique, en Ouganda, au Rwanda et en Zambie. Douze subventions supplémentaires pour la préparation des projets ont été allouées dans ces pays et dans d'autres.

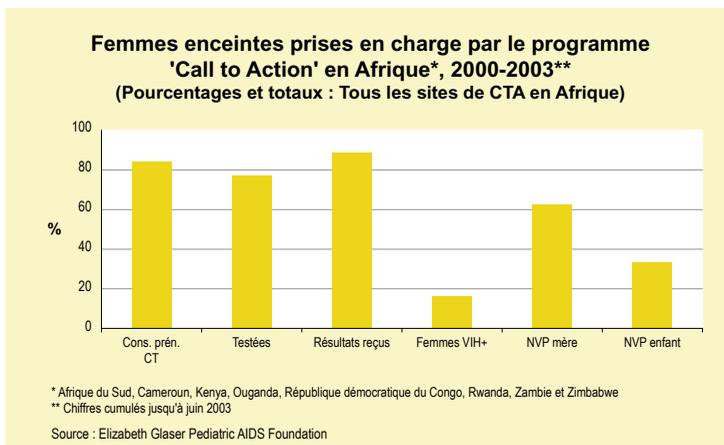
permis de réduire l'incidence du VIH dans la communauté. Toutefois, deux autres essais en Ouganda (à Masaka et au Rakai) n'ont eu aucun effet (Kamali et al., 2003). Ces résultats sont probablement dus au fait que l'épidémie avait déjà atteint un stade assez avancé lorsque ces deux essais ont été entrepris. La lutte contre les infections sexuellement transmissibles serait peut-être plus efficace pour réduire l'incidence du VIH dans le cas des épidémies à bas bruit et à croissance lente (Hitchcock et Fransen, 1999).

Prévention de la transmission mère-enfant

En 2003, on estime à 630 000 le nombre d'enfants qui ont été infectés par le VIH dans le monde – la vaste majorité au cours de la grossesse ou de l'accouchement de leur mère, ou pendant l'allaitement. Par ailleurs, quelque 490 000 enfants sont morts de causes liées au SIDA en 2003.

Un quart au moins des nouveau-nés infectés par le VIH meurent avant l'âge d'un an. Jusqu'à 60% meurent avant leur deuxième anniversaire. Généralement, la plupart meurent avant l'âge de cinq ans (Dabis et Ekpini, 2002 ; Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, 2003). En 1999 au Botswana, 40% de tous les enfants qui sont décédés avant leur cinquième anniversaire sont morts du SIDA. Au Zimbabwe, le SIDA a tué plus de 35% des enfants du même groupe d'âge, par rapport à 25% en Namibie et au Swaziland, et

Figure 28



Femmes prises en charge par le programme 'Call to Action' hors d'Afrique*, 2000-2003**
(Pourcentages et totaux ; Tous les sites non africains de CTA)

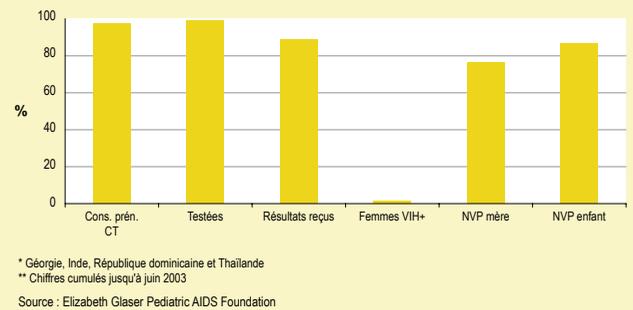


Figure 29

plus de 20% en Afrique du Sud, au Kenya, et en Zambie (Walker et al., 2002).

Beaucoup de ces enfants contractent le VIH par la transmission mère-enfant, illustrant crûment les inégalités actuelles en matière de santé. Dans les pays à faible et moyen revenus, la probabilité qu'une mère séropositive qui allaite transmette le virus à son nouveau-né est de 30% au moins (ONUSIDA, 2003). Par contraste, la transmission aux nourrissons est rare dans les pays industrialisés grâce à la prophylaxie par les antirétroviraux, les césariennes et les substituts du lait maternel (Dabis et Ekpini, 2002 ; OMS, 2003b). En associant la zidovudine dès la 28^{ème} semaine de la grossesse, à une dose unique de névirapine au début du travail pour la mère et une dose unique de névirapine et une semaine de zidovudine pour le nouveau-né, on peut obtenir des taux de transmission inférieurs à 2% chez des mères non allaitantes dans des conditions où les ressources sont limitées.

Par la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001, la communauté internationale s'est engagée à réduire la proportion des nourrissons infectés par le VIH de 20% d'ici à 2005, et de 50% d'ici à 2010. Pour atteindre ces objectifs, il faudra de toute urgence et considérablement intensifier les activités, en élargissant notamment les services de prévention primaire du VIH à l'intention des femmes en âge de procréer, l'accès au conseil et au test volontaires à l'intention des femmes enceintes, les services de santé reproductive et la prophylaxie par les antirétroviraux pour éviter la transmission de la mère à l'enfant.

Depuis juillet 2001, Boehringer Ingelheim offre aux pays à faible revenu la névirapine nécessaire pour leurs programmes de prévention de la transmission mère-enfant. En juillet 2002, les Laboratoires Abbott ont annoncé un programme de dons de ses tests de dépistage rapide du VIH aux mêmes fins. Grâce à ces dons, des tests de dépistage rapide du VIH ont été gratuitement offerts pour tester plus de 450 000 femmes enceintes et des dons de ces deux produits ont été remis à 48 programmes dans 24 pays. Cependant, dans plusieurs pays participants, les infrastructures permettant de délivrer ces interventions demeurent un problème.

Les progrès accomplis pour élargir l'accès à la prévention par les antirétroviraux ont été lents jusqu'ici et 10% seulement des femmes enceintes ont bénéficié de ce service (Policy Project, 2004). En Afrique du Sud, au Burkina Faso, en Ethiopie, au Malawi et au Nigéria, moins d'un pour cent des femmes séropositives qui ont accouché en 2003 ont eu accès à un traitement de prévention de la transmission mère-enfant. Au Cambodge, Myanmar et Viet Nam, la couverture est inférieure à 3% (ONUSIDA, 2003). De nombreux obstacles entravent l'élargissement de ces programmes de prévention, dont l'insuffisance de la couverture des services de soins prénatals, le manque de ressources financières et humaines, la faible connaissance de leur sérologie VIH chez les femmes enceintes, la crainte de la stigmatisation et de la discrimination et la tendance de nombreuses femmes dans les pays à faible et moyen revenus à accoucher à la maison plutôt que dans un établissement de santé.

Depuis 1999, l'UNICEF a pris la tête des projets internationaux visant à réduire la transmission mère-enfant dans les pays à faible et moyen revenus. Entre avril 1999 et juillet 2002, des projets appuyés par l'UNICEF et ses partenaires dans 16 pays ont pu atteindre près de 600 000 femmes enceintes qui fréquentaient des consultations prénatales et ont fourni un traitement antirétroviral à plus de 12 000 femmes séropositives après le conseil et le test. La Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation a apporté une contribution précieuse par le biais de son initia-

tive 'Call to Action' dans 17 pays. La Figure 28 montre la répartition des services et leur fréquentation dans neuf pays africains. Dans les sites en Afrique, 63% des mères séropositives ont reçu un traitement prophylactique contre 77% dans les sites hors d'Afrique (voir Figure 29).

Des approches plus globales associant prévention et prise en charge promettent d'accroître le nombre de femmes qui participent aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant et de réduire la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans qui, en l'absence de ces programmes, perdraient leur mère. Il s'agit notamment d'offrir des services supplémentaires de prise en charge aux mères séropositives et à leur famille, en traitant par exemple les infections opportunistes et en offrant une thérapie antirétrovirale, un soutien nutritionnel et des soins de santé reproductive, y compris des services de planification familiale. Cette approche ouvrira peut-être aussi la voie à un changement des attitudes des partenaires masculins, s'ils bénéficient aussi de l'accès aux services de santé, par l'intermédiaire de la prise en charge pré- et postnatale de leurs partenaires (UNFPA, 2003).

La transmission du VIH dans les établissements de santé

Les transfusions au moyen de sang contaminé sont malheureusement une forme extrêmement efficace de transmission du VIH. Selon l'OMS, les transfusions sanguines pourraient représenter 5% à 10% de toutes les infections cumulées dans le monde (OMS, 2002). Toutefois, l'incidence de ce type de transmission a considérablement baissé grâce à l'instauration de pratiques telles que le dépistage obligatoire des dons de sang, l'utilisation de donneurs à faible risque et à la promotion d'une utilisation clinique appropriée du sang. Aux Etats-Unis, par exemple, cette méthode a permis de réduire le risque de transmission du VIH à une transmission pour 500 000 transfusions environ.

Des progrès importants ont également été réalisés dans la promotion de la sécurité du sang dans les pays à faible et moyen revenus (OMS, 2003). Néanmoins, certains pays n'ont toujours pas

totalemment mis en place des politiques avérées relatives à la sécurité du sang. Ils risquent des transmissions du VIH, car le dépistage du sang n'y est pas systématique et les donneurs sont payés. La prévalence dans ces groupes est plus élevée que dans ceux qui sont composés de volontaires qui ne sont pas payés pour donner leur sang (OMS, 2003).

On estime que 5% des nouvelles infections dans le monde et 2,5% des infections à VIH en Afrique subsaharienne (Hauri et al., 2004) sont provoquées par l'emploi d'aiguilles ou seringues non stérilisées dans des structures telles que les hôpitaux et les dispensaires.

L'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA recommandent que tous les pays n'utilisent plus que des seringues autobloquantes pour les vaccinations. Il s'agit de seringues qui deviennent inutilisables après une seule injection. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination soutient l'introduction à grande échelle des seringues autobloquantes dans les programmes de vaccination, exige que ces seringues soient utilisées pour tous les vaccins obtenus par l'intermédiaire de l'UNICEF et distribue des boîtes de sécurité pour l'élimination sans danger du matériel d'injection.

Pour prévenir la transmission du VIH ou d'autres maladies transmises par le sang, les agents de santé devraient appliquer les 'précautions universelles', approche qui suppose que tous les individus sont potentiellement infectieux. Il faut alors porter des gants lorsque l'exposition à des liquides corporels est possible, utiliser des blouses, masques et gants si des éclaboussures sont à craindre.

Elargir la prévention complète

Les programmes de prévention complète peuvent devenir réalité si des mesures concertées sont prises sur plusieurs fronts, notamment :

- Financement. On estime que les dépenses mondiales consacrées à la prévention du VIH en 2003 ne représentaient qu'un tiers des montants qui seront nécessaires dès 2005 pour une riposte globale (Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2003).
- Action multisectorielle. Il y a lieu de recruter encore bien davantage de partenaires politiques, sociaux et économiques dans la prévention. Ces collaborateurs précieux comprennent notamment les organisations confessionnelles, les ONG, les organisations de personnes vivant avec le VIH et l'industrie privée et les organisations de travailleurs.
- Réagir en fonction de l'évolution de l'épidémie. Au fur et à mesure de l'épidémie, les stratégies de prévention du VIH doivent également évoluer pour résoudre de nouveaux problèmes. Cet impératif est particulièrement pertinent dans les pays industrialisés où les comportements à risque sont en hausse et la transmission du VIH se produit à nouveau, coïncidant avec l'accès aux traitements antirétroviraux et l'épuisement croissant des acteurs de la prévention (CDC, 2003 ; Valdisseri, 2003). La Thaïlande a obtenu rapidement des succès dans la réduction de la transmission sexuelle du VIH, mais n'est pas parvenue à s'attaquer efficacement à la transmission parmi les consommateurs de drogues injectables. La lutte contre cette voie de transmission est devenue plus importante, tout comme le combat contre la transmission du virus dans les couples mariés et cohabitants.
- Possibilités de prévention dans une ère de traitement. L'élargissement de l'accès aux traitements dans les pays à faible et moyen revenus (voir Chapitre 'Traitement') encouragera toujours davantage les individus à pratiquer un dépistage volontaire. Il promet aussi de réduire la stigmatisation liée au VIH et pourrait amener des millions de personnes dans les établissements de santé pour bénéficier des interventions de prévention destinées à aider les personnes vivant avec le VIH à adopter une politique que l'on peut résumer ainsi : 'Le VIH ? – il s'arrête avec moi.'
- Recherche sur les vaccins et microbicides. Le premier essai de Phase III d'un vaccin préventif n'a pas pu montrer d'efficacité, mais plusieurs vaccins expérimentaux potentiellement prometteurs continuent à

progresser sur la filière des essais cliniques. Il s'agit notamment d'un vaccin combiné qui sera testé sur 16 000 volontaires recrutés pour un essai de Phase III en Thaïlande. Le rythme de la recherche sur les microbicides s'accélère également et plus de 50 substances microbicides sont à l'essai ; quatre d'entre elles devraient parvenir aux essais de Phase III en 2004 (Foss et al., 2003). Si ces essais sont couronnés de succès, des microbicides efficaces devraient arriver sur le marché dans cinq ans.

Les défis de la 'nouvelle donne'

Si la propagation du VIH se poursuit à son rythme actuel, les pays fortement touchés seront mis à plus rude épreuve encore par l'impact de l'épidémie et ils auront toujours plus de peine à répondre à la demande de traitement et à soutenir les enfants rendus orphelins par le SIDA. En outre, les pays ne parviendront pas à atteindre leurs Objectifs de développement pour le Millénaire et ceux de la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001.

Ce serait une grave erreur de laisser les efforts de prévention s'affaiblir et les conséquences pour les générations à venir seraient déplorables. Nous avons à la fois les connaissances scientifiques et les données empiriques nécessaires pour relever le défi de la prévention. L'élargissement de l'accès aux traitements offre aussi maintenant de nouvelles occasions d'intégration de la prévention et des traitements.

L'objectif visant à donner le jour à une génération sans SIDA dans les 15-20 années à venir est réalisable si tous les secteurs, à tous les niveaux de la société, y compris les individus et leur famille, font preuve de leadership politique et social. Chaque nouvelle infection évitée aujourd'hui brise une chaîne potentielle de transmission du VIH demain.

Pour relever les défis de demain, il faudra notamment :

- Comblent les lacunes de la prévention – en 2004, moins de 20% des personnes qui en

ont besoin ont accès à des services de prévention du VIH. En l'absence de programmes efficaces et complets de prévention pour tous, le nombre de personnes vivant avec le VIH va continuer à s'accroître, avec des effets désastreux à court et long termes.

- Faire en sorte que la prévention soit globale et comprenne tout un éventail d'interventions efficaces, étant donné que chaque élément pris séparément ne suffit pas. La mise en place des stratégies et activités les plus utiles se fera en fonction des phases et de la nature de l'épidémie dans chaque pays, des besoins de diverses populations exposées au risque et de la participation des personnes vivant avec le VIH.
- Intégrer pleinement des activités complètes de prévention dans l'initiative '3 x 5' et dans les autres programmes d'élargissement de l'accès aux antirétroviraux en s'appuyant sur des contextes cliniques qui encouragent à la fois les personnes positives au VIH et celles dont le test est négatif à adopter des comportements plus sûrs.
- S'attaquer réellement à tous les facteurs de vulnérabilité qui alimentent l'épidémie, à savoir les injustices sociales, les inégalités entre les sexes, les violations des droits humains, l'exclusion sociale des groupes marginalisés et l'insuffisance de la participation des jeunes dans les prises de décisions relatives au VIH.
- Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA grâce à des cadres juridiques solides et à la protection des droits de tous les individus.
- Accélérer la mise au point, le financement et l'accessibilité de vaccins et microbicides efficaces contre le VIH.
- Réactiver les programmes de prévention dans les pays à revenu élevé afin d'y atténuer l'épuisement en matière de prévention et d'éviter un retour en force de l'épidémie. 

Le Point

Le VIH et les jeunes : menaces sur la jeunesse d'aujourd'hui

Les jeunes d'aujourd'hui constituent la génération la plus importante numériquement de notre histoire : près de la moitié de la population mondiale a moins de 25 ans (UNFPA, 2003). Et ils n'ont pas connu un monde sans SIDA.

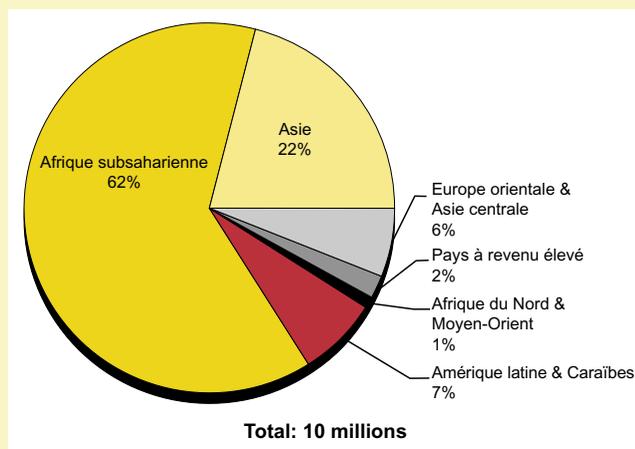
Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus menacés – la moitié des nouvelles infections dans le monde se déclarent chez eux – et représentent en même temps le plus grand espoir d'inverser le cours de la pandémie. Ce sont leurs actes qui forgeront l'avenir. L'expérience le prouve : les rares pays qui ont réussi à faire baisser leur prévalence nationale du VIH sont ceux qui ont convaincu leur jeunesse d'adopter des comportements plus sûrs.

Les jeunes sont exposés au VIH de diverses façons. Dans l'Afrique subsaharienne – qui connaît une forte prévalence – la transmission s'opère principalement lors de rapports hétérosexuels. Cette région abrite près des deux tiers des jeunes vivant avec le VIH – environ 6,2 millions dont 75% sont de sexe féminin (ONUSIDA, 2003). En Europe orientale et en Asie centrale la prévalence du VIH chez les jeunes croît rapidement du fait de l'injection de drogues avec du matériel contaminé et, dans une moindre mesure, à cause de rapports sexuels non protégés (voir Figure 30 et le Chapitre 'Prévention').

Risque élevé, vulnérabilité élevée

Divers facteurs rendent les jeunes plus vulnérables au VIH. Parmi ceux-ci le manque d'information, d'éducation et de services sur le VIH, les paris fous qu'ils doivent souvent faire pour survivre et les risques que leur font courir la curiosité et le besoin d'expérimentation propres à leur âge.

Jeunes (15-24 ans) vivant avec le VIH, par région, fin 2003



Source : UNICEF/ONUSIDA/OMS

Figure 30

Une activité sexuelle précoce

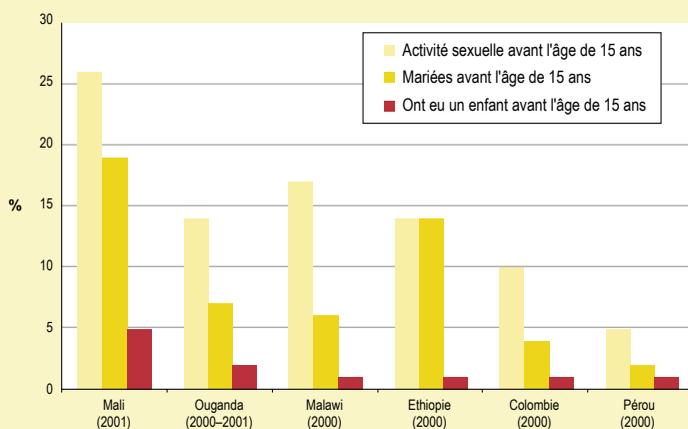
La plupart des jeunes sont actifs sexuellement à l'adolescence, souvent avant leur quinzième anniversaire. L'urbanisation croissante, la pauvreté, les conflits d'opinion sur les valeurs et les comportements liés au sexe, le rejet des canaux d'information traditionnels sur la sexualité et la reproduction encouragent chez les adolescents l'activité sexuelle avant le mariage.

La recherche montre que les adolescents qui commencent tôt leur vie sexuelle active ont plus de chances d'avoir plusieurs partenaires sexuels et parmi eux des personnes déjà exposées au risque de VIH. Il n'est guère probable qu'ils utilisent un préservatif (OMS, 2000). A Kisumu, au Kenya, 25% des jeunes garçons sexuellement actifs et 33% des jeunes filles déclaraient n'avoir pas utilisé de préservatif lors de leur première expérience sexuelle ni lors des suivantes (Glynn et al.,

Les obstacles à la prévention en Inde

En Inde, les relations sexuelles et les grossesses avant le mariage sont plus courantes qu'on ne l'admet généralement. L'aptitude du pays à offrir aux jeunes des services de santé reproductive rencontre une double barrière, d'une part une réticence culturelle devant tout débat libre sur la sexualité et, d'autre part, un manque généralisé d'information sur le sujet. Bien que l'éducation sexuelle figure dans les programmes scolaires, certains responsables gouvernementaux censurent quelque peu des instructions qu'ils désapprouvent et des enseignants évitent des sujets qui les mettent dans l'inconfort. Lorsque les jeunes cherchent une information, un service, ils risquent réprimandes et jugements de valeur de la part des professionnels de la santé. Par ailleurs, les services de santé n'offrent guère d'espace à l'intimité et la confidentialité, les filles se tournent souvent vers des moyens illégaux et de peu de qualité. (Greene et al., 2002)

Etat de la santé reproductive et sexuelle des jeunes filles (15-19 ans) entre 2000 et 2001



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires

Figure 31

2001). Des études conduites en Argentine, au Pérou et en République de Corée signalent également un recours inconstant au préservatif avec un partenaire régulier ou avec des partenaires occasionnels (OMS, 2000).

Disparités selon le sexe

Lorsque le mode principal de transmission du VIH est hétérosexuel, ce sont les jeunes femmes les plus affectées. Le pourcentage de femmes de plus de 15 ans vivant avec le VIH est 1,7 fois plus élevé en Afrique subsaharienne que dans les autres régions (Population Reference Bureau, 2003). A la Trinité-et-Tobago, le nombre de femmes de 15 à 19 ans séropositives est cinq fois supérieur à celui des adolescents de sexe masculin (Pisani, 2003) (voir le Chapitre 'Un aperçu mondial de l'épidémie de SIDA').

Une des explications à ce nombre croissant de femmes infectées est la plus grande vulnérabilité biologique des filles et des femmes au VIH. Néanmoins, l'inégalité de pouvoir entre les sexes, la nature des pratiques sexuelles et le mélange des âges sont des facteurs importants qui jouent encore plus en leur défaveur. En Afrique subsaharienne, les filles sont sexuellement actives plus tôt que les garçons (voir Figure 31) et ont souvent des partenaires plus âgés.

Plus de 45 études quantitatives menées en Afrique subsaharienne sur les différences d'âge entre les filles de 15 à 19 ans et leurs partenaires sexuels montrent que ces derniers ont souvent au moins six ans de plus qu'elles (voir encadré en page 95). Dans une relation avec un partenaire d'une autre génération, une fille n'a en principe guère la possibilité de résister aux pressions qui exigent d'elle des rapports sexuels non protégés (Luke et Kurz, 2002). L'abstinence avant le mariage n'est pas nécessairement une bonne stratégie pour ces filles car elles se marient tôt et leur mari plus âgé peut déjà être porteur du virus.

Des relations sexuelles sous la contrainte

De nombreuses jeunes femmes connaissent à un très jeune âge les rapports sexuels sous la contrainte et le viol. Parmi toutes les jeunes filles interrogées à Kisumu, au Kenya, ainsi qu'à Ndola, en Zambie, 20% ont déclaré que la violence physique avait marqué leur premier

Economie, sexualité et VIH en Afrique

Pourquoi en Afrique subsaharienne les filles ont-elles si souvent des partenaires sexuels plus âgés ? L'explication la plus courante en est que la pauvreté et les épreuves les amènent à ce commerce du sexe avec des hommes âgés. Mais une étude régionale montre que la nécessité économique n'est qu'un facteur parmi d'autres. Bien des filles recherchent des hommes plus âgés parce que ceux-ci sont considérés comme de bons futurs époux ou parce qu'ils peuvent offrir une vie meilleure, des possibilités d'instruction ou d'emploi. Elles sont nombreuses à dire que les cadeaux, vêtements, bijoux ou parfums leur confèrent plus d'estime de soi et de statut aux yeux de leurs pairs (Luke et Kurz, 2002).

Quelles qu'en soient les raisons, le Groupe de Travail 'Femmes, filles et VIH/SIDA en Afrique australe' du Secrétaire général des Nations Unies a conclu que les relations sexuelles transactionnelles et intergénérationnelles étaient devenues la norme dans de nombreux pays. Ainsi, une étude au Zimbabwe a constaté que 25% des femmes entre 20 et 30 ans ont des relations avec des hommes de 10 ans de plus qu'elles (Nations Unies, 2003). Il est clair qu'il y a là un facteur majeur de la 'féminisation' du SIDA en Afrique. Sur ce continent, il va de soi que les hommes aient plusieurs partenaires et l'on sait qu'en moyenne ceux qui sont infectés par le VIH le sont entre 25 et 30 ans.

Par comparaison, les filles ont généralement des relations sexuelles durables avec un seul et même partenaire. Malgré cette fidélité relative, beaucoup de femmes séropositives disent avoir été infectées au tout début de leur activité sexuelle. Une étude en Zambie a montré que 18% des femmes disant avoir entamé leur vie sexuelle dans l'année écoulée étaient séropositives. En Afrique du Sud, 20% des jeunes filles de 16 à 18 ans sexuellement actives étaient séropositives (Pisani, 2003). Les relations sexuelles intergénérationnelles semblent être un facteur important de la propagation de l'épidémie en Afrique australe. Or, elles reposent sur des équations de pouvoir et d'argent qui exposent les jeunes filles à l'exploitation, aux abus, à la violence et au SIDA.

rapport sexuel (Glynn et al, 2001). De la même manière, au KwaZulu Natal, en Afrique du Sud, 25% des jeunes filles âgées de 15 à 24 ans disent avoir été, en cette même circonstance 'piégées' ou 'persuadées' (Manzini, 2001). Les rapports sexuels avec violence ou sous la contrainte accroissent les risques de transmission du virus car les pénétrations forcées causent en général des écorchures et des coupures qui permettent au virus de franchir plus facilement la paroi vaginale.

Injection de drogues : une nouvelle menace

En Asie centrale et en Europe orientale, il est certain que l'âge à la première injection de drogues diminue (Rhodes et al., 2002). De plus la consommation globale de drogues augmente avec la rapidité des changements sociaux et politiques, la chute des niveaux de vie et l'accès accru à l'héroïne dans la région (PNUD, 2003). Les jeunes consommateurs de drogues injectables sont particulièrement exposés car ils n'ont pas les connaissances ou les moyens nécessaires pour se protéger lorsqu'ils utilisent un matériel d'injection contaminé (ONUSIDA, 2003).

De meilleures connaissances liées au changement de comportement

S'informer, savoir, sont les premières lignes de défense pour les jeunes. Certains pays ont adopté des démarches hardies pour que les besoins d'information sur le SIDA des jeunes soient satisfaits, mais tel est loin d'être le cas partout. En Afrique subsaharienne, seuls 8% des jeunes non scolarisés – et à peine plus parmi ceux qui le sont – ont accès à une éducation préventive. En Europe orientale et en Asie centrale, les pourcentages sont respectivement de 3% et 40 %, en Amérique latine et dans les Caraïbes respectivement de 4% et 38% (Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2003). Une étude mondiale a montré que 44 pays sur 107 n'ont pas introduit le SIDA dans les programmes scolaires (Lopez, 2002).

Il n'y a rien de surprenant à ce que les données en provenance de 20 pays à forte prévalence montrent que la quasi-totalité des jeunes, s'ils ont bien entendu parler du VIH et du SIDA, n'en restent pas moins incapables d'identifier trois idées fausses sur le VIH et d'indiquer deux

méthodes de prévention (voir Figure 32). Une étude récente en Egypte a donné des résultats analogues. La plupart des jeunes interrogés avaient entendu parler du SIDA et le tenaient pour une maladie dangereuse mais ne savaient pas grand-chose de plus.

Obtenir de l'information sur le SIDA ne suffit pas à garantir un changement de comportement mais une éducation ciblée aura un impact certain. L'analyse de quelque 250 programmes nord-américains a montré que chez les jeunes actifs sexuellement, les programmes d'éducation au SIDA réduisaient effectivement le nombre de partenaires sexuels et augmentait le recours au préservatif (Kirby, 2002). En Tanzanie, le projet éducatif *MEMA kwa Vijana* ('De bonnes choses pour les Jeunes'), a ciblé les jeunes de 15 à 19 ans dans 20 communautés rurales (Obasi et al., 2003). Trois années d'effort ont significativement accru à la fois le savoir des jeunes sur le SIDA et le recours au préservatif. Le projet va être étendu à 600 communautés.

plus d'efficacité aux interventions visant un changement de comportement parmi les jeunes. Des programmes et des directives politiques dans plusieurs pays ont perdu de leur force parce que les adultes avaient leurs idées sur ce que les jeunes ont le droit de savoir. Bien des adultes, y compris des leaders politiques, ont encore du mal à admettre la sexualité des jeunes et craignent que l'éducation sexuelle ne conduise à la dissolution des mœurs.

Diverses enquêtes de par le monde n'ont pourtant guère mis à jour d'exemples d'une éducation sexuelle qui ait encouragé l'expérimentation sexuelle ou l'augmentation de l'activité sexuelle (Cowan, 2002). Des initiatives heureuses d'éducation sur la santé sexuelle et le SIDA à l'intention des jeunes ont apaisé les craintes des adultes en prenant en compte les normes sociales, les pratiques culturelles et enfin les rôles et attentes à l'égard des deux sexes.

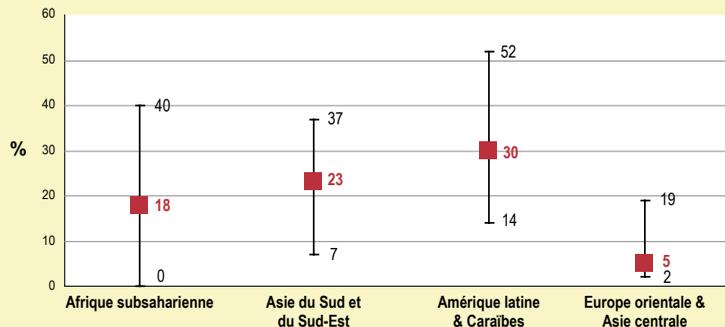
En Haïti, la Fondation pour la santé reproductive et l'éducation familiale a considérablement accru

le recours des jeunes aux services de santé reproductive en faisant appel à une approche à facettes multiples qui met en réseau pairs, parents et éducateurs. La 'veille' ainsi assurée est stratégiquement décisive et a réussi à briser la résistance de la société au Cameroun, à Madagascar et au Rwanda.

Programme d'action

Les jeunes sont, certes, particulièrement vulnérables au VIH mais ils représentent aussi notre plus grand espoir de changer le cours de l'épidémie. Si on leur donne les outils appropriés et si on les soutient, ils peuvent devenir de puissants agents de changement. Il nous faut rien de moins qu'une stratégie globale de prévention du VIH à l'intention des jeunes. L'activité sexuelle précoce, les relations sexuelles entre générations différentes et les disparités entre femmes et hommes soulignent le fait que l'éducation à

Pourcentage de jeunes femmes (15-24 ans) ayant des connaissances complètes sur le VIH et le SIDA, par région, jusqu'à 2003



Note : Pour chaque région, les barres de pourcentage indiquent aussi les valeurs basses, médianes et élevées
 Sources : Programme des Nations Unies pour le Développement (2002), *Botswana AIDS Impact Survey (BAIS 2001)* ; *Survey Results and Indicators Summary Report, Gaborone* ; UNICEF, *Multiple Indicator Survey (2000)* ; FHI, *Behavioural Surveillance Survey (2001)* et Measure DHS+, *Demographic and Health Surveys, (1998-2002)*

Figure 32

Un environnement favorable

Un enseignement capital du projet *MEMA kwa Vijana* a été que la modification des normes et des convictions chez les adultes de la communauté, en particulier chez les hommes, donnait

Jeunesse, médias, et prévention du VIH

Les médias de masse ont une importance croissante dans la vie de la plupart des jeunes et, dans beaucoup de pays, ils représentent des canaux excellents pour transmettre aux jeunes des messages de prévention. La recherche a montré que leurs campagnes étaient tout particulièrement efficaces lorsqu'elles se conjuguent avec des efforts éducatifs locaux.

Pour retarder l'âge de l'initiation sexuelle, une campagne de masse en Jamaïque a ciblé trois tranches d'âge différentes : pour les jeunes de 10–12 ans, le message insiste sur l'abstinence ; pour les 13–15 ans, l'objectif parle de prise de conscience et d'abstinence ; au-delà de ces âges, la campagne apporte une information sur les moyens de protection contre la grossesse, l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles.

En Afrique du Sud, une étude a montré que les approches et messages novateurs dans les médias de 'loveLife', le programme national de prévention du VIH pour les jeunes, avaient aidé à briser les tabous touchant la sexualité des adolescents, à encourager un comportement sexuel responsable et a accroître le recours à l'ensemble des services de santé. Œuvrant auprès de 900 établissements publics de santé pour y instaurer des attitudes qui prennent en compte les spécificités des jeunes, loveLife gère des centres de jeunesse où les jeunes bénéficient d'une éducation sur la sexualité et de services dans un environnement ludique.

La version 2003 de la campagne *Staying alive* présentée par MTV Networks International et menée en partenariat avec l'ONUSIDA, la Banque mondiale et de nombreux autres organismes a atteint 942 millions de foyers dans 171 pays. Des programmes de télévision et des concerts ont permis de promouvoir auprès des jeunes les attitudes, les connaissances et les compétences nécessaires pour prévenir l'infection. Ces programmes ont été ultérieurement à la base de campagnes approfondies dans diverses parties du monde. Par exemple, Family Health International a eu recours à la même campagne télévisée pour aider le Sénégal à mettre au point sa campagne nationale dans les médias (Family Health International, 2003).

elle seule ne protégera pas la jeunesse mondiale contre l'infection. Si l'on veut vraiment abaisser la prévalence du VIH chez les jeunes, il faut leur assurer l'accès aux préservatifs, à des services médicaux respectant la confidentialité et il faut protéger les droits des jeunes filles.

En Ouganda, par exemple, un engagement politique et une mobilisation communautaire vigoureuse ont suscité un mouvement dynamique de jeunes concernés par le SIDA. A Kampala, la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 19 ans a baissé de 22% en 1990 à 7% en 2000. Une activité sexuelle plus tardive, un nombre plus restreint de partenaires et le recours accru au préservatif ont tous été les facteurs décisifs de ce succès (Cohen, 2003 ; UNICEF/ONUSIDA/OMS, 2002).

Dans un monde frappé par le SIDA, de nombreux jeunes voient s'évanouir leurs choix de vie. Il faut traduire en actions concrètes pour les jeunes la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA des

Nations Unies signée en 2001. Parmi les actions à programmer :

- **Créer un environnement favorable** où les jeunes puissent disposer d'informations, d'éducation et de services sur le VIH et la santé reproductive. Les politiques et les lois doivent garantir que des ressources disponibles soient affectées au plein exercice par les jeunes de leur droit à la santé et à la disparition de toutes mesures discriminatoires.
- **Impliquer tous ceux qui ont une influence sur les jeunes.** Les parents, la famille élargie, les enseignants, les leaders politiques et communautaires et les célébrités ont une forte influence sur la jeunesse. Lorsque leurs mentors leur offrent un modèle positif et un environnement sûr, nouent de vraies relations de confiance et laissent aussi les jeunes s'exprimer, ces derniers adoptent d'eux-mêmes un comportement responsable.

- **Donner aux jeunes une place centrale dans la riposte.** Il n'y a pas de limite d'âge quand il s'agit de prendre des initiatives. Les jeunes sont des biens précieux, non des problèmes : leur voix doit se faire entendre, leurs talents s'épanouir afin qu'ils soient les instruments du changement.
- **Mobiliser le système éducatif** pour qu'il devienne le moteur d'un programme de prévention et de prise en charge généralisées pour la jeunesse scolarisée.
- **Étendre la prévention du VIH et la prise en charge du SIDA chez les jeunes à d'autres secteurs.** Les jeunes s'intéressent souvent à la religion, aux entreprises, aux sports et aux médias. Ces secteurs peuvent fournir informations et services.
- **Lutter contre les inégalités entre hommes et femmes** en offrant aux jeunes filles de meilleures chances d'éducation et de formation, en protégeant leurs droits et en améliorant leurs perspectives d'emploi rémunéré. Il y a également urgence à changer la conception néfaste de la virilité qui régent la vie des garçons – et affecte négativement celle des filles et des femmes. Les autorités doivent clairement déclarer inacceptable toute exploitation des jeunes filles et des jeunes garçons et toute violence exercée contre eux.
- **Ouvrir le dialogue sur des sujets sensibles.** Adultes et jeunes devront réfléchir ensemble à la sexualité des adolescents, à une éducation sur la santé sexuelle, à la violence sexuelle et au viol, aux rôles respectifs des femmes et des hommes et aux pratiques traditionnelles. 



Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le **VIH**

5

Traitement et prise en charge des femmes et des filles

Importance de la biologie

Le VIH n'affecte pas de la même façon les hommes et les femmes, et le virus peut entraîner une réponse différente du système immunitaire chez les femmes (Farzadegan et al., 1998). Outre les diverses manifestations et maladies liées au VIH que l'on rencontre chez les hommes et chez les femmes, les femmes séropositives présentent une incidence plus élevée du cancer du col utérin que les femmes séronégatives. Chez les femmes sous traitement, les effets secondaires des médicaments antirétroviraux peuvent être plus sérieux. Certaines études font penser que des phénomènes hormonaux peuvent jouer un rôle dans ce cas, comme d'ailleurs le fait que femmes et hommes reçoivent la même quantité de médicaments alors que les femmes ont en moyenne un poids inférieur à celui des hommes (Project Inform, 2001).

Malgré ces réactions sexospécifiques, les différences de survie entre hommes et femmes disparaissent à traitement égal. Dans la plupart des régions du monde, malheureusement, le déséquilibre social et politique entre hommes et femmes est tel que l'on peut craindre de voir les femmes ne pas avoir accès en temps utile et de façon équitable aux possibilités de traitement.

Buts et obstacles

Dans de nombreux pays, les attitudes en vigueur en ce qui concerne la discrimination liée au sexe font que les femmes et les filles accèdent en dernier aux soins de santé. Ce sont souvent les maris et les anciens qui décident si l'on peut consacrer une partie des ressources familiales aux soins de santé, ou si une femme peut abandonner ses obligations ménagères pour se rendre dans un centre de santé. Le SIDA a encore compliqué la situation. Là où les ressources sont limitées, quand une famille compte des infections chez les hommes et chez les femmes, c'est le traitement de l'homme qui primera le plus souvent.

L'infection à VIH est à peu près répartie par moitié entre hommes et femmes et ces dernières devraient donc représenter la moitié au moins des millions de personnes qui pourront accéder aux médicaments antirétroviraux dans les pays à faible et moyen revenus au cours des années à venir. Afin de tenir compte des différences régionales (comme par exemple en Afrique subsaharienne où les femmes représentent 57% des infections à VIH), il faudra que les pays fixent pour le traitement des buts nationaux sexospécifiques fondés sur la distribution de l'infection chez les hommes et chez les femmes. En outre, la communauté devra surmonter les obstacles qui rendent difficile aux femmes de se faire tester pour le VIH, y compris le risque d'être en butte à la violence si leur test est positif.

Les adolescentes doivent affronter des obstacles sérieux si elles veulent avoir accès au traitement. Dans de nombreux pays, c'est à elles que le déséquilibre du pouvoir entre hommes et femmes, le mariage précoce, la violence sexuelle et les rapports sexuels entre générations différentes font courir le risque de VIH le plus élevé, alors même qu'elles n'ont guère le pouvoir d'exiger un traitement. Elles doivent souvent aussi faire face à des obstacles juridiques, comme par exemple les lois sur l'âge de consentement, qui sont censées protéger les jeunes mais peuvent leur interdire de prendre librement des décisions vitales (Center for Health and Gender Equity, 2004).

Assurer un accès au traitement qui prenne en compte la sexospécificité

Le Center for Health and Gender Equity a récemment repris les éléments essentiels concernant un accès au traitement du SIDA qui prenne en compte la sexospécificité (Center for Health et Gender Equity, 2004), à savoir :

- Les critères d'éligibilité devront refléter les éléments de vulnérabilité biomédicale et socio-économique – ces critères devront prendre en compte non seulement les taux de CD4 mais aussi des facteurs comme l'inégalité de statut social pour de nombreuses femmes et filles.
- Les critères d'éligibilité ne devront pas comporter de discrimination à l'égard des femmes selon leur statut de grossesse et ne devront pas se préoccuper que des femmes enceintes – les services destinés à empêcher la transmission mère-enfant ne devront pas négliger les femmes et les adolescentes non enceintes.
- Les critères et les processus qui assurent l'extension de l'accès au traitement devront être transparents et permettre une évaluation par les communautés concernées.
- Les programmes destinés à assurer l'adhésion au traitement devront être adaptés aux besoins des hommes et des femmes – les heures d'ouverture et les conditions de travail de ces services devront prendre en compte les horaires domestiques et professionnels et les responsabilités de chaque femme ainsi que ses besoins de confidentialité et de dignité lorsqu'elle accède au traitement.
- Il faudra faire des efforts sérieux pour assurer la qualité des soins et mettre fin aux biais qui peuvent présenter les systèmes de santé – il faudra en de nombreux endroits améliorer les infrastructures et les pratiques afin d'apporter un traitement intégré, soutenu et sans risque. Les prestataires de soins de santé devront se comporter de façon à prendre en compte la sexospécificité et ne pas perpétuer les biais liés au genre, même si ceux-ci sont monnaie courante dans la communauté étendue.

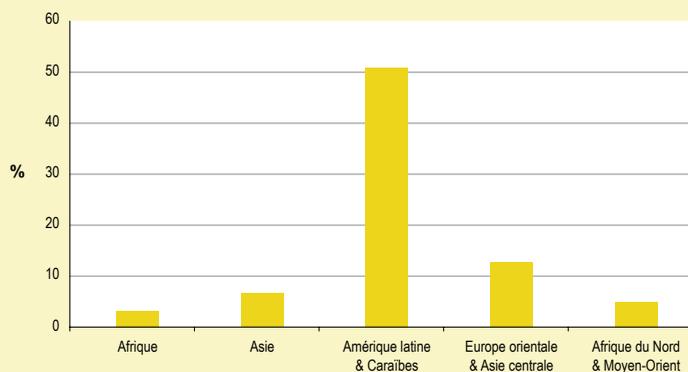
En Afrique du Sud et au Botswana, les programmes de traitement laissent espérer qu'il est possible d'atteindre l'équité entre femmes et hommes. Dans chacun de ces pays on a constaté que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir accès aux services de traitement élargis, et ce pour diverses raisons : les deux programmes sont profondément enracinés dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, qui ne vise pas directement les hommes ; il se peut aussi que les femmes soient plus à l'aise pour utiliser les services liés au VIH, puisqu'elles ont déjà l'habitude des consultations de santé publique dans les domaines prénatal, maternel et infantile. Nous ne savons pas encore clairement s'il est possible de répéter l'expérience de ces programmes dans d'autres pays gravement atteints, en particulier ceux où l'infrastructure de santé publique est moins avancée et où les femmes doivent affronter des obstacles plus importants pour accéder aux soins de santé généraux (Fleischman, 2004).

Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH

La communauté internationale se trouve au moment critique où elle doit élargir l'accès aux traitements et à la prise en charge du VIH. Les conditions n'ont jamais été aussi bonnes : volonté politique sans précédent dans les pays ; ressources financières sans précédent pour financer les traitements, la prise en charge et le soutien ; et accessibilité financière sans précédent des médicaments et produits diagnostiques.

Couverture par la thérapie antirétrovirale pour les adultes, fin 2003

400 000 personnes sous traitement : couverture 7%



Source : ONUSIDA/OMS, 2004

Figure 33

En dépit de ces conditions extraordinairement favorables, l'accès aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge des autres maladies liées au VIH demeure scandaleusement limité. Cinq à six millions de personnes dans les pays à faible et moyen revenus ont immédiatement besoin d'un traitement antirétroviral. Pourtant, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a estimé que 400 000 personnes seulement y avaient accès à la fin de 2003, ce qui signifie que 9 sur 10 des personnes qui ont un besoin urgent de traitement du VIH n'en bénéficient pas.

Élargissement des traitements et de la prise en charge

Cependant, le mouvement en faveur de l'élargissement de l'accès aux traitements du VIH

dans le monde a fait d'importants progrès au cours de ces dernières années. En adoptant la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA en 2001, tous les États Membres des Nations Unies se sont engagés à fournir progressivement le niveau le plus élevé possible de traitement des maladies liées au VIH, y compris la thérapie antirétrovirale. La plupart des pays qui disposent de plans nationaux sur le SIDA y ont incorporé le traitement antirétroviral et se sont fixé des buts précis de couverture par les antirétroviraux. Par ailleurs, l'ONUSIDA et ses autres partenaires ont mis au point des instruments permettant de mesurer les progrès accomplis et de promouvoir la transparence dans la réalisation de ces objectifs, et ils suivent et évaluent activement la situation dans les pays.

Partout dans le monde, les gouvernements, le système des Nations Unies, les donateurs bilatéraux, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et la société civile privilégient de plus en plus le traitement et la prise en charge dans le cadre de leur engagement politique à élargir la riposte mondiale au VIH. Par exemple, le Programme plurinational de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale, qui se monte à un milliard de dollars pour l'Afrique et à 155 millions de dollars pour les Caraïbes, permet aux gouvernements et aux autres bénéficiaires d'utiliser les fonds de la Banque mondiale de manière flexible pour le traitement du VIH, y compris l'achat de médicaments, le renforcement des infrastructures du système de santé et la formation.

Mise au point : les progrès de la riposte mondiale à l'épidémie de SIDA, 2004

Sur 10 personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral, moins d'une personne en bénéficie

- On estime que cinq à six millions de personnes dans les pays à faible et moyen revenus mourront d'ici deux ans si elles ne reçoivent pas un traitement antirétroviral. En décembre 2003, on estime par ailleurs que le nombre de ces personnes qui recevaient un tel traitement ne dépassait pas 400 000.
- En moyenne, 80% des pays qui ont répondu ont signalé disposer d'une politique assurant ou améliorant l'accès à des médicaments anti-VIH. En réalité cependant, on estime que cet accès bénéficie à moins de 10% des personnes concernées dans toutes les régions sauf les Amériques.
- Plusieurs pays d'Amérique du Sud assurent une couverture universelle par les médicaments antirétroviraux, notamment l'Argentine, le Brésil, le Chili, Cuba, le Mexique et l'Uruguay. D'autres, dont la Barbade, la Colombie, le Costa Rica et le Paraguay, couvrent environ les deux tiers de la population concernée.
- En Afrique subsaharienne, on estime que 4,3 millions de personnes ont besoin d'une prise en charge SIDA à domicile, mais qu'environ 12% seulement en bénéficient. En Asie du Sud-Est, cette couverture chute à 2%.
- En Amérique du Sud et en Europe orientale, la plupart des malades reçoivent au moins l'ensemble de services de soins essentiels que recommandent l'OMS et l'ONUSIDA. En Afrique et en Asie, cette proportion n'est que d'un tiers.

Source : *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2003 ; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*, ONUSIDA/USAID/OMS/CDC et the Policy Project, 2004.

En mai 2004, la Banque a décidé d'allouer 60 millions de dollars par le biais d'un nouveau Programme d'accélération des traitements dans trois pays pilotes, le Burkina Faso, le Ghana et le Mozambique. Par ailleurs, les montants des subventions liées au VIH du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ont permis à 700 000 personnes d'avoir accès aux traitements antirétroviraux (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2003). Environ 80% des propositions sur le VIH/SIDA et des propositions intégrées sur le VIH et la tuberculose approuvées par le Fonds comportent des dispositions destinées à renforcer les programmes antirétroviraux et à acquérir des médicaments contre le VIH.

Les donateurs bilatéraux s'intéressent de manière croissante à soutenir la prise en charge et les traitements s'ils font partie de plans complets sur le SIDA associés aux plans élargis de développement national. Les Etats-Unis ont lancé leur Plan d'aide d'urgence du Président en matière de lutte contre le SIDA dans le but de fournir à 2 millions de personnes des traitements contre le VIH dans les pays prioritaires d'Afrique et des Caraïbes. La France et sept autres pays ont lancé un projet de 'jumelage' intitulé 'Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau', qui contribue

à soutenir les programmes antirétroviraux de plusieurs pays à faible et moyen revenus.

Les pays à faible et moyen revenus eux aussi allouent de plus en plus de fonds provenant de leurs budgets nationaux et de l'allègement de la dette pour soutenir leurs services de traitement. Par exemple, en 2003-2004, le Cameroun a utilisé plus de 30 millions de dollars provenant de l'allègement de la dette au titre de l'Initiative des Pays pauvres très endettés pour soutenir ses programmes sur le SIDA et la plupart des montants ont été consacrés à des activités de prise en charge. Par ailleurs, le plan national de prise en charge du SIDA de l'Afrique du Sud est largement fondé sur un financement intérieur.

Le secteur privé

Les efforts du secteur privé sont également à la hausse. Le plaidoyer en faveur de la mise en place de programmes de prévention et de traitement sur le lieu de travail a été dans une large mesure le fait des entreprises elles-mêmes. Sous la conduite de l'Ambassadeur Richard Holbrooke, la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA s'est agrandie pour englober aujourd'hui 145 des plus grandes entreprises commerciales. Un grand nombre de ces compagnies ainsi que d'autres entreprises grandes et petites, mettent en place

Anglo American et AngloGold – fournir des traitements antirétroviraux aux mineurs d'Afrique australe

Au cours des 16 dernières années, Anglo American a mis en place une riposte globale au VIH et au SIDA, qui comprend la non-discrimination, la prévention, le dépistage et la prise en charge. Entre le milieu de 2002 et la fin de 2003, la campagne a lancé un programme de traitement antirétroviral, une des plus importantes initiatives de traitement du VIH soutenues par un employeur dans le monde, plus de 1100 employés bénéficiant d'un traitement en janvier 2004. Pour accélérer la fourniture de services complets sur le VIH dans les dispensaires de soins de santé primaires du gouvernement situés dans leur communauté, Anglo American a élargi ses services VIH au-delà du lieu de travail grâce à des partenariats avec 'loveLife' et d'autres organisations communautaires.

En novembre 2002, AngloGold, grande compagnie gérant des mines d'or, a également reconnu que les facteurs humains et économiques justifiaient l'investissement dans les programmes sur le VIH sur le lieu de travail et a élargi son programme à l'intention des employés séropositifs pour y inclure les traitements antirétroviraux. Les activistes et commentateurs dans le domaine des traitements en Afrique du Sud ont applaudi ces initiatives. Pourtant ils soulignent qu'il est aussi important de fournir un traitement aux autres membres de la famille positifs pour le VIH afin d'éviter l'inégalité de l'accès aux traitements au sein même des familles et de faire en sorte que les femmes et les enfants bénéficient du traitement des maladies liées au VIH.

des programmes de traitement du VIH à l'intention de leurs employés comme l'a demandé l'Organisation internationale du Travail (OIT). Ces entreprises sont notamment Anglo-American (voir encadré ci-dessus), DaimlerChrysler (automobiles), Eskom (services), LaFarge (ciment), Royal Dutch/Shell (pétrole) et Heineken (brasserie). Tata Steel en Inde et Chevron Texaco au Nigéria étendent également les services de traitement au sein de leur compagnie et dans les communautés qui l'entourent.

En mars 2004, l'Initiative Accélérer l'accès (un partenariat public-privé composé de six compagnies pharmaceutiques fondées sur la recherche et des Nations Unies) a annoncé que les quantités de médicaments antirétroviraux fournis par ces sociétés à l'Afrique avaient doublé au cours des six derniers mois de 2003.

Chute des prix des antirétroviraux

Ces dernières années, le prix des antirétroviraux a chuté de manière spectaculaire ; c'est une évolution importante qui a contribué à élargir l'accès

au traitement. En 2000, le prix d'un traitement par une association d'antirétroviraux de première intention recommandée par l'OMS coûtait entre 10 000 et 12 000 dollars par patient et par année sur les marchés mondiaux. Plusieurs facteurs ont été réunis pour contribuer à faire baisser les prix – notamment le plaidoyer des personnes vivant avec le VIH et des leaders de la planète. Au début de 2002, la concurrence des médicaments génériques et la pratique des prix différentiels adoptée par les compagnies pharmaceutiques ont contribué à des baisses spectaculaires des prix, notamment dans les pays à faible revenu. Le prix de certaines associations de génériques est tombé à 300 dollars par personne et par année.

La William J. Clinton Presidential Foundation a joué un rôle crucial de catalyseur pour aider les différents pays dans leur planification et pour convaincre les fabricants de génériques en Inde et en Afrique du Sud de baisser leurs prix. A la fin de 2003, elle a annoncé avoir négocié des prix pour les antirétroviraux de 140 dollars seulement par personne et par an (moins de 0,50 dollar

Accès équitable à des médicaments abordables – le pouvoir du plaidoyer

« Les gens n'acceptent plus que les malades et les mourants se voient refuser les médicaments qui ont transformé la vie d'autres personnes plus riches, simplement parce qu'ils sont pauvres. »

– Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies

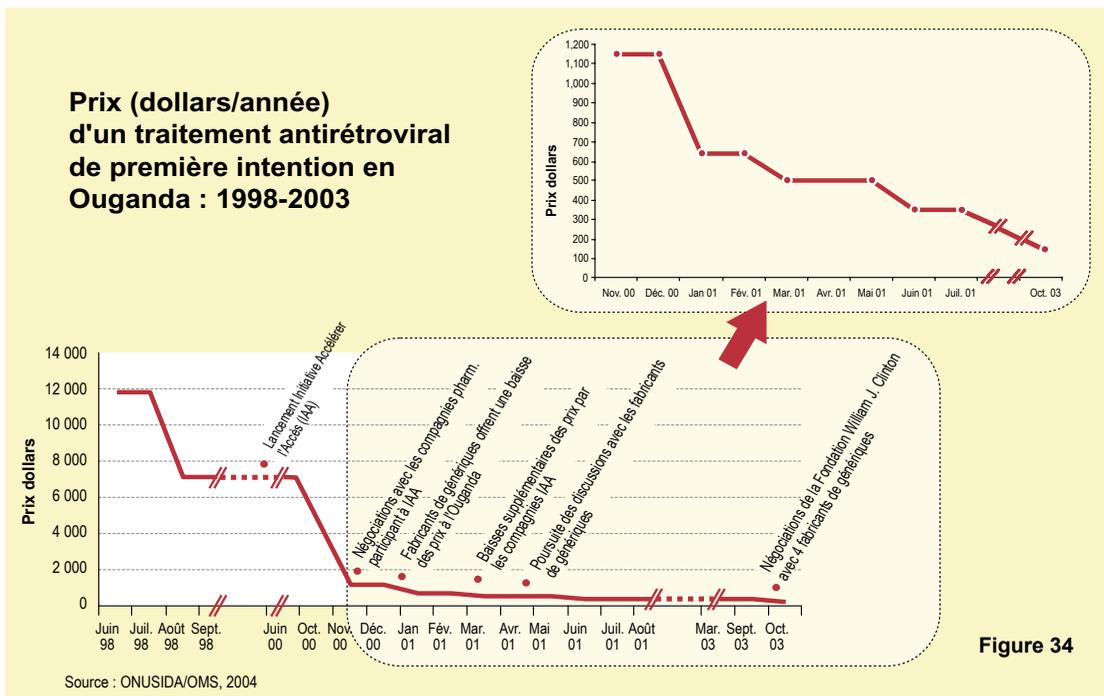


Figure 34

par jour), sous certaines conditions. Ces prix préférentiels pour les médicaments génériques existent pour les traitements de première intention recommandés par l’OMS dans les pays où travaille la Fondation en Afrique et aux Caraïbes.

Récemment, la Fondation Clinton a offert les mêmes prix pour l’achat d’antirétroviraux au Fonds des Nations Unies pour l’Enfance (UNICEF) et aux bénéficiaires de la Banque mondiale et du Fonds mondial. Ce sont des progrès importants, mais le prix des antirétroviraux reste extrêmement élevé dans plusieurs pays à revenu intermédiaire, notamment la Fédération de Russie, la Serbie et d’autres pays d’Europe centrale et orientale. Le prix imposé par les compagnies pharmaceutiques pour les médicaments de deuxième intention recommandés par l’OMS est également élevé, plus de 1000 dollars par personne et par année – même dans les pays à faible revenu.

Par ailleurs, la coopération s’accroît encore entre les pays possédant une capacité de fabrication de médicaments antirétroviraux et les pays qui souhaitent mettre en place une production locale. Le Brésil, l’Inde et la Thaïlande, ainsi que plusieurs grands pays africains ont récemment signé des accords de coopération. Puis,

lors d’une réunion de l’OMS en janvier 2004, ils ont convenu, avec d’autres pays à faible et moyen revenus, de coopérer avec des pays industrialisés d’Europe et d’Amérique du Nord. Ensemble, ils encourageront et entreprendront en commun le transfert des technologies de production d’antirétroviraux vers les pays à faible et moyen revenus intéressés et capables de mettre en place une capacité de production locale.

En Afrique subsaharienne, de nombreux autres pays indiquent avoir l’intention de créer leurs propres installations de production. Il s’agit de l’Ethiopie, du Kenya, du Mozambique, de l’Ouganda, du Nigéria, de la République-Unie de Tanzanie et de la Zambie. L’Afrique du Sud a déjà lancé son premier médicament antirétroviral en août 2003. Tous disposent d’un plan pour commencer la fabrication de médicaments génériques entre 2004 et 2005 (Dummett, 2003).

Traitement et prévention se renforcent mutuellement

Certains groupes s’opposent à l’élargissement des traitements en s’appuyant sur des arguments opposant le rapport coût-efficacité de la prévention à celui des traitements. Mais les analyses de

coût-efficacité comparant la prévention et le traitement du VIH fournissent un tableau simpliste et dépassé selon lequel il faudrait financer la prévention à l'exclusion du traitement uniquement parce que les programmes de prévention pourraient être moins coûteux.

En juillet 2003, la Banque mondiale a conclu que la plupart des études sous-estiment l'impact à long terme de l'épidémie et que le SIDA peut provoquer des dommages beaucoup plus durables pour les économies nationales qu'on ne le pensait auparavant. Le Gouvernement du Brésil a estimé que les traitements antirétroviraux lui ont permis d'économiser environ 2,2 milliards de dollars en soins hospitaliers qu'il aurait autrement fallu dépenser pour les personnes vivant avec le VIH. Le gouvernement estime que les traitements antirétroviraux ont contribué à une baisse de 50% des taux de mortalité, de 60% à 80% des taux de morbidité et de 70% des hospitalisations parmi les personnes séropositives.

Les analyses de coût-efficacité opposant prévention et traitement ne font aucun cas de la synergie de renforcement mutuel obtenue en intégrant ces

interventions. En fin de compte, il n'existe aucun seuil arbitraire permettant de calculer la valeur des traitements. Aucune nation frappée par une coûteuse crise de sécurité déciderait de ne pas la corriger sous prétexte qu'il serait moins coûteux de prévenir des crises dans l'avenir. Elle s'occuperait de surmonter la crise *et* de prendre des mesures de prévention. Et c'est bien ainsi qu'il s'agit de faire dans le cas du SIDA.

Un accès généralisé aux traitements antirétroviraux pourrait amener des millions de personnes à fréquenter des établissements de santé, ce qui offrirait aux agents de santé de nouvelles occasions de délivrer et de renforcer des messages et des interventions de prévention du VIH. Les médecins, les personnels infirmiers et les agents de santé devraient apprendre à intégrer la promotion de la diminution des risques dans le soutien qu'ils apportent aux patients pour l'observance des traitements. Une expansion simultanée et agressive à la fois de la prévention du VIH et des traitements du SIDA s'appuyant sur une approche réellement globale pourrait interrompre l'épidémie et commencer à en inverser le cours.

Le lien entre prévention et prise en charge

L'intérêt tardif pour les traitements du SIDA met en avant les synergies existant entre de nombreux aspects de la prévention et des traitements. Par exemple, le fait que les médicaments antirétroviraux deviennent plus disponibles implique qu'un nombre accru de personnes cherchent à obtenir un conseil et un test volontaires pour connaître leur sérologie VIH. Les traitements et la prévention sont nécessaires simultanément pour obtenir une riposte efficace :

- En Afrique du Sud, une enquête de santé conduite après le lancement du programme antirétroviral de Médecins Sans Frontières à Khayelitsha a montré que, sur huit sites examinés, c'est la township de Khayelitsha qui a obtenu le niveau le plus élevé d'usage du préservatif, d'intérêt pour les clubs SIDA et pour le dépistage du VIH (OMS, 2003b).
- A Masaka, Ouganda, une unité de conseil et de test volontaires, qui avait dû fermer ses portes par manque de clients, a été rouverte en 2002 au moment du lancement du programme antirétroviral dans le même hôpital. La fréquentation est montée en flèche. En février 2003, un total de 5060 clients avaient bénéficié du conseil et du test volontaires, une multiplication par 17 par rapport à 2000 (Mpiima et al., 2003).
- Dans la première année de l'Initiative Equité VIH, un programme antirétroviral dirigé par Partenaires en Santé à Cange, Haïti, la demande de conseil et de test volontaires a plus que triplé (OMS, 2003a).
- En 2000, une enquête réalisée auprès de 700 personnes séropositives en Côte d'Ivoire a montré que celles qui avaient accès aux traitements antirétroviraux avaient une probabilité plus élevée d'utiliser des préservatifs au cours des rapports sexuels que celles qui n'y avaient pas accès (Moatti et al., 2003).

Fourniture de traitements antirétroviraux en Thaïlande

En Thaïlande, la baisse des prix des médicaments a contribué à quintupler le nombre des personnes positives pour le VIH bénéficiant de traitements antirétroviraux, de 2500 environ en novembre 2000 à plus de 15 000 en novembre 2003. L'objectif pour 2004 est de 50 000 personnes. Le programme de traitement antirétroviral du gouvernement thaïlandais offre maintenant un traitement gratuit aux patients séropositifs et utilise une association de médicaments produite localement, le GPOvir (d4T, 3TC et névirapine) comme traitement standard de première intention. L'utilisation du GPOvir a permis de réduire le coût mensuel de traitement d'un malade de 300 dollars environ à 29 dollars. Les 92 hôpitaux provinciaux dépendant du Ministère de la Santé publique sont en mesure de fournir des traitements antirétroviraux et cette capacité doit être élargie à d'autres hôpitaux dans un avenir proche.

Médicaments antirétroviraux dans des milieux où les ressources sont limitées

Avec les possibilités sans précédent offertes actuellement pour élargir les traitements, il est pratiquement universellement accepté que les médicaments antirétroviraux peuvent être distribués sans risque et efficacement dans les milieux où les ressources manquent. Depuis l'Initiative en faveur de l'accès aux médicaments de l'ONUSIDA en 1997 à Abidjan et Kampala, puis de l'Afrique, à l'Asie et aux Caraïbes, des projets pilotes à petite échelle ont, l'un après l'autre, démontré l'efficacité et la sécurité de ces programmes.

La société civile est depuis longtemps au premier plan de ces programmes de distribution des traitements contre le VIH. L'Église catholique indique qu'elle s'occupe de 26% des soins de santé dans le monde, et d'autres groupes confessionnels sont de plus en plus actifs dans la fourniture des soins liés au VIH. Plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) nationales ont fait œuvre de pionniers en matière de traitement, à l'instar de Zanmi Lasante (Partenaires en Santé) en Haïti, de San Egidio au Mozambique, et des militants internationaux tels que Médecins Sans Frontières (voir encadré en page 107). Elles ont galvanisé les énergies et l'engagement de la communauté internationale et enseigné des leçons précieuses.

De nombreux pays, notamment ceux connaissant une prévalence élevée du VIH ou des épidémies émergentes dans de grands groupes de la population, se mobilisent déjà pour réagir au manque de traitements du VIH. Plusieurs pays d'Amérique latine et des Caraïbes offrent maintenant une couverture universelle par les

traitements antirétroviraux, à savoir l'Argentine, la Barbade, le Chili, le Costa Rica, Cuba, le Mexique et l'Uruguay. Les Bahamas et le Guyana progressent sur la voie de l'accès universel. Le Brésil s'est engagé dans un programme de coopération Sud-Sud avec la Bolivie et le Paraguay pour permettre à ces deux pays de parvenir à l'accès universel. D'autres pays ont accompli d'importants progrès, notamment le Botswana et le Sénégal. Cependant, le Brésil reste le seul des pays très peuplés à atteindre l'accès universel aux traitements du SIDA.

En Asie, en novembre 2003, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA de deux pays seulement – Inde et Thaïlande – offraient des programmes de traitement de première et deuxième intentions. Trois autres pays seulement – Indonésie, Népal et Sri Lanka – offraient un programme de traitement de première intention au moins. Le défi actuel consiste à montrer que les programmes nationaux de traitement peuvent être mis à la disposition de millions de personnes dans d'autres pays à faible et moyen revenus.

Pour les planificateurs du développement, l'épidémie de SIDA est une urgence de santé publique mondiale. L'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH est en chute libre et l'épidémie d'infection se transforme rapidement en une épidémie de maladie et de mort. Par conséquent, des approches d'urgence sont nécessaires pour compenser l'approche des petits pas vers le développement qui est souvent la norme dans le secteur de la santé. En même temps, il est crucial que l'élargissement de la couverture des traitements antirétroviraux ne signifie pas

Médecins Sans Frontières : pionnier des traitements contre le VIH dans les pays à faible et moyen revenus

Depuis le début des années 1990, Médecins Sans Frontières s'occupe de personnes vivant avec le VIH dans les pays à faible et moyen revenus. Ses premiers programmes de traitements antirétroviraux ont commencé en 2001. En avril 2004, quelque 13 000 personnes étaient sous traitement dans 42 de ses projets dans 19 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. L'organisation a rapidement élargi ses programmes – de 1500 personnes dans 10 pays au milieu de 2002 à 25 000 personnes prévues dans 25 pays à la fin de 2004. Dans le même temps, Médecins Sans Frontières partage les leçons tirées de ses diverses expériences de traitement, à savoir :

- 'un comprimé deux fois par jour' – il faut rendre l'observance des traitements aussi facile que possible ; 80% des malades suivis par l'organisation prennent une association triple à dose fixe recommandée par l'OMS ;
- 'décentralisation et adaptation' – Médecins Sans Frontières travaille dans des zones à infrastructure et personnel limités. Elle utilise donc des dispensaires mobiles, délègue les soins de base des patients aux infirmières et agents de santé communautaire et commence souvent les traitements sur la base d'un test VIH positif et d'une évaluation clinique effectuée par un personnel qualifié ;
- 'accessible aux plus pauvres' – le coût ne doit jamais être un obstacle aux traitements, c'est pourquoi les traitements devront être gratuits pour la plupart des habitants des pays les plus pauvres ;
- 'le prix, ça compte' – plus le prix des médicaments est bas, plus il sera possible d'augmenter le nombre de patients traités.
- 'impliquer la communauté' – l'engagement de la communauté contribue à améliorer le respect des traitements et de la prévention et à éliminer les tabous entourant le VIH.

un retour vers une approche des soins de santé centrée sur une maladie particulière, mais plutôt qu'il développe et renforce les systèmes de santé en général.

Le conseil et le test volontaires, les programmes de prévention et de traitement du VIH et les services de santé sexuelle et reproductive doivent être réellement intégrés et ne faire qu'un avec les services de santé primaire. Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant, qui comprennent aussi un traitement antirétroviral à l'intention des mères qui en ont besoin, pendant et après la grossesse, constituent un excellent exemple d'intégration prévention-traitement.

Lors de la XIV^e Conférence internationale sur le VIH/SIDA à Barcelone, Espagne, en 2002, certains participants de premier plan ont annoncé un objectif mondial visant à élargir les traitements antirétroviraux à trois millions de personnes dans les pays à faible et moyen revenus d'ici à la fin de 2005. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS et d'autres partenaires ont conclu que cet objectif était réalisable si les fonds nécessaires étaient réunis et d'autres mesures prises. Ces trois millions de personnes figurent parmi

celles qui mourront dans les deux ans si elles ne sont pas mises sous traitement antirétroviral dès maintenant.

Peu après la conférence de Barcelone, d'autres mesures ont été prises par la communauté internationale pour se mobiliser en vue de cet objectif. Il s'agissait notamment de constituer un partenariat mondial d'organisations travaillant à l'élargissement de l'accès aux traitements : la Coalition internationale en faveur de l'accès aux traitements du VIH. La coalition compte aujourd'hui plus de 120 membres, mais s'est révélée ne pas être le véhicule approprié pour coordonner le soutien de la communauté internationale.

L'Initiative '3 x 5'

En septembre 2003, un fait nouveau crucial s'est produit au cours de la deuxième Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé et le Directeur exécutif de l'ONUSIDA ont déclaré que le manque de traitement dans les pays à faible et moyen revenus constituait une urgence sanitaire mondiale et lancé l'Initiative '3 x 5'.

Ils ont exhorté la communauté internationale à combler le fossé en matière de traitement, le qualifiant d'une des plus grandes crises des droits humains et de la santé publique de notre temps.

A l'occasion de la Journée mondiale SIDA 2003, l'OMS a pris une autre importante mesure en présentant son Initiative '3 x 5'. Dans ce contexte, l'OMS et l'ONUSIDA ont invité leurs partenaires, y compris les ONG et le secteur privé, à se joindre au mouvement destiné à mobiliser le soutien aux gouvernements pour l'élargissement de leurs programmes de traitement.

Cette Initiative '3 x 5' constitue un objectif intermédiaire, élément d'un mouvement mondial destiné à mobiliser le soutien nécessaire pour un accès considérablement élargi – et finalement universel – aux traitements. Depuis son lancement, de nombreux pays ont annoncé, confirmé ou intensifié leur engagement à apporter des traitements contre le VIH à leurs concitoyens qui en ont besoin. A ce jour, quelque 40 pays ont officiellement indiqué qu'ils souhaitaient participer à l'Initiative. Avec l'appui de l'ONUSIDA, l'OMS cherche maintenant les ressources nécessaires pour intensifier le soutien technique qu'elle peut offrir aux pays dans l'élargissement de leurs programmes de traitement. En juin 2004, les Gouvernements du Canada, du Royaume-Uni et de la Suède ainsi que des allocations du Budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA avaient apporté un appui financier important à l'OMS pour réaliser sa stratégie '3 x 5'.

La stratégie

La stratégie de l'OMS, *Traiter 3 millions de personnes d'ici à 2005 – comment y parvenir*, souligne l'engagement déterminé de l'OMS à agir d'urgence ; à donner un rôle central aux personnes vivant avec le VIH ; à travailler en partenariat ; à préserver l'équité et les droits humains ; à assurer la pérennité de la prise en charge à vie ; et à faire en sorte que l'Initiative soit complémentaire des services existants. Enfin, l'Initiative garantira la notion d'appropriation nationale, caractéristique suprême de l'approche des 'Trois Principes' adoptée par l'ONUSIDA (voir Chapitre

'Ripostes nationales'). Le cadre stratégique de l'OMS contient 14 éléments clés répartis en cinq catégories qui forment les piliers de l'Initiative : leadership international, partenariats solides et plaidoyer ; appui d'urgence et durable aux pays ; outils simplifiés et standardisés pour délivrer le traitement antirétroviral ; approvisionnement efficace et fiable en médicaments et produits diagnostiques ; et capacité à identifier rapidement les connaissances nouvelles et à appliquer ailleurs les solutions qui ont fait leurs preuves.

Leadership international, partenariats solides et plaidoyer

L'essentiel de l'effort pour atteindre la cible des '3 x 5' se déroule dans les pays et les communautés, mais le leadership et les alliances mondiales contribuent à instaurer les conditions de la réussite. Les partenariats sont essentiels au succès de l'Initiative. L'objectif de l'Initiative et le but à plus long terme d'un accès universel dépassent de loin les capacités de n'importe quelle organisation. Des mécanismes novateurs de collaboration sont maintenant mis en place pour relier les gouvernements nationaux, les organisations internationales, le secteur privé, les groupes de la société civile et les communautés.

Un des principes fondamentaux de l'Initiative '3 x 5' est le rôle central que doivent jouer les personnes vivant avec le VIH dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes de traitement antirétroviral. Impliquer les personnes infectées dans les activités associées au traitement contribue à atténuer la stigmatisation et à assurer le succès des programmes (Farmer et al., 2001). Pourtant la stigmatisation reste un obstacle au recrutement des personnes vivant avec le VIH dans les programmes antirétroviraux. Par conséquent, des actions à grande échelle et originales sont nécessaires pour combattre la stigmatisation, afin d'instaurer le climat favorable nécessaire pour que les personnes vivant avec le VIH puissent jouer pleinement leur rôle dans l'élargissement des traitements.

Aux niveaux mondial et multilatéral, les principaux partenaires qui appuient l'action mise

Pénurie des agents de santé : un obstacle majeur au succès des programmes antirétroviraux

Le nombre d'agents de santé disponibles, y compris les administrateurs et le personnel de formation, est critique pour la prestation des services dans un pays. Souvent, le personnel de santé n'a reçu aucune formation en cours d'emploi ni même une information de base sur le VIH et le SIDA. Selon un récent rapport, la Chine compte moins de 200 médecins possédant les compétences spécialisées nécessaires pour diagnostiquer et traiter les infections opportunistes liées au SIDA.

Dans les pays fortement touchés par le SIDA, les études indiquent que l'insuffisance des compétences des agents de santé constitue un grave problème pour tous les programmes, mais en particulier pour ceux dont le but est de distribuer largement les antirétroviraux. En Tanzanie par exemple, il faudrait tripler le nombre des agents de santé pour être en mesure d'appliquer les interventions prioritaires dans la plus grande partie de la population d'ici à 2015. Au Tchad, il faudrait le quadrupler. Au Botswana, les responsables de la santé estiment que, uniquement pour parvenir à une couverture universelle des traitements antirétroviraux, il faudrait doubler le nombre actuel de personnels infirmiers, tripler le nombre de médecins et quintupler celui des pharmaciens.

Malheureusement, dans les pays les plus touchés par le SIDA, le nombre de postes vacants dans le domaine de la santé grimpe en flèche. En 1998, le Ghana avait un taux de vacance de 43% pour les médecins dans les établissements publics ; au Malawi il était de 36%. En 1998, le Lesotho a rapporté que le taux de postes vacants pour les personnels infirmiers du secteur public était de 48%, et celui du Malawi était de 50% en 2001. Pour aggraver la situation, les agents de santé ne sont pas équitablement répartis sur le territoire des pays. En Tanzanie, le nombre d'infirmières pour 100 000 habitants est de 160 dans la ville de Dar es-Salaam, alors que dans le reste de la Tanzanie, certains districts comptent moins de six infirmières pour 100 000 habitants. Ce problème n'est évidemment pas limité aux pays connaissant une prévalence élevée du VIH. Au Nicaragua, 50% environ des agents de santé du pays sont concentrés dans la capitale, Managua, où ne vivent que 20% de la population.

La migration est une des principales raisons de la réduction des effectifs de santé dans les pays à faible revenu. De meilleurs salaires et avantages, des possibilités de carrière et un recrutement actif attirent des agents de santé munis de diplômes acceptés sur le plan international vers les pays industrialisés. En Zambie, plus de 600 médecins ont été formés depuis l'indépendance, mais il n'en reste que 50 dans le pays. Plus de 50% des médecins formés au Ghana au cours des années 1980 pratiquent à l'étranger. Les Nations Unies estiment que 56% de tous les médecins migrants se déplacent des pays à faible et moyen revenus vers les pays industrialisés, alors que 11% seulement migrent dans la direction opposée. Le déséquilibre est encore plus grand pour les personnels infirmiers. Enfin il faut déployer des efforts beaucoup plus intenses pour améliorer les conditions de travail et encourager les agents des services sanitaires et sociaux à travailler dans les zones rurales.

en place dans les pays sont notamment les associations internationales d'activistes et de dispensateurs de traitement ; l'OMS et les autres Coparrainants de l'ONUSIDA y compris le Programme plurinational de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale ; et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays, ces partenaires s'associent à d'importantes initiatives bilatérales, notamment le Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA, l'Union européenne et l'Appel à l'action sur le SIDA du Royaume-Uni piloté par son Agence pour le Développement international,

ainsi qu'à des actions entreprises par d'autres donateurs et par le secteur privé.

Renforcement de la capacité des pays

Lorsque les pays alignent leurs objectifs nationaux en matière de traitement du SIDA à l'Initiative '3 x 5', ils demandent la collaboration de l'OMS et de ses partenaires. Au début de 2004, des missions spéciales de l'OMS ont travaillé avec les pays, les partenaires internationaux, les autorités sanitaires et les parties intéressées pour soutenir l'élaboration des plans nationaux et la préparation des demandes de financement, et pour d'autres activités d'expansion des traitements antirétroviraux.

Conjointement avec l'initiative, la Zambie a par exemple augmenté son objectif de traitement pour 2005 de 10 000 à 100 000, et le Kenya a annoncé une augmentation analogue. Mais pour atteindre ces objectifs ambitieux, il faut surmonter des obstacles considérables de mise en œuvre. Les problèmes sont énormes : les services de santé de nombreux pays ont été sérieusement affaiblis par l'insuffisance des investissements pendant des décennies, et par le fardeau du SIDA lui-même (ONUSIDA, 2003a). Pratiquement partout, les effectifs disponibles dans le secteur de la santé ne sont pas assez nombreux pour répondre aux besoins (voir Chapitre 'Ripostes nationales').

Si les obstacles ne sont pas systématiquement éliminés, l'élargissement des traitements antirétroviraux à très grande échelle ne restera qu'un rêve et il risque même de retirer des effectifs à d'autres domaines du système de santé. D'autre part, l'initiative peut jouer un rôle de catalyseur en attirant de nouvelles personnes dans le domaine de la santé. Plusieurs actions essentielles peuvent être entreprises pour attirer du personnel, à savoir : intensifier le recrutement et former des personnels nouveaux et les effectifs existants ; améliorer les conditions d'emploi du secteur public ; réévaluer les caractéristiques et les tâches des postes ; et s'attaquer à la 'fuite des cerveaux' des pays pauvres, en fournissant notamment des incitations au retour pour les citoyens travaillant à l'étranger. Une autre solution serait de recruter des volontaires nationaux et internationaux pour combler les lacunes urgentes de la prestation des services.

Une des manières de remédier à la crise des effectifs est de former et d'engager activement les membres de la communauté. Des programmes de traitement antirétroviral novateurs et efficaces fondés sur les communautés en Afrique du Sud, Haïti, Ouganda et ailleurs ont montré que les agents de santé communautaire peuvent assumer des responsabilités importantes en matière de conseil, d'appui psychosocial aux patients et à leur famille, de soutien en matière de respect des traitements, d'appui nutritionnel, de soins

à domicile et de soins palliatifs ainsi que dans le suivi de la toxicité et des échecs cliniques chez les patients. Pour être efficace, les membres de la communauté ont besoin d'une bonne formation et d'un soutien constant, ainsi que de mécanismes de communication et de collaboration clairs avec les autres membres de l'équipe de santé.

Outils simplifiés et standardisés

Pour accélérer la distribution des traitements dans les régions où les systèmes de santé sont faibles et les pénuries de professionnels de santé qualifiés sont graves, il est important de réduire la complexité du travail. Les directives simplifiées de l'Initiative '3 x 5' réduisent le nombre des schémas thérapeutiques recommandés pour les traitements de première intention de 35 à quatre. Les traitements sont simples et les comprimés moins nombreux, et les quatre schémas présentés couvrent une variété de situations, dont la co-infection VIH-tuberculose et les grossesses.

Une posologie comprenant deux comprimés par jour aide en outre les patients à respecter leur traitement avec pour effet un nombre accru de personnes en meilleure santé, des traitements efficaces plus longtemps et moins de risque de voir les virus devenir résistants aux médicaments. Les tests VIH rapides doivent être un élément essentiel de l'élargissement du conseil et du test volontaires (voir Chapitre 'Prévention') et les outils de laboratoire et de diagnostic pour le suivi des personnes sous traitement doivent être simplifiés et mis plus facilement à la disposition des populations les plus pauvres. En attendant, le fait que les tests perfectionnés de suivi, pour déterminer la charge virale par exemple, ne soient pas actuellement disponibles dans les établissements où les ressources manquent, n'est pas une raison pour reporter l'élargissement.

Approvisionnement efficace et fiable en médicaments et produits diagnostiques

Maintenir un approvisionnement fiable et abordable en médicaments et produits diagnostiques de qualité est l'un des plus grands problèmes auxquels les pays doivent faire face. L'UNICEF,

L'engagement à l'équité ne doit pas être qu'une façade

Comment pouvons-nous garantir que des décisions équitables seront prises quant à l'implantation des sites de services et aux patients qui en bénéficieront les premiers ? Étant donné les limites des ressources, il conviendra de faire les bons choix pour s'assurer que l'accès aux traitements antirétroviraux soit réellement juste et équitable : comment et où dépenser les ressources pour mettre en place les services et qui sera prioritaire pour recevoir un traitement parmi ceux qui sont à la portée des établissements de santé ? Il n'existe pas de formule unique pour faire ces choix, mais pour sélectionner les bénéficiaires en toute justice, il faut suivre un processus de délibération équitable impliquant divers niveaux de prise de décisions de la société. Le processus de prise de décisions devra être guidé par les principes fondamentaux suivants et être :

- *inclusif* – pour englober un large éventail de participants représentant tous les groupes d'intérêt ;
- *impartial* – pour éviter les conflits d'intérêts ;
- *transparent* – pour veiller à ce que les critères établis et la logique de l'éligibilité aux traitements soient ouverts à un examen rigoureux ;
- *public* – pour répondre au besoin des populations qui souhaitent connaître les raisons de décisions susceptibles d'affecter fondamentalement leur bien-être ;
- *pertinent* – pour faire en sorte que les parties intéressées acceptent que les priorités sont fondées sur des facteurs appropriés et pertinents à la situation ;
- *révisable* – pour permettre des changements de décisions en fonction de nouvelles connaissances ; et
- *responsable* – pour maximiser l'équité, des individus ou institutions appropriés devront rendre compte à la communauté des principes et procédures qu'ils mettent en œuvre.

l'ONG hollandaise International Dispensary Association et d'autres organismes ont déjà beaucoup d'expérience dans l'achat d'antirétroviraux pour les pays à faible revenu. Pour accroître encore son soutien aux pays, l'OMS met en place un Service des médicaments et produits diagnostiques liés au SIDA, qui sera organisé en commun avec l'ONUSIDA, l'UNICEF, la Banque mondiale et d'autres partenaires des Nations Unies. Il fera office de centre d'information pour aider les pays à accéder aux antirétroviraux et à des outils de diagnostic de qualité au meilleur prix possible, notamment en fournissant des informations concernant les projections des besoins et des demandes, les prix, les sources, les brevets, et les questions douanières et réglementaires. Le Service fournira également des informations sur la qualité, grâce à ses liens avec le programme d'évaluation de la qualité de l'OMS – le Projet de préqualification – en collaboration avec l'UNICEF, le Secrétariat de l'ONUSIDA et avec l'appui de la Banque mondiale.

Fournir des antirétroviraux d'une manière équitable : qui obtient quoi et quand

Dans de nombreux endroits où les ressources sont limitées, l'accès universel au traitement des maladies liées au VIH ne sera pas possible dans l'immédiat. De fait, l'objectif intermédiaire d'un élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux à 3 millions de personnes d'ici à 2005 admet par là même que toutes les personnes dans le besoin aujourd'hui ne seront pas atteintes. En attendant que les ressources et programmes soient accessibles à tous ceux qui en ont besoin, le défi pour les pouvoirs publics et les prestataires de soins de santé consistera à faire en sorte que l'accès aux services soit équitable, avec une juste répartition des traitements.

Certains gouvernements et responsables de services de santé sont peut-être peu disposés à décider qui seront les premiers servis et n'imaginent peut-être pas les implications éthiques de leur choix d'implantation des services. Si l'on

n'applique pas une approche structurée explicite à l'élargissement des traitements liés au VIH, l'éligibilité pourrait être déterminée sans référence à des normes et procédures éthiques. Si toutes les personnes dans le besoin ne peuvent être desservies, la répartition des services de traitement du VIH doit être faite en fonction de principes d'équité et de droits de la personne, par exemple l'absence de discrimination, ainsi qu'en se fondant sur des procédures convenues.

Etant donné l'urgence de la situation, les traitements antirétroviraux seront inévitablement distribués, dans un premier temps, dans les établissements qui répondent déjà à des critères de base. Pour veiller à ce que cet état de fait ne se perpétue pas, creusant ainsi les inégalités existantes en matière de soins de santé, des ressources importantes devront être allouées simultanément à la mise en place de l'infrastructure nécessaire pour servir les populations considérées comme difficiles à atteindre ou dont les besoins ont été jusqu'ici ignorés, notamment les femmes, les jeunes et les pauvres.

Dans de nombreux pays, il faudra changer les attitudes, surmonter les obstacles structurels au traitement tels que les lois et les règlements discriminatoires et contrôler les pratiques d'obligation redditionnelle pour assurer un accès équitable aux femmes et aux filles. Il en sera de même pour les personnes dont le comportement est généralement l'objet d'une stigmatisation – les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Des

mesures spéciales énergiques seront nécessaires pour faire en sorte que les inégalités liées au sexe et les obstacles à la prise en charge des groupes vulnérables soient pris en compte et finalement éliminés. Une planification spéciale sera également nécessaire pour traiter les enfants par les antirétroviraux (voir encadré en page 117).

Les traitements antirétroviraux : éléments d'un ensemble complet

L'effet des antirétroviraux sur la vie d'un individu est souvent presque miraculeux. Ils n'assurent pas une guérison permanente, mais en réduisant la charge virale, ils peuvent prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH pendant des années, avec l'espoir qu'un remède contre le SIDA sera découvert d'ici là. Mais la thérapie antirétrovirale doit faire partie d'un ensemble intégré d'interventions comprenant des activités de prévention, de prise en charge et de soutien, qui se complètent et se renforcent mutuellement (voir Chapitre 'Prévention').

Les personnes sous antirétroviraux devront encore parfois suivre un traitement contre les infections opportunistes et un traitement de la douleur qui peut être un effet secondaire des médicaments absorbés. Certaines d'entre elles auront besoin de poursuivre une thérapie de substitution/d'entretien en cas de dépendance aux opiacés et elles seront nombreuses à nécessiter un soutien psychosocial pour faire face à une maladie dont les conséquences pour le comportement et le mode de vie sont graves. Elles auront aussi besoin de services de santé sexuelle et reproductive.

Cuba : l'histoire d'un succès

Cuba offre un rare exemple de prise en charge globale suivant une filière. Au début des années 1990, les politiques de Cuba en matière de VIH ont fait l'objet de controverses et de critiques, car les personnes séropositives au VIH y étaient mises en quarantaine. Aujourd'hui, les personnes diagnostiquées avec le virus bénéficient d'une évaluation clinique et psychologique complète puis elles peuvent choisir entre des soins ambulatoires fournis par un hôpital et par leur médecin de famille ou des soins hospitaliers dans le cadre d'un sanatorium SIDA. Elles bénéficient de rations alimentaires spéciales hautement caloriques et prennent part à un cours de huit semaines sur tous les aspects de la vie avec le VIH, y compris la progression de la maladie et les rapports sexuels à moindre risque. Leur système immunitaire et leur santé générale sont régulièrement suivis et entrés dans une base de données électronique et leurs problèmes de santé sont rapidement traités. Les antirétroviraux font partie de l'ensemble ; quelque 1500 personnes ont actuellement accès aux traitements (OMS, 2003e).

Partenariat public-privé sous un fort leadership du gouvernement – le modèle du Botswana

Le Botswana connaît l'un des taux de prévalence du VIH parmi les plus élevés du monde – près de 40% de la population adulte vit avec le VIH. Il a été le premier pays d'Afrique australe à s'engager activement dans l'élargissement des traitements antirétroviraux. Le leadership politique déterminé du Président Festus Mogae (il a utilisé le terme 'extinction' pour décrire la menace que présente le SIDA pour le peuple Tswana) a contribué à mobiliser les appuis intérieurs et internationaux pour les programmes de traitement. Depuis 2000, l'initiative nationale en faveur des traitements du Botswana – appelée *Masa* (ou 'aube nouvelle') est soutenue par le Partenariat global africain contre le VIH/SIDA. Ce partenariat public-privé unique et solide regroupe le Gouvernement du Botswana, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation de la Compagnie Merck.

Au début de 2004, *Masa* constituait le plus vaste programme gouvernemental de traitement du VIH en Afrique, malgré le fait que le Botswana a une petite population de 1,7 million d'habitants et que la stigmatisation liée au VIH a ralenti la participation initiale au programme. En avril 2004, plus de 24 000 personnes étaient inscrites dans le programme, et plus de 14 000 malades étaient sous thérapie antirétrovirale. Pourtant, l'insuffisance de la capacité à accroître la sensibilisation des populations à leur propre sérologie VIH est considérée comme le plus grand obstacle à l'élargissement de l'accès. Le Botswana a donc décidé d'offrir systématiquement un test VIH dans les établissements de santé et recrute les guérisseurs traditionnels comme praticiens de recours. En ce qui concerne l'équité d'accès pour les femmes et les filles, jusqu'ici les femmes ont été plus nombreuses à bénéficier d'un traitement que les hommes, avec un rapport de trois pour deux.

La prévention de la transmission mère-enfant par les antirétroviraux devra éviter de compromettre les options thérapeutiques futures des femmes et utiliser, dans toute la mesure du possible, des associations doubles et triples plutôt qu'une seule dose de névirapine (OMS, 2004). En outre, il ne faut pas oublier que même si l'Initiative '3 x 5' atteint tous ses objectifs, des millions de personnes séropositives atteintes d'immunodéficience avancée n'auront pas accès aux antirétroviraux pendant encore un certain temps.

Les services à l'intention des personnes vivant avec des maladies liées au VIH doivent être coordonnés afin de mettre en place une 'filiale' de prise en charge, c'est-à-dire un système de

soins répondant aux besoins multiples et changeants des individus infectés et de leur famille, et qui s'étend de la maison et de la communauté au dispensaire ou à l'hôpital et vice versa. Les services seront délivrés en temps et lieux qui sont les plus pratiques pour les personnes séropositives et leurs soignants et d'une manière appropriée à leur culture. En outre, des mécanismes de recours efficaces et efficaces devront être mis en place entre les différents services et niveaux de la prise en charge.

Les approches globales de la prise en charge sont la norme au Botswana (voir encadré ci-dessus), au Brésil, et dans d'autres pays qui ont atteint une couverture universelle ou sont en passe de le

Les médicaments essentiels difficiles à trouver dans de nombreux pays pauvres

La majorité des personnes séropositives dans les pays à faible et moyen revenus n'ont même pas accès à des médicaments relativement simples. En outre, certains pays connaissant un fardeau important de SIDA ont un accès insuffisant et inéquitable aux médicaments essentiels pour *n'importe quelle maladie* (Banque mondiale, 2003). Par exemple, en Haïti, au Kenya, au Malawi et en Inde, la couverture des médicaments essentiels varie entre 0% et 49% selon les populations. L'OMS relève que, si l'accès aux médicaments essentiels a doublé au cours des 20 dernières années, plus d'un tiers de la population mondiale n'y a toujours pas accès et paie un lourd tribut en termes de mauvaise santé et de mortalité élevée. Dans les régions les plus pauvres d'Afrique et d'Asie, plus de 50% de la population n'ont pas accès aux médicaments essentiels, même les plus basiques.

faire sous peu. Pourtant dans l'ensemble, la prise en charge globale du VIH reste l'exception.

En Afrique, l'OMS estime que moins de 30% des personnes infectées par le VIH atteintes de tuberculose – l'infection opportuniste la plus importante – reçoivent des médicaments anti-tuberculeux (OMS, 2003c). En 2001, environ 1% seulement des personnes dans le besoin en Zambie et au Malawi, et 2% en Ouganda bénéficiaient d'une prophylaxie antituberculeuse par l'isoniazide (Garbus et Marseille, 2003; Garbus, 2003a; Garbus, 2003b; Garbus, 2003c).

L'alimentation – élément essentiel de la riposte au SIDA

Un des éléments clés de la prise en charge globale est de disposer de nourriture en suffisance. Pour de nombreuses personnes atteintes du SIDA, la nourriture constitue la préoccupation la plus pressante. La maladie appauvrit rapidement les familles et contraint bien des gens à lutter pour se nourrir correctement (voir Chapitre 'Impact'). Par conséquent, atténuer la faim est une priorité primordiale pour aider les populations à faire face à la maladie. Mais une bonne nutrition joue également un rôle important car elle aide les personnes vivant avec le VIH à rester en bonne santé, compense l'amaigrissement physique dû à l'infection à VIH et augmente les niveaux d'énergie. En outre, de nombreux médicaments, y compris certains médicaments antituberculeux et les antirétroviraux, ne doivent pas être absorbés sur un estomac vide. Un soutien nutritionnel doit donc faire partie de l'ensemble complet de prise en charge. C'est aussi important pour le bien-être des agents de santé : ils sont nombreux à dire que l'un des aspects les plus pénibles de leur travail est de visiter des maisons où il n'y a rien à manger et de n'avoir rien à offrir (ONUSIDA, 2000).

Pour contribuer à résoudre les problèmes d'alimentation et de nutrition, le Programme alimentaire mondial (neuvième Coparrainant de l'ONUSIDA) a élargi ses programmes d'assistance nutritionnelle pour englober les personnes séropositives sous traitement, ainsi que des communautés fortement touchées. Cette action se fait

dans le contexte des programmes de traitement du SIDA et de prévention du VIH, en collaboration avec l'ONUSIDA et les autres Coparrainants. Le programme a également contribué à appeler l'attention sur le problème du SIDA et de la sécurité alimentaire dans les pays les plus touchés.

Tuberculose et VIH

Dans un grand nombre des pays où le SIDA a frappé le plus fort, la tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. C'est en Afrique subsaharienne que l'on a observé l'impact le plus important du VIH sur la tuberculose : jusqu'à 70% des patients atteints de tuberculose y sont aussi infectés par le VIH. Déjà, le virus accroît aussi l'incidence de la tuberculose dans une bonne partie de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, en particulier dans des sous-groupes de personnes souvent marginalisées qui sont exposées à un risque élevé des deux maladies.

Un tiers environ de la population mondiale est porteuse d'une infection tuberculeuse latente (dans laquelle la bactérie *Mycobacterium tuberculosis* se trouve en dormance dans l'organisme sans provoquer de maladie). En l'absence de VIH, quelque 5% seulement de ces personnes progresseront un jour vers une maladie active. L'infection par le VIH accroît à 5-10% par année le risque qu'une personne abritant une tuberculose latente développe la maladie active.

Le traitement de la tuberculose n'est pas coûteux. Si les médicaments sont pris correctement, la plupart des cas seront complètement guéris. En 1991, l'Assemblée mondiale de la Santé a fixé des objectifs à atteindre d'ici à 2005, à savoir des taux de guérison de 85% et des taux de détection des cas de 70% parmi les cas infectieux. La stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) recommandée par l'OMS est une stratégie très efficace sur le plan des coûts pour atteindre ces objectifs. Il est avéré qu'elle pourrait être élargie dans toute une série de pays à faible et moyen revenus et dans une variété de situations formelles, informelles et privées de soins de santé (Raviglione, 2003). En 2001, le

Partenariat 'Halte à la Tuberculose' a été constitué pour élargir, adapter et améliorer les stratégies de lutte et d'élimination de la tuberculose. Il vise à accroître la sensibilisation, à coordonner la mobilisation des ressources et à surveiller les progrès réalisés pour atteindre les objectifs.

En Afrique subsaharienne, l'apparition de l'épidémie de VIH a gravement compromis la lutte contre la tuberculose, les taux de notification de cette maladie s'accroissant à 6% par an (De Cock et Chaisson, 1999). Dans les pays de l'ex-Union soviétique, une augmentation spectaculaire de la tuberculose s'est produite depuis le milieu des années 1990. La tuberculose représente aujourd'hui un grave danger pour les personnes séropositives toujours plus nombreuses dans la région.

Les programmes contre la tuberculose et le VIH sont complémentaires

En 1998, l'OMS a reconnu que les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH devraient travailler de concert en Afrique subsaharienne. Elle a ainsi lancé les projets ProTEST pour des programmes communs tuberculose/VIH en Afrique du Sud, au Malawi et en Zambie (OMS, 2004a). D'autres initiatives analogues s'appuyant sur la collaboration entre le partenariat 'Halte à la tuberculose' et ProTEST ont également été lancées dans d'autres parties d'Afrique et d'ailleurs (Family Health International, 2001 ; Piyaworawong et al., 2003). Elles démontrent les avantages importants de la coordination des activités essentielles des programmes contre la tuberculose et le VIH. Au Mali par exemple, sur une période de quatre ans, on estime que 14 000 cas d'infection à VIH ont été évités grâce aux projets pilotes de ProTEST.

L'OMS et le Groupe de travail mondial tuberculose/VIH du Partenariat 'Halte à la tuberculose' regroupent des membres des deux communautés VIH et tuberculose. Le groupe a formulé une politique intermédiaire fondée sur les expériences de terrain, pour définir les activités communes à mettre en œuvre (OMS, 2004b). Le principe sur lequel s'appuie cette politique dite

de 'deux maladies, un malade', encourage la prestation de services communs dans chaque centre offrant des services soit contre la tuberculose soit contre le VIH et le SIDA. Premièrement, la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH doit être instaurée. Puis, parmi les personnes qui se révèlent séropositives au VIH, le traitement ou la prévention de la tuberculose peuvent être offerts à un coût relativement faible et avec une grande probabilité de succès.

Les personnes atteintes d'infection tuberculeuse latente peuvent se voir offrir une thérapie préventive à l'isoniazide pour éviter la maladie active alors que celles qui ont une tuberculose déclarée peuvent être soignées pendant six mois par des médicaments antituberculeux. En outre, le cotrimoxazole contribue à prévenir les infections opportunistes liées au VIH, réduisant ainsi le risque de décès chez les personnes atteintes des deux maladies. En outre, il est essentiel d'intensifier le dépistage des cas de tuberculose dans les centres de test et de conseil liés au VIH et dans d'autres centres de services sur le VIH. Actuellement, on perd là une extraordinaire occasion d'apporter une prise en charge adéquate.

Une réelle collaboration entre VIH et tuberculose est nécessaire

Les traitements antirétroviraux améliorent la qualité de vie et la survie des tuberculeux de la même façon qu'ils le font pour les personnes vivant avec le VIH. En Afrique subsaharienne, les personnes atteintes de tuberculose et d'infection à VIH constituent une large proportion des personnes éligibles pour des traitements antirétroviraux. Les buts présentés dans la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001, dans l'Initiative '3 x 5' et dans les Objectifs du développement pour le Millénaire pour la tuberculose et le VIH ne seront pas atteints sans une collaboration réelle entre les programmes contre la tuberculose et le VIH dans les situations où coexistent des niveaux élevés des deux infections. Une collaboration étroite est nécessaire pour assurer la distribution à l'échelle communautaire

Déclaration de Doha – primauté de la santé publique dans le commerce international

La Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé publique a été publiée à l'issue de la conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du Commerce en novembre 2001. Elle indique clairement que la santé publique et l'accès de tous aux médicaments constituent des préoccupations primordiales dans l'application des règlements du commerce international. La Déclaration de Doha réaffirme la flexibilité que l'accord sur les ADPIC offre aux pays en autorisant l'utilisation de produits brevetés – appelée parfois 'licences obligatoires' – dans l'intérêt de la santé publique. La Déclaration étend également la prorogation de la période de transition à 2016 pour les pays les moins avancés, pour déposer des brevets dans le secteur pharmaceutique.

Les Ministres de l'Organisation mondiale du Commerce présents à la conférence de Doha ont reconnu (au paragraphe 6 de la Déclaration) que les pays ayant des capacités de fabrication insuffisantes dans le secteur pharmaceutique pourraient avoir des difficultés à recourir de manière effective aux licences obligatoires dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC en raison des limites sur les exportations au titre des licences obligatoires.

À la veille de sa réunion ministérielle suivante à Cancún en septembre 2003, l'Organisation a adopté un système au cas par cas pour accorder des dérogations aux limites à l'exportation fixées par les ADPIC, afin que les pays n'ayant pas de capacité de fabrication propre puissent trouver des sources de médicaments génériques. Toutefois, à ce jour, ce système de dérogation n'a été utilisé par aucun pays. Il est essentiel que les gouvernements et les partenaires de la société civile et du secteur privé évaluent activement la flexibilité offerte maintenant par l'Accord sur les ADPIC pour promouvoir l'accès à des médicaments contre le VIH financièrement abordables dans leur pays. Il se peut que les pays doivent modifier leurs législations concernant les brevets pour tirer parti de la flexibilité offerte, p. ex. l'extension de la période de transition jusqu'à 2016 et les dérogations figurant au paragraphe 6.

d'un ensemble complet de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien.

Les programmes de lutte contre la tuberculose doivent surmonter plusieurs difficultés pour réaliser leurs objectifs en matière de dépistage des cas et de traitement ; des difficultés que les programmes de lutte contre le SIDA se sont efforcés de surmonter en appliquant des stratégies novatrices. Il s'agit notamment de lutter contre la stigmatisation, de conduire des activités de proximité, de s'engager auprès des communautés, de faire participer les patients et leur famille à la conception et à la gestion des programmes et d'entreprendre des initiatives pour surmonter les obstacles structurels à la prévention de la tuberculose, notamment la pauvreté et la marginalisation sociale. Un grand nombre de ces difficultés pourront plus facilement trouver leur solution si les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose travaillent en synergie.

Les médicaments contre le SIDA et les règles du commerce mondial

Le marché mondial des médicaments est réglementé à la fois par des lois et règlements natio-

naux et par des règles internationales du type de celles qui sont exposées dans l'Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce – ou ADPIC. L'Accord protège les droits de propriété intellectuelle y compris les brevets, qui constituent un encouragement important à la création de médicaments nouveaux et améliorés contre le VIH et, on peut l'espérer, d'un vaccin contre le VIH. Dans le même temps, le contrôle exclusif offert par les brevets peut entraver l'accès à des médicaments abordables, c'est pourquoi l'Accord contient plusieurs 'garanties' ou flexibilités que les autorités nationales peuvent utiliser pour promouvoir un accès plus abordable. La Déclaration de Doha de l'Organisation mondiale du Commerce apporte une flexibilité supplémentaire, comme le montre l'encadré ci-dessus.

En plus d'offrir des prix moins élevés à certains pays à faible et moyen revenus, plusieurs compagnies fondées sur la recherche ont annoncé qu'elles n'appliqueraient pas les droits des brevets pour les médicaments contre le VIH dans certains pays à faible et moyen revenus. Roche par exemple, une des grandes compagnies phar-

maceutiques, produit le saquinavir et le nelfinavir utilisés dans les traitements de seconde intention recommandés par l'OMS. Elle a formulé une politique selon laquelle elle ne déposera ni n'appliquera les brevets existants sur les médicaments liés au VIH en Afrique subsaharienne ou dans les pays les moins avancés d'autres régions. Bristol-Myers Squibb, qui produit le d4T utilisé dans les traitements de première intention recommandés par l'OMS, avait déjà adopté une politique analogue, afin de ne pas laisser ses brevets entraver l'accès à des traitements abordables du VIH en Afrique subsaharienne.

Plusieurs pays ont commencé à prendre des mesures pour utiliser plus efficacement l'Accord sur les ADPIC. En mai 2004, le Canada a modifié sa législation relative aux brevets pour permettre aux producteurs canadiens de génériques d'exporter vers les pays éligibles au titre du dispositif de mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha. Par ailleurs, la Malaisie et le Mozambique ont annoncé qu'ils accordaient des licences obligatoires pour certains antirétroviraux contre le VIH. Toutefois, tous les problèmes ne sont pas résolus, car certains accords commerciaux régionaux et bilatéraux – par exemple ceux qui existent entre les États-Unis et la Colombie et les États-Unis et le Chili, ainsi que l'Accord de libre-échange avec les pays d'Amérique centrale – comportent des dispositions qui surprotègent les droits des brevets, ce qui, dans ces pays, contreba-

lance dans une large mesure la flexibilité offerte aux gouvernements par l'Accord sur les ADPIC.

Evolution des associations d'antirétroviraux – simplifier pour mieux respecter

Les trithérapies par les antirétroviraux sont depuis longtemps les traitements de choix de l'infection à VIH. L'industrie pharmaceutique contribue à simplifier les schémas thérapeutiques en développant et fabriquant des formulations à dose fixe. Les associations à dose fixe permettent que trois molécules individuelles soient prises en un seul comprimé, capsule ou, à l'avenir, solution, ce qui est particulièrement important pour les enfants.

Trois associations à dose fixe dont deux sont produites par les fabricants de génériques indiens Cipla et Ranbaxy, et la troisième par GlaxoSmithKline, ont été approuvées par le programme de préqualification de l'OMS. Les associations génériques à dose fixe fournissent un traitement de première intention recommandé par l'OMS. Les brevets pour les différentes composantes appartiennent souvent à des compagnies d'origine différente et l'industrie fondée sur la recherche examine la possibilité de trouver des accords regroupant plusieurs compagnies pour permettre que leurs produits sous brevets soient associés ou conditionnés ensemble sous plaquettes thermoformées.

Enfants de Roumanie vivant avec le VIH – de la tragédie à l'espoir

Le Roumanie compte le nombre le plus élevé d'enfants vivant avec le VIH en Europe – plus de 7500. On pense que la transfusion de sang non contrôlé et les injections médicales contaminées répétées entre 1987 et 1991 ont entraîné l'infection de plus de 10 000 nouveau-nés et jeunes enfants. Pour tenter de résoudre ce problème, la Roumanie a été l'un des premiers pays d'Europe centrale et orientale à introduire les traitements antirétroviraux. Le Gouvernement roumain s'est engagé de manière déterminée à améliorer l'accès en adoptant en 2002 une loi spéciale qui garantit la prévention et la prise en charge du VIH, y compris les traitements gratuits financés par des fonds publics et des suppléments alimentaires pour toutes les personnes qui en ont besoin. Depuis 2001, un partenariat public-privé solide facilité par les Nations Unies a conduit à des baisses importantes des prix consentis par six compagnies pharmaceutiques participant à l'Initiative Accélérer l'accès. Aujourd'hui, toutes les personnes qui sont définies conformément aux directives internationales comme 'nécessitant un traitement' ont accès au traitement du VIH en Roumanie. Cela représente quelque 5700 patients dont 4350 enfants. La Roumanie est un cas particulier, dans lequel l'accès au traitement pour les enfants a déclenché une campagne qui a permis de réaliser l'accès universel au traitement du VIH.

Les associations d'antirétroviraux à dose fixe offrent plusieurs avantages ; elles peuvent notamment :

- améliorer l'observance des traitements par les patients ;
- retarder l'apparition des résistances ;
- abaisser le coût total, y compris la production, le stockage, le transport, la distribution et les autres coûts du système de santé ;
- réduire le risque d'erreurs de médication commises par les prescripteurs, les distributeurs et les patients eux-mêmes ;
- simplifier le fonctionnement du système d'approvisionnement et améliorer la sécurité ; et
- faciliter le conseil et l'éducation des patients et réduire le temps d'attente pour ces derniers.

Se fondant sur son expérience en matière de distribution de traitements antirétroviraux, Médecins Sans Frontières plaide énergiquement en faveur des associations à dose fixe. Les patients qui prennent l'association à dose fixe la plus largement prescrite [d4T/3TC/névirapine (NVP)] peuvent prendre un comprimé deux fois par jour, plutôt que six comprimés s'il faut les prendre séparément. Les associations à dose fixe peuvent également être financièrement beaucoup plus abordables que la même association achetée en éléments séparés. Médecins Sans Frontières indique payer 270 dollars par malade et par année pour l'association d4T/3TC/NVP, par rapport à 562 dollars pour les produits séparés auprès des compagnies d'origine (Médecins Sans Frontières, 2004).

Traitements antirétroviraux pour les enfants : un défi en soi

Les traitements antirétroviraux pour les enfants présentent des problèmes particuliers. Peu de médicaments contre le VIH sont produits en formulation pédiatrique, et ceux qui existent sous forme de sirop comportent des limites. Ils ont une durée de vie brève, les enfants parfois critiquent leur coût, les soignants peuvent avoir

des difficultés pour mesurer les doses correctes et ils restent très coûteux.

Les indications déterminant si un enfant peut bénéficier d'un traitement antirétroviral sont différentes de celles chez l'adulte, c'est pourquoi des critères d'éligibilité différents doivent être fixés. Cependant, les difficultés les plus importantes pour le traitement des enfants ne sont pas techniques, mais sociales et financières. Les enfants reposent totalement sur les adultes pour identifier leurs besoins en matière de traitement, pour les amener au dispensaire, puis pour contrôler qu'ils prennent leurs médicaments et respectent leur traitement.

Le traitement des enfants n'est pas nécessairement une priorité primordiale dans une famille qui compte plusieurs membres infectés par le VIH. En outre, de nombreux enfants infectés ont perdu leur mère à cause du SIDA et il est souvent difficile de trouver un parent ou un tuteur qui contrôlera régulièrement le traitement de l'enfant. Exemple caractéristique, le tuteur d'un petit orphelin du Botswana contrôlait très soigneusement son traitement. Puis cette personne est décédée, laissant l'enfant à d'autres parents qui ne savaient rien de son plan de traitement et ne comprenaient pas ses exigences. Lorsque l'enfant a semblé aller mieux, sa famille n'a pas jugé utile de l'amener au dispensaire et il a quitté le programme de traitement (ONUSIDA, 2003).

Pour résoudre ce problème, le Foyer de Jajja, de Mildmay International en Ouganda, a adopté une approche intéressante. Il s'agit d'un centre novateur à petite échelle qui traite des enfants atteints du SIDA. Chacun des 85 enfants du projet possède un 'plan de prise en charge' établi avec les parents ou les tuteurs, et seuls ceux qui bénéficient d'un environnement familial favorable reçoivent un traitement antirétroviral (ONUSIDA, 2003).

De façon générale, il faudrait accroître les investissements pour répondre aux besoins particuliers des enfants, et résoudre notamment les problèmes techniques rencontrés pour mettre au point des formulations d'associations antirétrovirales à dose

La morphine, médicament essentiel de la prise en charge du SIDA

Malheureusement, les initiatives visant à fournir des soins palliatifs ne couvrent qu'une proportion minuscule des personnes qui en ont besoin. En outre, la morphine n'est pas encore largement fournie dans les trousseaux de soins à domicile. Dans de nombreux pays, un des obstacles majeurs provient du fait que la morphine et les autres antidouleurs puissants sont interdits par la loi. Pourtant la morphine est recommandée par l'OMS dans sa Liste modèle des médicaments essentiels ; l'OMS a publié des directives indiquant que les opiacés, dont la morphine par voie orale, sont nécessaires pour le traitement de la douleur.

Les règlements qui stipulent que seuls les médecins sont autorisés à les prescrire devraient être réexaminés afin que les opiacés puissent être largement administrés par les personnels infirmiers et autres, qui travaillent dans la communauté. L'Ouganda et la Tanzanie sont les seuls pays africains où la morphine par voie orale est généralement disponible, et seul l'Ouganda a prévu les soins palliatifs dans son plan national de santé (Ramsay, 2003). Un projet entrepris en commun par l'OMS et les pays africains montre qu'il est nécessaire d'établir des partenariats solides entre les autorités de réglementation et les agents de santé afin de surmonter cette 'opiophobie' (OMS, 2002).

fixe à leur intention. Les lois nationales doivent faire en sorte que les enfants aient accès au traitement du VIH en tant que droit humain. Les responsables des politiques et les directeurs de programmes nationaux doivent accorder bien davantage d'attention aux besoins spécifiques des enfants lorsqu'ils conçoivent et mettent en œuvre des programmes de traitement. Un autre grand problème consiste à déterminer à quel moment impliquer un enfant dans son propre traitement, car dans la plupart des cas, les agents de santé ne peuvent se reposer que sur leur propre jugement. On note partout un besoin pressant de politiques et directives nationales en matière de soins de santé pour le traitement des enfants vivant avec le VIH.

La prise en charge dans la communauté

Presque partout, les parents et les amis fournissent jusqu'à 90% de la prise en charge des personnes vivant avec le SIDA dans le foyer même de la personne malade. Un grand nombre de programmes communautaires, qui n'ont souvent que peu de liens avec les services de santé publique, se sont créés partout dans le monde pour soutenir leurs efforts. En Ouganda, l'Organisation ougandaise d'Aide aux Malades du SIDA (TASO) est le principal dispensateur de services de traitement et de prise en charge et elle offre à un nombre croissant de ses membres, qui sont plus de 60 000, un ensemble complet de services

allant du soutien psychosocial et du conseil, aux médicaments pour les infections opportunistes et les soins palliatifs.

L'extraordinaire contribution des initiatives communautaires est largement reconnue : les soins à domicile font partie de la quasi-totalité des plans sanitaires des pays. Cependant, malgré quelques exemples notables de bonne pratique, les progrès réalisés pour les intégrer dans le système plus large de la santé publique ont été extrêmement limités.

Comme on l'a vu ci-dessus, l'Initiative '3 x 5' reconnaît que la prise en charge communautaire est un élément essentiel des programmes de traitement. Les communautés doivent jouer un rôle clé dans le plaidoyer, l'information et les connaissances en matière de traitement, ainsi que dans la distribution des traitements et dans le suivi et le soutien des patients sous antirétroviraux (OMS, 2003d). Cependant, la plupart des programmes communautaires travaillent dans l'isolement avec un financement précaire. Ils ont besoin d'un appui pour leur permettre d'assumer à long terme le fardeau supplémentaire que constituent les traitements antirétroviraux.

Les gouvernements doivent faire en sorte de fournir un environnement favorable aux personnes qui soignent les malades, ce qui signifie réexaminer et réformer les lois existantes, notamment celles qui se rapportent à la propriété des femmes et aux

droits d'héritage, ainsi que les autres politiques et principes directeurs qui règlent leur vie. Il faut donc également résoudre les problèmes structurels, notamment la fourniture d'eau potable et d'assainissement, le logement, l'éducation des filles, l'emploi, les pensions pour les personnes âgées et autres dispositifs de protection sociale.

Dans le même temps, les soignants eux-mêmes ont besoin d'un appui, afin qu'ils ne succombent pas à l'épuisement et au désespoir. Ils ont besoin d'information et de formation sur ce qu'ils doivent attendre du SIDA, sur la manière de prendre en charge un patient et d'obtenir une assistance alimentaire, et sur les structures vers lesquelles ils peuvent se tourner pour bénéficier d'un conseil pour leurs propres problèmes émotionnels. Pourtant ces soignants 'informels' sont un maillon crucial de la chaîne. S'ils ne font plus face, tout le système des soins communautaires commence à se déliter. Des recherches systématiques permettraient de définir exactement qui ils sont, ce qu'ils font et comment ils s'intègrent dans le cadre de la prise en charge communautaire. Cette information est fondamentale pour satisfaire leurs besoins, renforcer leurs capacités et les intégrer dans le système officiel de soins de santé (Ogden et Esim, 2003).

Les soins palliatifs

L'un des aspects les plus oubliés de la prise en charge du VIH, ce sont les soins palliatifs, qui sont des traitements destinés à atténuer la douleur et d'autres symptômes pénibles chez les personnes qui sont incurables et souvent en phase terminale. On estime que la moitié au moins des personnes vivant avec le VIH souffriront de douleurs sévères dans le courant de leur maladie (OMS, 2002). Et c'est une profonde détresse pour les soignants, les parents et les amis qui se sentent impuissants face à cette souffrance. Il est essentiel que les personnes qui ont besoin de soins palliatifs en bénéficient.

Le traitement de la douleur est un élément essentiel de cette prise en charge ; pourtant, la morphine (voir encadré en page 119) et d'autres anti-douleurs efficaces sont souvent impossi-

bles à obtenir. Même si une personne est sous antirétroviraux, les soins palliatifs seront nécessaires car le VIH entraîne toujours son lot de maladie et de mort. Par exemple, aux États-Unis, quelque 14 000 personnes sont mortes du SIDA en 2003. En plus du contrôle de la douleur, les soins palliatifs à l'intention des personnes vivant avec le SIDA impliquent :

- le traitement d'autres symptômes tels que la diarrhée, les nausées et les vomissements, la toux et l'essoufflement, la fatigue, la fièvre, les problèmes dermatologiques et les troubles mentaux ;
- le soutien psychosocial, notamment le soulagement de la dépression, de l'anxiété et de la souffrance spirituelle ; et
- le soutien aux familles et aux soignants, notamment une aide pratique pour les soins, des temps de repos et un conseil pour les aider à faire face à leurs émotions et à leur chagrin.

Au Zimbabwe et dans les pays voisins, le Island Hospice offre une formation en soins palliatifs pour les communautés et institutions. Au Kenya, l'Hospice de Nairobi a été fondé en 1990 pour offrir un large éventail de cours et d'expérience pratique en matière de soins palliatifs à l'intention des professionnels et des non-professionnels de la santé ainsi que des volontaires.

Au Botswana, un hospice situé à l'Hôpital luthérien Bamalete, dans le village de Ramotswa, offre des services de soins ambulatoires, ainsi qu'un centre de jour pour les malades en phase terminale, dont le transport est organisé depuis leur domicile. Ce service, qui offre des moments de repos aux soignants, a commencé en 2002 et constitue un des services les plus appréciés de l'hospice (ONUSIDA, 2003a). En outre, l'Initiative pour les soins palliatifs Princesse Diana, créée en 2002, opère actuellement dans sept pays africains. En 2001, l'OMS a lancé une initiative sur cinq ans, en faveur de la création de services nationaux de soins palliatifs destinés aux personnes atteintes de SIDA et de cancer. Il fonctionne par le biais du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, des ministères de la

santé et des partenaires clés dans cinq pays africains – Botswana, Ethiopie, Ouganda, Tanzanie et Zimbabwe.

Les défis de la 'nouvelle donne'

Les gouvernements, la société civile et leurs partenaires dans les pays sont confrontés à des défis énormes pour combler les lacunes en matière de traitements, c'est-à-dire le gouffre qui sépare les aspirations et la réalité dans l'élargissement des traitements antirétroviraux et la prise en charge globale du VIH. De nombreuses questions restent encore sans réponse. Par exemple : Comment décider qui bénéficiera des traitements en premier, si la couverture par les antirétroviraux reste limitée ? Quel est le meilleur moyen de fournir des services à l'intention des enfants ? Comment les gouvernements trouveront-ils le juste milieu entre les services liés au SIDA et les autres problèmes sanitaires pressants ?

Les réponses définitives à la plupart de ces questions, il faudra les trouver à l'échelle nationale, en fonction des priorités et circonstances locales. Ces questions sont difficiles, controversées et souvent pénibles à résoudre. Mais elles ne doivent pas décourager la volonté politique d'élargir considérablement les traitements du VIH dans l'ensemble des pays à faible et moyen revenus.

Jamais encore les conditions susceptibles d'accroître de manière spectaculaire l'accès aux traitements du VIH n'ont été aussi prometteuses. De nets progrès ont été enregistrés dans l'engagement politique de haut niveau, dans le financement des donateurs internationaux et dans l'accessibilité financière des médicaments et autres produits liés au VIH, ainsi que dans le travail accompli par la société civile et le secteur privé pour concevoir et mettre en œuvre des programmes de traitement du VIH dans les pays et les communautés. L'Initiative '3 x 5' ne réussira que si les gouvernements et leurs partenaires dans les pays à faible et moyen revenus montrent la voie. Pour relever les défis de demain, il faudra notamment :

- Renforcer la capacité des pays fortement touchés à faire face à la crise grandissante

des effectifs. Des efforts sont nécessaires pour assurer rapidement aux médecins, personnels infirmiers et agents de santé communautaire, ainsi qu'à d'autres un accès aux traitements du VIH. Les systèmes d'incitation dans le secteur public et les conditions de travail doivent s'améliorer, les programmes de formation et d'enseignement s'élargir et s'accélérer et des mesures doivent être prises afin que l'on puisse réellement s'appuyer sur les personnels infirmiers, les auxiliaires médicaux et les agents communautaires pour intensifier la prise en charge.

- Encourager les individus à connaître leur sérologie VIH, pour pouvoir accéder au traitement et à la prévention du VIH. Il faut élargir les possibilités de conseil et de test volontaires et offrir systématiquement le dépistage du VIH à tous les patients dont les symptômes correspondent à des maladies liées au VIH et à ceux et celles qui fréquentent les dispensaires de dermato-vénérologie, les consultations prénatales et d'autres centres (voir Chapitre 'Prévention').
- Déployer les programmes de traitement par les antirétroviraux d'une manière intégrée qui renforce le système de santé en général, au lieu de l'épuiser, et qui soit conforme au plan global de développement du pays.
- Accroître l'appui au transfert et à l'exportation de technologie des pays possédant des capacités de fabrication des antirétroviraux aux pays qui en sont dépourvus. Le décuplement de l'accès aux antirétroviraux prévu aujourd'hui exige que tous les partenaires au sein de l'industrie pharmaceutique – fabricants de produits de marque et de génériques – participent à la riposte au SIDA pour assurer un approvisionnement suffisant en médicaments contre le VIH et des quantités appropriées des ingrédients actifs pour les formulations finies.
- Faire en sorte que les pays profitent de leurs droits aux dispositions des accords commerciaux pour élargir l'accès aux médicaments et

technologies liés au VIH. Ceci signifie également s'opposer aux dispositions relatives aux brevets plus strictes que nécessaires figurant dans les accords commerciaux régionaux, afin d'éviter l'érosion de la flexibilité offerte aux pays à faible et moyen revenus par les accords et déclarations relatifs au commerce international.

- Réduire la stigmatisation liée au VIH grâce aux actions des leaders de la société et de la communauté, des activistes, des agents de santé et du grand public, afin que les traitements bénéficient à tous ceux qui en ont besoin. Les groupes internationaux, régionaux et nationaux qui se préparent à l'élargissement des traitements ont besoin

d'un appui durable pour promouvoir une meilleure connaissance des traitements du VIH et un accroissement de la demande.

- Mettre l'équité au premier plan des politiques et programmes afin d'assurer un accès juste et des procédures ouvertes et transparentes au sein des services de traitement. Les obstacles à l'accès aux traitements qui se dressent devant les femmes, les enfants et d'autres groupes tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être réellement levés pour faire de l'Initiative '3 x 5' et, en fin de compte, de l'accès universel aux traitements du VIH, une réalité. 

Le Point

SIDA et droits de la personne : le besoin de protection

La protection des droits de la personne est un élément essentiel de la riposte efficace à l'épidémie de SIDA aux niveaux individuel, national et mondial. Le VIH atteint le plus durement les régions où ces droits sont le moins respectés, surtout chez les populations et les communautés qui se trouvent en marge de la société, comme par exemple les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Par ailleurs, la protection des droits fondamentaux des personnes améliore la capacité

de ces dernières à se protéger et à protéger autrui contre l'infection à VIH, contribue à réduire leur vulnérabilité vis-à-vis du VIH et les aide à faire face aux répercussions de l'épidémie.

On a pu récemment entendre une argumentation selon laquelle, au cours des efforts de mise à niveau de la riposte au SIDA, l'approche fondée sur les droits de la personne dans la prévention de l'infection à VIH aurait atténué l'importance de la santé publique, laquelle offrirait un cadre plus orienté vers l'application pratique. Toutefois, l'expérience a clairement démontré

Résultats obtenus grâce aux approches fondées sur la protection des droits de la personne

Ces approches ont permis d'obtenir des résultats grâce aux effets ci-après :

- **Renforcement des résultats en matière de santé publique** : Le fait de protéger le droit des personnes – en particulier les personnes vivant avec le VIH – à bénéficier du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit possible de leur apporter a considérablement accru la confiance dans les systèmes de santé. A son tour, cette confiance a conduit un nombre accru de personnes à rechercher et à obtenir en ce qui concerne le VIH des informations pertinentes sur la prévention, le conseil et la prise en charge.
- **Mise en place de processus participatifs** liant malades et fournisseurs de soins, ce qui a amélioré la pertinence et l'acceptation des stratégies de santé publique.
- **Encouragement aux programmes non discriminatoires** comme ceux qui incluent les groupes marginaux plus vulnérables à l'infection à VIH. A titre d'exemple, le projet 'Mettre fin au SIDA par des initiatives de savoir et de formation' au Bangladesh et le Projet Sonagachi à Kolkata, en Inde ont pris en compte les droits des professionnel(le)s du sexe en veillant à ce que ces personnes participent activement à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de tous les programmes SIDA pertinents.
- **Mise à niveau de la riposte SIDA** en responsabilisant les individus et en les encourageant à réclamer leurs droits à l'accès aux services de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH. Plusieurs pays d'Amérique latine, dont le Brésil, le Costa Rica, El Salvador, le Mexique et le Panama ont conforté cette approche en assurant la liberté d'accès au traitement et aux services connexes pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH.
- **Renforcement de la responsabilité au niveau des Etats** en permettant aux individus de demander réparation pour les conséquences négatives des politiques de santé. Des recours juridiques fondés sur les droits de la personne ont été un moyen de valider le droit des individus à accéder aux soins de santé, et notamment aux traitements antirétroviraux. En Afrique du Sud, par exemple, la Campagne d'action pour le traitement a obtenu une décision de justice qui sommait le gouvernement de fournir aux femmes enceintes séropositives l'antirétroviral névirapine dans les établissements de santé publique – dans le cadre d'un programme national généralisé de lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

qu'il est fatal de mettre en opposition la santé publique et les droits de l'homme. Les stratégies de santé publique et la protection des droits de la personne se renforcent mutuellement. Leur intégration est particulièrement efficace quand il s'agit de diminuer la transmission du VIH et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

Progrès au niveau national

Quels que soient les défis rencontrés, la question des droits de la personne au niveau national a présenté récemment des évolutions positives. Les processus participatifs ont permis d'intégrer les droits de la personne liés au VIH – en particulier le principe de non-discrimination – au sein des outils programmatiques tels que les politiques nationales, les stratégies et les cadres législatifs relatifs au SIDA. Ainsi, en janvier 2003, le Cambodge a adopté une loi sur le VIH/SIDA ; le parlement du Malawi a adopté une politique fondée sur les droits de la personne en janvier 2004 ; et le Bélarus, la Fédération de Russie, l'Inde, le Lesotho et le Libéria ont annoncé des réformes politiques et législatives du même ordre.

Dans le même temps, un programme de micro-subsidations mis en place par l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) et l'ONUSIDA a permis à des jeunes du Bangladesh, du Malawi, du Mozambique, de Sri Lanka et de la Zambie d'élaborer et de mettre en place des programmes visant à combattre la stigmatisation et la discrimination.

Droits et accès à l'information et à la prévention en ce qui concerne le SIDA

Le droit de rechercher, de recevoir et de fournir de l'information est un droit humain fondamental et une condition *sine qua non* pour assurer une prévention efficace de l'infection à VIH et une prise en charge efficace du SIDA. Tout un chacun a le droit de savoir comment se protéger contre l'infection à VIH. Il en est de même pour le droit de connaître son statut VIH, et, en présence d'une

infection, de savoir comment obtenir traitement, prise en charge et soutien.

Des modèles de fourniture de soins pratiques, fondés sur l'éthique et les droits de la personne, doivent pouvoir apporter à ceux et celles qui en ont besoin l'information, le conseil et le test appropriés. Au niveau mondial, les activités fondées sur les droits comptent par exemple à l'heure actuelle des campagnes de sensibilisation visant des groupes spécifiques tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnels de la santé et les populations carcérales (Guinée, Italie, Koweït, Portugal) ; l'incorporation de programmes relatifs au SIDA dans les programmes scolaires (Argentine, Cuba, Maurice, République tchèque, Saint-Vincent-et-Grenadines) ; le développement communautaire de programmes d'éducation et de prévention (Liban, Thaïlande) ; la mise au point de programmes tenant compte des spécificités culturelles pour l'éducation et la prévention à l'usage des populations autochtones, des réfugiées, des demandeurs d'asile et des migrants (Canada, Norvège, Pays-Bas).

En mars 2004, les Groupes thématiques des Nations Unies sur le SIDA au Cambodge, à Fidji, au Népal et en Thaïlande ont entrepris des consultations sur les droits de la personne et le SIDA. En outre, une réunion a été organisée sur le thème du SIDA et des droits de l'homme dans la région Asie-Pacifique, parrainée par l'ONUSIDA, le Haut Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) et le Policy Project. Des représentants de 20 pays de la région y ont assisté, notamment des responsables gouvernementaux, des membres des conseils nationaux de lutte contre le SIDA, des juristes, des médecins, des personnes vivant avec le VIH, des consommateurs de drogues injectables, des professionnel(le)s du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec

des hommes, des jeunes, des populations mobiles et des minorités ethniques).

Les recommandations émanant de ces consultations contribuent aux activités de plaidoyer, notamment le Forum du Leadership Asie-Pacifique. Elles facilitent l'amélioration des activités de formation et d'orientation pour mieux comprendre les problèmes liés aux droits de la personne dans le domaine du SIDA au niveau régional et contribuent aussi à identifier les meilleures pratiques

Dans d'autres régions, l'UNESCO et l'ONUSIDA ont apporté leur soutien à des sessions de formation pour la jeunesse sur la problématique des droits de la personne et du SIDA. Ces sessions ont eu lieu en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (Beyrouth, Liban) ; en Afrique francophone (Yaoundé, Cameroun) ; et en Europe orientale (Croatie). La formation a traité des connaissances, des compétences et des attitudes requises pour encourager un changement de comportement positif. Elle a aussi traité du rôle des médias et de la communication dans les messages fondés sur les droits, notamment sur la manière de combattre les craintes et les mythes qui trop souvent créent et renforcent la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA. A la fin 2003, cette formation avait touché des jeunes de plus de 60 pays.

Intégration du SIDA dans les mécanismes internationaux relatifs aux droits de la personne

De plus en plus, les Nations Unies et les autres organisations se sont concentrées sur le principe selon lequel tous les individus ont droit au plus haut niveau de santé physique et mentale. Cette prise de position a renforcé les droits de la personne liés au VIH. En septembre 2002, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies a nommé un Rapporteur spécial sur le droit à la santé, qui a porté une attention particulière aux problèmes du SIDA. En juin 2003, l'ONUSIDA et le Haut Commissariat aux droits de l'homme ont organisé une réunion

sur les Procédures spéciales liées au VIH/SIDA et aux droits de l'homme afin de mettre au point une approche stratégique pour l'intégration des questions liées au SIDA au sein de leurs mandats respectifs, renforçant du même coup le travail effectué pour ces droits au niveau des pays.

D'autres rapporteurs spéciaux, experts indépendants et représentants spéciaux sur la situation des droits de l'homme ont aussi intégré les questions liées au SIDA dans des pays comme le Cambodge, Haïti, le Libéria, le Myanmar, l'Ouganda, la Somalie et le Yémen. En outre, les rapporteurs thématiques – violence contre les femmes, logement, droits des populations migrantes, entre autres – suivent de près les questions des droits liés au SIDA.

Le Rapporteur spécial sur la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie impliquant des enfants a étudié les liens entre l'exploitation sexuelle des enfants et le SIDA et a identifié des mesures pratiques accessibles aux gouvernements pour améliorer la protection des droits de l'enfant dans ce domaine. Le Rapporteur spécial contre la torture et les autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a porté une attention particulière aux problèmes des détenus.

Les Résolutions sur le SIDA approuvées par la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, parmi lesquelles la Résolution concernant l'accès aux traitements contre le SIDA, ont catalysé l'engagement politique et aidé à assurer un suivi des droits relatifs au SIDA.

En janvier 2003, Le Comité des droits de l'enfant a émis un Commentaire général sur le VIH/SIDA et les droits de l'enfant ; il s'agit du premier Commentaire général relatif à l'épidémie de SIDA jamais publié par un mécanisme de surveillance des traités. Le Commentaire général identifie les bonnes pratiques et interdit spécifiquement toute discrimination envers les enfants fondée sur leur statut VIH réel ou supposé. Il demande aux pays de faire rapport sur les mesures prises pour protéger les enfants du VIH.

Les défis qu'il reste à affronter

Malgré ces gains, des violations graves des droits de la personne liées au SIDA persistent en plusieurs parties du monde avec une désespérante constance. En outre, il continue à y avoir de sérieux délais entre le moment où les gouvernements prennent des décisions politiques et adoptent des lois relatives à ces décisions, d'une part, et le moment où ils mettent ces lois en application, de l'autre. Seul un petit nombre de pays agissent en temps utile pour faire face à leurs engagements dans ce domaine.

Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation relative au SIDA reste l'un des principaux obstacles qui empêchent les personnes vivant avec le VIH de jouir pleinement de leurs droits. C'est aussi un obstacle majeur à l'élaboration et à la mise en application des programmes de lutte contre le VIH. La stigmatisation est un processus de dévaluation à plusieurs niveaux qui tend à renforcer les connotations négatives du VIH et du SIDA en associant ceux-ci à des groupes déjà marginalisés. Elle constitue la racine profonde des actions discriminatoires qui excluent des services liés au SIDA les personnes qui en ont besoin.

En tant qu'atteinte aux droits de la personne, la discrimination conduit souvent à différents types d'abus à l'encontre des individus. Par exemple, le Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH/SIDA, au cours d'une enquête parmi les personnes séropositives en Inde, en Indonésie, aux Philippines et en Thaïlande, a montré un large éventail de discrimination persistante à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou perçues comme telles. Il pouvait s'agir dans ces cas aussi bien de discrimination exercée par l'entourage et par les employés du cadre de travail ou des structures de soins de santé que de l'exclusion pure et simple pratiquée au niveau des réunions d'ordre récréatif et du refus de prestations, privilèges ou services.

Une recherche du même ordre dans quatre Etats du Nigéria a mis en évidence des comportements

discriminatoires et contraires à l'éthique parmi les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes, comme le refus de soins, les manquements à l'obligation de confidentialité et les tests effectués sans l'accord préalable des personnes. Parmi les agents assurant des soins, 10% ont répondu avoir refusé de soigner une personne séropositive, et le même pourcentage a confirmé lui avoir refusé l'admission à l'hôpital. En outre, 65% ont signalé avoir vu d'autres agents de santé refuser de prendre en charge un patient affecté par le VIH ou le SIDA. Environ 20% estimaient que bien des personnes vivant avec le VIH avaient eu un comportement immoral et méritaient d'être infectées.

Ces études confirment la nécessité d'élaborer et de mettre en vigueur des politiques et des lois anti-discriminatoires. Mais il faut compléter celles-ci par d'autres mesures comme la formation en cours d'emploi et l'apport de ressources suffisantes au secteur de la santé.

Refus des droits de la femme en ce qui concerne la propriété et l'héritage

La moitié environ des personnes vivant avec le VIH sont des femmes ; dans le cadre de l'épidémie, celles-ci doivent faire face à une série de difficultés liées à leurs droits. Deux questions en particulier doivent faire l'objet d'une intervention urgente au niveau des gouvernements : les droits à la propriété et les droits à l'héritage. A la mort du mari ou du père, veuves et orphelins peuvent se voir chasser par d'autres parents, qui font main basse sur tous les biens. Il arrive que, dans ce genre de situation, la femme soit complètement dépouillée et se trouve dans l'obligation de recourir au travail sexuel rémunéré en espèces ou par des éléments de survie tels que de la nourriture ou une protection.

Cette inégalité liée au sexe accroît beaucoup plus le risque d'exposition à l'infection à VIH chez les femmes que chez les hommes. Elle persiste en dépit de l'obligation qui lie les Etats aux principes de la Charte des Nations Unies, de la Déclaration universelle des droits de l'homme,

Comment mettre en place une approche fondée sur les droits de la personne

En même temps que l'on assure la mise à niveau des ripostes au SIDA à travers le monde, il faut s'assurer que ces ripostes sont fondées sur une pratique valable de santé publique et qu'elles respectent, protègent et assurent les normes relatives aux droits de la personne. Ces considérations sont particulièrement importantes quand il s'agit des tests VIH en tant que préalable à une extension de l'accès aux soins (voir Chapitre 'Prévention').

L'importance du caractère volontaire du test VIH est au cœur de toutes les politiques et de tous les programmes VIH. Le test volontaire est conforme aux principes des droits de la personne et apporte des bénéfices permanents en matière de santé publique. Il convient de prendre en compte simultanément les facteurs de renforcement ci-après :

1. S'assurer d'un processus conforme à l'éthique pour la mise en œuvre du test, à savoir définir le but du test et les avantages qu'il apporte aux individus subissant le test ; assurer la liaison entre l'endroit où le test a lieu et les services pertinents de traitement, de prise en charge et autres. Le test devra en outre avoir lieu dans un environnement qui garantit la confidentialité de toute information d'ordre médical.
2. Prendre en compte les implications d'un résultat positif : il ne faut pas que les personnes dont le test serait positif soient en butte à la discrimination et ces personnes doivent pouvoir accéder à un traitement durable.
3. Réduire la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA et ce à tous les niveaux, en particulier dans les services de soins de santé.
4. Mettre en place un cadre de soutien dans le domaine de la législation et de la politique pour mettre à niveau la riposte au SIDA, notamment en protégeant les droits des personnes qui font appel à des services liés au SIDA.
5. S'assurer que l'infrastructure des soins de santé permet d'apporter une réponse aux points évoqués ci-dessus et que le personnel formé est en nombre suffisant pour faire face à la demande accrue que requerra la demande de tests, de traitement et autres services.

Source : Groupe mondial de référence de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme.

de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Exploitation sexuelle des enfants

L'exploitation sexuelle des enfants persiste en tant que violation flagrante des droits de la personne. A l'ère du SIDA, les jeunes femmes se sont avérées particulièrement vulnérables à la violence, à être impliquées de gré ou de force dans le trafic sexuel, car leur jeunesse et leur état de virginité supposé les font percevoir comme indemnes de la maladie. On ne connaît pas les taux d'infection à VIH parmi les enfants exploités sexuellement, mais des études effectuées en 1999 dans des pays d'Asie ont montré que 69% de ces enfants au

Bangladesh et 70% au Viet Nam étaient atteints d'une infection sexuellement transmissible.

Résurgence de politiques et de législations restrictives

Certaines politiques et lois restrictives ont émergé ces dernières années et ont restreint les droits des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA ou perçues comme telles.

L'expérience a confirmé que le fait de protéger le droit des personnes réduit leur vulnérabilité au VIH et les répercussions négatives du VIH et du SIDA. Malgré les progrès importants qui ont été réalisés, il faut que le monde entier soit attentif à ne pas régresser vers des pratiques non fondées sur les droits de la personne. 



Financer la riposte au **SIDA**

6

Economie de la prise en charge

Le SIDA a cruellement mis en lumière la répartition inégale des travaux domestiques, en particulier le fardeau que représente la prise en charge de la maladie. Quand l'homme chef de famille tombe malade, ce sont les femmes qui le soignent et assument encore d'autres charges pour venir en aide à la famille. Quand les femmes tombent malades, ce sont des femmes plus jeunes ou plus âgées qui prennent leur place pour les soigner et prendre la responsabilité des enfants affectés par le SIDA.

En Asie du Sud, par exemple, les fortes inégalités entre les sexes imposent aux femmes d'assurer la plupart des tâches relatives aux soins liés au SIDA (PNUD, 2003). Au Viet Nam, de récentes enquêtes à domicile ont montré que les femmes représentent 75% des individus qui assurent des soins aux personnes vivant avec le VIH. Les mères représentent 51% de ce total, les pères 10% (PNUD, 2003a).

On appelle 'économie de la prise en charge' la valeur en temps, en énergie et en ressources que consomment des activités telles que cuisiner, faire la lessive et les courses, s'occuper des enfants ou des personnes malades ou âgées. Elle est très importante et constitue un élément essentiel de la vie économique. En Afrique subsaharienne par exemple, on estime que 90% de la prise en charge du SIDA a lieu à domicile (Ogden et Esim, 2003). Toutefois, ce travail, parce qu'il n'est pas rémunéré, est trop souvent sous-évalué et considéré comme allant de soi.

Le fardeau des femmes rurales

Dans les pays à faible et moyen revenus, la survenue du SIDA au sein d'une famille entraîne d'importantes tensions pour les femmes des communautés agricoles. Outre leurs tâches domestiques, nombreuses sont les femmes des zones rurales qui jouent un rôle significatif dans les activités destinées à assurer les repas de leur famille, et les soins aux malades ne facilitent pas ce travail. En Tanzanie, les femmes dont le mari est malade voient le temps qu'elles peuvent passer aux travaux agricoles ou aux activités génératrices de revenus diminuer, parfois de 45% par rapport à ce qu'il était avant la maladie de leur mari.

Le fardeau s'aggrave encore quand des activités comme le portage d'eau et la lessive ont lieu loin du domicile. Une enquête effectuée en 2002 au sein des ménages affectés par le VIH en Afrique du Sud – pourtant le pays le plus avancé du continent – signale que moins de la moitié disposait d'eau courante à domicile et que près d'un quart des foyers ruraux ne disposaient pas de lieux d'aisance (Steinberg et al., 2002).

Atténuer le fardeau des femmes

Il est essentiel de reconnaître l'économie de la prise en charge et de la soutenir par le biais de ressources suffisantes et de politiques favorables. Il existe des moyens de réduire le fardeau disproportionné que supportent les femmes dans les foyers affectés par le SIDA – ces moyens sont semblables aux moyens utilisés pour lutter contre des inégalités sexospécifiques plus générales. Des groupes de soutien féminins informels se sont mis en place en de nombreux endroits et certains ont un rôle de sensibilisation important, comme par exemple d'apporter une tribune d'où exiger des ressources sanitaires pour les communautés. Ces groupes souffrent néanmoins de restrictions majeures : il s'agit de groupes de volontaires, qui représentent un surcroît de travail pour des femmes déjà surchargées et ne changent que peu de choses aux attitudes sexospécifiques ou aux responsabilités qu'assument les hommes dans la prise en charge de la maladie.

Parmi les solutions aux problèmes liés à l'économie de la prise en charge on pourra envisager :

- des centres coopératifs de soins de jour et de nutrition qui aident les femmes dans leurs tâches ;
- une aide dans les domaines de la nutrition et de l'éducation à l'intention des orphelins ;
- des soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH ou affectées par celui-ci, dont les orphelins ;
- des projets générateurs de revenus ou destinés à mieux répartir les tâches ;
- des clubs d'épargne et des programmes de crédit destinés à payer les frais funéraires ;
- des améliorations qui permettent aux foyers ruraux un meilleur accès au travail, à la terre, à des capitaux, à des compétences de gestion ; et
- des améliorations techniques destinées à utiliser au mieux les ressources disponibles.

Dans les pays à faible et moyen revenus, les activités génératrices de revenus font partie intégrante de la riposte au SIDA. Il faut accroître les possibilités d'accès à ces initiatives, comme récemment, par exemple, grâce à des assurances pour couvrir les frais de décès chez les malades en fin de vie, des arrangements d'épargne souples et des prêts d'urgence.

Financer la riposte au SIDA

Il s'est révélé difficile d'assurer des fonds en suffisance pour mettre en place une riposte mondiale efficace au SIDA. Toutefois, ces dernières années ont vu une augmentation sans précédent des ressources financières mondiales. En 1996, lors du lancement de l'ONUSIDA, les fonds disponibles pour lutter contre le SIDA dans les pays à faible et moyen revenus s'élevaient à 300 millions de dollars. Ce montant représentait les contributions des donateurs bilatéraux, des organisations non gouvernementales (ONG) internationales et du système des Nations Unies, notamment la Banque mondiale.

En 2002, cette somme avait passé à 1,7 milliard de dollars. En 2003, on estime que 4,7 milliards de dollars étaient disponibles pour lutter contre le SIDA cette année-là. Ce dernier chiffre comprend aussi les ressources en constante augmentation provenant des gouvernements des pays et des dépenses personnelles des individus et des familles directement touchés. Pourtant, ce montant représente moins de la moitié des sommes qui seront nécessaires d'ici à 2005, et un quart seulement des ressources qu'il faudra en 2007 pour mettre en place une riposte globale au SIDA dans les pays à faible et moyen revenus.

Dans le temps, même si des fonds de plus en plus importants sont devenus disponibles pour riposter au SIDA, il est évident qu'il existe de sérieux blocages à l'utilisation efficace de ces montants dans un grand nombre de pays fortement touchés. Il s'agit notamment d'un manque de capacités humaines et institutionnelles, des effets négatifs persistants de la stigmatisation et de la discrimination, d'un manque d'engagement politique, de la lenteur du transfert des fonds du niveau national aux niveaux local et communautaire, de l'insuffisance des mécanismes de comptabilité et de vérification des comptes et des processus de financement bureaucratiques inconsistants de la communauté des donateurs internationaux.

Le manque chronique de fonds et les carences structurelles et politiques sont dans une large mesure responsables de l'insuffisance de la riposte au SIDA – moins de 20% seulement des habitants des pays à faible et moyen revenus qui ont besoin de programmes de prévention y ont accès ; les fonds ne sont pas transmis à ceux qui sont en mesure de les utiliser le plus efficacement ; et 7% seulement des habitants de ces pays qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficient. Par exemple, 3% seulement des personnes nécessitant un traitement en Afrique subsaharienne y ont accès.

Ces expériences sont porteuses d'un message crucial pour la planète : augmentons les ressources pour qu'elles correspondent aux besoins et supprimons les blocages, ou l'épidémie de SIDA ne sera ni inversée ni stoppée.

Disparités dans les dépenses relatives au SIDA

Les dépenses relatives au SIDA en Amérique latine et aux Caraïbes semblent importantes par rapport à celles de l'Afrique subsaharienne, mais elles sont insignifiantes par rapport aux dépenses des Etats-Unis d'Amérique. En 2000, le Gouvernement des Etats-Unis a dépensé 10,8 milliards de dollars au niveau national pour lutter

Mise au point : les progrès de la riposte mondiale à l'épidémie de SIDA, 2004

Le financement de la riposte à l'épidémie de SIDA est encore loin d'atteindre le niveau requis

- Il y a eu des progrès majeurs dans la collecte de fonds supplémentaires pour riposter à l'épidémie de SIDA. Mais les sommes dépensées actuellement représentent moins de la moitié des 12 milliards de dollars requis d'ici à 2005 et moins du quart des sommes requises en 2007.
- On estime que les gouvernements des pays à faible et moyen revenus ont dépensé 1 milliard de dollars pour les programmes SIDA en 2002, et cette somme continue de croître. En Afrique, elle représente 6% à 10% de toutes les dépenses consacrées au SIDA. L'aide bilatérale et multilatérale en a apporté la moitié, le reste provenant de banques de développement telles que la Banque mondiale, sans compter d'importantes dépenses supportées directement par les individus et leur famille.
- En 2003, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a engagé une somme de 2,1 milliards de dollars par le biais de 227 subventions réparties entre 124 pays. Les promesses de dons au Fonds mondial d'ici à 2008 ont plus que doublé en 2003 et le nombre de pays donateurs continue d'augmenter. Ces sommes ne permettront néanmoins de couvrir qu'un faible pourcentage des ressources nécessaires au niveau mondial pour la riposte au VIH et au SIDA.
- Les vaccins et les microbicides sont des biens publics mondiaux qui nécessitent des investissements tant par le secteur privé que par le secteur public. En 2002, les dépenses consacrées à la recherche pour un vaccin contre le SIDA se sont montées à 570 millions de dollars alors que la dépense correspondante pour les microbicides atteignait 79 millions de dollars.

Source : *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2003 ; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*, ONUSIDA/USAID/OMS/CDC et the Policy Project, 2004 ; IAVI et l'Alliance pour le développement des microbicides lors de la réunion du Consortium ONUSIDA sur la mobilisation des ressources, 2004.

contre le SIDA, soit plus de 13 000 dollars par personne vivant avec le VIH ; les dépenses par habitant augmentent à plus de 30 000 dollars, si les dépenses privées sont prises en compte (OMS, 2000 ; OMS, 2001). Une analyse des dépenses pour des patients vivant avec le SIDA aux États-Unis, qui a projeté que la dépense était en moyenne de près de 36 000 dollars par malade, corrobore la crédibilité de ce niveau de dépenses apparemment élevé (Graydon, 2000).

En fait, tout indique qu'il existe des disparités mondiales considérables dans les dépenses relatives au SIDA :

- Les dépenses en Afrique subsaharienne, même si elles sont en augmentation, sont si insignifiantes qu'elles laissent des millions de personnes sans soins ni soutien ;
- Les personnes vivant avec le VIH dans les pays à moyen revenu d'Amérique latine et des Caraïbes s'en sortent beaucoup mieux que leurs homologues d'Afrique subsaharienne, mais une mauvaise répartition des fonds entraîne une perte d'efficacité des services ;
- Aux États-Unis, les dépenses par personne vivant avec le VIH sont 35 fois plus élevées que celles de la région de l'Amérique latine et

des Caraïbes et 1000 fois plus que celles de l'Afrique.

L'ONUSIDA estime qu'il faudra dépenser 12 milliards de dollars chaque année pour lutter contre le SIDA dans les pays à faible et moyen revenus d'ici à 2005 – chiffre qui devrait passer à 20 milliards par année d'ici à 2007 (voir Figure 35) (Hankins et al., 2004). Il est toutefois réconfortant de noter que les dépenses globales sur le SIDA dans ces pays ont été multipliées par plus de neuf entre 1996 et 2002. La gageure sera maintenant de doubler les dépenses actuelles en deux ans à peine, et de maintenir ce niveau élevé d'engagement à long terme (ONUSIDA, 2003a).

Total des ressources nécessaires

Le total des ressources nécessaires d'ici à 2005 et 2007 pour une riposte globale a été estimé pour chacun des 135 pays à faible et moyen revenus. Une telle riposte devra comprendre 19 activités de prévention, six services de traitement et de prise en charge et trois types de soutien aux orphelins. La prévalence du VIH et d'autres données épidémiologiques déterminent la taille et les caractéristiques de la population cible pour chacun des services et contribuent à fixer des objectifs de couverture réalistes.

Activités de prévention du VIH

- Campagnes de masse dans les médias
- Conseil et test volontaires
- Commercialisation à but social du préservatif
- Education sur le SIDA dans les écoles
- Education par les pairs à l'intention des jeunes non scolarisés
- Programmes extra-institutionnels à l'intention des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients
- Programmes extra-institutionnels à l'intention des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
- Programmes de réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues injectables
- Programmes de prévention à l'intention de groupes particuliers de la population (détenus, migrants, chauffeurs routiers, etc.)
- Promotion et distribution de préservatifs par le secteur public
- Traitement des infections sexuellement transmissibles
- Programmes de prévention à l'intention des personnes vivant avec le VIH
- Programmes de prévention sur le lieu de travail
- Prévention de la transmission mère-enfant
- Prophylaxie après exposition
- Sécurité des injections médicales
- Précautions universelles
- Sécurité du sang
- Autres programmes de prévention

Activités de traitement et de prise en charge du SIDA

- Soins palliatifs
- Diagnostic des infections à VIH
- Traitement des infections opportunistes
- Prophylaxie des infections opportunistes
- Thérapie antirétrovirale
- Services de laboratoire pour le suivi des traitements

Appui aux orphelins

- Soutien communautaire pour la prise en charge des orphelins
- Appui aux orphelinats
- Aide au financement des frais de scolarité des orphelins

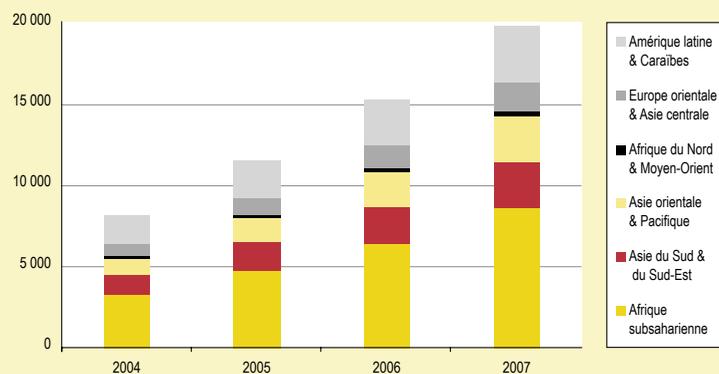
Estimation des ressources mondiales

Entre janvier 2002 et avril 2004, l'ONUSIDA a organisé, en partenariat avec le Futures Group et avec l'appui de la Banque interaméricaine de Développement, de la Banque mondiale et de la Banque asiatique de Développement, neuf ateliers régionaux et sous-régionaux destinés à former des équipes nationales aux méthodologies et modèles utilisés pour estimer les besoins en ressources. Au cours de ces ateliers, 78 équipes, comprenant plus de 155 spécialistes, ont produit des estimations par pays des coûts unitaires et de la taille des populations pour des groupes clés de la population exposés à un risque accru d'infection à VIH. Les spécialistes nationaux et les experts de l'ONUSIDA ont estimé ensemble les besoins en ressources, révélant ainsi les lacunes en matière de fonds et contribuant à fixer de nouvelles priorités.

Si l'on excepte la formation en cours d'emploi des enseignants et des personnels de santé, ainsi qu'un renforcement partiel des laboratoires, ces estimations ne comprennent pas les ressources requises pour le renforcement des capacités dans le domaine des ressources humaines ou de l'infrastructure nécessaire à la prestation de ces services. Ainsi, ces estimations, prises ensemble, donnent un chiffre global qui représente le montant minimum nécessaire pour atteindre les objectifs adoptés lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en 2001 (ONUSIDA, 2003a).

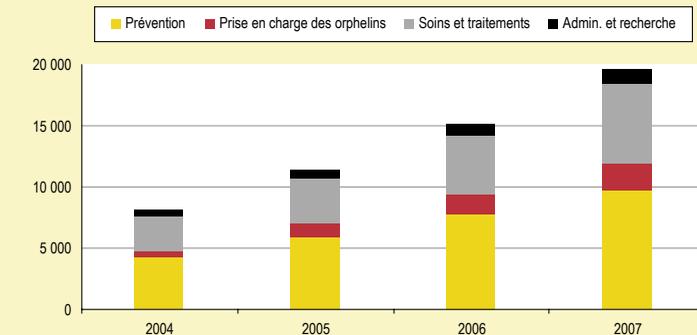
Figure 35

Projection des besoins financiers annuels pour combattre le VIH et le SIDA, par région, 2004-2007 (en millions de dollars)



Source : ONUSIDA, 2004

Besoin mondial de ressources pour la prévention, la prise en charge des orphelins, les soins et les traitements, ainsi que pour l'administration et la recherche, 2004-2007 (en millions de dollars)



Source : ONUSIDA, 2004

Figure 36

L'OMS et l'ONUSIDA fixent un objectif pour les traitements

Au cours de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2003, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Directeur exécutif de l'ONUSIDA ont affirmé que le manque d'accès aux traitements du VIH constituait une 'urgence sanitaire mondiale'. A cette date, seules 400 000 personnes bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale sur les cinq à six millions de séropositifs vivant dans les pays à faible et moyen revenus qui en avaient besoin. En outre, la lenteur de la distribution signifiait qu'on ne parviendrait guère qu'à un million de personnes sous traitement d'ici à 2005.

Pour porter ce nombre à trois millions de personnes sous thérapie antirétrovirale d'ici à la fin de 2005, l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé un appel en faveur d'une action internationale qui s'appuierait sur la vision et les fondations solides mises en place par des programmes novateurs dans les pays à faible et moyen revenus. Pour parvenir à cet objectif de '3 x 5' (3 millions d'ici à 2005), il faudra 5,5 milliards de dollars en 2004-2005, soit environ 80% des fonds nécessaires dans le monde pour le traitement et la prise en charge en 2004-2005 (voir Chapitre 'Traitement') (Gutiérrez et al., 2004).

Ce montant couvre l'appui direct aux programmes de traitement, à savoir :

- *Le coût des patients* – conseil et tests diagnostiques, distribution de préservatifs aux patients, médicaments antirétroviraux, traitement et prophylaxie des infections opportunistes, soins palliatifs, et tests de laboratoire pour les patients montrant des signes de toxicité ;

- *Le coût des programmes* – renforcement des éléments suivants : formation en cours d'emploi et recrutement de médecins, personnels infirmiers, agents de santé communautaires et volontaires ; encadrement et suivi ; systèmes de distribution de médicaments ; précautions universelles ; prophylaxie après exposition ; et, dans certains pays, acquisition de technologie diagnostique.

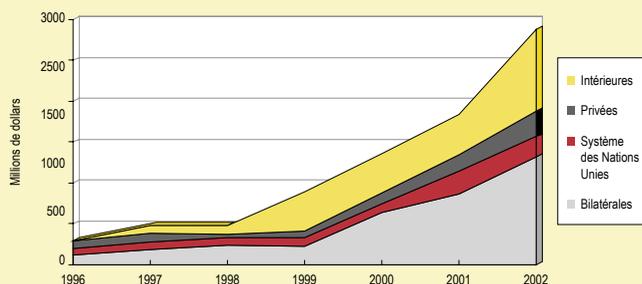
Au début de 2004, des gouvernements nationaux, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale, le Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA, et d'autres donateurs bilatéraux et fondations avaient annoncé des contributions d'un peu plus de 2 milliards de dollars pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux dans 34 des pays les plus touchés d'ici à la fin de 2005, ce qui laisse un déficit de 3,5 milliards de dollars.

Mais on note d'énormes différences entre les pays : certains pays disposent déjà des fonds nécessaires pour couvrir leurs objectifs de traitement, alors que d'autres connaissent d'importants manques de fonds. Il faut poursuivre les travaux qui permettent d'estimer les coûts à long terme de la thérapie antirétrovirale, ainsi que les avantages directs et indirects d'un investissement dans l'élargissement des traitements, et de définir les mécanismes susceptibles d'assurer la viabilité des programmes.

Manque d'équité dans l'achat des antirétroviraux

« Je peux prendre ces comprimés, car avec le salaire que je gagne en tant que juge, je suis capable d'en assumer le coût... Je suis donc l'incarnation même de l'inégalité en matière de disponibilité et d'accès des médicaments en Afrique... Ma présence ici personifie les injustices du SIDA en Afrique car, sur un continent dans lequel 290 millions d'Africains survivent avec moins d'un dollar par jour, je peux me permettre des médicaments qui coûtent chaque mois environ 400 dollars. Au milieu de la misère de l'Afrique, je suis là, devant vous, car j'ai les moyens de m'acheter la santé et la vigueur. Je suis ici parce que je peux me permettre de me payer la vie elle-même. » – Juge Edwin Cameron, Haute Cour de Johannesburg, Afrique du Sud

Dépenses institutionnelles liées au VIH et au SIDA 1996-2002
(décaissements en millions de dollars)



Source : Consortium ONUSIDA de suivi des ressources

Figure 37

Par comparaison, pour l'ensemble des pays à faible et moyen revenus, si l'on se base sur les dépenses de 2002, les lacunes annuelles en matière de financement de la prévention sont estimées à 3,8 milliards de dollars uniquement pour 2005 (Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2003).

Comment satisfaire les besoins de la planète en matière de ressources

Cinq voies de financement composent le flux de ressources nécessaires pour mettre en place une riposte globale à l'épidémie dans les pays à faible et moyen revenus : les dépenses internes, le financement bilatéral, le soutien du système des Nations Unies (y compris la Banque mondiale), le Fonds mondial et le secteur privé, y compris les fondations. Deux tiers du financement mondial pour 2005 et pour les années suivantes devraient provenir de la communauté internationale. La plupart de ces montants seront dépensés pour répondre aux besoins des pays les plus pauvres et les plus touchés d'Asie et d'Afrique subsa-

harienne. Ces pays se reposeront sur des donateurs extérieurs pour satisfaire jusqu'à 80% de leurs besoins. Ailleurs, la plus grande part des ressources destinées à combattre le SIDA devrait provenir de sources intérieures, y compris les gouvernements nationaux, la société civile, le secteur des entreprises et les dépenses personnelles des individus et des familles affectés.

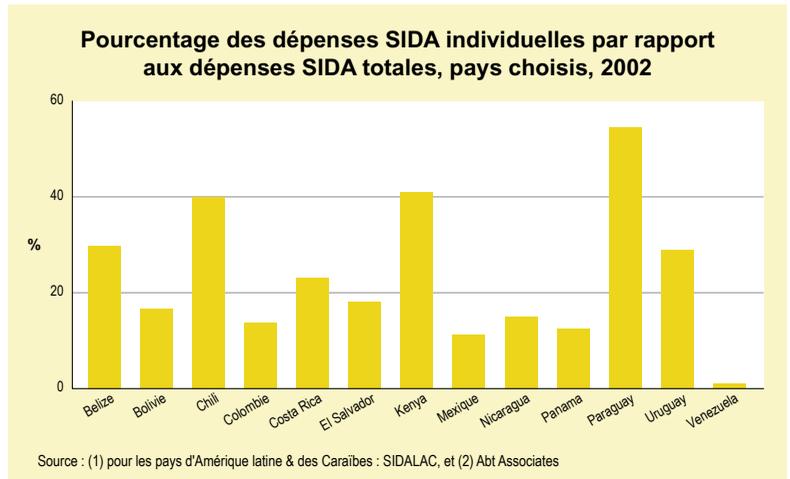
Dépenses intérieures – secteur public et dépenses individuelles

Secteur public

L'ONUSIDA estime qu'en 2002 les dépenses intérieures totales des gouvernements étaient d'environ 995 millions de dollars, pour les programmes de lutte contre le SIDA dans 58 pays à faible et moyen revenus ayant fourni des données sur trois ans – soit le double des montants documentés en 1999 (ONUSIDA, 2003c). Plusieurs pays ont accru leurs dépenses SIDA, parfois de manière spectaculaire.

L'Afrique du Sud par exemple, qui compte le plus grand nombre de séropositifs dans le monde, a augmenté ses dépenses SIDA dans son budget national 2003-2004 de 86% en termes nominaux par rapport à l'année fiscale précédente (Hickey, 2004). Ses provinces ont également accru les montants discrétionnaires qu'elles consacrent au SIDA de 0,74% dans le budget de 2002-2003 à 1,22% en 2003-2004 (Hickey, 2003). La Chine a également considérablement augmenté ses budgets SIDA. En 2001, elle a consacré environ 300 millions de dollars à la lutte contre l'épidémie. En 2003, ce chiffre était passé à 1,2 milliard de dollars (Nations Unies/Ministère de la Santé de Chine, 2003).

Figure 38



En Europe orientale et en Asie centrale, il ne faudrait que 2-3% du total projeté des dépenses régionales de santé pour 2007 pour atteindre les objectifs de couverture fixés pour les activités de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH cette année-là. Bien que les pays aient entrepris des réformes radicales de leurs systèmes de santé, quelque huit dollars sur dix dépensés pour la santé sont actuellement absorbés par un problème hérité du passé, à savoir un système coûteux et chancelant centré sur les hôpitaux. Il reste ainsi bien peu de ressources pour des activités de prévention de quelque maladie que ce soit. En l'état actuel des choses, pour atteindre les objectifs de dépenses SIDA pour 2007, ces pays devront accroître les fonds actuellement alloués d'environ 30% chaque année (The Futures Group, 2003).

Le Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH estime que les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient devront pratiquement décupler leurs dépenses de 2002 pour faire face à l'épidémie (Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2003).

Dès 2000, la région d'Amérique latine et des Caraïbes obtenait 98% de ses fonds SIDA auprès de sources intérieures, c'est pourquoi la région a de bonnes chances de financer elle-même ses activités jusqu'à 2007. Il suffirait d'un pour cent des dépenses totales de santé pour atteindre les objectifs de couverture pour 2007 dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du VIH. Cependant, les pays les plus pauvres de la région auront probablement besoin d'un soutien important des donateurs extérieurs (Banque interaméricaine de Développement, 2003).

En Afrique, au Sommet de l'Organisation de l'Unité africaine en 2001 à Abuja, les pays africains se sont engagés à augmenter progressivement les montants qu'ils consacrent à la santé à 15% de leurs budgets nationaux. Pour réellement atteindre cet objectif d'ici à 2007, il suffirait de 3% environ des dépenses de santé 2007 pour faire face au SIDA dans la région. Toutefois, en

Afrique comme ailleurs, le SIDA ne représente qu'une priorité parmi de nombreuses autres et les dépenses de santé fluctuent chaque année. Jusqu'ici un petit nombre de pays seulement (Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie et Tchad) ont atteint l'objectif de 15% à un moment ou un autre.

Dans de nombreux pays africains, l'aide extérieure soutient le budget national, de sorte que les allocations à la santé ne représentent pas nécessairement des fonds recueillis exclusivement auprès de sources intérieures. Par exemple, un rapport du Human Sciences Research Council (Conseil de la recherche en sciences humaines) affirme que plus de la moitié des dépenses consacrées au SIDA par le Gouvernement du Mozambique sont couvertes par des sources extérieures (Martin, 2003).

En dernière analyse, dépendre d'un appui financier extérieur pour des activités de lutte contre le SIDA soulève le problème de la viabilité à long terme – considération particulièrement importante pour les programmes de traitements antirétroviraux.

Combien les individus paient-ils de leur poche ?

Seuls quelques pays, principalement en Amérique latine, ont systématiquement recueilli des informations concernant les dépenses individuelles. Cette information ne donne qu'un aperçu du tableau d'ensemble mais elle suggère

6

Le coût individuel d'un traitement : l'histoire de Rebecca

Rebecca vit à Kampala, Ouganda, avec 12 membres de sa famille élargie. En 1992, après de nombreux mois de maladie, son mari est décédé du SIDA. Elle s'est occupée de lui jusqu'à la fin et n'avait pas réalisé qu'il avait le SIDA, car il le niait. Mais lorsque son jeune fils Julius est tombé malade de la tuberculose, ils ont fait tous les deux un dépistage du VIH et découvert qu'ils étaient tous les deux infectés. En 2001, Rebecca est tombée très malade et sa famille a convaincu les médecins de la placer sous antirétroviraux ; ils avaient déjà perdu quatre membres de la famille à cause du SIDA.

Le financement des médicaments est un combat de tous les instants. Une femme en Grande-Bretagne a entendu parler de Rebecca par une ONG et apporte son aide en envoyant des dons lorsqu'elle le peut. Mais Rebecca continue à vivre dans une incertitude permanente et les factures ne cessent d'arriver. L'une de ses récentes factures de pharmacie se monte à 376 950 shillings ougandais (190 dollars). En plus des médicaments, elle doit payer 10 000 shillings (5 dollars) pour chaque consultation et 50 000 shillings (25 dollars) pour une numération des CD4. Les déplacements jusqu'au dispensaire lui coûtent 3000 shillings (1,50 dollar). Julius n'est pas encore sous antirétroviraux, mais il lui faut de temps à autre un traitement contre une infection opportuniste et cela aussi coûte des sous. La famille survit actuellement grâce aux salaires du frère de Rebecca, qui est chauffeur et de sa sœur, qui est enseignante. Deux autres sœurs mariées qui vivent ailleurs contribuent aussi aux frais du ménage (ONUSIDA, 2003b).

que d'énormes montants sont engagés par les ménages pour leurs propres soins de santé liés au VIH. En 2002, dans 14 pays d'Amérique latine, les dépenses individuelles représentaient entre 17% et 24% du total des dépenses imputables au SIDA (voir Figure 38). Dans certaines parties d'Afrique, on estime que ce chiffre est beaucoup plus élevé, bien que le total des dépenses soit loin de couvrir les besoins estimés des pays

Dans chaque pays dont les ressources sont limitées et qui connaît une épidémie généralisée, les dépenses individuelles représentent une part importante de l'ensemble des dépenses de santé consacrées au SIDA, allant de 41% au Kenya (2002) à 93% au Rwanda (1998). Ces chiffres sont une preuve alarmante du fardeau financier que fait peser le SIDA sur les familles. Au Kenya, les ménages comptant au moins une personne séropositive au VIH dépensent quatre fois plus pour les soins de santé que les ménages qui ne sont pas touchés. Au Rwanda, 66% des ménages reçoivent une aide de leur église ou de leur famille, 18% contractent des emprunts auprès de la famille ou des amis et 5% vendent des biens pour faire face aux dépenses liées au VIH.

Les moyennes masquent les inégalités dans les schémas de dépense de la population. Au Rwanda, les estimations concernant les dépenses individuelles sur le VIH et le SIDA montrent que les 20% les plus riches de la population dépen-

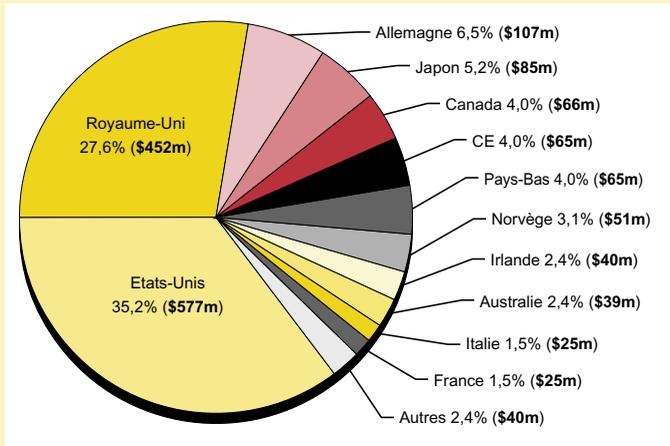
sent 13 fois plus que les 20% les plus pauvres, et que les hommes dépensent 2,6 fois plus que les femmes. Au Kenya, les 20% les plus riches de la population dépensent 10 fois plus que les plus pauvres. Ces différences se reflètent dans les énormes disparités en matière d'accès au traitement et à la prise en charge.

En 2003, les dépenses individuelles sur le SIDA ont probablement dépassé un milliard de dollars dans le monde (ONUSIDA, 2003a). Au niveau régional, la part des besoins financiers en matière de santé qui sont satisfaits par des dépenses individuelles semble inversement proportionnelle aux dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé. Cela signifie que les familles individuelles paient probablement d'autant plus de leur poche que l'infrastructure du service de santé publique est insuffisante.

Financement bilatéral des activités SIDA

En 2003, les projections indiquaient que les pays à revenu élevé dépenseraient environ 3,6 milliards de dollars pour aider les pays à faible et moyen revenus à faire face au SIDA – 20% de plus qu'en 2002. Au début de 2003, le Président George W. Bush a proposé que les Etats-Unis engagent 15 milliards de dollars sur cinq ans pour riposter au SIDA dans les pays à faible et moyen revenus. Environ 9 milliards de ces nouvelles ressources

Projection des décès liés au VIH et au SIDA par les principaux donateurs bilatéraux (millions de dollars) pour 2003



Source : Suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2001. Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003.

Figure 39

sont destinés à 12 pays africains, plus le Guyana et Haïti. Le reste soutiendra des activités de lutte contre le SIDA en cours dans d'autres pays à faible et moyen revenus. Un milliard de dollars de ces ressources nouvelles a été promis au Fonds mondial. Le Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis a commencé à dépenser ces montants en 2004 et alloué 2,4 milliards de dollars pour la première année.

L'intérêt d'un investissement précoce pour éviter des coûts ultérieurs plus élevés est particulièrement évident dans le cas du SIDA. La plupart des pays industrialisés devront proposer des augmentations massives de leur aide directe aux pays les plus pauvres pour leurs programmes de lutte contre le VIH et le SIDA. Pour obtenir un impact maximum, ces ressources devront venir en supplément et ne pas être enlevées aux autres priorités des programmes de développement destinées à réaliser les Objectifs de développement pour le Millénaire.

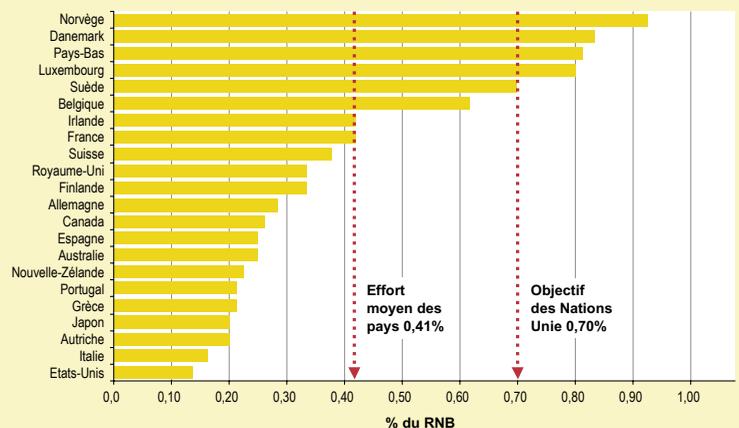
Il y a 40 ans, l'Organisation pour la Coopération et le Développement économiques (OCDE) demandait aux pays à revenu élevé de consacrer 0,7% au moins de leur produit national brut à l'aide publique au développement. Cette mesure

a été par la suite adoptée par les Etats Membres des Nations Unies. Cependant, cinq pays seulement ont atteint cet objectif : le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède. On observe un engagement mondial renouvelé dans des partenariats susceptibles de réaliser les Objectif de développement pour le Millénaire et de surmonter les conditions qui alimentent l'épidémie de SIDA, telles que la pauvreté, la faim et les inégalités. Cependant, le déficit de ressources reste important.

En 2002, la Conférence de Monterrey sur le financement du développement a constitué une nouvelle étape vers un partage international des charges pour atteindre les grands objectifs mondiaux du développement. Les pays participants ont annoncé des contributions qui se traduiront par une augmentation des flux de ressources de l'aide publique au développement, qui passeront de 58 milliards de dollars en 2002 à 75 milliards de dollars en 2006 (ou de 0,23% à 0,29% des revenus nationaux bruts – c'est-à-dire

Figure 40

Aide publique au développement (APD) nette en pourcentage du revenu national brut (RNB), 2003



Source : Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), 2004

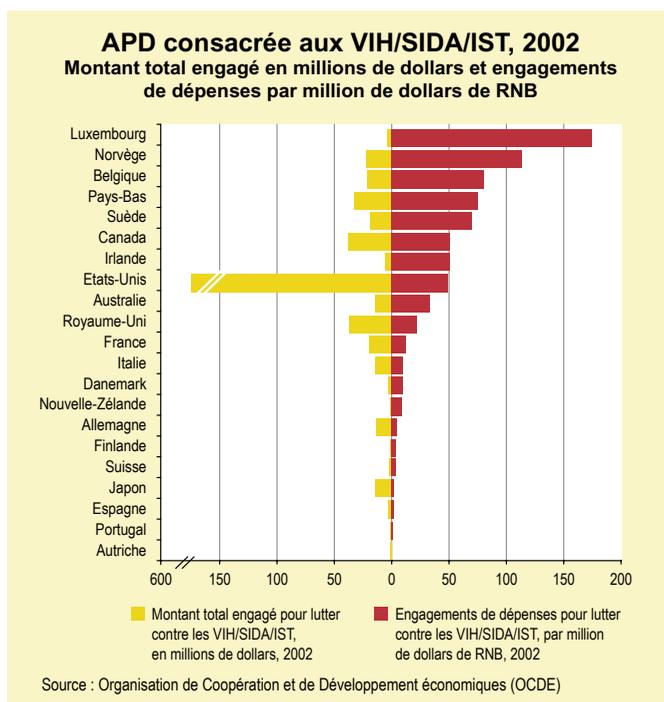


Figure 41

des capacités nationales aux fins d'une budgétisation adaptée au SIDA et d'une utilisation efficace et efficiente des fonds. Il appuie également les efforts faits par les donateurs pour harmoniser les pratiques et réduire les coûts de transaction. Les activités traditionnelles dans le domaine du développement forment la base de la quasi-totalité des interventions sur le VIH : lutte contre la pauvreté et les inégalités ; renforcement des infrastructures ; et développement des capacités.

Sources du système des Nations Unies, y compris les subventions de la Banque mondiale

du total des revenus intérieurs et extérieurs revendiqués par les résidents de l'économie). Cette mesure apportera des fonds supplémentaires importants, mais on sera encore terriblement loin de l'objectif de 0,7%.

Toutes les parties prenantes doivent continuer à rechercher des moyens novateurs pour réunir les ressources intérieures et internationales permettant de faire face au problème partagé par tous de l'impact du SIDA sur le développement, les économies, les sociétés et les politiques. Dans les pays les plus touchés, le SIDA a prélevé son tribut sur les ressources et les capacités essentielles de développement. Néanmoins, les investissements dans la prévention du VIH, le traitement du SIDA et l'atténuation de l'impact ont prouvé qu'ils constituaient une bonne pratique sur le plan du développement et, pour certains pays, un impératif de survie nationale.

Pour utiliser efficacement ces ressources accrues de l'aide publique au développement, il faudra que toutes les entités concernées reconnaissent réellement la dimension 'développement' du SIDA, ainsi que la dimension 'SIDA' du développement. L'ONUSIDA soutient le renforcement

Vingt-neuf organismes du système des Nations Unies sont engagés dans la riposte au SIDA, dont neuf sont des Coparrainants de l'ONUSIDA (voir Chapitre 'Vaincre le SIDA'). Les Coparrainants consacrent des ressources au SIDA et participent financièrement au Budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA.

Dans le cadre du système des Nations Unies, la Banque mondiale est la plus importante source de financement de la lutte contre le SIDA dans les pays à faible revenu. Les prêts de la Banque mondiale destinés à lutter contre le VIH peuvent être considérables, comme c'est le cas au Brésil et en Inde. Ils sont considérés comme des ressources intérieures, car les pays doivent les rembourser.

Les subventions de la Banque mondiale sont des contributions multilatérales directes dont le but est de fournir les ressources nécessaires à une approche globale du SIDA. Depuis septembre 2002, les pays de l'Association internationale de Développement ont bénéficié de ces subventions. Ce sont des pays relativement pauvres (avec un revenu national brut inférieur à 86 dollars par habitant et par an) qui ont besoin de ressources à des conditions extrêmement favorables et qui ont

mis en œuvre des politiques sociales de promotion de la croissance et de réduction de la pauvreté.

La Banque mondiale, par l'intermédiaire de son Programme plurinational de lutte contre le SIDA, a approuvé des subventions ou des prêts sans intérêt à hauteur d'un milliard de dollars à l'appui des programmes de lutte contre le SIDA en Afrique subsaharienne. Le programme, lancé en 2000, constitue la première phase d'un engagement à long terme de financement direct des initiatives de lutte contre le SIDA. Il trouve des moyens nouveaux et originaux pour transférer les fonds aux exécutants de première ligne. Il privilégie en particulier les projets communautaires et le minimum d'obstacles bureaucratiques. En janvier 2004, 822,3 millions de dollars avaient été promis à 24 pays de la région ; 170,6 millions de dollars avaient été décaissés. Le Programme a engagé 16,6 millions de dollars de plus dans des projets sous-régionaux et transfrontaliers.

Dans les Caraïbes, la Banque a lancé une initiative analogue par laquelle 155 millions de dollars seront décaissés sous forme de prêts sur cinq ans. En janvier 2004, plus de 85 millions de dollars avaient été promis à cinq pays, dont près de 10,5 millions de dollars avaient été décaissés (Banque mondiale, 2003). En 2003, la Banque mondiale a approuvé un prêt de 100 millions de dollars au Brésil pour lutter contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles, portant l'engagement de la Banque à la lutte contre l'épidémie au Brésil à 430 millions de dollars. La contribution du Gouvernement du Brésil lui-même se monte à 100 millions de dollars.

En plus de son Programme plurinational de lutte contre le SIDA, la Banque contribue au financement de toute une série de programmes de lutte contre le SIDA dans 25 pays ; les engagements pour 2003 seulement se montaient à un peu

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme : annonces de contributions et montants reçus, au 31 décembre 2003

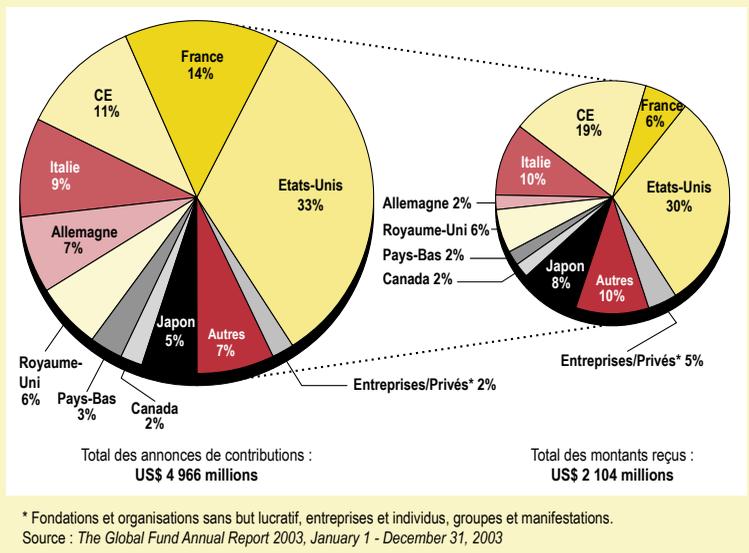


Figure 42

plus de 213 millions de dollars. La plupart de ces sommes sont distribuées sous forme de prêts plutôt que sous forme de subventions.

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

En janvier 2002, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a été créé sous la forme d'un partenariat entre des gouvernements, la société civile et le secteur privé. Son mandat est d'apporter des fonds nouveaux et de créer de nouveaux moyens de décaisser des fonds pour combattre ces maladies qui, à elles trois, tuent plus de 6 millions de personnes chaque année.

D'ici à la fin de 2003, le Fonds mondial avait approuvé 227 subventions pour un total de 2,1 milliards de dollars pour 124 pays et avait déjà décaissé 232 millions de dollars (Fonds mondial, 2004). Environ 60% de ces ressources sont destinées à des programmes de lutte contre le SIDA, 23% vont au paludisme et 17% à la tuberculose. Tous les pays à faible et moyen revenus en ont bénéficié, mais, à ce jour, l'Afrique subsaha-

rienne a reçu 60% de ces montants. Cette région connaît le fardeau de morbidité le plus élevé et les ressources les plus limitées.

En janvier 2004, près de 5 milliards de dollars avaient été annoncés pour la période allant jusqu'à 2008 et au-delà ; 2,1 milliards de dollars avaient effectivement été déposés sur les comptes du Fonds mondial. En 2004, le Fonds mondial devrait recevoir encore 1,2 milliard de dollars sur les montants annoncés, soit environ 400 millions de dollars de moins que ce qu'il avait prévu pour couvrir ses engagements de l'année (Fonds mondial, 2004a). Ce déficit immédiat devra être comblé par les pays à revenu élevé.

A long terme, le Fonds mondial espère également accroître les dons de fondations du secteur privé et d'individus pour contribuer à répondre à ses besoins (Cashel et Rivers, 2003). Actuellement, 2% seulement de ses fonds proviennent du secteur privé ; les 98% restants sont apportés par des gouvernements (Fonds mondial, 2003).

Toutefois, l'argent, de quelque source qu'il provienne, n'arrive que très lentement. Pour contribuer à atténuer les incertitudes entourant le fonctionnement du Fonds, 100 ONG du monde entier ont lancé une coalition nommée 'Fund the Fund (Financer le Fonds)', campagne destinée à recruter des partisans réguliers et engagés en faveur du Fonds mondial. A partir de 2004, le Fonds mondial organisera chaque année une série de propositions de subventions, sous réserve de la disponibilité des ressources.

Le concept de 'complémentarité' est le principe clé du Fonds. Il signifie que ses ressources complètent, mais ne remplacent jamais un financement budgétisé. Il implique que les dons doivent être des montants nouveaux, et non des fonds redistribués à partir des budgets existants de l'aide internationale. A l'échelon pays, les dons doivent s'ajouter aux montants budgétisés provenant d'autres sources et non pas être utilisés pour débloquer des fonds destinés au SIDA et les dépenser dans d'autres domaines. Cependant, ce principe n'a pas toujours été honoré. Parfois, les contributions du Fonds

Figure 43

Fonds engagés par les 15 principaux organismes donateurs américains en 2002 (en millions US\$)	
Fondations Gates	89,0
Fondations Bristol-Myers Squibb	16,9
Fondation Henry J. Kaiser Family	16,2
Fondation Ford	14,0
Fondation Rockefeller	12,9
Fondation des Nations Unies	12,3
Fondations Elizabeth Glaser Pediatric AIDS	11,8
Fondations Merck Company	11,4
Fondations Open Society Institute/Soros	7,8
Fondation Robert Wood Johnson	7,8
Fonds Laboratoires Abbott	6,9
Fonds M.A.C AIDS	5,6
Fondation Starr	5,5
Fondation W.K. Kellogg	5,4
Broadway Cares/Equity Fight AIDS	5,4
TOTAL	228,9

Source : Funders concerned about AIDS, *Report on HIV/AIDS grantmaking by US philanthropy, 2003.*

mondial ont été extraites des budgets de l'aide au développement ou ont été considérées par plusieurs pays africains comme figurant dans le cadre des allocations de dépenses.

Secteur privé, y compris les fondations et ONG

Fondations

Une enquête portant sur les principaux pourvoyeurs de subventions des Etats-Unis, effectuée en 2002 par Funders Concerned about AIDS fournit un tableau des contributions des fondations (voir Figure 43). Les chiffres comprennent les dons aux programmes intérieurs et internationaux, mais environ 63% de l'argent des 10 fondations les plus importantes est dépensé à l'étranger. Les données disponibles suggèrent que les engagements de 2002 étaient considérablement inférieurs à ceux de 2001 – année qui a vu le niveau d'engagement le plus élevé jamais

enregistré de la part des fondations internationales. Mais les dons sont souvent censés couvrir plusieurs années, si bien qu'il est difficile d'identifier exactement les montants dépensés à chaque période.

Organisations non gouvernementales internationales

En 2002, un certain nombre d'ONG internationales ont contribué environ 95,5 millions de dollars à la riposte au SIDA. Ces fonds proviennent d'organisations caritatives, de privés et de fondations (autres que les principales fondations des Etats-Unis mentionnées en page 141) et de gouvernements.

Le monde des entreprises

Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, certaines industries connaissent une véritable hémorragie de main-d'œuvre et de compétences, au fur et à mesure que leurs employés tombent malades, doivent quitter leur emploi ou meurent du SIDA. De nombreuses entreprises sont aussi confrontées au fardeau financier que représentent l'augmentation des coûts des soins de santé, des pensions et de la formation de nouveaux personnels.

Quelque 4% des besoins mondiaux en ressources liées au SIDA sont destinés à des activités sur le lieu de travail. Ici aussi, il est difficile d'évaluer le niveau d'engagement car l'information concernant les dépenses sociales des compagnies n'est pas systématiquement diffusée. Toutefois, une récente enquête réalisée par l'Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement social avec l'appui de l'ONUSIDA, suggère que 21% des principales sociétés transnationales disposent de programmes d'un type ou d'un autre concernant le SIDA sur le lieu de travail. La Coalition mondiale des entreprises sur le VIH/SIDA comme l'Initiative pour la santé mondiale du Forum économique mondial encouragent une plus grande participation du secteur privé dans la riposte à l'épidémie (voir Chapitres 'Ripostes nationales' et 'Traitement'). A elles deux, elles comptent plus de 150 membres (UNAIDS,

2003c ; Coalition mondiale des entreprises sur le VIH/SIDA, 2001).

Ressources consacrées à la recherche et au développement de vaccins et microbicides

Les fonds privés à eux seuls ne peuvent faire avancer la recherche en matière de développement des techniques de prévention, telles que les vaccins et les microbicides. Le prix de ces produits devrait être fixé de façon que les personnes dont les revenus sont limités puissent se les procurer. Des investissements publics directs sont nécessaires pour mettre au point ces produits et faire en sorte que des marchés existent lorsqu'ils seront disponibles.

Les produits tels que les vaccins et les microbicides sont d'excellents exemples de 'biens publics mondiaux', c'est-à-dire des biens qui présentent des avantages au-delà des personnes qui les utilisent directement. Par conséquent, les biens publics mondiaux peuvent être considérés comme méritant largement un appui public pour compléter les investissements privés. Dans le cas des techniques de prévention du VIH, chaque infection évitée supprime une chaîne potentielle d'infections résultant de l'infection primaire.

Les principaux partenaires publics qui financent actuellement des essais cliniques dans des pays à faible et moyen revenus sont notamment les National Institutes of Health (Etats-Unis), le Medical Research Council (Royaume-Uni), l'Agence nationale de recherches sur le SIDA (France) et le Partenariat Europe-Pays en développement sur les essais cliniques.

Malgré les nombreuses difficultés rencontrées dans la collecte des données, l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA a déterminé approximativement quels montants sont investis dans le monde pour découvrir et mettre au point des vaccins contre le SIDA. En 2002, dernière année de son analyse, l'estimation préliminaire est de 540-570 millions de dollars – une augmentation d'environ 100 millions de dollars par rapport à son estimation de 2001. Sur ces

Figure 44

Financement de la recherche sur les microbicides, en dollars				
SOURCE	2000	2001	2002	2003
Financement par des organisations philanthropiques	\$26 938 920	\$24 036 874	\$2 993 180	\$63 000 000
Financement par des pays et organismes choisis *	\$350 000	\$0	\$67 435 262	\$4 822 117
Financement par les Etats-Unis	\$34 635 492	\$61 266 031	\$75 280 722	\$78 771 000

* Canada, Danemark, France, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni, UNFPA, Banque mondiale
Source : Lamphear TL. Funding for Microbicides: An Overview Chart. Silver Spring, Maryland, USA. Alliance for Microbicide Development, mars 2004.

montants, la part du secteur privé est de moins d'un quart ; l'industrie pharmaceutique fournit 14% et l'industrie des biotechnologies 7%.

Selon l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA, les investissements du secteur public dans la recherche vaccinale semblent prêts à s'accroître. Toutefois, le financement global n'arrive pas au niveau des besoins. Les prévisions de l'Initiative indiquent que les investissements des compagnies pharmaceutiques innovatrices et de l'industrie des biotechnologies pourraient baisser avec l'augmentation des coûts de la recherche et du développement, les problèmes de l'économie américaine et les difficultés rencontrées par les compagnies biotechnologiques pour renouveler leur capital-risque (Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA, 2003).

Le financement de la recherche sur les microbicides est suivi par l'Alliance pour le développement des microbicides. Le domaine des microbicides diffère des autres secteurs concernés par les techniques de santé publique oubliées, car la quasi-totalité de tous les créateurs et fabricants de ces produits sont de petites compagnies de biotechnologie, des organisations sans but lucratif et des institutions universitaires dont les fonds et les capacités sont limités.

Sur les 40 microbicides potentiels en cours de mise au point en 2004, un seulement a trouvé le soutien d'une grande compagnie pharmaceutique (Tibotec, filiale de Johnson and Johnson) qui collabore avec le Partenariat international pour les microbicides. En 2003, près de 79 millions de dollars ont été engagés dans la recherche sur les microbicides, plus de la moitié provenant des Etats-Unis et le reste d'institutions philanthropi-

ques et autres donateurs bilatéraux et organismes multilatéraux.

Transformer les fonds en action concrète – faire face aux problèmes de capacité des programmes et aux blocages du financement

Pour rattraper l'épidémie, il faudrait que les ressources parviennent là où elles sont le plus nécessaire et où elles seraient utilisées de manière plus 'intelligente', à savoir plus efficacement et plus rationnellement. Mais pour obtenir une image cohérente du mouvement des fonds contre le SIDA et de la manière dont ils sont dépensés, il faut pratiquement se lancer dans une enquête policière : il s'agit de fouiller dans les dossiers financiers des départements, institutions et organisations gouvernementaux pour trouver l'information pertinente au SIDA. Il est absolument essentiel pour la planification d'établir des dossiers systématiques sur les mouvements financiers. Pourtant, les régions les plus touchées n'accordent guère de priorité au suivi des ressources liées au SIDA, domaine peu développé ou même totalement négligé.

Suivre les mouvements de ressources et leurs liens avec les activités de suivi et d'évaluation

Depuis 1998, l'ONUSIDA recueille les données essentielles sur les sources de financement et sur la manière dont les fonds sont utilisés pour riposter au SIDA. Pour encourager une circulation régulière et sûre des fonds provenant de toutes les sources, il est essentiel de disposer de l'information démontrant que ces ressources

sont utilisées efficacement et obtiennent des résultats. En 2002, dans le cadre de cette activité, l'ONUSIDA a créé un Consortium pour le suivi des ressources mondiales de lutte contre le SIDA composé d'experts internationaux dans ce domaine, qui sont chargés :

- d'élaborer des stratégies pour améliorer le processus de collecte des données sur les mouvements des ressources mondiales consacrées à la réalisation des objectifs de la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001 et des Objectifs de développement pour le Millénaire ;
- d'identifier les lacunes, les doubles emplois et les avantages comparatifs des organisations qui recueillent les données ;
- d'identifier les priorités stratégiques essentielles pour le suivi des mouvements de ressources dans l'avenir ;
- d'atteindre un consensus concernant les méthodologies et définitions utilisées pour recueillir les données relatives aux mouvements des ressources consacrées au SIDA ;
- de rationaliser l'interprétation et la communication des données ;
- de faire en sorte que les méthodes et les sources de données utilisées pour estimer les mouvements de ressources dans le monde soient cohérentes et complémentaires de celles qui sont employées pour la modélisation économique et épidémiologique.

Par ailleurs, l'ONUSIDA a demandé que les pays et la communauté internationale accordent davantage d'attention et de ressources au suivi de la mise en œuvre et de l'impact des programmes de prévention, de traitement et d'atténuation. Dans le cadre de ses fonctions de plaidoyer, l'ONUSIDA collabore étroitement avec ses partenaires internationaux pour identifier, harmoniser et mesurer de façon cohérente les informations les plus utiles. Il travaille également avec les pays pour développer les Systèmes d'information sur la riposte des pays qui permettent de mesurer les progrès accomplis. La Déclaration d'engagement

des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001 a poussé la communauté internationale à surveiller et comparer les progrès réalisés dans les régions et dans les différents pays. Il deviendra encore plus important de mettre en parallèle les coûts et l'impact au fur et à mesure que nous connaîtrons mieux la manière la plus efficace d'utiliser les ressources financières.

SIDALAC – Initiative régionale de lutte sur le SIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes – et Abt Associates-Partners for Health Reform facilitent la prise de décisions en surveillant les ressources dépensées dans les pays pour prévenir la propagation du VIH et pour traiter les maladies qui lui sont associées. En Afrique du Sud, l'Institute for Democracy s'attache à encourager des processus analogues dans la région africaine et a entrepris une analyse comparative des budgets et du suivi des fonds SIDA dans cinq pays africains et cinq pays d'Amérique latine. Le projet forme les ONG locales à contrôler de manière indépendante les dépenses publiques sur le SIDA.

Les limites de la capacité programmatique

Les pays rencontrent des problèmes importants lorsqu'ils tentent d'élargir la riposte au VIH. De nombreux facteurs limitent la capacité programmatique des pays à faible et moyen revenus et ils peuvent être groupés en trois grandes catégories de problèmes : une pression et une concurrence sans relâche pour des ressources limitées ; les difficultés rencontrées pour combattre la stigmatisation et la discrimination ; et une mauvaise coordination entre les partenaires tant intérieurs qu'extérieurs.

Il est évident que l'ampleur des nouvelles ressources nécessaires à une riposte globale à l'épidémie de VIH exigera une augmentation très importante des niveaux actuels des dépenses intérieures dans les pays touchés. Dans nombre de ces pays, il est très probable que l'augmentation des dépenses sur le SIDA se heurtera à des problèmes de capacité.

Comme l'a fait observer le Dr Ndwapi Ndwapi, Directeur du programme de traitement antirétroviral de l'Hôpital Princess Marina au Botswana : « Bien des gens pensent que la plus grande difficulté consiste à obtenir les fonds pour mettre en œuvre un plan. Mais lorsque vous disposez de l'argent, vous découvrez soudain des obstacles apparemment insurmontables. Les graves insuffisances du système, qui posent problème depuis un certain temps, ne sont que trop évidentes lorsque vous demandez au système d'accomplir une tâche aussi colossale que de placer 100 000 personnes sous traitement. » (IRIN, 2004).

Capacités humaines en Afrique

De nombreux pays africains ont enregistré des améliorations de la croissance économique et des prestations de santé, mais un grand nombre d'entre eux sont confrontés à une crise croissante des capacités humaines et institutionnelles, qui ralentit leur aptitude à mettre en œuvre leurs stratégies et programmes de développement pour avancer vers la réalisation des grands objectifs du développement.

Les secteurs de la santé et de l'éducation doivent faire face à une crise des effectifs, à un contexte institutionnel faible et à des problèmes de recrutement et de répartition des personnels dans les zones rurales. Les pays plus riches attirent les travailleurs qualifiés et expérimentés des pays plus pauvres, ce qui aggrave leurs problèmes de capacité (voir le Chapitre 'Ripostes nationales'). De plus, une décennie de coupes budgétaires dans les dépenses sociales au titre des programmes d'ajustement structurel a réduit le nombre des personnels du secteur social, rendant ces domaines incapables de riposter rapidement aux demandes du SIDA. Il en résulte des charges de travail importantes pour les personnels existants, qui compromettent les conditions de travail et entraînent une baisse du moral des travailleurs.

La plupart des pays africains ont besoin de développer leurs capacités humaines dans tous les secteurs – public, privé et de la société civile.

Aujourd'hui, chacun ou presque considère le développement de ces capacités en Afrique comme une condition préalable à la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire en général, et à la victoire contre le SIDA en particulier.

L'ampleur des problèmes de capacité humaine est totalement tributaire de la manière dont les fonds sont alloués, à la fois entre les pays et dans les pays. Une stratégie équitable répartirait les fonds pour combler les déficits de financement identifiés, c'est-à-dire qu'elle serait fondée sur les besoins. Actuellement, on peut être tenté de distribuer les fonds principalement aux pays dont on pense qu'ils ont une capacité plus grande à utiliser cet argent à court terme. Mais on laisse ainsi de côté des pays dont les besoins sont très importants précisément en raison du plus grand impact du SIDA. Une stratégie plus équitable consisterait à s'attaquer aux problèmes de capacité dans les pays dont les besoins sont les plus grands, grâce à des investissements ciblés en capital à la fois humain et physique.

Si le financement est ciblé sur l'élimination des difficultés de capacité des pays les plus démunis, il produira des résultats tangibles et durables pour le bien-être à long terme des pays partenaires.

Le problème du déplacement des fonds et du plafonnement des dépenses

Il n'est malheureusement que trop vrai que les procédures de budgétisation signifient souvent que les nouveaux fonds destinés au VIH et au SIDA retirent des ressources à d'autres activités, que ce soit à l'échelon pays ou au niveau des donateurs. Par conséquent, toutes les parties doivent s'engager à respecter le principe selon lequel les fonds *supplémentaires* destinés au VIH et au SIDA doivent être utilisés pour des dépenses *supplémentaires*, sans quoi la réorientation des fonds est inévitable au détriment du développement dans son ensemble.

Le plafonnement des dépenses publiques limite les dépenses dans différents secteurs d'une économie. Dans les années 1970 et 1980, le

plafonnement des dépenses sociales notamment était une des principales caractéristiques des programmes d'ajustement structurel exigés par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale comme préalable aux emprunts préférentiels demandés par les pays à faible et moyen revenus. Ces plafonnements étaient considérés comme une discipline nécessaire pour soigner des économies malades, promouvoir la croissance et atténuer la pauvreté à long terme en ralentissant l'inflation. Mais lorsqu'on a compris qu'ils intensifiaient la misère des pauvres, ils ont été fortement critiqués et abandonnés en tant que condition préalable à une aide financière.

Pourtant, ils existent de fait dans de nombreux pays, où ils sont une conséquence des Cadres de dépenses à moyen terme. Ces cadres constituent les plans financiers détaillés d'un pays, exigés par le Fonds et la Banque mondiale pour prouver qu'un pays est capable d'équilibrer ses budgets et de maintenir sa macroéconomie sur la bonne voie. Ils sont souvent un des éléments des Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (ou ils y sont mentionnés), sur lesquels sont fondées les décisions relatives à l'allègement de la dette publique et à la distribution d'une bonne partie de l'aide extérieure. Les gouvernements des pays à faible et moyen revenus sont pris au piège de pressions contradictoires. On les pousse à limiter leurs dépenses sociales pour éviter les conséquences désastreuses de l'inflation mais on attend d'eux que, dans le cas du Fonds mondial ou d'autres fonds réservés, ils ignorent ces pressions.

Il est temps de repenser radicalement les moyens de financer un programme national intégré de lutte contre le VIH. Les institutions internationales de financement doivent créer des mécanismes qui allègent les paiements du service de la dette des nations afin qu'elles puissent consacrer des ressources supplémentaires à la lutte contre le SIDA. Les effets inflationnistes à court terme d'une augmentation et d'un supplément de ressources aux fins de la lutte contre l'épidémie de VIH ne sont rien par rapport à ce que seront les effets à long terme de ripostes hésitantes sur les économies des pays gravement touchés. Le

SIDA est une maladie exceptionnelle, il exige une riposte exceptionnelle.

Le problème de la stigmatisation et de la discrimination – un obstacle à la demande de services

On sait depuis longtemps que la stigmatisation et la discrimination constituent un obstacle à l'identification des personnes qui ont besoin de services de prévention, de prise en charge et de traitement. La plupart des individus infectés par le VIH ne connaissent par leur sérologie VIH. La stigmatisation sociale les empêche de chercher à connaître cette sérologie et de répondre aux messages de prévention par peur d'être désignés comme séropositifs. Certains pays, à l'instar du Botswana, qui ont introduit un programme de traitement gratuit, ont observé tout d'abord que les gens recherchant des services de traitement étaient moins nombreux que prévu.

En outre, la stigmatisation empêche aussi les fonds de parvenir là où ils sont nécessaires. Des données provenant d'Amérique latine, des Caraïbes et d'Europe orientale suggèrent que les attitudes de la population et les obstacles juridiques peuvent constituer un frein à l'acheminement des fonds destinés à des activités à l'intention de groupes stigmatisés. Ainsi, on aggrave les problèmes de rédaction des propositions que rencontrent les groupes communautaires qui ont des connaissances et une expérience limitées du fonctionnement du système. Cet obstacle s'accroît encore lorsque les donateurs changent sans cesse leurs règles et leurs exigences.

Ces groupes ont souvent aussi de la peine à satisfaire aux exigences en matière de comptabilité et de tenue des dossiers et ils manquent souvent des capacités nécessaires pour utiliser efficacement l'argent qui leur est transmis. Il est également vrai que les principaux donateurs sont rarement organisés pour distribuer les très petits montants qui sont nécessaires, ou qui peuvent être gérés par nombre des personnes se trouvant sur la ligne de front de l'épidémie : une femme qui dirige un foyer pour quelques-uns des enfants orphelins de ses voisins ; un homme qui offre un apprentissage

Le problème des pressions exercées par les donateurs pour orienter les priorités

« Dans le domaine du SIDA comme ailleurs, les responsables de programmes ne sont souvent guère plus que des individus chargés du traitement des données pour les donateurs et ils passent un temps scandaleusement long à tenter de satisfaire des dizaines d'exigences répétitives en matière de formulation de rapports et à accueillir mois après mois des missions de contrôle. Les pressions exercées par les donateurs pour orienter les priorités font augmenter les coûts de transaction et réduisent l'efficacité des programmes. Il est un peu fort que les donateurs se plaignent des capacités d'absorption alors que ce sont eux qui absorbent une grande partie de ces capacités. »
Dr Peter Piot, Directeur exécutif, ONUSIDA (IAEN, 2003).

à des jeunes qui ont dû quitter l'école ; ou une coiffeuse qui souhaite imprimer des brochures sur le VIH/SIDA à distribuer dans son salon.

Les problèmes de stigmatisation et d'attitude sociale peuvent être surmontés. Les efforts concertés déployés par le Brésil ont clairement montré qu'une campagne durable d'accès au traitement peut réduire la stigmatisation en donnant espoir aux gens. L'expérience de l'Ouganda montre en outre que la stigmatisation peut être atténuée par le leadership communautaire. Il s'agit là d'éléments essentiels d'une stratégie visant à améliorer les capacités programmatiques.

Le problème de la coordination – les 'Trois Principes'

Il est crucial de suivre les mouvements de ressources pour comprendre comment celles-ci sont utilisées et pour identifier les principaux blocages. Ces derniers peuvent se produire lorsque la responsabilité du décaissement des fonds SIDA repose sur un département qui n'a pas les compétences financières et administratives nécessaires, ou qui manque de personnel, est surchargé de travail et dans lequel le SIDA entre en concurrence avec d'autres priorités. Des délais importants peuvent se produire s'il n'existe pas de plans solides pour les activités SIDA ou de mécanismes financiers, et/ou si personne n'est détaché ou formé pour s'occuper spécifiquement des questions liées au SIDA (Hickey et al., 2003).

Les problèmes de capacité administrative peuvent aussi être provoqués ou aggravés par les donateurs, notamment lorsque les gouvernements et les donateurs ne collaborent pas efficacement pour harmoniser leur travail dans toute la mesure du possible. Minimiser les doublons des dispositions fiduciaires, les procédures de suivi et les mécanismes d'établissement des rapports, et organiser des missions conjointes dans les pays sont susceptibles de rationaliser les mouvements de fonds et les communications et d'améliorer la capacité d'un pays à utiliser les fonds de la manière la plus efficace et opportune possible.

Le manque d'harmonisation parmi les donateurs à l'échelon pays entraîne un gaspillage des ressources et empêche les populations qui en ont besoin d'en bénéficier. En réalité, le manque d'harmonisation tue.

L'application des 'Trois Principes' (voir Chapitre 'Ripostes nationales') permettra des adaptations appropriées à chaque pays, situation et institution. Ces principes sont pleinement compatibles avec la Déclaration de Rome sur l'harmonisation du 25 février 2003 et avec les travaux sur l'efficacité de l'aide internationale et les pratiques des donateurs du Comité d'aide au développement de l'Organisation pour la Coopération et le Développement économiques. Une vision partagée de l'urgence d'une riposte exceptionnelle au SIDA soutenant un sens d'identification nationale à la riposte et des obligations redoublées clairement définies est inhérente à ces principes.

Mécanismes susceptibles de surmonter les obstacles et d'acheminer les fonds au niveau des programmes

Rationalisation des procédures

Toutes les entités de financement, qu'elles soient intérieures ou internationales, ont un but commun, qui est de faire en sorte que leurs fonds soient utilisés avec efficacité – pour avoir un impact aussi important que possible sur la vie quotidienne des personnes qui ont besoin des services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH et qui ont également besoin de mesures susceptibles d'atténuer l'impact du SIDA sur leur vie. En réalité, néanmoins, la plupart des activités de financement sont confrontées à des blocages à différents niveaux.

Pourtant, il existe de nombreux exemples de tentatives de rationalisation des procédures, de suppression des obstacles et de facilitation des mouvements de ressources vers les programmes. Le Programme plurinational de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale comme le plus récent Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ont beaucoup réfléchi aux moyens de financer des activités et de faciliter ou contourner les blocages habituels des filières. La Banque mondiale a été l'une des premières à

trouver de nouveaux moyens de transférer rapidement des fonds jusqu'aux premières lignes, entre 40% et 60% des subventions passant actuellement directement aux communautés (Cashel, 2003).

La Banque privilégie le soutien à un large éventail de participants à tous les niveaux, afin de mettre en œuvre les plans d'actions nationaux et de créer des 'systèmes de filières financières' permettant de distribuer rapidement et efficacement les fonds. Les pays qui présentent des demandes au Fonds mondial ont mis en place des Mécanismes de coordination dans les pays, qui sont composés de représentants de groupes d'intérêt à tous les niveaux de la société, sous la direction des pouvoirs publics. Les Mécanismes mettent en forme les demandes de subventions, procèdent à un premier choix de projets et programmes et présentent les demandes au Fonds. Les fonds sont envoyés directement au 'Bénéficiaire principal' chargé de tenir les comptes et de préparer les rapports au Fonds, et de décaisser les montants dus aux organisations qui exécutent les projets dans la population. Le Bénéficiaire principal est crucial pour assurer la fluidité des mouvements de fonds.

Pour les gouvernements, la difficulté consiste à rationaliser les filières officielles en identifiant les blocages et en investissant dans la capacité

Une question de priorité : le coût du service de la dette

- La Zambie compte près d'un million de séropositifs et dépense 30% de plus pour le service de sa dette que pour la santé. En 2000, la proportion des revenus du gouvernement absorbée par la dette était de 20% ; ce chiffre devrait passer à 32% en 2004 (Oxfam, 2002 ; Banque mondiale/FMI/IDA, 2003).
- Le Cameroun dépense 3,5 fois plus pour le service de la dette que pour la santé et le Mali 1,6 fois plus (Oxfam, 2002).
- Le Kenya dépense 0,76 dollar par habitant pour le SIDA et 12,92 dollars par habitant pour rembourser sa dette (Kimalu, 2002).
- Le coût de mise en œuvre du plan stratégique national du Malawi sur le SIDA revient à 2,40 dollars par habitant environ. En 2002, le pays a transféré 5 dollars par habitant à ses crédeurs étrangers (Oxfam, 2002).
- Les 14 premiers pays identifiés comme bénéficiaires principaux du Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA ont à eux tous dépensé 9,1 milliards de dollars pour le service de leur dette en 2001 (Ogden et Esim, 2003).

administrative et programmatique nécessaire pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources. A cet égard, des étapes importantes ont été franchies, notamment le fait que les principales parties prenantes reconnaissent dorénavant l'importance des 'Trois Principes' et que les pays se dirigent vers une meilleure coordination nationale de leurs programmes.

Redistribution des ressources : le potentiel offert par l'allègement de la dette

Plus d'un tiers des personnes infectées par le VIH dans le monde – soit 14 millions – vivent dans des pays considérés par la Banque mondiale comme fortement endettés. En 2002, les 42 pays les plus pauvres et les plus endettés – dont 34 en Afrique subsaharienne – devaient à eux tous 213 milliards de dollars (Hardstaff, 2003). Nombre de ces pays paient régulièrement à leurs créanciers du monde riche des montants plus élevés pour le service de leurs dettes que ceux qu'ils reçoivent au titre de l'aide internationale. En fait, les remboursements de la dette constituent une part plus importante de leurs budgets que la santé publique (Boyce, 2002 ; Oxfam, 2002).

Parmi les pays disposant d'une composante SIDA dans leurs Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, on compte le Burkina Faso, le Cameroun, la Guinée, le Malawi, le Mozambique, l'Ouganda et la Zambie. L'allègement de la dette peut constituer un mécanisme utile pour programmer des fonds dans des cadres existants de dépenses. Cependant, il est généralement considéré comme faisant partie de l'aide publique au développement à sa pleine valeur nominale et n'est par conséquent pas toujours supplémentaire. L'allègement de la dette ne peut pas jouer un rôle significatif dans la baisse des déficits de financement de la lutte contre le SIDA, s'il n'est pas *réellement complémentaire* aux niveaux existants de l'aide internationale.

Les défis de la 'nouvelle donne'

Pour inverser le cours de l'épidémie dans les pays à faible et moyen revenus, il faudra mobiliser des

fonds en suffisance pour mettre en place une riposte globale au VIH. Cela signifie accroître la capacité de chaque pays à déterminer ses besoins en ressources pour la prévention, le traitement et la prise en charge et l'atténuation de l'impact. Cela signifie un suivi étroit et précis des ressources à l'échelon pays et au niveau mondial, afin de contrôler l'écart entre les fonds et les besoins en ressources. Les organisations de la société civile, notamment au niveau de la base où se trouvent les besoins les plus importants, nécessitent un soutien pour accéder à ces fonds et les utiliser efficacement. En outre, la communauté internationale doit investir dans les biens publics mondiaux que sont les technologies de prévention.

Inverser le cours de l'épidémie exige aussi une action plus concertée et plus concrète à une échelle bien plus importante que ce n'est le cas actuellement. Les donateurs doivent évaluer soigneusement l'équité de leur contribution à la riposte mondiale au VIH. La communauté internationale doit déterminer l'importance relative et la complémentarité des principales filières de financement pour l'acheminement des ressources. Il faudra en outre convenir des responsabilités nationales et internationales dans le financement des divers aspects de la riposte. Les institutions financières internationales devraient réfléchir d'une manière élargie et créative à des mécanismes susceptibles de fournir davantage de fonds aux pays actuellement confrontés à d'importants paiements du service de la dette. Parallèlement, l'action contre le SIDA ne devrait pas accroître davantage le fardeau de cette dette.

La nécessité d'agir rapidement contre une épidémie qui continue à avancer plus rapidement que la riposte mondiale signifie aussi que chacun doit 'apprendre en agissant'. Il est important de ne pas négliger certains éléments critiques dans l'agitation de l'action : il convient notamment de documenter le processus d'apprentissage afin que d'autres puissent en profiter, et de faire en sorte que les procédures mises en place facilitent l'amélioration des méthodes de travail.

Le plaidoyer est crucial pour veiller à ce que des ressources financières suffisantes et durables soient mobilisées pour élargir la riposte au SIDA. Mais pour réussir, il faudra démontrer que les problèmes de capacité programmatique peuvent être résolus de manière créative, que les fonds peuvent être utilisés efficacement, l'épidémie ralentie, la qualité de vie de millions de personnes qui vivent aujourd'hui avec le VIH réellement améliorée et l'impact sur les familles, les communautés et les pays atténué. Pour relever les défis de demain, il faudra notamment :

- Accroître les ressources provenant de tous les horizons et destinées à combattre la pandémie de SIDA, pour atteindre les 12 milliards de dollars qui seront nécessaires chaque année d'ici à 2005, convenir d'une méthode de 'partage équitable' et créer des mécanismes permettant une utilisation efficace de ces fonds.
- Encourager la communauté internationale et les pays démunis à faire la preuve de l'engagement politique accru qui sera nécessaire pour inverser le cours de l'épidémie
 - en mobilisant l'opinion publique des pays donateurs par le biais de la Campagne mondiale contre le SIDA et d'autres activités de plaidoyer ;
 - en trouvant les voies et moyens qui permettront aux pays d'investir une part plus

importante de fonds intérieurs dans le SIDA et d'assurer l'avenir en s'appuyant sur des mécanismes tels que l'allègement de la dette,

— en mobilisant des fonds et des efforts accrus pour combattre la pauvreté, la discrimination, l'impuissance et les autres déterminants socio-économiques de la vulnérabilité au VIH, ainsi que les effets de l'épidémie de SIDA.

- Identifier et supprimer les éventuels blocages dans les mouvements de fonds, améliorer radicalement les mécanismes de distribution des fonds à tous les niveaux – international, national, régional, communautaire et local – et harmoniser les processus par l'application des 'Trois Principes'.
- Développer la capacité des programmes à obtenir des résultats par l'utilisation efficace et efficiente des fonds et surveiller la performance et l'impact (dépenser plus intelligemment).
- Intégrer la nature exceptionnelle du SIDA dans le financement de la riposte dans les pays particulièrement démunis. Il est temps de réécrire les règles afin d'élaborer un programme réfléchi d'exceptions aux modes traditionnels de financement, susceptibles de protéger les perspectives économiques à long terme des pays, tout en facilitant des ripostes nationales urgentes au SIDA. 



Ripostes nationales au **SIDA** – intensifier l'action

Les facteurs sexospécifiques au sein des ripostes nationales

Par la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, les Etats Membres des Nations Unies ont convenu de mettre en œuvre d'ici à 2005 des stratégies qui donnent aux femmes le pouvoir de prendre des décisions quant à leur propre sexualité et leur assurent un accès aux services de prévention du VIH, aux services de prise en charge du SIDA et aux services connexes, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive. Le Rapport 2003 de l'ONUSIDA sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA signale que 69% des pays ont des politiques visant à assurer l'égalité d'accès pour les femmes à la prévention de l'infection à VIH, à la prise en charge du SIDA et aux services qui y sont liés. Sur un plan pratique, le Rapport a demandé aux pays une information sur la répartition entre hommes et femmes pour une série d'indicateurs clés. On y comptait notamment le diagnostic précis des infections sexuellement transmissibles ; la couverture par les médicaments antirétroviraux ; les connaissances des jeunes en matière de prévention ; le recours au préservatif ; le pourcentage d'infections à VIH parmi les jeunes. Moins d'un pays sur cinq a été à même de fournir ces informations sexospécifiques – ce qui indique le peu d'importance accordée à ce type de préoccupations par de nombreux pays dans leur riposte au SIDA.

Besoins en leadership et en législation

Les progrès des pays dans le domaine de l'équité entre femmes et hommes demandent un leadership courageux, une législation soigneusement rédigée, des activités de sensibilisation menées avec énergie et un investissement en ressources important. On trouve un exemple positif récent en Ethiopie, pays qui a récemment lancé la Coalition des Femmes contre le VIH/SIDA. Lors de la cérémonie inaugurale, à laquelle assistaient plusieurs des femmes les plus marquantes du pays, le Premier Ministre Meles Zenawi a parlé de la nécessité de changer les attitudes et les pratiques en Ethiopie dans ce domaine si l'on voulait mettre fin à l'épidémie (IRIN, 2003).

Il y a de par le monde de nombreux exemples de réformes législatives qui tendent à diminuer la vulnérabilité des femmes au VIH et au SIDA. En 2003 au Bénin, une Loi élargie sur la santé sexuelle et reproductive couvre plusieurs droits fondamentaux en matière de reproduction, y compris l'égalité des hommes et des femmes dans le domaine de la santé reproductive ; le libre choix en ce qui concerne le mariage ; l'accès aux services, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive ; la non-discrimination en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et à la sécurité personnelle. La loi garantit aux personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles, et en particulier aux personnes infectées par le VIH, une prise en charge non discriminatoire. Enfin, la loi considère comme criminelles toutes les formes de violence sexuelle visant les femmes ou les enfants, dont les mutilations génitales chez la femme et le mariage forcé (NWWMI, 2003).

D'autres pays ont porté leurs efforts sur la mise en place de politiques. Au Cambodge par exemple, le Ministère des Femmes et des Vétérans soutient les droits des femmes et des filles exposées au VIH et prend la tête du mouvement destiné à intégrer les problèmes de sexospécificité au sein de la gestion du développement national. Les politiques du Ministère sont proches des initiatives comme le Programme de partenariat pour l'équité entre les sexes qui permet au pays de se rapprocher des buts de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (PNUD, 2003).

L'Etat n'est pas seul dans les efforts poursuivis au niveau des pays sur la sexospécificité. Depuis 1988, L'Association pour les Femmes africaines et le SIDA effectue des activités de sensibilisation en faveur des femmes, des enfants et des familles dans le cadre de la riposte au SIDA. Ces bureaux nationaux semi-autonomes renforcent la capacité des groupes de femmes, des organisations non gouvernementales (ONG) locales et des communautés à prévenir l'épidémie, à lutter contre elle et à en atténuer l'impact.

Le SIDA et l'éducation des filles : convergence des priorités nationales

L'éducation des jeunes à la santé sexuelle et reproductive est un élément clé de la stratégie contenue dans la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001. Environ 88% des pays déclarent avoir orienté leur politique pour promouvoir ces efforts. Mais de nombreux enfants échapperont à ces politiques s'ils ne peuvent pas se rendre à l'école – et ceci s'applique surtout aux filles. La scolarisation des filles va croissant mais les filles constituent encore 57% des enfants non scolarisés (UNESCO, 2003).

L'accès universel à l'éducation est un élément essentiel du développement d'un pays, comme l'indique son inclusion dans les buts de la Déclaration sur l'Education pour Tous (1990) et de la Déclaration du Millénaire (2000), qui l'une et l'autre comportent un appel à l'éducation universelle d'ici à 2015 (Nations Unies, 2001). Mais ce but est menacé. L'UNESCO estime que 55 des pays les plus pauvres du monde ont peu de chances d'atteindre une scolarisation primaire complète d'ici à 2015 (UNESCO, 2002).

Sur ces 55 pays, 28 sont des pays gravement frappés par des épidémies de SIDA qui limitent encore plus leurs efforts en matière d'éducation. Une étude récente de la Banque mondiale a estimé à 2,5 milliards de dollars la somme requise chaque année de la communauté internationale pour atteindre le but de la scolarisation primaire universelle d'ici à 2015. Dans 33 pays d'Afrique, le fardeau du SIDA représente une somme additionnelle de 450–560 millions de dollars chaque année si l'on veut atteindre ce but (Mingat et Bruns, 2002). Encore ce chiffre n'inclut-il pas les coûts de la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables ni ceux des efforts liés à la prévention de l'infection à VIH.

Ripostes nationales au SIDA – intensifier l'action

Les pays à faible et moyen revenus sont confrontés à quatre problèmes fondamentaux lorsqu'ils élaborent leur riposte au SIDA. Il leur faut notamment :

- un leadership fort et l'engagement concret de tous les secteurs des pouvoirs publics et de la société ;
- la cohérence et l'efficience dans la manière dont ils engagent, utilisent et gèrent les ressources nationales et extérieures ;
- un renforcement des capacités nationales à absorber des ressources et à mettre en place des actions efficaces contre le SIDA ; et
- la production et l'utilisation de l'information stratégique nécessaire pour guider les politiques et les décisions programmatiques.

Depuis le passage au nouveau millénaire, le leadership et les ressources liés au SIDA se sont considérablement accrus. Mais le problème reste énorme ; depuis deux décennies, l'épidémie resserre son emprise sur le développement. Le manque de ressources des pays à faible et moyen revenus ralentit leur capacité à mettre en place des ripostes nationales efficaces à l'épidémie de SIDA. Jusqu'ici, l'épidémie s'est accrue plus rapidement que la capacité à générer des fonds pour la combattre. Dans de nombreux pays connaissant des épidémies généralisées, la difficulté n'est plus de trouver des ressources supplémentaires, mais de veiller à ce que les nouvelles ressources soient absorbées efficacement dans une riposte nationale au SIDA élargie et durable. Le manque de capacités nationales permettant d'étendre les initiatives contre le SIDA à un niveau de couverture suffisant constitue un obstacle majeur. Dans les pays les plus fortement touchés, la migration, la maladie et les décès liés au SIDA drainent de précieuses capacités gouvernementales. Ce problème contribue alors à la propagation de l'épidémie, entraîne l'échec des autres efforts de développement et crée un cercle vicieux.

Dans tous les pays, la prévention du VIH et la prise en charge et le traitement du SIDA présentent des problèmes complexes qui dépassent la capacité de chacun des secteurs. Pour une riposte efficace il convient d'associer un leadership national fort et un réel sens d'identification, d'assurer une bonne gouvernance, la mobilisation des ressources, une planification et une coordination multisectorielles, de renforcer les capacités à absorber des ressources et exécuter les programmes, de suivre et d'évaluer étroitement la riposte au SIDA, et d'engager réellement la société civile et le secteur privé.

Les donateurs bilatéraux et multilatéraux doivent faire face à leurs propres problèmes. Il ne suffit pas de fournir aux pays des subventions de plusieurs millions de dollars ou des spécialistes étrangers pour mettre en place une riposte efficace et durable au SIDA. Les commissions nationales du SIDA se plaignent fréquemment du fait que les plans d'action soient 'orientés par les donateurs' et favorisent des résultats à petite échelle et à court terme sans se préoccuper de la planification et des besoins nationaux élargis à long terme. Elles affirment aussi que les exigences

Mise au point : les progrès de la riposte mondiale à l'épidémie de SIDA, 2004

Les ripostes s'améliorent au niveau national mais ne correspondent pas encore aux besoins

- Près du tiers des pays ne disposent pas de politiques visant à assurer l'égalité d'accès des femmes aux services essentiels de prévention et de prise en charge.
- La plupart des pays ont ratifié les conventions internationales relatives aux droits de la personne, mais la mise en application de ces conventions laisse à désirer. Seuls 40% des pays ont mis en place des lois visant à interdire la discrimination envers les populations vulnérables au VIH. Seuls 50% des pays en Afrique subsaharienne ont adopté des lois interdisant la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH.
- Les trois quarts des pays signalent que le suivi et l'évaluation des activités et de l'évolution au niveau national constituent toujours un défi majeur. Seuls 43% des pays disposent d'un plan d'évaluation et de suivi au niveau national et seuls 24% signalent l'existence d'un budget pour le suivi et l'évaluation à ce niveau.
- Seules 20% des compagnies multinationales ont adopté des politiques intégrées sur le lieu de travail tenant compte du VIH et du SIDA. Au niveau des pays, la mise en œuvre de ce type de politiques est généralement inadéquate.
- Dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH est faible et où l'épidémie se concentre parmi des populations clés à risque accru, la plupart des autorités politiques restent peu concernées par la riposte au VIH et au SIDA.

Source : *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2003 ; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*, Policy Project, 2004 ; *The level of effort in the national response to HIV/AIDS: The AIDS program effort index (API), the 2003 Round*, ONUSIDA/USAID/OMS et the Policy Project.

des donateurs individuels en matière d'élaboration des rapports épuisent encore davantage leurs ressources humaines en créant une paperasserie pesante. A un moment où un nombre croissant de parties intéressées extérieures offrent leur assistance, il est de plus en plus important d'assurer l'harmonisation et la cohérence des donateurs autour des structures, des plans stratégiques et des systèmes de suivi et d'évaluation des pays.

Elargir le leadership en matière de SIDA

Au cours des années, le manque de volonté politique manifestée pour lutter contre l'épidémie de SIDA ou même pour en parler, a été un des plus grands obstacles à la mise en place de ripostes nationales efficaces au SIDA. L'engagement politique s'est récemment accru dans les pays les plus touchés. Pourtant, dans de nombreux pays où le VIH est en propagation rapide, notamment en Asie et en Europe orientale, le manque de leadership laisse craindre que ces pays ne feroient réellement face à l'épidémie que lorsqu'il sera trop tard.

En Afrique subsaharienne, l'ampleur de l'épidémie a convaincu un nombre croissant de leaders d'assurer personnellement la mise en œuvre de la

riposte nationale au SIDA. Le Président du Kenya, Mwai Kibaki, par exemple, préside un nouveau Comité d'action sur le SIDA au sein du Cabinet et encourage les leaders des principales confessions du Kenya à combattre la stigmatisation et la discrimination. Le gouvernement a également aboli les frais de scolarité, ce qui a immédiatement aidé les dizaines de milliers d'enfants kényens rendus orphelins par le SIDA.

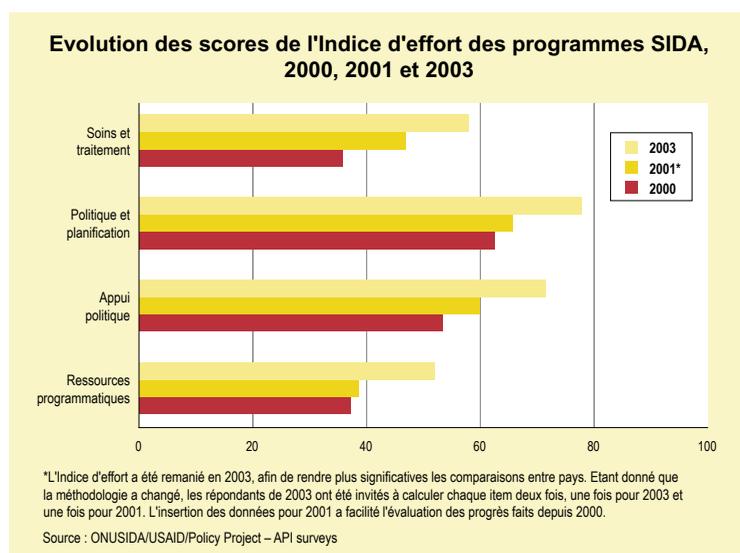
Le Président du Botswana, Festus Mogae, a contribué à la décision de fournir gratuitement les médicaments antirétroviraux et de mettre en place un programme national de prévention de la transmission mère-enfant. Le Président du Malawi, Bakili Muluzi, a nommé un Ministre SIDA et Santé pour améliorer la coordination de la riposte nationale. Au Lesotho, en mars 2004, le Premier Ministre Pakalitha Mosisili et plus de 80 hauts fonctionnaires ont fait publiquement un dépistage du VIH pour contribuer à abolir la stigmatisation qui fait obstacle au conseil et au test volontaires.

Ailleurs en 2003, les deux pays les plus peuplés de la planète ont connu des événements importants en matière de leadership. Lors de la Journée mondiale SIDA, le Premier Ministre chinois Wen Jiabao a rendu une visite sans précédent

dans un hôpital où il a rencontré des malades du SIDA et promis que le gouvernement protégerait leurs droits, offrirait la scolarité gratuite à leurs enfants ainsi qu'un traitement gratuit aux patients démunis. En juillet, la première Convention nationale du Forum parlementaire sur le SIDA de l'Inde a souligné la nécessité de surmonter la stigmatisation. Le Premier Ministre Atal Bihari Vajpayee a déclaré qu'il était plus urgent que jamais de s'attaquer à l'épidémie en Inde et il a lancé un appel en faveur de « l'ouverture et d'une complète absence de préjugés à l'égard des personnes affectées » (Kaiser Daily AIDS Report, 2003).

L'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est a conçu un Programme de travail sur le VIH/SIDA pour 2003-2005. Les gouvernements et les donateurs soutiennent et mettent en œuvre les initiatives essentielles du Programme, notamment les activités inter pays concernant les populations itinérantes et la stigmatisation et la discrimination. En septembre 2003, les ministres et hauts fonctionnaires de 62 pays et territoires de la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique ont adopté une résolution visant à considérer le SIDA comme un problème de développement.

Figure 45



Aux Caraïbes, Denzil Douglas, Premier Ministre de Saint-Kitts-et-Nevis et leader du Partenariat pan-caraïbe contre le VIH/SIDA constitue un exemple d'activisme. Il est particulièrement actif dans les négociations internationales, encourageant la baisse du coût des services de santé et l'amélioration de l'accès aux thérapies antirétrovirales.

Dans la Communauté des Etats indépendants (CEI), deux sommets des chefs de gouvernement (à Moscou et en République de Moldova en 2002) ont adopté un Programme de riposte d'urgence à l'épidémie de SIDA des Etats Membres de la CEI, qui comporte la désignation de coordonnateurs nationaux pour des ripostes multisectorielles. En février 2004, de hauts représentants des gouvernements de 53 pays ont participé à Dublin à la Conférence de l'Union européenne intitulée 'Faire tomber les barrières' et se sont engagés à atteindre des objectifs concrets pour réduire le VIH et le SIDA en Europe et en Asie centrale.

Les leaders traditionnels eux aussi peuvent avoir un impact. A Fidji, le Grand Conseil des Chefs (organisme constitutionnel formé de 50 chefs héréditaires) a contribué à accueillir la Conférence 'Accelerating Action against AIDS in the Pacific' (Accélérer l'action contre le SIDA dans le Pacifique). Le Président de Fidji et les chefs se sont engagés dans la riposte nationale au SIDA et ont invité les leaders communautaires, commerciaux et religieux à faire de même.

Stratégies, politiques, législations et actions

Mais le leadership doit, en définitive, se traduire en actions concrètes. L'ONUSIDA emploie plusieurs méthodes pour suivre l'avancée de la riposte mondiale au SIDA et son Indice d'effort du programme SIDA est l'un des instruments permettant de mesurer l'engagement à l'échelon pays. L'Indice a été élaboré par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Policy Project, basé

aux Etats-Unis. Il permet de suivre les efforts déployés par un pays dans 10 catégories programmatiques différentes, mais il ne mesure pas les résultats effectifs, par exemple la couverture atteinte par un service particulier.

Les résultats entre 2000 (40 pays) et 2003 (54 pays) montrent une tendance générale à l'amélioration (USAID et al., 2003). Des progrès importants ont été enregistrés dans les catégories du traitement et de la prise en charge, de l'appui politique, de la stratégie et de la planification, et des ressources programmatiques. Les améliorations dans les domaines des ressources, du traitement et de la prise en charge sont particulièrement remarquables car ils figuraient parmi les éléments les moins bien notés en 2000 (voir Figure 45). La création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'augmentation des niveaux de financement des donateurs bilatéraux expliquent dans une large mesure l'amélioration de la composante 'ressources'. L'augmentation des efforts liés à la prise en charge est probablement le reflet de

l'importance nouvelle accordée par les donateurs internationaux à l'accès au traitement.

Engagement et action

En 2003, d'autres données ont été recueillies auprès de 103 pays pour suivre *les engagements et actions nationaux* ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre des politiques (ONUSIDA, 2003b). Les données montrent une augmentation du nombre des pays disposant de stratégies nationales globales et multisectorielles, et d'organismes nationaux de coordination du SIDA dirigés par les pouvoirs publics. Cependant, l'existence d'organismes et de plans nationaux sur le SIDA ne se traduit pas nécessairement en une action efficace et concertée. Il est surprenant de voir que, fréquemment, les ressources ne sont pas investies dans les domaines programmatiques où elles auraient le plus d'impact. Par exemple, dans plusieurs pays d'Amérique latine, les programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont rares quand bien même ces populations connaissent

Améliorer la gouvernance pour des ripostes plus efficaces

Des activités de développement efficaces et démocratiques reposent sur une bonne gouvernance, la pleine participation de la population, la primauté du droit, la transparence, l'attention de la communauté, l'instauration de consensus, l'équité, l'efficacité et la responsabilité. Ces problèmes sont complexes et interdépendants, mais ils ont des applications concrètes. Par exemple, les pays qui connaissent des niveaux élevés de participation communautaire ont généralement des ripostes nationales au SIDA plus dynamiques. Les changements récents introduits en Afrique du Sud dans les politiques en matière de traitement et de prise en charge ont pu s'accélérer sous la pression persistante de la communauté séropositive du pays, de professionnels du droit et de la santé de premier plan et de nombreuses ONG nationales et internationales. Un système de gouvernance ouvert et participatif a permis à la société civile de provoquer des changements positifs.

De même, la primauté du droit est fondée sur la législation et les réglementations et sur des citoyens pleinement conscients de leurs droits et capables de les protéger dans les cadres et politiques juridiques existants (PNUD, 2002). L'application des concepts de primauté du droit et de bonne gouvernance aux activités sur le SIDA incite à une planification et une mise en œuvre démocratiques. En 2002, le Secrétaire général des Nations Unies a créé une Commission sur le VIH/SIDA et la gouvernance en Afrique afin d'associer la recherche appliquée, le dialogue politique et le plaidoyer. La Commission est basée à la Commission économique pour l'Afrique à Addis Abéba, Ethiopie. Elle est chargée d'harmoniser l'expérience acquise par les programmes sur le SIDA avec les lacunes en matière de connaissances et elle s'efforce de rendre la bonne gouvernance pertinente pour les décideurs et exécutants en Afrique.

De même, le Programme du PNUD sur le VIH et le développement en Asie du Sud-Est a fortement encouragé la bonne gouvernance dans les ripostes au SIDA dans des pays tels que la Chine, la République populaire démocratique lao et le Viet Nam (PNUD, 2002). En Europe orientale, le PNUD encourage un climat d'ouverture et d'intégration, à savoir des politiques globales et multisectorielles et des partenariats novateurs qui permettent la confiance et réduisent la stigmatisation afin d'inverser le cours de l'épidémie.

des taux élevés d'infection à VIH (voir Chapitre 'Financer la riposte au SIDA').

Dans certains pays, la planification politique et stratégique a progressé, mais la législation n'a pas suivi et des lois régressives ou contradictoires demeurent dans les textes. Dans le domaine de la consommation de drogues, certains pays dotés de lois de ce type ont néanmoins réalisé des projets pilotes d'échange de seringues, de thérapies d'entretien par la méthadone et de promotion du préservatif dans les lieux de divertissement. En Fédération de Russie, un amendement récent au code pénal a permis de légaliser les opérations des projets de réduction des risques. Malheureusement, il reste encore certains obstacles juridiques – principalement l'interdiction des thérapies de substitution (ONUSIDA/Ministère de la Santé, 2003).

On relève des obstacles juridiques dans d'autres domaines. Le rapport 2004 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), intitulé *Reversing the Epidemic: Facts and Policy Options – HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States* (Inverser le cours de l'épidémie : faits et options politiques – le VIH/SIDA en Europe orientale et dans la Communauté des Etats indépendants), note que de nombreux organismes gouvernementaux de la région ne peuvent transférer de fonds sur les comptes des organisations non gouvernementales (ONG) ou sous-traiter des activités programmatiques auprès d'elles. En outre, de nombreuses ONG ont leurs propres problèmes, notamment une insuffisance des compétences et des capacités, un important roulement du personnel et une méfiance des autorités, qui n'est pas toujours justifiée. Pour résoudre ces problèmes, le rapport demande une amélioration de la formation du personnel, un dialogue entre les participants gouvernementaux et non gouvernementaux et des cadres juridiques pour les activités des ONG.

Le leadership à assise confessionnelle s'impose

Le leadership politique dans le domaine du SIDA se retrouve dans tous les secteurs de la société. Par exemple, dans diverses parties du monde, des

communautés religieuses ont apporté des contributions importantes. En Afrique de l'Ouest, les autorités musulmanes se sont appuyées sur le pouvoir moral des imams locaux. Au Mali, avec l'appui de Population Services International et USAID, la Ligue malienne des imams et des érudits islamiques a produit quatre leçons pour les prières du vendredi des imams, comprenant des conseils de prévention et des messages de compassion à l'intention des personnes vivant avec le VIH (Development Gateway, 2003).

Par ailleurs, un pasteur luthérien argentin, le Père Lisandro Orlov, presse les églises d'Amérique latine d'adopter des approches plus compatissantes de la sexualité et du VIH. Au Népal, lors de la Consultation interconfessionnelle d'Asie du Sud sur les enfants, les jeunes et le SIDA, en 2003, plusieurs communautés confessionnelles se sont engagées à prendre la tête de la riposte au SIDA, et à fournir des soins, une protection et un appui aux personnes infectées et affectées par le VIH.

L'Eglise anglicane sud-africaine a régulièrement abordé les questions liées au SIDA. Au cours de manifestations importantes, l'Evêque anglican Njongonkulu Ndungane a mis en question les politiques du Gouvernement sud-africain sur les médicaments antirétroviraux et le SIDA dans les prisons. Par ailleurs l'ONG des Musulmans séropositifs lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans l'ensemble de la communauté sud-africaine.

Des groupes religieux sont aussi devenus des leaders en matière de prise en charge. A Durban, Afrique du Sud, Swami Saradananda, du Centre Ramakrishna, conseille et soigne depuis de nombreuses années les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA, quelle que soit leur appartenance religieuse. Ces activités se sont propagées à d'autres dispensaires hindous et le Conseil hindou d'Afrique travaille maintenant sur les questions liées au SIDA. Le programme de soins à domicile du Samaritan Ministry à Nassau, Bahamas, en est un autre exemple. Ce programme est une activité interconfessionnelle qui forme des volontaires communautaires pour s'occuper de personnes vivant avec le VIH, ainsi

que de leur famille et de leurs proches. Il existe maintenant depuis quatorze ans et a formé plus de 300 volontaires.

Mobilisation de la société civile et de la communauté

Les groupes communautaires et les organisations de la société civile qui apparaissent dans la riposte au SIDA reflètent la diversité des personnes touchées par l'épidémie. Toutes ont un rôle essentiel à jouer. Les organisations de la société civile appliquent souvent des approches novatrices à l'épidémie et peuvent transférer des fonds aux communautés, accroître la prestation des services étatiques et surveiller les politiques nationales du gouvernement. Il est particulièrement important que les personnes vivant avec le VIH participent à tous les aspects de la riposte, de la planification et de la prise de décisions à la mise en œuvre et au suivi (voir 'Le Point : Le rôle essentiel des personnes vivant avec le VIH').

Par exemple, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a constitué un partenariat avec le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Leurs activités communes sont axées sur l'éradication de la stigmatisation par le biais des liens formés entre les sociétés nationales et locales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et les organisations de personnes séropositives au VIH. Ce partenariat veille également à ce que les personnes vivant avec le VIH jouent un rôle important dans les programmes de traitement antirétroviral, en contribuant notamment à l'accès aux soins des individus et en aidant les malades à respecter leur traitement.

Les organisations de la société civile sont particulièrement utiles et efficaces si elles travaillent avec les pouvoirs publics, plutôt que parallèlement à eux. Les deux côtés doivent se montrer ouverts au partenariat et il revient aux pouvoirs publics de susciter un climat positif. Il y a plusieurs moyens de permettre à ces groupes de participer, notamment, par une reconnaissance juridique, des encouragements fiscaux, la rationalisation de règlements contractuels et de règles de base

acceptés par tous afin qu'ils puissent participer à la prise de décisions et au partage de l'information. De plus, les deux côtés doivent adopter des mesures pour assurer l'obligation redditionnelle et la transparence.

A l'échelle communautaire, les procédures administratives des pouvoirs publics doivent être suffisamment flexibles pour intégrer les ONG locales. En Inde, une évaluation des interventions ciblées a montré que certains organismes de l'Etat estiment qu'il est presque impossible de travailler avec des organisations communautaires en raison de la rigidité des directives des agences relatives aux finances et à la tenue des comptes. Par exemple, les demandes de subventions doivent comprendre des copies des certificats officiels d'enregistrement de l'organisation, les rapports annuels, et les rapports financiers vérifiés des trois années précédentes. Bien peu de groupes communautaires sont en mesure de fournir cette information (Lenton et al., 2003).

Certains gouvernements sont parvenus à améliorer la capacité des communautés à utiliser leurs propres ressources et talents pour des activités sur le SIDA. Par exemple, la stratégie nationale du Malawi sur les enfants rendus orphelins par le SIDA encourage les groupes communautaires à prendre en charge les enfants orphelins. Le pays dispose actuellement de 97 groupes communautaires de prise en charge des orphelins et certains d'entre eux offrent un appui pour la scolarisation des enfants inscrits dans leur groupe (ONUSIDA, 2003b).

Les partenariats pour riposter au SIDA

Les autorités nationales chargées du SIDA se tournent toujours davantage vers des forums structurés de partenariats pour stimuler la participation non gouvernementale, élargir l'identification de la nation à la riposte et améliorer la transparence. C'est en Afrique que cette approche a été développée pour la première fois, avec le Partenariat international contre le SIDA en Afrique. Le concept est maintenant plus répandu, mais ses meilleures applications demeurent en Afrique subsaharienne. Par exemple, le Partenariat ougan-

dais sur le SIDA est un mécanisme national de coordination qui regroupe neuf groupes d'intérêt travaillant dans le domaine du SIDA et représentant toutes les parties prenantes à tous les niveaux. Ces groupes partagent l'information et planifient et coordonnent en commun leurs activités.

Au Kenya voisin, un Examen annuel conjoint des programmes SIDA regroupant toutes les parties prenantes sous-tend la riposte multisectorielle du pays. Cet examen a été effectué pour la première fois en mai 2002 par le Conseil national de lutte contre le SIDA, des groupes de la société civile, des donateurs et autres parties prenantes. Entre autres avantages, l'examen donne au gouvernement un moyen d'associer son plan stratégique à d'autres processus importants d'élaboration des politiques.

Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme s'efforcent d'impliquer directement la société civile. Le Programme fonctionne par le biais de ses circuits de financement des ONG, alors que le Fonds mondial exige explicitement que les ONG participent à ses Mécanismes de coordination dans les pays chargés de préparer les propositions de projets

sur le SIDA. Par exemple, les ONG nationales du Maroc sont explicitement chargées de gérer 30% des montants fournis par le Fonds. Elles participent à de nombreuses activités du Ministère de la Santé et collaborent avec des organisations de la société civile dans la fourniture des services locaux.

Le travail avec la société civile est un processus permanent d'apprentissage et d'adaptation pour toutes les parties concernées. Un document récent de l'Alliance internationale contre le SIDA évalue la participation des ONG au premier cycle de distribution des subventions du Fonds mondial. Il révèle que l'engagement des gouvernements à collaborer avec les ONG semble un peu vide de sens. Nombre d'entre eux donnent l'impression de ne coopérer avec des ONG que pour obtenir des fonds puis perdent leur intérêt pour cette collaboration. L'étude a également montré que la plupart des ONG invitées à participer aux Mécanismes de coordination dans les pays étaient basées dans les capitales. Les organisations des zones rurales et celles qui travaillent avec des populations marginalisées sont sous-représentées. En outre, plusieurs pays ont indiqué que leurs comités nationaux du SIDA n'avaient pas la capacité de gérer le décaissement des subventions du Fonds mondial aux ONG.

La Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA : à la tête des actions des entreprises dans la riposte au SIDA

L'épidémie de SIDA affecte profondément les entreprises partout dans le monde en raison de son impact sur les travailleurs, les clients et les marchés. La Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA, qui s'attache à accroître la participation des entreprises à la riposte mondiale au SIDA, est un acteur essentiel dans ce domaine. La Coalition collabore avec le Fonds mondial, l'ONUSIDA et d'autres partenaires. Ses membres, qui sont plus de 130, viennent de divers secteurs, notamment les mines, les produits de consommation, l'électronique, l'énergie, la finance, la production sidérurgique et les médias et la communication.

La Coalition aide les sociétés à mettre en place des programmes de prévention, de prise en charge et de soutien sur le lieu de travail, à l'intention des employés et de la communauté ; elle utilise l'innovation et la flexibilité des entreprises pour rendre les programmes contre le SIDA plus efficaces et elle s'appuie sur le plaidoyer et le leadership des entreprises pour promouvoir une intensification de l'action contre le SIDA et des partenariats avec les gouvernements et les communautés. En 2003, la Coalition et neuf de ses membres ont annoncé une nouvelle initiative destinée à élargir les programmes liés au SIDA sur le lieu de travail, dans les communautés où sont implantées les sociétés, et à transférer les connaissances des entreprises au secteur public afin d'élargir l'accès aux services et de réduire les coûts de mise en route et de fonctionnement.

Par ailleurs, de nombreuses ONG manquent de ressources ou de compétences techniques et administratives. Certaines ONG passent plus de temps à se faire concurrence qu'à forger une force cohésive au sein de la communauté des ONG. Tous ces facteurs ont un impact négatif sur les capacités des ONG à participer au processus du Fonds mondial. Le document de l'Alliance recommande que les ONG bénéficient d'un appui technique et financier pour améliorer leurs réseaux et leur capacité de participation. Il invite aussi les partenaires gouvernementaux à adopter des attitudes plus positives en matière de collaboration avec les ONG (Alliance internationale contre le VIH/SIDA, 2002).

L'engagement du secteur privé

C'est à plusieurs niveaux que les entreprises peuvent contribuer à la riposte au SIDA, selon leur taille, leur type de production et leur implantation. Leurs trois principales contributions se font sous forme de programmes sur le lieu de travail, de leadership et de plaidoyer en faveur de l'action sur le SIDA, et de partenariats avec la communauté et les pouvoirs publics pour les actions intensifiées contre l'épidémie. Pour que le secteur privé participe à plusieurs niveaux, l'ONUSIDA fournit des conseils techniques, négocie des partenariats et développe des mécanismes et des outils. Sa stratégie consiste à tirer parti des succès. L'engagement des associations de groupements constitue un axe essentiel. Il s'agit notamment des organismes commerciaux, par exemple la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA et le Forum économique mondial ; des organisations civiques tels que le Rotary Club ; des associations et coalitions d'entreprises ; et des chambres de commerce et des syndicats.

Dans les pays fortement touchés par le VIH, les programmes concernant le SIDA sur le lieu de travail sont en augmentation ; toutefois, les employeurs et les syndicats pourraient jouer un rôle encore beaucoup plus important dans la riposte mondiale au SIDA. A ce jour, la plupart des projets sur le lieu de travail sont axés sur la

prévention et ils ont apporté des connaissances précieuses. Par exemple, en Indonésie, l'Organisation internationale du Travail (OIT) et Aksi Stop AIDS (un projet de Family Health International) ont mis en place une campagne sur le SIDA dans le monde du travail centrée sur les travailleurs, les employeurs et les pouvoirs publics. D'ici à la fin de 2004, la campagne espère avoir offert ces activités de prévention du VIH à plus de 900 000 travailleurs.

Plusieurs sociétés multinationales mettent en œuvre des programmes sur le lieu de travail à vocation mondiale. L'une d'entre elles est la Standard Chartered Bank, qui compte quelque 30 000 employés dans plus de cinquante pays. Elle est la plus grande banque internationale en Chine et en Inde et emploie plus de 5000 personnes dans 13 pays africains. Son programme actuel d'éducation par les pairs, 'Vivre avec le VIH' est exécuté par des 'champions' volontaires et est axé sur les employés séropositifs au VIH. Il leur donne l'occasion de parler de ce qu'ils peuvent faire pour vivre de manière positive et des moyens d'accéder à un soutien pratique et psychologique.

Dans les pays à forte prévalence, les activités sur le lieu de travail intègrent des stratégies de prévention et de traitement. En Afrique du Sud, l'industrie minière et d'autres compagnies ont été les premières à fournir des médicaments à leurs employés. Des initiatives se font jour dans d'autres parties de l'Afrique également. Au Cameroun, la Commission nationale du SIDA et l'association nationale des employeurs aide les sociétés à obtenir des médicaments essentiels, des préservatifs, des antirétroviraux peu coûteux et d'autres produits pour leurs employés. Ce partenariat a reçu un crédit sur quatre ans du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale, et les sociétés ont également engagé leurs propres fonds (ONUSIDA, 2003).

Leadership, plaidoyer et partenariats des entreprises

Certaines sociétés ne se limitent pas à leur propre place de travail et élargissent leur plaidoyer dans



Enquête sur l'impact du SIDA sur les entreprises

En 2004, le Forum économique mondial a publié les résultats d'une enquête mondiale sur les perceptions et actions des chefs d'entreprises concernant l'impact du SIDA sur leurs sociétés. L'enquête réalisée par le Forum, l'ONUSIDA et l'Université Harvard était intitulée '*Business and AIDS : Who me ?*' (Les entreprises et le SIDA : Qui, moi ?). Les principales conclusions révèlent que :

- moins de 6% des sociétés disposent de politiques écrites officiellement approuvées sur le VIH ;
- 47% des sociétés estiment que le SIDA a ou aura un certain impact sur leur entreprise ;
- 20% des sociétés estiment que le SIDA affecte, ou affectera gravement, leur communauté ;
- 16% de toutes les sociétés distribuent des informations concernant les risques d'infection à VIH ; et
- 5% déclarent fournir des antirétroviraux à tous leurs personnels séropositifs.

Seuls 28% des cadres pensent que leur riposte à l'épidémie comporte des lacunes. Toutefois, 56% de ceux qui pensent que l'épidémie aura un impact important sur leur entreprise sont insatisfaits de la riposte de leur société. Le rapport conclut que :

- les sociétés ne sont pas particulièrement actives dans leur lutte contre le SIDA, même lorsqu'elles s'attendent à ce que l'épidémie entraîne de graves problèmes pour leur entreprise ;
- les entreprises semblent prendre des décisions fondées sur une évaluation incomplète des risques auxquels elles sont confrontées ;
- les sociétés semblent privilégier une riposte sociale large à l'épidémie, mais un petit nombre d'entreprises seulement considèrent actuellement qu'elles font partie intégrante de cette riposte.

Rapport complet : www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Health+Initiative%5CGHI+Global+Business+Survey

le domaine du SIDA. Une entreprise peut avoir une influence sur ses sous-traitants et ses distributeurs, sur des sociétés dans d'autres secteurs, sur les groupes de consommateurs, les communautés et les gouvernements. La Coalition des entreprises contre le VIH/SIDA de Thaïlande, American International Assurance (Thaïlande) et le Population Council ont encouragé 125 entreprises thaïlandaises à mettre en œuvre des programmes de prévention du VIH en fournissant des bonus de 5% à 10% sur les primes d'assurance vie aux compagnies disposant d'activités de prévention sur le lieu de travail.

La Global Reporting Initiative associe le monde du travail aux questions plus larges de gouvernance. Elle a choisi l'Afrique du Sud pour la première phase de ses activités qui consiste à élaborer des normes internationales pour la notification du SIDA par les entreprises et autres organisations. Les partenaires du projet comprennent le Johannesburg Securities Exchange, le South African Institute of Chartered Accountants, la Actuarial Society of South Africa, certaines des

plus grandes compagnies du pays et des représentants d'autres parties intéressées telles que les syndicats, les pouvoirs publics et la Campagne d'action pour le traitement (Cape Argus, 2003 ; GRI, 2003).

Ces dernières années, des partenariats publics-privés sont nés dans le but de rétablir le déséquilibre des ressources liées au SIDA entre les pays à faible et moyen revenus et les pays industrialisés. L'Initiative Accélérer l'accès, l'Alliance mondiale en faveur des vaccins et de la vaccination, l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA, la Coalition internationale pour l'accès au traitement du VIH et l'Initiative 'Halte à la tuberculose' sont autant d'exemples de ces partenariats internationaux.

Aux niveaux national et régional, les partenariats publics-privés sur le SIDA les plus visibles impliquent les grandes compagnies pharmaceutiques. Au Botswana, le Ministère de la Santé, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation de la Compagnie Merck ont créé un programme

de traitement antirétroviral connu sous le nom de *Masa*, un terme Setswana qui signifie ‘aube nouvelle’. Au début de 2004, quelque 14 000 patients recevaient des antirétroviraux dans le cadre de ce programme (voir Chapitre ‘Traitement’).

En Roumanie, un partenariat public-privé regroupant le gouvernement et six grandes compagnies pharmaceutiques (les laboratoires Abbott, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Hoffman-La Roche et Merck et Cie) ont participé à l’élaboration du plan national d’accès au traitement et à la prise en charge du SIDA. Au titre de ce plan, le Gouvernement roumain finance le coût de traitement et de prise en charge des malades du SIDA sur les budgets nationaux. Les compagnies ont accepté de réduire le prix de certains médicaments de 25% à 87%, ou d’offrir des médicaments et du matériel destiné à mesurer la charge virale et le nombre de CD4.

Les entreprises constituent également des partenariats de lutte contre le SIDA avec des organisations de la société civile. Par exemple en Namibie, la compagnie Namdeb Diamond Corporation apporte son appui à l’organisation des personnes vivant avec le VIH *Lironga Eparu* (‘Apprendre à survivre’).

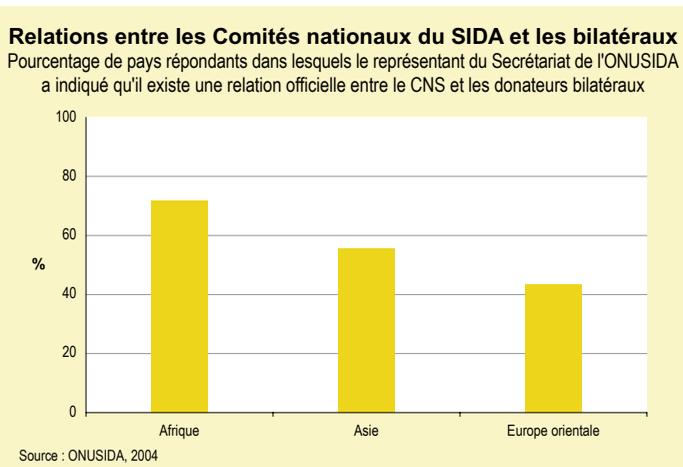
Comment faire fonctionner la multisectorialité

L’adhésion à des principes de multisectorialité par la participation des secteurs public et privé et de la société civile maximise les ressources – financières et autres – de la riposte au SIDA dans les pays. Elle permet aux pays de se distancer de l’appui extérieur pour leurs activités sur le SIDA et de se tourner vers l’autonomie nationale. La Déclaration d’engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unies 2001 invite instamment les différentes parties prenantes à s’impliquer activement dans les ripostes nationales. D’ici à 2003, les pays étaient censés mettre en place et renforcer les mécanismes de ripostes nationales en impliquant le secteur privé, les partenaires de la société civile, les personnes vivant avec le VIH et les principales populations vulnérables.

Le suivi de l’ONUSIDA montre que plus de 90% des pays ayant présenté des rapports ont créé des organismes nationaux multisectoriels pour faciliter la coordination des questions SIDA entre les pouvoirs publics, le secteur privé et la société civile. La croissance des commissions nationales du SIDA, des forums de partenariats et des groupes de travail dirigés par les gouvernements, des Groupes thématiques élargis des Nations Unies sur le VIH/SIDA et des Mécanismes de coordination dans les pays du Fonds mondial atteste des efforts sans précédent déployés pour impliquer divers participants dans la riposte nationale.

Néanmoins, dans de nombreux pays, une mauvaise définition des rôles entre les ministères de la santé et les conseils nationaux du SIDA a entraîné des confusions et des conflits, qui ont ralenti la mise en œuvre de la stratégie nationale. Les ministères sont souvent peu encouragés à suivre les directives des mécanismes nationaux de coordination. Un grand nombre d’entre eux ressentent la coopération comme une menace et craignent de perdre de l’influence et le contrôle des budgets. Ce phénomène a parfois mené à de véritables batailles de juridiction entre les conseils nationaux du SIDA et les ministères de la santé. De plus, dans trop de pays, les représentants de la société civile ne participent toujours pas à la prise de décisions à un niveau élevé.

Figure 46



Par exemple, le Comité national du SIDA du Bangladesh a été créé sous la forme d'un organisme multisectoriel. Mais il est dirigé par le Ministère de la Santé et du Bien-Etre de la Famille et ne possède pas de cadre politique ou administratif clair. D'autres ministères voient le Comité comme une extension du Ministère de la Santé et n'acceptent pas de faire partie du processus de coordination. Sans aucune influence réelle, le Comité n'a pu fonctionner efficacement ; sa dernière réunion remonte à 2002.

A Sri Lanka, une situation analogue est en train de se produire. La Commission nationale du SIDA est dirigée par le Ministère de la Santé et se concentre sur des questions de mise en œuvre dans le domaine de la santé. La participation des autres ministères est faible et sporadique. Les expériences du Bangladesh et de Sri Lanka montrent bien que les leaders nationaux à l'échelon le plus élevé doivent soutenir les conseils du SIDA sur les plans politique et juridique. De même, lorsque les donateurs bilatéraux et multilatéraux soutiennent les organismes de coordination du SIDA et communiquent avec eux, ils renforcent la position de ces organismes en tant que leaders de l'approche multisectorielle.

Un soutien résolu de la part des donateurs accroît aussi les capacités des organismes du SIDA à créer un système national de suivi et d'évaluation et à produire des informations stratégiques. Le Fonds mondial et la Banque mondiale encouragent ce concept dans leurs activités sur le SIDA, mais l'appui bilatéral est plus inégal. Une enquête réalisée en 2004 par le Secrétariat de l'ONUSIDA a révélé que 71% des autorités nationales africaines du SIDA entretenaient des rapports officiels avec des initiatives bilatérales. Mais en Asie, ces liens n'étaient établis que dans 56% des pays questionnés ; en Europe orientale, dans 43% d'entre eux seulement (voir Figure 46).

Le soutien des donateurs bilatéraux est crucial pour que les organismes de coordination soient réellement nationaux. Il s'agit là d'un principe particulièrement important étant donné que les ministères de la santé joueront un rôle central dans l'élargissement des traitements

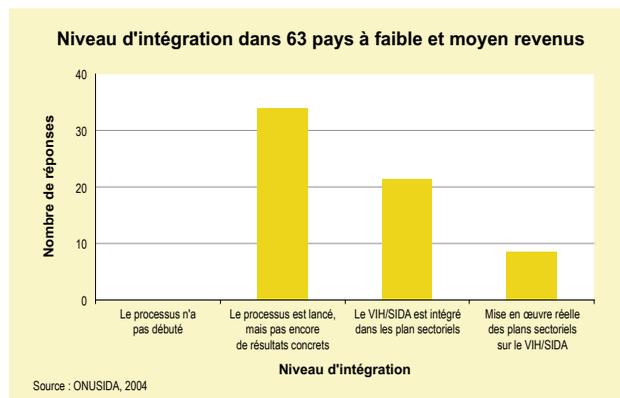


Figure 47

antirétroviraux dans le monde. Les ministères de la santé ne peuvent à eux seuls assumer cette lourde tâche. Pour élargir rapidement l'accès aux antirétroviraux, les conseils nationaux du SIDA doivent jouer un rôle de coordination fort et impliquer les gouvernements locaux et la société civile.

Intégrer le SIDA dans toutes les activités institutionnelles

Théoriquement, les institutions abordent les questions liées au SIDA par 'l'intégration', en faisant en sorte que toute activité pertinente qu'elles entreprennent possède une composante SIDA. L'intégration porte sur les liens sectoriels de la riposte au SIDA, ainsi que sur les causes premières de la propagation de l'épidémie. Par exemple, les ministères de l'éducation doivent offrir une éducation au SIDA dans les écoles. Ils doivent aussi faire en sorte que les jeunes filles aient un accès équitable à une éducation élargie, pour leur donner les moyens dont elles ont besoin dans la société et réduire ainsi leur vulnérabilité à l'infection à VIH.

L'intégration est une stratégie essentielle pour transformer les engagements mondiaux en plans nationaux de développement. Les Objectifs de développement pour le Millénaire et la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unies 2001 ont fixé l'ordre du jour mondial. En 2001, pour stimuler la mise en œuvre de l'intégration, le Fonds monétaire inter-

national et la Banque mondiale ont déclaré qu'il était prioritaire d'intégrer le SIDA dans les grands cadres de développement. Néanmoins, au début de 2004, dans 44% des pays africains questionnés par le Secrétariat de l'ONUSIDA, on ne relevait aucune participation des commissions nationales du SIDA aux Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, qui sont la condition préalable à un allègement de la dette pour la Banque mondiale et le Fonds monétaire international.

Même dans les pays qui font état d'une telle participation, elle est souvent au mieux réduite. A la fin de 2003, une enquête de l'ONUSIDA réalisée dans 63 pays a révélé que tous les répondants affirmaient que les secteurs clés avaient entamé l'intégration, mais seuls 13% avaient réellement progressé dans la mise en œuvre de plans sectoriels (voir Figure 47).

L'insuffisance des fonds est un autre des problèmes chroniques rencontrés dans les activités multisectorielles. Les gouvernements, au niveau le plus élevé, doivent protéger les budgets réservés au SIDA, et les ministères des finances doivent faire en sorte que des montants soient budgétisés et alloués aux ministères prioritaires. Le Burkina Faso, le Cameroun, la Guinée, le Malawi, le Mozambique, l'Ouganda et la Zambie disposent d'une composante SIDA dans leur Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté. Mais les initiatives SIDA sont trop souvent traitées d'une manière superficielle. Selon l'enquête de l'ONUSIDA, 15 pays seulement disposaient de Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté comprenant des indicateurs sur le VIH et le SIDA.

En Zambie, l'intégration du SIDA dans tous les secteurs du gouvernement est une priorité. Par exemple, le gouvernement a récemment commencé à former le personnel du Ministère de l'Agriculture et des Coopératives afin de l'encourager à incorporer les questions liées au SIDA dans son travail. L'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture est également impliquée et contribue à changer la perception selon laquelle le SIDA est exclusivement du ressort du Ministère de la Santé. La formation souligne le rôle joué par l'épidémie

dans la réduction de la sécurité alimentaire et montre comment les fonctionnaires du domaine agricole peuvent atténuer cet impact par des techniques et des pratiques permettant d'économiser la main-d'œuvre. En outre, la formation montre comment préserver les connaissances, améliorer l'égalité entre les sexes, améliorer la nutrition des ouvriers agricoles vivant avec le VIH et encourager la mise en place de dispositifs de protection économique et alimentaire (FAO/Gouvernement de Zambie, 2003).

Au Ghana, un système d'intégration novateur place les fonds SIDA des différents secteurs entre les mains de la Commission ghanéenne du SIDA. Chaque ministère doit consacrer 5% de son budget SIDA à l'intégration. La Commission ghanéenne du SIDA ne débloque les 95% restants du budget que lorsque les responsables de secteurs ont accepté cette disposition. Ce mécanisme assure un certain niveau d'engagement des ministères aux processus d'intégration (Else et Kutengule, 2003).

Mais l'approche multisectorielle n'est pas une formule qui s'applique telle quelle à tout le monde. La nature extrêmement diverse de l'épidémie fait que ce ne sont pas des directives mondiales détaillées qui apporteront la solution. Dans les pays à forte prévalence, l'épidémie frappe l'ensemble de la société. Les commissions nationales du SIDA et les autres organismes de coordination doivent fonctionner comme des 'conseils de guerre' et doivent impérativement impliquer le chef de l'Etat. Les pays à prévalence plus faible ont aussi besoin d'actions multisectorielles fortes en matière de prévention et de prise en charge et il leur faut exploiter les avantages comparatifs des différents ministères dans leur lutte contre l'épidémie.

Dans plusieurs pays d'Asie et d'Europe orientale à faible prévalence, les ministères de la santé continuent à considérer le SIDA comme leur 'pré carré'. Mais ils n'ont ni la volonté ni le pouvoir de dynamiser, d'influencer ou de diriger la riposte globale qui est nécessaire. Dans ces régions, on relève de nombreux exemples de commissions interministérielles du SIDA, mais elles n'ont généralement qu'un rôle consultatif.

Décentralisation – donner des moyens aux régions, aux communautés et aux districts

La décentralisation est l'une des principales stratégies adoptées pour améliorer la gouvernance et la mise en œuvre des programmes de développement. Dans ce processus, les gouvernements centraux délèguent pouvoir et responsabilités à des institutions administratives de niveau inférieur. La décentralisation a pour but de rendre la prise de décisions plus démocratique, plus équitable et sensible aux besoins locaux. De ce fait, le processus suscite une identification nationale, qui s'accompagne d'une participation de la société civile et du secteur privé à la planification des politiques.

Pourtant, la décentralisation de la riposte au SIDA flanche souvent (Lubben et al., 2002). Les gouvernements ont l'habitude de fonctionner dans des structures hiérarchiques strictes et les avantages dérivés de la participation des communautés ne sont pas toujours évidents. En même temps, les communautés disposent rarement des structures de représentation ou de la capacité administrative nécessaire à une participation efficace. Il faudra peut-être bien des actions de formation et de facilitation des deux côtés, pour qu'ils puissent collaborer efficacement (Mpanju-Shumbusho, 2003).

Malgré tous ces problèmes, la décentralisation dans le domaine du SIDA est une réalité dans plusieurs pays. L'Ouganda, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République-Unie de Tanzanie sont parvenus à décentraliser leur riposte nationale au niveau des communautés et des familles. De même, au Maroc, des comités multisectoriels régionaux et provinciaux sur le SIDA ont été créés pour élaborer des plans stratégiques locaux, coordonner les activités et contrôler la mise en œuvre. Au Burkina Faso, en Ethiopie, au Kenya et en Ouganda, le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale a contribué à des programmes de prévention et de prise en charge qui touchent les communautés et les familles. Au Ghana, le Programme finance l'Initiative de riposte au

niveau du district, qui décentralise l'action de lutte contre le SIDA dans 27 districts.

Le PNUD lui aussi privilégie les efforts de décentralisation dans le domaine du SIDA. Au Cambodge, son Programme d'amélioration communautaire collabore avec le Ministère des Affaires rurales pour encourager les communes (districts locaux) à préparer des plans de développement plutôt que de laisser le gouvernement attribuer des sommes fixes à chaque commune pour des activités uniformes. Ce programme comporte un renforcement des capacités locales en matière de collecte et d'analyse des données SIDA utilisées dans la planification et le suivi. Au cours d'un cycle récent de planification, la plupart des Conseillers de communes ont identifié le SIDA comme une priorité locale et ont affirmé vouloir élaborer des plans de prise en charge et de prévention détaillés.

Les diverses expériences faites dans les pays indiquent qu'un investissement financier et politique solide est nécessaire pour créer des organismes de coordination efficaces au niveau du district et au niveau local. Au niveau local, les lacunes en matière de compétences constituent un problème, comme c'est le cas à l'échelon national. Il est maintenant urgent de trouver des moyens novateurs de résoudre les problèmes de compétences à tous les niveaux des systèmes de santé, mais notamment au niveau du personnel de base. Cette situation sera d'autant plus urgente que l'accès à la thérapie antirétrovirale s'élargira.

Harmonisation et cohérence

Les rapports entre donateurs et pays bénéficiaires et entre les donateurs eux-mêmes peuvent avoir un effet important sur la manière dont est mise en œuvre la riposte nationale. Certains donateurs poursuivent leurs propres programmes sans s'occuper des priorités nationales ou des actions des autres donateurs. Mais cette méthode est en train de changer en particulier lorsque pays et donateurs engagent un dialogue constructif. En février 2003, un accord décisif a été conclu lorsque de hauts fonctionnaires de près de 50 pays et de plus de 20 institutions multilatérales et bilatérales de

développement ont adopté la Déclaration de Rome sur l'harmonisation, qui reconnaît que l'aide des donateurs impose des coûts de transaction élevés aux bénéficiaires.

Les donateurs peuvent atténuer ces problèmes en coordonnant leurs stratégies et leurs exigences en matière de notification et en aidant le pays partenaire à diriger ses propres processus de développement. L'harmonisation sera facilitée par la création de cadres nationaux d'action sur le SIDA regroupant tous les partenaires. Des approches par secteur se sont souvent révélées prometteuses pour le développement des secteurs de la santé, de l'éducation et de l'agriculture. Ces approches coordonnent les investissements autour d'un plan stratégique national élaboré en commun, assorti d'un cadre administratif et financier et d'un système de notification convenus.

Au Malawi, les mécanismes de financement du SIDA se sont récemment beaucoup améliorés – particulièrement en juin 2003, lorsque le gouvernement et quatre donateurs internationaux (le Canada, la Norvège, le Royaume-Uni et la Banque mondiale) ont mis en place un dispositif de financement 'groupé' à hauteur de 72 millions de dollars pour 2003-2008. Ce dispositif est appliqué en parallèle avec le système traditionnel de financement 'désigné' des donateurs. Dans ce cadre, la Commission nationale du SIDA peut allouer les fonds aux domaines nationaux prioritaires.

Lorsqu'il est nécessaire de réaffecter des fonds pour s'adapter à des changements de plan imprévus, les coûts de transaction des donateurs sont réduits parce que tous les participants fonctionnent à partir d'un plan de travail, d'un mécanisme de financement et d'un format de rapports techniques communs. Pour la première fois, le système du Malawi a permis à la Banque mondiale de grouper des fonds SIDA. On peut espérer que le double système des fonds groupés et des fonds désignés de la Commission nationale du SIDA offrira des mécanismes d'équilibre suffisants qui contribueront à créer un système national de financement des activités SIDA plus efficace.

Au Myanmar, le Programme commun sur le VIH/SIDA a démontré qu'un financement provenant de multiples donateurs peut être obtenu, harmonisé et décaissé même dans des conditions politiques difficiles. Dans ce pays, le parti au pouvoir comme l'opposition considèrent le SIDA comme une urgence sociale et ils ont présenté une demande de financement à des donateurs. En raison de sa position unique, le système des Nations Unies a montré la voie en créant le Programme commun 2003-2005 et le Fonds de lutte contre le VIH/SIDA au Myanmar qui y est associé. Les programmes distribuent ainsi ensemble 24 millions de dollars (provenant principalement de Norvège, du Royaume-Uni et de Suède) à des projets sur le SIDA qui font partie d'un plan intégré conçu et mis en œuvre par les organismes du gouvernement, la société civile et des institutions des Nations Unies.

Gérer le mouvement des fonds

Les fonds transférés à la riposte mondiale contre le SIDA sont en augmentation et il est de plus en plus important de les utiliser avec efficacité (voir Chapitre 'Financer la riposte au SIDA'). Il s'agit là d'un élément essentiel de l'amélioration de la gouvernance – notamment de la transparence (définir comment et pourquoi les décisions sont prises) et de l'obligation redditionnelle (rendre les décideurs responsables de leurs décisions et de leurs conséquences).

Dans de nombreux pays, les dispositions multisectorielles de financement du SIDA ont rencontré de sérieux problèmes. Elles ont été minées par une mauvaise planification et par l'absence d'une définition claire des rôles et des modes de fonctionnement entre les organismes nationaux de coordination du SIDA, les ministères responsables de la mise en œuvre de la plupart des programmes sur le VIH (généralement la santé et l'éducation), et le ministère des finances, qui tient les cordons de la bourse. C'est pourquoi un grand nombre de plans d'action ne sont pas financés en totalité et par voie de conséquence ne sont jamais pleinement mis en œuvre.

Les pratiques rigides ou dépassées d'allocation des ressources sont un autre problème, qui contribue au phénomène dit des 'programmes déterminés par l'argent'. Dans certains pays de l'ex-Union soviétique, par exemple, les méthodes de comptabilité du gouvernement n'ont pas totalement évolué depuis l'ère soviétique. Dans plusieurs pays d'Asie centrale, seules les ressources gouvernementales consacrées à la santé peuvent être utilisées dans les hôpitaux et les dispensaires du gouvernement. De ce fait, les projets extra-institutionnels des ONG ne peuvent acquérir ou distribuer les divers instruments de prévention du VIH que sont les seringues et aiguilles stériles, les préservatifs, les désinfectants et les tests de dépistage.

Au Kazakhstan, par exemple, une grande partie des fonds SIDA des gouvernements central et locaux sont encore engloutis par des programmes de dépistage de masse, ceci en dépit du fait que le programme national 2001-2005 de riposte au SIDA demande d'équilibrer les activités de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Cette divergence est due au fait qu'il n'existe aucune classification budgétaire pour la prévention ; pour combler cette lacune, il faudrait un décret spécial du gouvernement. Par conséquent, les activités de prévention financées par l'Etat ne peuvent pas être mises en œuvre. Autre problème apparenté, la tendance d'un grand nombre d'organisations de prise en charge du SIDA à se concentrer sur le dépistage – seules activités à recevoir un financement gouvernemental. Récemment, des fonds extrabudgétaires supplémentaires, y compris une subvention sur deux ans du Fonds mondial à hauteur de 6,5 millions de dollars, comprenant des activités de prévention, ont amélioré la situation, mais le déséquilibre global persiste.

Pour qu'un financement soit efficace, il doit être régulier. Au Paraguay, le Programme national de lutte contre le SIDA offre actuellement un traitement antirétroviral à 300 personnes. Toutefois, pendant plusieurs mois chaque année, le manque d'argent suspend les traitements (ONUSIDA, 2003b). Dans l'Etat indien de l'Andhra Pradesh,

une évaluation récente a montré que les ONG y rencontrent de graves retards de financement (Lenton et al., 2003).

Les 'Trois Principes'

En avril 2004, lors d'une réunion à Washington DC, co-présidée par l'ONUSIDA, les Etats-Unis et le Royaume-Uni, un accord historique a été conclu entre les donateurs et les pays à faible et moyen revenus dans le but d'améliorer leur collaboration en matière d'élargissement des ripostes nationales au SIDA. Ils ont adopté trois principes fondamentaux pour une action concertée à l'échelon pays – les 'Trois Principes' :

- un cadre d'action contre le SIDA, qui fournit une base pour la coordination du travail de l'ensemble des partenaires ;
- une instance nationale de coordination du SIDA, à représentation large, multisectorielle ; et
- un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.

Les concepts d'identification nationale, de multisectorialité, d'intégration, d'harmonisation et de cohérence ont été regroupés dans ces principes, qui ont pour objectif d'accélérer la riposte au SIDA et de promouvoir une utilisation plus efficace des ressources en clarifiant les rôles et rapports de chacun. Le plan s'appuie sur un cadre d'action sur le SIDA, qui est un plan stratégique conçu à l'échelon national pour la coordination entre les partenariats et les mécanismes de financement.

Pour fonctionner efficacement, l'organe national de coordination du SIDA doit avoir un statut juridique, un mandat multisectoriel solide et à assise large et un mécanisme de contrôle démocratique. Il est chargé de gérer les actions des partenaires au sein du cadre d'action. L'organe de coordination exige également un leadership politique national global, afin de faciliter l'organisation des partenariats pour exécuter et réviser le cadre d'action. De nombreux pays indiquent disposer de conseils nationaux du SIDA et de plans stratégiques

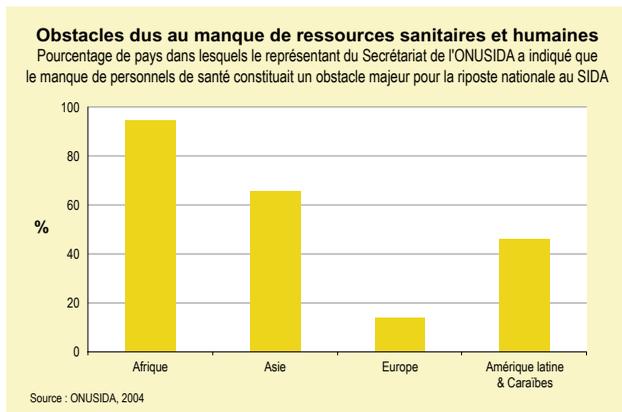


Figure 48

nationaux, mais peu d'entre eux remplissent les critères spécifiques mentionnés ci-dessus.

Il est encore plus rare de trouver un système de suivi et d'évaluation qui fournit un seul mécanisme pour justifier des différents dispositifs de financement, contrôler l'efficacité du programme de lutte contre le SIDA et fournir l'information stratégique nécessaire pour adapter le cadre d'action (ONUSIDA, 2003).

Renforcer les capacités

L'épidémie de SIDA est un cercle vicieux : ce sont les pays dont les capacités de riposte sont les plus faibles qui sont les plus touchés. Dans de nombreux pays, le SIDA épuise actuellement les capacités techniques et administratives avant qu'elles puissent être remplacées. Ceci entraîne une crise sans précédent des ressources humaines et inverse un grand nombre des progrès du développement de ces dernières décennies. Dans certaines régions du Malawi et de l'Ouganda, la Banque mondiale rapporte que près d'un tiers de tous les enseignants sont séropositifs au VIH. En République centrafricaine, 85% des 340 décès enregistrés parmi les enseignants entre 1996 et 1998 étaient imputables au SIDA.

Avant même l'apparition du VIH, les services publics des pays à faible et moyen revenus parvenaient à peine à satisfaire les besoins de leurs citoyens. Dans le secteur de la santé, les problèmes étaient notamment les suivants : insuffisance de l'infrastructure ; manque de

ressources humaines ; mauvaise définition des services, fonctions, compétences et protocoles ; et insuffisance de la gestion et de l'administration. Dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, le SIDA a transformé ces faiblesses en crises. Au Malawi, une récente étude d'impact a révélé qu'un total de 1462 employés du secteur de la santé étaient décédés entre 1990 et 2000. Dans une étude conduite en 2004 dans 50 pays à faible et moyen revenus, les représentants de 95% des bureaux du Secrétariat de l'ONUSIDA dans les pays africains ont rapporté que le manque de personnel de santé ralentissait sérieusement la riposte au SIDA (voir Figure 48).

En Asie, 67% des représentants ont fait état de difficultés en matière de ressources sanitaires, par rapport à 47% en Amérique latine et aux Caraïbes (voir Figure 48). Ces pays sont confrontés à une augmentation importante de la demande de services de santé. Ils doivent aussi faire face à une augmentation du fardeau des maladies avec la réapparition d'autres problèmes de santé connexes tels que la tuberculose, la malnutrition, la diarrhée et la pneumonie. Certains pays d'Afrique subsaharienne indiquent même que les malades atteints de VIH occupent 60% à 70% des lits d'hôpitaux. Il est alors très difficile pour les personnes atteintes d'autres maladies de recevoir le traitement et les soins dont elles ont besoin.

Conserver les capacités existantes et endiguer la fuite des cerveaux

Le renforcement des capacités exige des fonds et un engagement politique, mais il demande également une vision élargie qui associe des mesures d'urgence à court terme à un renforcement soutenu et à long terme des institutions fondamentales d'un Etat moderne. La nécessité la plus immédiate est de préserver les capacités existantes en maintenant les populations en vie et en bonne santé. Dans les pays africains les plus touchés, aucune autre mesure ne sera capable d'interrompre le déclin des capacités nationales aussi rapidement et directement que la fourniture des traitements et de la prise en charge (Piot, 2003). Dans le même temps, il conviendra de concentrer

7

les efforts sur l'utilisation maximale des capacités existantes, au moment où les initiatives en faveur des traitements du VIH s'accroîtront. Tout un éventail de ressources communautaires inexploitées (en particulier les personnes vivant avec le VIH) devront pallier les lacunes en matière de compétences formelles.

En outre, il faut redoubler d'efforts pour minimiser la fuite des cerveaux – la migration de fonctionnaires qualifiés vers des pays à revenu plus élevé. C'est dans le secteur de la santé en Afrique australe que ce phénomène est le plus évident : les médecins et les personnels infirmiers émigrent vers l'Australie, les États-Unis, l'Europe, le Japon et les pays du Golfe. Ces pays offrent à ces personnes une alternative séduisante aux conditions difficiles et aux bas salaires qui caractérisent leur propre système de santé.

L'Afrique du Sud est particulièrement frappée par un exode de médecins et de personnels infirmiers qui s'en vont à l'étranger vers des emplois mieux rémunérés (Thomson, 2003 ; OIM, 2003). La South African Medical Association estime que jusqu'à 5000 médecins ont quitté le pays au cours de ces dernières années. La Democratic Nursing Organization d'Afrique du Sud affirme

que 300 infirmières qualifiées partent chaque mois. La Zambie est un autre pays très touché ; elle ne dispose que de 400 médecins praticiens ; autrefois, on en comptait 1600 (Lauring, 2002).

Certains pays, par exemple le Royaume-Uni, ont établi des codes de conduite pour prévenir ce type de 'braconnage'. En améliorant les conditions de travail et les salaires dans les pays touchés, on parvient aussi à empêcher les professionnels de la santé de se rendre à l'étranger. Un programme de l'Organisation internationale pour les Migrations intitulé 'Migration for Development in Africa' aide les pays africains à encourager leurs ressortissants qualifiés à rentrer au pays et à retenir des professionnels qui pourraient sans cela être tentés de s'en aller. Le programme fonctionne au Bénin, au Cap-Vert, au Ghana, au Kenya, en Ouganda et au Rwanda (OIM, 2003).

Restaurer et accroître les capacités

L'insuffisance de la formation des nouveaux professionnels de la santé constitue un autre problème important. Dans certains cas, le système de formation avant l'emploi dans les pays fortement touchés s'est complètement effondré. Au Malawi par exemple, l'école de soins de santé de l'Etat a

Coopération Sud-Sud : le Brésil montre la voie

La coopération entre pays à faible et moyen revenus (coopération 'Sud-Sud') peut apporter un soutien crucial aux ripostes nationales, notamment dans le domaine du renforcement des capacités. Le Brésil excelle dans ce type de coopération, en particulier avec les pays lusophones d'Afrique et les nations d'Amérique centrale et d'Amérique latine. En 2001, l'Agence brésilienne de Coopération a formé un partenariat avec les Nations Unies afin de communiquer l'expérience brésilienne en matière de santé reproductive, de prévention et de traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles à d'autres pays à faible et moyen revenus (SELA, 2003).

On peut citer par exemple un projet sur trois ans avec le Mozambique pour améliorer la qualité de l'information sur le SIDA et la santé reproductive destinée aux jeunes, en particulier par l'intermédiaire des associations et institutions de jeunesse qui travaillent avec eux. Le projet est soutenu par l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), et l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), ainsi que plusieurs ONG et partenaires bilatéraux.

Le Brésil travaille également avec la Bolivie, la Colombie, El Salvador, le Paraguay, et la République dominicaine et les a aidés à recevoir des médicaments antirétroviraux pour un montant d'un million de dollars environ à l'appui de projets pilotes de traitement des personnes vivant avec le VIH. En juin 2003, des fonctionnaires et experts russes se sont rendus au Brésil pour prendre connaissance de ces expériences en matière de fourniture de traitement et de coopération entre le gouvernement et la société civile dans la mise en place de programmes de prévention du VIH à l'intention des jeunes scolarisés.

Information stratégique

Pour inverser le cours de l'épidémie, il est crucial que les pays et la communauté internationale investissent dans la production et l'utilisation d'informations stratégiques. Les responsables des politiques et de la planification des programmes, les communautés et les pays ont besoin de données concrètes pour prendre des décisions informées et choisir les meilleures lignes de conduite.

- Des systèmes de surveillance renforcés appuient les efforts déployés pour mettre résolument le SIDA à l'ordre du jour du développement des pays et peuvent indiquer dans quels domaines les programmes doivent être renforcés et ciblés pour parvenir au meilleur résultat possible.
- Des activités cohérentes de recherche opérationnelle permettent de déceler les forces et les faiblesses pour améliorer l'exécution des programmes et obtenir l'impact le plus important possible.
- Le suivi et l'évaluation aident les pays et la communauté internationale à évaluer les progrès accomplis pour réaliser les objectifs et buts de la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001. Ils aident aussi les pays à s'approcher de l'Objectif de développement pour le Millénaire, qui est d'interrompre et d'inverser le cours de l'épidémie de VIH d'ici à 2015.
- Les groupes thématiques, les entretiens avec des informateurs importants, la cartographie des sites éventuels d'intervention, les enquêtes, les revues de la littérature scientifique, les études de cas et la collecte de données empiriques auprès des programmes peuvent être des sources précieuses d'information à l'appui de la prise de décisions.

7

fermé en 2003 par manque de fonds, et l'école de médecine a été confrontée à une crise budgétaire analogue. L'Initiative du PNUD en faveur des capacités en Afrique australe cherche les moyens de mettre durablement en place des capacités dans tous les secteurs. L'initiative comporte un élément de formation qui soutient les institutions locales dans la formation de professionnels dans des secteurs clés. La technologie de l'information aide également les systèmes de santé à couvrir plus de terrain avec moins de personnel qualifié. Le PNUD préconise en outre l'adoption d'approches non traditionnelles pour endiguer la disparition des travailleurs dans tous les secteurs. On peut par exemple franchiser les prestations du service public à des organisations de la société civile ou des ONG internationales pour obtenir une meilleure qualité et une plus grande motivation. De même, on peut confier la fourniture de services publics au secteur privé.

Au Botswana, plusieurs stratégies soutiennent le programme de traitement antirétroviral Masa. Le pays ne compte pas suffisamment de professionnels qualifiés pour faire face à l'extension des services. Des professionnels étrangers sont recrutés pour fournir les traitements et la prise en charge de base et pour accroître les capacités locales grâce à un programme de formation

exécuté en commun avec le Partenariat Botswana-Institut Harvard du SIDA. Le Ministère de la Santé du Botswana a également mis en place un programme de formation intitulé Kitso ('connaissance' en setswana). Au milieu de 2003, plus de 700 personnes de tous niveaux (environ 10% d'employés du secteur de la santé publique) avaient reçu une formation spécifique au SIDA. Des praticiens privés et les personnels de santé des hôpitaux dirigés par les grandes compagnies minières ont également été formés. En outre, un programme de 'préceptorat' recrute des experts du VIH provenant d'institutions internationales de haut niveau pour former des personnels nationaux (ONUSIDA, 2003).

L'OMS collabore avec l'Agence allemande de Coopération technique pour aider des institutions africaines et européennes à devenir des 'centres de savoir' en matière de traitement du SIDA et de prévention du VIH aux fins du transfert des compétences et de la formation dans les régions. En Ouganda, un centre de savoir a été mis en place avec le Centre commun de recherche clinique et d'autres prestataires importants de formation. Jusqu'ici, il a offert une formation pratique à des centaines d'agents de santé ougandais et a récemment commencé à offrir à d'autres pays de la région l'occasion de

renforcer leurs capacités. Des centres de savoir analogues ont été créés en Europe orientale et en Afrique de l'Ouest.

L'information stratégique pour des politiques et programmes fondés sur le concret

L'information stratégique, c'est une information susceptible de guider utilement les décisions en matière de politiques et de programmes. Tous les décideurs confrontés aux choix et dilemmes difficiles que présente le SIDA ont besoin d'orientations politiques fondées sur des données concrètes. Par exemple, les décisions au sujet de l'introduction de mesures de réduction des risques ou des associations de mesures de prévention contre la transmission sexuelle doivent être basées sur des faits avérés concernant les interventions qui 'marchent'.

Par exemple, si les programmes d'échange des seringues ont pu montrer qu'ils réduisent la transmission du VIH, évitent les infections à VIH et permettent aux consommateurs de drogues d'entrer en contact avec les services sanitaires et sociaux, il est encore trop tôt pour juger de la valeur des centres d'injection sous contrôle, qui promettent de réduire la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables les plus exposés au risque d'infection à VIH. Dans d'autres cas, pour décider comment équilibrer la promotion de l'abstinence, l'ajournement de l'activité sexuelle, la réduction du nombre des partenaires et la promotion de l'utilisation du préservatif, il faut pouvoir disposer de données scientifiques sur l'efficacité de chaque stratégie dans des contextes différents et connaître les perspectives des jeunes comme des adultes sur l'approche susceptible d'être la plus efficace.

Pour que les politiques et programmes reflètent les réalités de l'épidémie, les pays doivent avoir la capacité de la suivre et d'en analyser les tendances, de comprendre les schémas de comportements, de mesurer l'impact social et économique, de surveiller les indicateurs programmatiques, d'évaluer les progrès et de conduire des recherches

opérationnelles pour affiner les programmes. L'efficacité à court et long termes des ripostes nationales dépend des connaissances concernant le type de données requises et la manière de les recueillir, compiler, analyser et traduire en information stratégique susceptible de faire avancer les agendas politiques et d'assurer les programmes les plus efficaces. Dans de nombreuses régions du monde, la capacité décisionnelle fondée sur des données doit être renforcée.

En 2003, l'ONUSIDA a collaboré avec des partenaires comme l'OMS, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, Family Health International, le East-West Center et le Futures Group International pour mettre en place et accroître les capacités à l'échelon pays dans le domaine de la modélisation et de l'estimation de l'épidémie. Plus de 300 représentants des programmes nationaux et des institutions de recherche de 130 pays ont acquis les compétences nécessaires pour saisir, valider et interpréter les données relatives au VIH et ont été formés à l'utilisation de méthodologies actualisées de modélisation pour améliorer leurs estimations du VIH et du SIDA.

Améliorer la surveillance

La surveillance classique recueille les informations concernant la prévalence du VIH, les cas de SIDA et la mortalité. La surveillance de deuxième génération recueille des informations sur les comportements à risque. Les deux types d'information aident les pays à évaluer le cours de l'épidémie et à décider des mesures stratégiques à prendre. On peut citer comme exemple d'activité de collecte de données comportementales la vaste enquête nationale sur les comportements réalisée par l'Inde en 2001-2002 et le Projet ONUSIDA sur la surveillance de deuxième génération, financé par la Communauté européenne et exécuté en partenariat avec l'OMS et huit pays d'Afrique, d'Asie, des Caraïbes et d'Amérique latine.

Intégrer les ONG dans les activités de surveillance permet aussi d'accéder à des populations difficiles à atteindre. Au Viet Nam et au Mexique, les ONG ont facilité le contact avec des consom-

mateurs de drogues injectables aux fins de la recherche comportementale. En République dominicaine, l'association des professionnel(le)s du sexe MODEMU et l'organisation gay *Amigos Siempre Amigos* (Amis toujours) ont fourni des personnes pour des entretiens par les pairs (OMS/ONUSIDA, 2003).

Récemment, l'Indonésie a effectué une surveillance comportementale couvrant près de la moitié de ses provinces et toutes les populations clés exposées à un risque élevé – les hommes qui achètent des rapports sexuels, les professionnel(le) du sexe (hommes, femmes et transsexuels), les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les jeunes exposés à un risque accru. Des estimations provinciales solides ont été développées concernant le nombre de personnes exposées à un risque d'infection et déjà infectées par le VIH. Cette étude a permis aux responsables de l'élaboration des politiques, aux groupes communautaires, aux ONG et aux Commissions locales de lutte contre le SIDA d'adapter les programmes existants aux conditions réelles. Par exemple, les programmes de réduction des risques ciblent maintenant le risque lié à la sexualité et aux injections, car l'étude a révélé que de nombreux individus qui s'injectent des drogues – jusqu'à 70% dans une grande ville – ont des rapports sexuels non protégés avec des professionnel(le)s du sexe. En outre, les programmes de promotion du préservatif ont redoublé d'effort pour atteindre les clients potentiels des professionnel(le)s du sexe.

Recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle recueille et analyse des informations durant la mise en œuvre et l'élargissement des programmes. Cette recherche applique une approche systématique 'd'apprentissage par l'action' et saisit l'information d'une manière qui aide les directeurs et concepteurs de programmes à en faire le meilleur usage possible.

Les questions essentielles qui se posent dans l'expansion des traitements sont notamment : comment éviter les ruptures de stocks de médicaments ; quels sont les éléments les plus utiles des

programmes communautaires de formation en matière de traitement ; comment assurer l'observance des traitements ; quelles sont les tâches qui peuvent être entreprises par les dispensateurs de traitement et quelle est la formation nécessaire ; comment garder les coûts au minimum ; quel suivi est essentiel en matière de laboratoires ; et comment mesurer les effets cliniques des traitements et restaurer des fonctions normales. Le Sénégal, par exemple, surveille le respect des traitements antirétroviraux par rapport au coût directement assumé par le patient. Plus les malades paient, sur une échelle mobile en fonction de leur salaire, moins ils respectent leur traitement. Ces résultats ont influé sur la décision qu'a prise le Sénégal d'introduire un programme d'accès universel et gratuit aux antirétroviraux.

La recherche opérationnelle en prévention peut examiner de nombreux aspects différents d'un programme, par exemple en comparant les résultats des diverses méthodes de dépistage du VIH et en évaluant les effets des programmes de prévention sur la stigmatisation. Par exemple, les programmes de traitement antirétroviral de Khayelitsha, Afrique du Sud ; de Masaka, Ouganda ; et de Cange, Haïti ont contribué à renforcer les activités de prévention en démontrant l'intérêt et la volonté accrues des membres de la communauté à se présenter pour un dépistage du VIH (voir Chapitre 'Prévention').

Suivi et évaluation des ripostes nationales et locales

Les principales priorités de l'ONUSIDA comportent notamment la notification de l'impact de la riposte mondiale et le développement des capacités des pays en matière de suivi et d'évaluation crédibles. Pour faire progresser ce domaine, l'ONUSIDA propose des liens novateurs entre le suivi, la recherche en matière d'évaluation et le contrôle financier.

Le suivi et l'évaluation sont essentiels pour déterminer si les programmes touchent les populations cibles et réalisent leurs objectifs. Cette information est nécessaire pour recueillir des fonds supplémentaires en faisant la preuve que les

Le Système d'information sur la riposte des pays (CRIS) – un soutien à la gestion de l'information nationale sur le SIDA

L'ONUSIDA a mené les efforts déployés pour offrir aux pays un outil convivial de gestion des bases de données destiné à renforcer la gestion de l'information stratégique et son analyse à l'échelon pays. Ce système de base de données comporte des indicateurs, un système de suivi des projets et ressources et un inventaire des recherches à l'échelon pays. Il est situé au sein des Commissions nationales du SIDA (ou leurs équivalents). D'octobre 2002 à avril 2004, un ambitieux programme de formation comprenant 18 ateliers et plus de 100 pays, a présenté le CRIS, outil du cadre de suivi et d'évaluation des pays.

Son concept modulaire permet le stockage des indicateurs et des informations programmatiques nationales et sous-nationales. Le premier module sur les indicateurs existe en anglais, français, espagnol, russe et chinois et il a été publié en juin 2003. A la fin de 2003 et au début de 2004, le module de suivi des ressources a été testé en Indonésie, au Kenya et en Ouganda. Le module sur l'inventaire des recherches, financé par les National Institutes of Health des Etats-Unis, a été testé au Bangladesh et en Ouganda. Ces modules devraient sortir à mi-2004 pour compléter le système intégré de base de données.

A la fin de 2003, 25 pays utilisaient déjà le CRIS pour stocker et analyser des données. L'information provenant des rapports des pays figurera dans le rapport d'activité 2005 de la Déclaration d'engagement des Nations Unies.

En partenariat avec d'autres institutions du système des Nations Unies et des partenaires stratégiques, l'ONUSIDA a déployé des efforts pour faciliter le transfert de données entre les outils existants et les nouveaux. Un format commun de transmission des indicateurs – un outil de transfert XML – facilitera le transfert entre le CRIS, le système de l'UNICEF DevInfo et celui de l'OMS HealthMapper.

montants reçus ont été dépensés à bon escient. Elle contribue également à perfectionner les interventions pour obtenir un impact maximum, à contrôler la croissance de l'accès aux services et à satisfaire les besoins en matière d'information de nouveaux partenaires tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Pourtant, le manque de capacité technique et de ressources ralentit l'action dans ce domaine crucial.

En septembre 2003, l'ONUSIDA a publié son premier *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003*. Il relève que 75% des 103 pays ayant présenté des rapports estiment que l'insuffisance de leurs capacités constitue un sérieux obstacle à leur aptitude à rendre compte de manière fiable sur des indicateurs nationaux tels que les politiques relatives au VIH sur le lieu de travail, la couverture des traitements antirétroviraux et l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant. Seuls 43% des pays disposent d'un plan de suivi et d'évaluation et 24% seulement ont un budget national consacré à ces activités (ONUSIDA, 2003b).

Initiatives mondiales

Lorsque la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001 a été rédigée, l'ONUSIDA a été chargé d'évaluer les progrès accomplis dans la réalisation de ses buts et objectifs. En collaboration étroite avec ses partenaires du Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation, une série d'indicateurs de base ont été élaborés à l'usage des pays. Pour la première fois, des données normalisées pouvaient être comparées entre différents pays dans plusieurs domaines essentiels : niveaux de sensibilisation au SIDA, existence des services de prévention et de traitement, réduction des comportements à risque, niveau des investissements financiers et impact sur les nouvelles infections.

Des progrès ont été faits en matière d'engagement politique et d'amélioration des climats politiques, mais ils sont encore rares dans les domaines des droits de la personne et de la capacité humaine. La couverture des services de prévention et de traitement reste aussi extrêmement faible. Le deuxième rapport d'activité sera publié en 2005 et mesurera les progrès faits sur

une série élargie de cibles relatives à la prestation de services, notamment l'Initiative '3 x 5' de l'OMS et de l'ONUSIDA.

Encouragées par l'ONUSIDA, plusieurs parties intéressées ont, au cours de ces trois dernières années, atteint un consensus concernant les indicateurs mondiaux portant sur plusieurs interventions de la riposte globale. Mais ce n'est qu'un début et il est temps maintenant de se tourner vers la capacité des pays à mesurer ces indicateurs et à utiliser l'information ainsi recueillie pour améliorer l'efficacité de leurs programmes.

Développer la capacité des pays

Une approche globale est nécessaire pour développer la capacité des pays, à savoir la formation, l'assistance technique, l'accès à des directives et outils améliorés et l'aide aux pays pour le recrutement de personnels nationaux qualifiés pour les activités de suivi et d'évaluation. L'ONUSIDA et d'autres partenaires, dont le Gouvernement des Etats-Unis, ont organisé des sessions de formation. Ces sessions appliquent un programme normalisé pour enseigner les connaissances en matière de suivi, l'utilisation des bases de données informatisées et les manières de présenter des données complexes à des publics divers.

L'Equipe mondiale de suivi et d'évaluation du SIDA, située à la Banque mondiale, se charge notamment d'aider les pays à trouver et recruter des personnels locaux de suivi et d'évaluation et à mettre en place des bureaux efficaces dans ce domaine. Pour encadrer et soutenir cette activité, l'ONUSIDA et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis envoient un groupe d'experts dans les pays clés. Ces personnes développent les activités existantes et s'attachent à combler les lacunes en matière de suivi et d'évaluation.

Le Zimbabwe offre un bon exemple d'élargissement de la capacité nationale, avec son Système d'information sur la riposte au niveau du district ; situé dans les bureaux du Comité d'action du district sur le SIDA, il fait l'objet de projets pilotes dans 10 districts. Il est relié

aux bureaux des sous-districts et aux institutions d'exécution (ONG, hôpitaux missionnaires et autres ministères sectoriels), ainsi qu'au siège de la Commission nationale du SIDA et à ses bureaux provinciaux. Sur le terrain, des travailleurs de proximité et les Comités villageois d'action contre le SIDA recueillent les données au niveau du village, qui sont validées lors des réunions mensuelles de tous les travailleurs de proximité. La Commission nationale du SIDA a collaboré avec l'ONUSIDA, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis et l'Université du Zimbabwe, pour définir une série d'indicateurs nationaux standardisés. Du Système de district, les données seront mises en mémoire dans le Système national d'information sur la riposte des pays (voir encadré en page 173).

Les défis de la 'nouvelle donne'

Il ne sera possible de mettre en place une riposte mondiale efficace que si les pays peuvent s'identifier aux ripostes nationales et les contrôler de l'intérieur de leurs propres frontières. L'aide financière et technique internationale des organismes des Nations Unies, des donateurs, des donateurs bilatéraux, des fondations et autres est importante. Mais elle n'est réellement utile que si elle est ancrée dans les actions nationales. Les pierres angulaires des ripostes nationales au SIDA sont parfaitement explicitées par le concept des 'Trois Principes'.

La clé du succès, c'est un leadership national qui implique et responsabilise la société civile à tous les échelons, et notamment les femmes. A maintes reprises, les succès remportés par les programmes nationaux sont autant d'exemples évidents d'une telle intégration. En outre, les actions ne deviennent réellement efficaces que si *toutes* les activités sont harmonisées entre *tous* les participants. Trop souvent, c'est précisément l'inverse qui se produit et les ripostes aux niveaux international et intérieur sont fragmentées, ponctuelles ou même parfois réalisées un peu au hasard.

Enfin, des blocages se produisent dans les systèmes à la fois internationaux et intérieurs, entraînant des retards dans le transfert de fonds

et d'autres ressources aux parties intéressées les mieux à même de les utiliser. Souvent, des problèmes de bureaucratie bloquent les fonds à l'échelon pays. Dans d'autres cas, les tentatives faites pour engager des participants à l'échelon communautaire ne sont guère qu'une façade, car ces participants n'ont pas vraiment le pouvoir ou les compétences nécessaires pour participer à la riposte. Trop souvent, ils n'ont pas les moyens de s'impliquer réellement dans la prise des décisions qui les concernent. En dernière analyse cela signifie que l'énergie et l'engagement des personnes en première ligne de la riposte ne sont pas exploités.

Les défis de la 'nouvelle donne' consistent notamment à ;

- renforcer et soutenir le leadership national en faveur de la lutte contre le SIDA ;
- harmoniser les ripostes multisectorielles, les activités des donateurs et le suivi et l'évaluation, afin que les pays voient leur riposte nationale couronnée de succès ;
- produire les données scientifiques et l'information stratégique nécessaires pour guider la riposte ;
- améliorer la capacité des pays à employer les fonds SIDA – nationaux et internationaux – mis à leur disposition ;
- créer des mécanismes d'obligation redditionnelle pour suivre les ressources et démontrer qu'elles sont utilisées pleinement ;
- créer des mécanismes assurant la cohérence de la contribution de la société civile et du monde des entreprises à la riposte au SIDA, grâce à des partenariats publics/privés ;
- examiner et, s'il y a lieu, réviser les instruments et politiques du développement (plusieurs instruments adoptés par la communauté internationale ont été appliqués de manière imparfaite et irrégulière – allègement de la dette, suppression des droits de douane, Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, etc. – qui pourraient améliorer les politiques sanitaires, la gouvernance et les institutions en rapport avec le SIDA) ; et
- faire en sorte que la décentralisation soit une des pierres angulaires des ripostes nationales au SIDA (responsabilisation et capacité étant transférées du niveau national aux niveaux de la région, du district et de la communauté). 

Le Point

SIDA et conflits : un problème croissant partout dans le monde

De graves conflits armés surviennent régulièrement dans plusieurs régions du monde. En 2003, plus de 72 pays ont été identifiés comme instables et divers conflits ont fait plus de 42 millions de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde (IASC, 2003).

Les populations qui fuient des situations critiques, par exemple un conflit armé, se retrouvent généralement face à la misère et à la pénurie alimentaire. Leur situation empire encore du fait qu'elles n'ont pas accès à des soins parce que les systèmes de santé se sont effondrés ou n'existent tout simplement pas dans les zones d'accueil. En République démocratique du Congo, par exemple, de 1998 à 2001, 80% des décès « excédentaires » étaient dus à la malnutrition, à des maladies transmissibles et à d'autres facteurs aggravés par la violence du conflit (IRC, 2001).

Ces conflits peuvent aussi créer des conditions qui augmentent le risque de contracter des infections telles que le VIH et qui peuvent favoriser leur propagation. Cela peut survenir soit au cours du conflit soit après celui-ci. Dans certains cas, un conflit armé accroît le niveau d'infection à VIH ou change le schéma de répartition du virus.

Dans d'autres cas, le conflit semble freiner l'épidémie, ce qui a pu laisser penser qu'une vulnérabilité accrue peut parfaitement se situer dans cette période souvent fragile de 'post-conflit'. Différents scénarios montrent que la relation entre conflit et VIH est beaucoup plus complexe et diverse qu'on ne le pensait et dépend du contexte spécifique.

En tout état de cause, les pays sortant d'un conflit armé doivent intégrer dans leurs programmes de redressement national la riposte au VIH et en particulier les activités de prévention. S'ils ne le font pas et s'ils ne disposent pas d'un soutien

international significativement accru, l'infection à VIH peut rapidement monter en flèche et compromettre le résultat des efforts faits pour redresser le pays après les combats et les déplacements de populations qui en découlent. En outre, les activités liées au VIH doivent être intégrées à l'aide aux réfugiés et aux autres programmes humanitaires.

Facteurs qui peuvent favoriser la propagation du VIH à l'occasion des conflits

La preuve est faite que l'infection à VIH peut gagner du terrain dans certaines populations et dans certaines régions du fait de situations d'urgence complexes telles que les conflits armés. Au Rwanda, on considère que le génocide de 1994 a contribué à l'extension de l'épidémie dans les zones rurales qui étaient jusque-là moins affectées. Cela vient de ce que populations urbaines et rurales se sont trouvées mélangées dans les camps de réfugiés des pays voisins.

Un conflit armé peut accroître de diverses manières le risque d'exposition à l'infection à VIH :

- Déplacements de population : un conflit amène souvent des populations importantes à fuir les combats et à quitter leur lieu de résidence habituel. Lorsqu'elles quittent un milieu à faible prévalence pour un lieu à forte prévalence, elles courent inévitablement un risque d'exposition au VIH. De plus, ces brusques mouvements de population anéantissent les réseaux sociaux et les institutions qui normalement protègent les individus. Enfin, le déplacement met ces personnes dans des conditions chaotiques où l'accès aux préservatifs et autres outils de prévention peut devenir très aléatoire.

- Effondrement des normes sexuelles traditionnelles : les situations chaotiques associées aux conflits provoquent souvent une désintégration des valeurs et des normes en matière de comportement sexuel qui contribue à un accroissement généralisé des risques d'exposition au VIH (Hankins et al., 2002).
- Femmes et filles : les conflits armés créent des pénuries si sévères que les femmes et les filles en particulier sont irrésistiblement amenées à accorder des faveurs sexuelles contre argent, nourriture ou protection. La présence d'un nombre important d'hommes armés en uniforme se traduit souvent par une explosion de l'industrie du sexe qui accroît le risque de VIH pour les professionnel(le)s du sexe et le personnel des services en uniforme (voir Chapitre 'Prévention').
- Le viol en tant qu'arme de guerre : au cours de divers conflits récents – notamment en Bosnie-Herzégovine, au Libéria, en République démocratique du Congo et au Rwanda – les combattants ont utilisé le viol comme arme de guerre. Une étude au Rwanda a montré que 17% des femmes qui avaient été violées étaient séropositives au VIH alors que ce pourcentage était de 11% chez celles qui ne l'avaient pas été (ONUSIDA/HCR, 2003). Dans certains conflits, de jeunes hommes et des garçons ont également subi des viols.
- Anéantissement des systèmes de santé : lorsqu'un conflit armé déclenche le dysfonctionnement puis la disparition du système de santé, la sécurité de l'approvisionnement national en sang peut être compromise et les programmes de prise en charge et de prévention du VIH peuvent être réduits en miettes.
- Augmentation de la consommation de substances : pour survivre au chaos qu'engendre le conflit, certains individus, notamment des enfants, peuvent chercher un réconfort dans une consommation accrue d'alcool ou se tourner vers d'autres substances psychoactives, par exemple les colles synthétiques et des drogues illicites. L'injection de drogues devient très probable dès lors que les conflits bloquent les approvisionnements de drogues absorbées oralement ou par inhalation, ou encore par la fumée, ce qui peut mener à l'introduction dans le pays de drogues susceptibles d'être injectées (Smith, 2002 ; Strathdee et al., 2002 ; Hankins et al., 2002).

Situations de conflit : prévention parmi les personnels en uniforme et les forces du maintien de la paix

Plus de 25 millions de personnes servent dans les forces armées de par le monde et ce chiffre pourrait être plus proche de 50 millions si l'on inclut les membres de la protection civile et les forces paramilitaires. Dans la plupart des cas, il s'agit d'hommes et de femmes âgés de 20 à 30 ans ; de ce fait, ils constituent un des groupes professionnels les plus affectés par le SIDA.

Les membres des services en uniforme font en général preuve d'une audace et d'un goût du risque qui peuvent les exposer à un risque accru d'infection à VIH. Militaires et membres des forces de la paix sont souvent en poste loin de leur famille et de leurs communautés pour de longues périodes, ce qui les soustrait à la discipline sociale qui a cours dans leurs communautés d'origine. Au cours d'un conflit, les rencontres sexuelles, voulues ou imposées, ont tendance à se multiplier et le respect des mesures de précaution régresse.

On a peu de données sur le SIDA chez les forces en uniforme, mais on estime en général que les infections sexuellement transmissibles sont deux fois plus fréquentes parmi elles que dans la population générale. Dans certains pays où le virus est apparu il y a plus de 10 ans, les forces armées ont enregistré des taux d'infection de 50% à 60%. Même dans le paisible Botswana, un militaire sur trois avait un résultat positif au test du VIH. La prévalence de l'infection à VIH dans l'armée cambodgienne est passée de 5,9% en 1995 à 7% en 1997. De tels niveaux de prévalence conduisent à de sérieuses ruptures de continuité au sein du commandement, affaiblissent le niveau de préparation des militaires, entraînent une augmentation des coûts de recrutement et de formation et d'une manière générale peuvent affaiblir certains services nationaux.

Les ripostes nationales

Heureusement, les soldats constituent aussi un 'public captif' – habitué à acquérir de nouvelles compétences, à obéir aux ordres et à prendre des initiatives. Cela en fait en puissance d'excellents agents de changement et des modèles pour les autres jeunes. Partout dans le monde, les militaires et autres personnels en uniforme ont commencé à réagir au SIDA dans leurs rangs. Un nombre croissant de pays, notamment l'Afrique du Sud, le Botswana, le Chili, les Philippines, la Thaïlande, l'Ukraine et la Zambie ont pris au sein des armées des mesures importantes qui vont d'une éducation préventive à la distribution de préservatifs. Le Brésil, le Mozambique, le Pérou, la République dominicaine et l'Uruguay se sont engagés à entreprendre des activités analogues lors de la signature par leurs ministres de la Défense, de l'Intérieur et de la Santé de déclarations de partenariat avec l'ONUSIDA.

Diverses approches ont été employées avec succès. En Ouganda, l'armée (Peoples' Defence Force) a eu recours à des 'clubs post-test' pour améliorer la prise de conscience à l'égard du VIH et diminuer la stigmatisation. Ces clubs sont ouverts à quiconque a subi un test VIH, quels qu'en aient été les résultats ; leur but est de redonner espoir aux personnes vivant avec le VIH et à leur famille en leur apportant un soutien. De plus de 10% en 1990, le taux de prévalence du VIH dans l'armée ougandaise est tombé à moins de 7% en 2003. Au Cambodge, depuis 1997, une marque de préservatifs commercialisée spécifiquement auprès des militaires a aidé à ramener de 70% à 54% les contacts sexuels non protégés entre les soldats cambodgiens et les professionnel(le)s du sexe.

Des projets similaires ont été également élaborés pour des personnels civils. Au Myanmar, l'ONUSIDA, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Care International et le Ministère de l'Intérieur travaillent actuellement à un programme de prévention à l'intention des forces de police et de leur famille. La Lituanie met en place des activités analogues pour les garde-frontières et les forces de police.

En 2002 et 2003, l'ONUSIDA a activement encouragé et soutenu de nouvelles initiatives de ce genre dans plus de 40 pays. Dans le même temps, le Bureau SIDA, sécurité et action humanitaire de l'ONUSIDA a mis au point un ensemble intégré sur la prise de conscience, la formation et la programmation, qui consiste à accroître la prise de conscience, à encourager la prévention, à proscrire la violence sexuelle, et à promouvoir l'égalité des sexes, les droits de la personne, la distribution de préservatifs et les services de soins et d'appui pour les agents du personnels qui sont séropositifs.

Prévention auprès des forces de maintien de la paix

Depuis le début de 2004, le Département des Opérations de maintien de la paix des Nations Unies est intervenu dans 15 missions de par le monde, quelque 89 pays ayant envoyé plus de 45 000 agents de maintien de la paix. L'ONUSIDA et le Département sont en train de mettre au point une riposte au SIDA dans les principales opérations de maintien de la paix. Cette riposte a pour objectif de prévenir l'infection parmi le personnel expatrié, de faire des forces de la paix, où qu'elles soient envoyées, les ambassadeurs d'une prise de conscience des enjeux du SIDA. La Carte de sensibilisation au VIH/SIDA créée pour les forces de maintien de la paix fait partie intégrante de la stratégie de l'ONUSIDA et du Département et a été traduite en 11 langues. Elle comporte à la fois des informations de base sur le VIH et un code de conduite approprié pour les forces civiles ou militaires de maintien de la paix.

Il reste néanmoins beaucoup de défis à relever pour que soient mises en œuvre les stratégies au sein des forces de maintien de la paix. Tout d'abord, la formation touchant le VIH doit tenir compte de la diversité des cultures auxquelles appartiennent ces forces. Deuxièmement, la formation est dispensée aux officiers mais aucun mécanisme ne garantit que l'information parvient aux hommes et aux femmes du rang.

Cinq nouvelles missions de maintien de la paix ont été décidées en 2004. L'ONUSIDA et le Département veilleront ensemble à ce que le problème du SIDA soit pris en compte au niveau de chaque mission et dans chacun des pays qui fournissent des troupes avant que ces dernières ne soient déployées sur le terrain.

VIH et conflits : un lien complexe

Vulnérabilité accrue pendant les conflits

Les experts qui étudient la propagation du VIH pendant un conflit ont souvent cru qu'il y avait un lien direct entre conflit et vulnérabilité au VIH. Cependant, cela ne se traduit pas nécessairement par une transmission accrue du VIH. Pendant la décennie de guerre civile en Sierra Leone, de nombreux indicateurs indirects ont conduit à penser que la vulnérabilité se traduisait bel et bien par une infection à VIH accrue.

- Signes d'une forte prévalence du VIH : le gouvernement de la Sierra Leone estimait en 1995 la prévalence chez les professionnel(le)s du sexe à 27% et à 71% en 1997 (Kaiser et al., 2002). Au cours de la même période, la surveillance dans les consultations prénatales du pays a montré que la prévalence était passée de 4% à 7%. Ces résultats font écho à d'autres recherches qui ont montré un taux de séropositivité de 11% parmi les forces du maintien de la paix qui, de la Sierra Leone, rentraient au Nigéria – soit un taux d'infection double de celui que l'on enregistrait à l'époque au Nigéria (Smith, 2002).
- Faible connaissance du VIH : parmi les forces du maintien de la paix et les soldats de l'armée nationale, seuls 23% pouvaient citer au moins trois voies de transmission du VIH, 38% disaient de pas avoir peur du SIDA et seuls 39% avaient utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (McGinn et al., 2001).
- Explosion de violence sexuelle : Une étude de 2002 a montré que 9% des femmes déplacées à la suite d'un conflit armé avaient été agressées sexuellement (ONUSIDA/HCR, 2003). D'autres rapports ont noté que les membres de la milice rebelle violaient systématiquement les jeunes filles et les femmes (Salama et al., 1999).

Un conflit peut-il parfois freiner l'épidémie ?

Récemment, une recherche plus rigoureuse entreprise sur le lien entre conflit, vulnérabilité et risque en matière de VIH a suggéré que, dans un petit nombre de cas et selon la nature du conflit, la transmission du VIH peut en fait être ralentie au cours de ce dernier. En Sierra Leone, quand les hostilités ont cessé, le gouvernement, en partenariat avec la Banque mondiale et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, a mis sur pied une enquête sur la prévalence du VIH et le risque comportemental. Cette étude de 2002 confirme la faiblesse des niveaux de l'information relative au VIH et le niveau élevé de violence sexuelle.

Mais, contrairement à l'augmentation de l'infection à VIH que suggéraient les indicateurs indirects, l'étude a trouvé des niveaux inférieurs (1-4%) à ceux qui avaient été enregistrés pendant le conflit. On peut partiellement en donner l'explication suivante : pendant la guerre, les déplacements à l'intérieur du pays, les migrations et le commerce avec l'extérieur étaient devenus très difficiles et cela a contribué à 'isoler' la Sierra Leone de l'épidémie qui frappe l'Afrique occidentale. Selon l'enquête de 2002, environ 90% des habitants sont restés dans le pays comme personnes déplacées, 10% seulement ayant gagné les pays voisins. Dans cette situation, le risque accru d'exposition à l'infection à VIH qui s'était traduit par une forte prévalence chez les professionnel(le)s du sexe n'a pas entraîné une croissance soutenue de l'infection dans la population générale.

L'observation de la situation dans d'autres pays a conduit à des résultats similaires. Ainsi, la Bosnie-Herzégovine, après avoir été le théâtre d'une guerre de 1992 à 1995, a conservé un très faible taux de prévalence (0,0003% de la population en 2001), malgré d'importants déplacements de population et de très hauts niveaux de violence sexuelle (Cavaljuga, 2002). Si le VIH n'a pas d'ores et déjà une forte prévalence dans un pays,

il ne peut pas mettre à profit les conditions qui favorisent sa propagation. En outre, un conflit peut diminuer la mobilité de la population et faire encourir à celle-ci un moindre risque d'être confrontée au virus qu'en temps de paix.

Réfugiés et VIH

Les millions de personnes fuyant un conflit armé trouvent un abri dans de grands camps de réfugiés. Malheureusement nombre d'entre elles, particulièrement les femmes et les filles, y vivent la pauvreté, l'impuissance, l'instabilité sociale et les violences sexuelles (Lubbers, 2003). On a longtemps pensé que les réfugiés, vulnérables du fait de leur situation socio-économique et culturelle, faisaient face à un plus grand risque d'exposition au VIH. Cependant, comme pour certaines situations de conflit de longue durée, des observations récentes font penser que les personnes réfugiées ou déplacées n'atteignent pas nécessairement des taux d'infection plus élevés.

Entre 2001 et 2003, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et ses partenaires ont mesuré la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans plus de 20 camps abritant près de 800 000 réfugiés au Kenya, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda et au Soudan. Les résultats indiquent pour les populations réfugiées de trois des quatre pays un taux d'infection significativement inférieur à celui des communautés d'accueil. Au nord-ouest du Kenya, par exemple, 5% des réfugiés étaient séro-

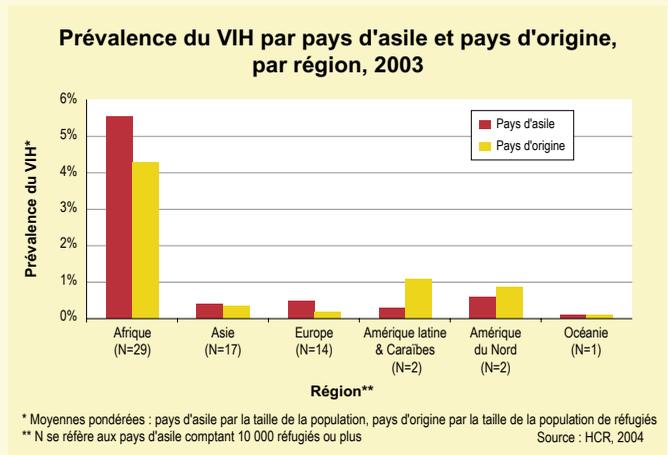


Figure 49

positifs alors que le taux de prévalence général de l'infection à VIH dans la population d'accueil était de 18%. Dans le quatrième pays, le Soudan, les camps de réfugiés et la communauté d'accueil avaient des taux d'infection similaires (Lubbers, 2003).

Plusieurs explications peuvent rendre compte de ces écarts entre la prévalence des réfugiés et celle des pays d'accueil. Historiquement, les pays d'origine de la plupart des réfugiés en Afrique et en Asie ont en général des taux de prévalence inférieurs à celui des pays d'accueil (voir Figure 49). Les réfugiés vivent souvent dans des camps situés dans des zones rurales éloignées et leur liberté de mouvement est réduite, ce qui peut limiter leurs contacts avec la population du pays d'accueil, en particulier dans les zones rurales à forte prévalence. En outre, les agences internationales et les organisations non gouvernementales ont mis en œuvre pour les réfugiés des programmes de

Parvenir à des estimations de la prévalence du VIH dans les situations de conflit

Dans les pays qui connaissent une épidémie généralisée, la plupart des estimations de la prévalence nationale sont fondées sur les données de surveillance, dans la durée, des femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales. Si ces consultations sont suspendues pendant le conflit ou après celui-ci, on pourra avoir recours aux enquêtes de population. Celles-ci sous-estimeront peut-être les niveaux d'infection si la participation est trop faible. Elles peuvent néanmoins mieux atteindre les populations rurales, qui ont généralement des taux d'infection inférieurs à ceux que l'on observe en milieu urbain. Ces enquêtes concernent aussi les hommes, ainsi que les femmes qui ne sont pas enceintes. L'enquête en Sierra Leone (mentionnée ci-dessus) était fondée sur la population générale, ce qui peut expliquer en partie pourquoi la prévalence y apparaît plus faible après le conflit que dans les études précédentes du type surveillance sentinelle (Spiegel, 2003).

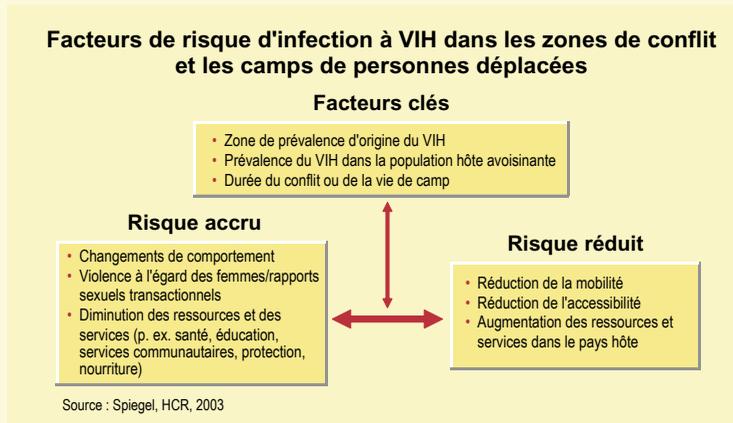


Figure 50

prévention du VIH. Ces facteurs peuvent réduire le risque d'exposition au VIH lors de rapports sexuels, d'utilisation de matériel d'injection contaminé ou lorsque les approvisionnements en sang n'ont pas été contrôlés.

L'Angola fournit un exemple probant. Quand le conflit a pris fin en avril 2002, le pays avait une prévalence du VIH sensiblement inférieure à celle des autres pays de l'Afrique australe (5-10% à Luanda et 1-3% dans les zones rurales du pays). A nouveau, si l'on compare aux pays voisins, le conflit de longue durée pourrait avoir freiné la propagation du virus en Angola. Lorsque les réfugiés ont commencé à revenir de Namibie ou de Zambie dans leur pays, des rumeurs ont circulé dans la population angolaise selon lesquelles 70% d'entre eux étaient séropositifs. Ces rumeurs ont créé dans l'opinion publique la crainte que le retour des réfugiés ne propage le VIH et ne mette en péril le redressement du pays.

Dans les faits, le HCR a utilisé des indicateurs indirects pour montrer que la prévalence du VIH chez les réfugiés rentrant au pays était beaucoup plus faible que celle des populations des pays d'accueil. Les vigoureux programmes de prévention du VIH dans les camps de réfugiés ont fait que ceux-ci avaient une meilleure connaissance du virus que l'Angolais moyen. La formation à la prévention dans les camps peut en fait aider ceux qui retournent dans leur pays à y devenir une ressource appréciable en matière de prévention (Spiegel et de Jong, 2003).

Surveillance du VIH et situations d'urgence

L'expérience de l'Angola et de la Sierra Leone montre qu'il faut plus de recherches, de surveillance et de suivi comportemental, le tout de meilleure qualité, dans les situations d'urgence. Une meilleure compréhension des liens complexes entre VIH et conflits montre que des facteurs liés au risque de VIH (par exemple, mobilité réduite, meilleur ciblage de la prévention)

peuvent contrebalancer les facteurs qui aggravent le risque. Les éléments clés qui équilibrent ces forces divergentes comprennent le degré d'interaction entre les réfugiés et les populations des pays d'accueil, le type de ces interactions et notamment l'ampleur de la violence sexuelle, et enfin la prévalence respective de l'infection à VIH au sein de ces groupes (voir Figure 50). Il faudra un suivi attentif pour orienter l'élaboration des politiques et programmer les ripostes dans différents contextes.

Améliorer la surveillance du VIH dans les situations d'urgence est une tâche impressionnante mais les agences qui œuvrent dans de telles situations doivent en faire une priorité. Une surveillance efficace exigera que l'on connaisse la prévalence du VIH dans les zones où vivaient auparavant les personnes déplacées. Elle requerra également une information biologique et comportementale sur les infections à VIH chez les personnes déplacées et dans les communautés d'accueil environnantes après le déplacement. Enfin, il sera nécessaire d'adopter une approche sous-régionale et d'améliorer la coordination et le partage d'informations en prenant en compte la totalité du cycle de déplacement, notamment le retour et la réintégration dans le pays d'origine.

La surveillance biologique et comportementale aidera les agences à mieux comprendre les facteurs qui accélèrent ou ralentissent la transmission du VIH et ceux qui facilitent l'élaboration de ripostes pertinentes. Il n'est pas facile d'en-

treprendre la surveillance du VIH au cours de la phase aiguë de l'urgence, mais il reste par exemple possible d'obtenir des estimations indirectes de la prévalence du VIH selon l'âge et le sexe lors du contrôle des dons de sang. Dans les situations de post-conflit, la surveillance sentinelle fournit des informations qui refléteront mieux la population dans son ensemble (Spiegel, 2003).

Entreprendre une action efficace

Jusqu'à ces derniers temps, les agences impliquées dans les situations de conflit ne prêtaient guère d'attention à la prévention de l'infection à VIH, à la prise en charge et à la surveillance dans les cas d'urgence. Cependant, la crise rwandaise en 1994 les a aidées à percevoir que les personnes non déplacées, tout comme les personnes déplacées et affectées par le conflit, avaient besoin d'interventions liées au VIH. Pour souligner ce point, le HCR a commencé en 2002 à mettre en place son Plan stratégique 2002-2004 VIH et réfugiés qui insiste sur l'importance de la création de services de santé sexuelle et reproductive, incluant le VIH et les infections sexuellement transmissibles, dès les tout premiers moments d'une crise impliquant des déplacements de personnes.

En 2003, les organismes des Nations Unies et les ONG ont reconstitué un Groupe de référence du Comité permanent interorganisations sur le VIH et les situations d'urgence pour coordonner l'action dans les situations de crise. Des lignes directrices ont souligné la nécessité d'une action multisectorielle. Les organismes des Nations Unies ont aussi apporté leur soutien à des ensembles complets d'activités de prévention lors de missions de maintien de la paix en Erythrée, en Ethiopie, en République démocratique du Congo et en Sierra Leone.

Au Libéria, la Croix-Rouge du Libéria et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont travaillé avec de nombreuses ONG locales pour mettre en place des programmes d'éducation et de prévention dans les camps de personnes déplacées au sein du

pays. Entre autres choses, des lieux prenant en compte les spécificités de l'adolescence ont été instaurés pour permettre aux jeunes de débattre librement de leurs soucis en matière de VIH. Des équipes de jeunes ont sensibilisé et mobilisé les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les communautés d'accueil sur la question du VIH. En outre, des efforts concertés ont été faits pour maintenir la distribution de préservatifs pour les personnes déplacées.

Les ONG qui travaillent dans les camps de réfugiés ont par ailleurs commencé récemment à mettre en œuvre des programmes VIH plus complets en matière de conseil et de test volontaires et de prévention de la transmission mère-enfant. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, l'Aide populaire a lancé un programme pilote pour les réfugiés des camps de Lukome et de Kitali et pour la population environnante. En trois mois, ce programme a conseillé près de 3000 femmes enceintes dont plus de 80% ont accepté le test VIH (Norwegian People's Aid, 2002).

En Angola, où la paix est maintenant revenue, les organismes des Nations Unies s'appliquent, avec le gouvernement et d'autres partenaires, à maintenir la prévalence de l'infection à VIH à un taux peu élevé. Les Nations Unies avaient prévu que 240 000 réfugiés seraient rapatriés des camps situés en Namibie, en République démocratique du Congo et en Zambie et avaient mis en place un plan d'action, approuvé depuis par le gouvernement angolais. Les personnes réfugiées recevront une formation à la prévention du VIH qui sera donnée au camp de réfugiés même et y disposeront de préservatifs. A l'arrivée en Angola, les centres d'accueil les feront bénéficier d'une éducation, de distribution de préservatifs et d'interventions par leurs pairs. Le plan d'action envisage des programmes VIH complets pour tous les Angolais vivant dans les zones de retour. L'apparition et la mise en place de ces plans montrent que le besoin d'approches intégrées et sous-régionales dans les situations de rapatriement et de réintégration post-conflit est de mieux en mieux compris. 

Le Point

Le rôle essentiel des personnes vivant avec le VIH

Partout dans le monde où le VIH se propage, les personnes vivant avec le VIH créent souvent rapidement des réseaux d'entraide, de soutien et de responsabilisation.

En juin 1983, à Denver (Colorado, États-Unis) un mouvement de personnes vivant avec le VIH s'est forgé lors du deuxième Forum national sur le SIDA. Les 'Principes de Denver' adoptés lors du Forum recommandent que toute l'aide possible soit apportée aux personnes vivant avec le VIH dans leur lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA. Les Principes déclarent également que les personnes vivant avec le VIH doivent être impliquées à tous les niveaux de prise de décisions, fassent partie de la direction des organisations d'aide et participent à toutes les réunions sur le SIDA à égalité de droits avec les autres participants afin de partager les expériences et les connaissances qui leur sont propres (Senterfitt, 1998). Dès 1988, la publication *AIDS Treatment News* énumérait plus de 20 groupements de personnes vivant avec le VIH au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Des groupes se constituent aux niveaux mondial et national

En Ouganda, l'Organisation ougandaise d'Aide aux Malades du SIDA a joué un rôle de pionnier. Elle a été créée en 1987 à Kampala par un groupe de 16 bénévoles dont 12 vivaient avec le VIH. De tels groupes se constituent souvent autour d'un petit noyau de personnes qui prennent en charge une personne chère atteinte par la maladie. En Jamaïque, l'organisation de soutien s'est officiellement créée autour d'un groupe d'hommes qui accompagnaient un ami mourant du SIDA. Dans d'autres cas, c'est un individu qui a eu le courage de déclarer ouver-

tement vivre avec le VIH et qui a convaincu d'autres personnes d'en faire autant. En 1990, au Kenya, Joe Muriithi a été l'un des premiers Africains à annoncer publiquement sa séropositivité au VIH et, en compagnie de sa femme Jane Muriithi, a fondé la Know AIDS Society. En 1992, Auxillia Chimusoro – une des fondatrices de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA – a été l'une des premières personnes au Zimbabwe à faire état publiquement de sa séropositivité et a fondé par la suite le groupe de soutien Batanayi.

Au Brésil, Herbert Daniel, un écrivain militant des droits de l'homme, a fondé le Grupo Pela Vidda de Rio de Janeiro en 1989. La même année, lors de la deuxième Réunion nationale des ONG VIH/SIDA à Porto Alegre, la Déclaration des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été adoptée à l'unanimité par plus de 50 organisations. En Inde, 35 personnes réunies pour un atelier national ont créé en 1997 le Réseau indien des personnes séropositives dont Ashok Pillai a été élu Secrétaire général. Ce dernier a joué un rôle de premier plan en faveur des personnes vivant avec le VIH. Le Réseau compte aujourd'hui plus de 1000 membres issus de 14 États et comporte un réseau de femmes. Malheureusement, comme bien d'autres pionniers du mouvement de lutte contre le SIDA, Ashok Pillai n'est plus.

Au niveau mondial, une structure internationale ébauchée en 1986 est devenue le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA. En juillet 1992, la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA a été créée par un groupe de femmes séropositives de 30 pays différents qui participaient à la VIII^e Conférence internationale sur le SIDA à Amsterdam. La Communauté s'est appuyée sur le mouvement de

plus en plus important des femmes séropositives africaines, ce qui a conduit à de nouvelles formes d'action dépassant les urgences immédiates d'entraide et de soutien.

Le Principe GIPA

Le principe d'une Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GIPA) a été officiellement retenu en 1994 lors du Sommet de Paris où 42 pays se sont mis d'accord pour appuyer « une initiative qui renforcera la capacité et la coordination des réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA et les mouvements associatifs ». Le texte ajoutait : « En permettant leur participation pleine et entière à notre réponse commune face à la pandémie, à tous les niveaux, national, régional et mondial, cette initiative s'attachera notamment à stimuler la création d'un environnement politique, juridique et social favorable à la lutte contre le SIDA. »

La Déclaration de Paris affirmait également « [sa] détermination à mobiliser l'ensemble de la société – secteurs public, privé et associatif, et personnes vivant avec le VIH/SIDA – dans l'esprit d'un indispensable partenariat » et la nécessité « d'associer pleinement les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques et de faire en sorte que la loi garantisse aux personnes vivant avec le SIDA une égale protection quant à l'accès aux soins, à l'emploi, à l'éducation, à la liberté de circulation, au logement et à la protection sociale. »

En 2001, la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA a adopté le principe GIPA qui a par la suite été confirmé par les Principes directeurs de l'Initiative de traitement '3 x 5'. Selon ces principes, l'Initiative situe clairement les besoins et la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au centre de toute sa programmation (OMS, 2003). L'ONUSIDA a promu le concept GIPA dès sa création en impliquant des personnes vivant avec le VIH à tous les niveaux, notamment dans son Conseil de Coordination du Programme.

Les rôles des personnes vivant avec le VIH : leadership national

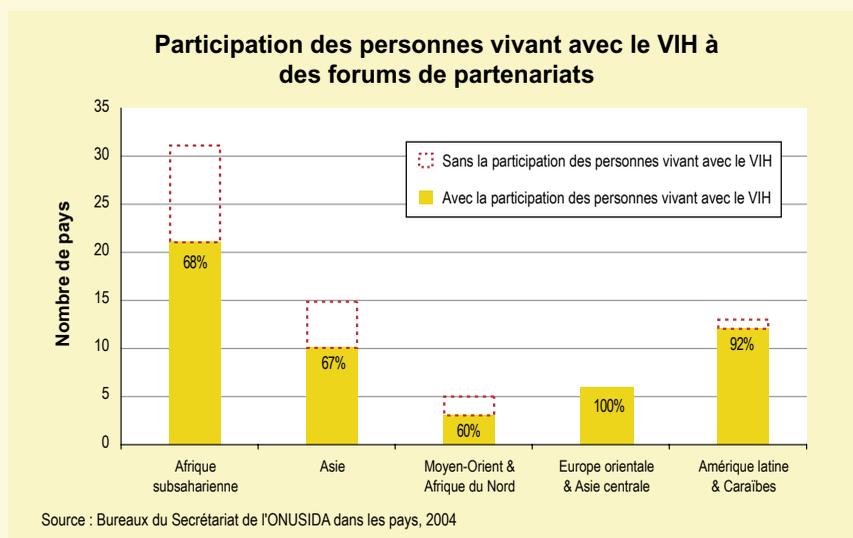
Malgré ces engagements, la participation réelle des personnes vivant avec le VIH dans les prises de décisions est encore loin d'être une réalité universelle. De plus, la participation des femmes et des enfants séropositifs est restée loin derrière celle des hommes dans la majeure partie du monde. L'une des raisons en est que, de par le monde, seules environ 10% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. D'autres raisons tiennent à la peur d'être en butte à la discrimination et la stigmatisation si l'on divulgue son statut. Néanmoins, on constate des progrès.

En Europe orientale et en Asie centrale, l'épidémie est relativement récente mais peu de gens y connaissent leur statut VIH. Moins nombreuses encore sont les personnes qui acceptent de dévoiler leur statut et il n'y a guère de tradition de participation de la société civile. Toutefois, ces dernières années, le mouvement des personnes vivant avec le VIH s'est renforcé et a pris de l'influence. En Ukraine, par exemple, le Réseau ukrainien des personnes vivant avec le VIH/SIDA a contribué à l'élaboration du Programme national de prévention du SIDA et il est de plus en plus impliqué dans la dispense de soins et de services liés au VIH (PNUD, 2003).

Le Réseau cambodgien de personnes vivant avec le VIH/SIDA s'est très activement engagé dans l'élaboration des politiques. En tant que membre du Mécanisme de coordination dans le pays, il a participé à la formulation de la requête cambodgienne de financement au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui a été couronnée de succès. De nombreux pays ont mis en place des forums en partenariat qui réunissent des personnes vivant avec le VIH et des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux pour structurer les ripostes à l'épidémie (voir Figure 51). Ailleurs, le Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant avec le VIH/SIDA regroupe des membres originaires de plus de 20 pays sous l'égide du Programme

des Nations Unies pour le Développement (PNUD) 'Un leadership pour des résultats'. Ce réseau régional a favorisé la mise en place d'organisations nationales de personnes vivant avec le VIH, parmi lesquelles Spiritia, en Indonésie, qui a également bénéficié du soutien de l'ONUSIDA. Dans le cas d'épidémies d'émergence plus récente, les Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA ont encouragé et soutenu les groupes de militants du SIDA qui se mettent en place.

Figure 51



Offrir des services et encourager la participation locale

Dans d'autres cas, les personnes vivant avec le VIH sont depuis longtemps impliquées dans les prises de décisions nationales. De plus en plus, des personnes séropositives participent activement aux processus de décision locaux et à l'offre de services aux autres personnes atteintes par le VIH. Ils sont souvent le fer de lance du soutien et de l'aide. Au Cambodge, par exemple, des volontaires vivant avec le VIH, membres des sections de 'Friend Help Friend' apportent information et soutien dans les centres de santé de district et aident les patients à respecter leurs protocoles thérapeutiques.

C'est au niveau de l'accès aux traitements – une des grandes priorités de la lutte contre le SIDA – que le lien entre la fourniture de services et la sensibilisation au niveau national a été particulièrement mis en lumière. En Thaïlande, par exemple, le Réseau thaïlandais de personnes vivant avec le VIH/SIDA et la Coalition thaïlandaise des ONG en lutte contre le SIDA ont demandé au gouvernement d'inclure la fourniture des médicaments antirétroviraux dans le système national d'assurance santé. En décembre 2001, le gouvernement thaïlandais a annoncé qu'il étendrait les prestations à ces médicaments et il a institué un comité comprenant des représentants des réseaux pour contrôler la mise en œuvre de cette mesure.

Au Kazakhstan, 30% des personnes séropositives du pays vivent dans la ville de Temirtau où depuis 1988 l'ONG *Shapagat* ('miséricorde' en kazakh) fait entendre leur voix. La municipalité a donné des bureaux à *Shapagat* et l'ONG y travaille avec le centre local SIDA, les organismes des Nations Unies et la Fondation Open Society. *Shapagat* informe régulièrement le parlement local et les autorités gouvernementales. Les personnes séropositives de Temirtau

ont fait partie de la Commission nationale SIDA du pays et ont également participé au Mécanisme de coordination dans le pays du Fonds mondial pour le Kazakhstan.

Emploi et lieu de travail

La présence sur le lieu de travail de personnes vivant ouvertement avec le VIH montre qu'il est possible de continuer à vivre et à travailler normalement, ce qui représente un premier pas important dans la lutte contre la discrimination au travail. Le Programme des Volontaires des Nations Unies a soutenu le concept GIPA en faisant recruter des personnes vivant avec le VIH notamment au sein des compagnies minières, des organisations para-étatiques et des organismes des Nations Unies. Les

participants au Programme mènent des actions de sensibilisation et d'éducation et viennent activement en aide à la mise en place des plans d'action SIDA sur le lieu de travail. De même, dans les Caraïbes, près de 50 membres séropositifs du Programme des Volontaires des Nations Unies luttent depuis 2000 contre la discrimination liée au SIDA dans sept pays de la région.

Les personnes séropositives sont rarement payées pour les soins et le soutien qu'elles apportent à ceux et celles qui vivent avec le virus. Le Botswana fait exception. Un membre du Réseau national de personnes vivant avec le VIH/SIDA y travaille comme responsable communautaire en liaison avec l'hôpital pour les maladies infectieuses de la capitale Gaborone. Sa propre expérience de personne vivant avec le VIH a beaucoup compté dans l'aide qu'elle apporte aux malades (particulièrement ceux qui viennent de villages éloignés), qui lui parlent des difficultés rencontrées dans l'observance de leur traitement, ou des pressions que les proches exercent sur les mères séropositives pour qu'elles allaitent leurs nouveau-nés (ONUSIDA, 2003).

Dans beaucoup d'endroits, les programmes SIDA sur le lieu de travail bénéficient de l'appui des entreprises, des syndicats et du gouvernement (voir Chapitre 'Impact' et Chapitre 'Prévention'). Toutefois, le secteur du travail informel pose toujours un sérieux problème. L'Inde en est un exemple. Près de 92% de la population indienne travaille dans l'économie informelle. L'Organisation internationale du Travail (OIT), en accord avec les organisations patronales et les syndicats de travailleurs, a soutenu le travail accompli dans ce secteur par le Réseau des personnes séropositives de Delhi. Les membres de ce réseau offrent des formations, une aide à l'emploi, et soutiennent à la fois les travailleurs séropositifs et les familles des personnes qui sont décédées du SIDA.

Aider ceux qui font preuve de courage et s'engagent

La participation de personnes vivant avec le VIH dans les ripostes nationales à l'épidémie s'est

avérée très profitable. Mais il faudra prendre en compte tout un éventail de besoins pour qu'elle soit plus efficace. De nombreux programmes dépendent de l'engagement et du courage de personnes séropositives. Un diagnostic de séropositivité constitue déjà en soi un événement qui change la vie, qui provoque un choc, de la souffrance et le sentiment d'avoir perdu la maîtrise de son existence. Révéler son statut sérologique peut être un traumatisme, même dans les meilleures conditions. Le faire publiquement – comme le font bien des militants – n'est jamais chose facile même avec le soutien des autres membres de son organisation. De nombreuses initiatives de par le monde, émanant des Nations Unies, des ONG ou d'organismes gouvernementaux encouragent ce type de révélation afin de lutter contre la propagation du virus mais souvent elles n'aident pas les individus à s'y préparer et ne leur accordent pas tout le soutien nécessaire au travail qu'ils effectuent par la suite.

Le problème financier est primordial. Les personnes vivant avec le VIH doivent avoir accès aux médicaments antirétroviraux et à d'autres soins, elles doivent recevoir un salaire ou une indemnité compensatoire pour le temps qu'elles donnent et pour leurs autres apports. Sans cela, leur possibilité de participer à la riposte à la pandémie sera sérieusement compromise. L'Ouganda constitue un exemple novateur pour répondre à ces carences. Le Fund for HIV/AIDS Advocates in Uganda, avec des fonds en provenance du Rotary International et de ses branches belge et canadienne, fournit des traitements antirétroviraux à six agents de sensibilisation (Commission ougandaise SIDA et ONUSIDA, 2003). Le Fonds est co-géré par le Forum des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui regroupe tous les réseaux et associations de l'Ouganda dans ce domaine.

Les femmes séropositives qui luttent activement en Afrique rencontrent d'énormes difficultés. Elles sont profondément déçues, après avoir subi de fortes pressions pour dévoiler leur séropositivité, de ne pas voir leurs besoins financiers, médicaux et psychologiques pris en compte. Les programmes gouvernementaux et les ONG

exploitent l'engagement et le bénévolat des personnes vivant avec le VIH en les traitant comme une source de travail à bon marché, voire gratuit, au lieu de fournir des services de santé (Manchester, 2003).

Une étude sur 17 ONG luttant contre le VIH/SIDA dans quatre pays (Burkina Faso, Equateur, Inde et Zambie) a montré que l'absence de prise en compte des besoins des personnes séropositives réduisait l'efficacité des services offerts. Engager des personnes vivant avec le VIH dans un travail d'éducation de proximité avant qu'elles n'aient reçu la formation et l'appui nécessaires peut avoir un effet négatif sur la qualité du service apporté et nuire également à ces personnes elles-mêmes (Horizons Program, 2002). La participation de personnes vivant avec le VIH au niveau international peut être freinée soit par les difficultés rencontrées pour l'obtention d'une assurance couvrant les risques de maladies liées au VIH, soit par les restrictions que beaucoup de pays imposent à l'entrée de personnes vivant avec le VIH.

Une plus grande participation naît dans un milieu de soutien favorable

Il n'y a pas de solutions simples à ces problèmes. Au sein d'une organisation qui veut une véritable participation et non des faux-semblants, il faut une bonne dose de réflexion et de persévérance pour créer un milieu favorable où la confiance règne. Pour pouvoir participer plus activement, les personnes séropositives devront être formées, soutenues et les institutions devront mieux axer leurs procédures sur la participation et les rendre plus accessibles à des personnes qui peuvent ne pas être familiarisées avec le caractère formel des rencontres et les autres usages institutionnels. Cela est encore plus vrai si l'on souhaite voir un nombre accru de femmes et de jeunes – traditionnellement exclus des processus de décision – devenir capables d'apporter une contribution significative.

Tout cela signifie qu'il est plus nécessaire que jamais de trouver davantage de ressources pour renforcer les capacités, rémunérer financièrement

le travail fourni et apporter aux personnes qui accomplissent ce travail la prise en charge et le soutien psychologique nécessaires. Mais une participation plus officielle des réseaux et des organisations de personnes vivant avec le VIH (contrastant avec la participation personnelle en place actuellement) permettrait aussi une mise en œuvre plus soutenue du principe GIPA. Dans plusieurs pays, le passage du mode 'groupes d'entraide' à un ensemble d'organisations réellement représentatives a entraîné de nouveaux besoins en matière de compétences dans les domaines de l'organisation, de la gestion, de la sensibilisation et du leadership.

Le thème de la Conférence internationale pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA en septembre 2003 – L'aube d'un nouveau leadership positif – prend en compte ces rôles nouveaux. La Déclaration finale a noté que les communautés et les organisations manquent encore cruellement des ressources qui leur sont nécessaires pour exploiter toutes leurs potentialités et pour assumer le rôle qui est assigné aux personnes vivant avec le VIH ; elle stipule en outre que les efforts pour acquérir les compétences qui feront de ces personnes des partenaires de plein droit à la riposte doivent être vigoureusement poursuivis.

Conclusion

L'expérience a prouvé que la participation pleine et entière des personnes vivant avec le VIH est un élément décisif dans l'efficacité de la riposte à l'épidémie. Pour renforcer et maintenir cette implication, il faut que :

- i. **les personnes connaissent leur statut sérologique** (ce qui à son tour signifie une amélioration importante de l'accès aux services de conseil et de test volontaires) ;
- ii. **l'on garde les personnes en vie** grâce à un traitement antirétroviral afin qu'elles puissent rester actives dans le domaine de leur choix ; et
- iii. **que soit créé l'espace politique et matériel qui permette aux personnes vivant avec le VIH d'accroître leur rôle et leur contribu-**

tion, ceci en luttant contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, en œuvrant pour un environnement juridique et politique adéquat et enfin en fournissant les ressources nécessaires à leur participation, y compris en matière de développement organisationnel.

D'ores et déjà des organisations de lutte contre le SIDA existent sous diverses formes – depuis les institutions d'aide et de services jusqu'aux organismes de sensibilisation et aux organisations représentatives. Face à une épidémie de longue

durée et qui change constamment, la gamme de ces organisations doit encore s'élargir. En particulier, au fur et à mesure que davantage de personnes connaissent leur statut, il faut œuvrer au-delà des réseaux SIDA reconnus, en dehors du domaine de la santé, sur le lieu de travail, au sein des institutions religieuses, des écoles, etc. Les réseaux de personnes vivant avec le VIH ont donné la preuve de leur volonté de forger de nouveaux partenariats ; il faut maintenant qu'on les aide à renforcer leurs capacités organisationnelles et à relever ces nouveaux défis. 

Tableau comparatif des estimations et données relatives au SIDA par pays, fin 2003 et 2001

La surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST) à l'échelle mondiale est une activité conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Le Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST, créé en 1996, constitue le principal instrument de coordination et d'exécution par lequel l'ONUSIDA et l'OMS recueillent les meilleures informations disponibles et contribuent à améliorer la qualité des données indispensables à une prise de décisions et à une planification éclairées aux niveaux national, régional et mondial. Les estimations qui figurent dans ce tableau émanent du Groupe de travail, et elles sont établies en collaboration étroite avec les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et de nombreux autres partenaires.

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants, fin 2003		Adultes et enfants, fin 2001		Adultes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Total mondial	37 800 000	[34 600 000 - 42 300 000]	34 900 000	[32 000 000 - 39 000 000]	35 700 000	[32 700 000 - 39 800 000]
Afrique subsaharienne	25 000 000	[23 100 000 - 27 900 000]	23 800 000	[22 000 000 - 26 600 000]	23 100 000	[21 400 000 - 25 700 000]
Afrique du Sud *	5 300 000	[4 500 000 - 6 200 000]	5 000 000	[4 200 000 - 5 900 000]	5 100 000	[4 300 000 - 5 900 000]
Angola	240 000	[97 000 - 600 000]	220 000	[86 000 - 550 000]	220 000	[88 000 - 540 000]
Bénin	68 000	[38 000 - 120 000]	65 000	[36 000 - 110 000]	62 000	[35 000 - 110 000]
Botswana *	350 000	[330 000 - 380 000]	350 000	[330 000 - 380 000]	330 000	[310 000 - 340 000]
Burkina Faso *	300 000	[190 000 - 470 000]	280 000	[180 000 - 440 000]	270 000	[170 000 - 420 000]
Burundi	250 000	[170 000 - 370 000]	240 000	[160 000 - 360 000]	220 000	[150 000 - 320 000]
Cameroun *	560 000	[390 000 - 810 000]	530 000	[370 000 - 770 000]	520 000	[360 000 - 740 000]
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	90 000	[39 000 - 200 000]	90 000	[39 000 - 200 000]	80 000	[34 000 - 180 000]
Côte d'Ivoire	570 000	[390 000 - 820 000]	510 000	[350 000 - 740 000]	530 000	[370 000 - 750 000]
Djibouti	9 100	[2 300 - 24 000]	8 100	[2 400 - 23 000]	8 400	[2 100 - 21 000]
Erythrée	60 000	[21 000 - 170 000]	61 000	[22 000 - 160 000]	55 000	[19 000 - 150 000]
Ethiopie	1 500 000	[950 000 - 2 300 000]	1 300 000	[820 000 - 2 000 000]	1 400 000	[890 000 - 2 100 000]
Gabon	48 000	[24 000 - 91 000]	39 000	[19 000 - 78 000]	45 000	[23 000 - 86 000]
Gambie	6 800	[1 800 - 24 000]	6 700	[1 800 - 24 000]	6 300	[1 700 - 23 000]
Ghana *	350 000	[210 000 - 560 000]	330 000	[200 000 - 540 000]	320 000	[200 000 - 520 000]
Guinée *	140 000	[51 000 - 360 000]	110 000	[40 000 - 310 000]	130 000	[48 000 - 330 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Kenya	1 200 000	[820 000 - 1 700 000]	1 300 000	[890 000 - 1 800 000]	1 100 000	[760 000 - 1 600 000]
Lesotho *	320 000	[290 000 - 360 000]	320 000	[290 000 - 360 000]	300 000	[270 000 - 330 000]
Libéria	100 000	[47 000 - 220 000]	86 000	[37 000 - 190 000]	96 000	[44 000 - 200 000]
Madagascar	140 000	[68 000 - 250 000]	100 000	[50 000 - 180 000]	130 000	[66 000 - 220 000]
Malawi *	900 000	[700 000 - 1 100 000]	850 000	[660 000 - 1 100 000]	810 000	[650 000 - 1 000 000]
Mali	140 000	[44 000 - 420 000]	130 000	[40 000 - 390 000]	120 000	[40 000 - 380 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	9 500	[4 500 - 17 000]	6 300	[3 000 - 11 000]	8 900	[4 400 - 15 000]
Mozambique	1 300 000	[980 000 - 1 700 000]	1 200 000	[930 000 - 1 600 000]	1 200 000	[910 000 - 1 500 000]
Namibie	210 000	[180 000 - 250 000]	200 000	[170 000 - 230 000]	200 000	[170 000 - 230 000]
Niger	70 000	[36 000 - 130 000]	56 000	[28 000 - 110 000]	64 000	[34 000 - 120 000]
Nigéria	3 600 000	[2 400 000 - 5 400 000]	3 400 000	[2 200 000 - 5 000 000]	3 300 000	[2 200 000 - 4 900 000]
Ouganda *	530 000	[350 000 - 880 000]	620 000	[420 000 - 980 000]	450 000	[300 000 - 730 000]
République centrafricaine	260 000	[160 000 - 410 000]	250 000	[150 000 - 400 000]	240 000	[150 000 - 380 000]
Rép. démocratique du Congo**	1 100 000	[450 000 - 2 600 000]	1 100 000	[430 000 - 2 500 000]	1 000 000	[410 000 - 2 400 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	1 600 000	[1 200 000 - 2 300 000]	1 600 000	[1 100 000 - 2 200 000]	1 500 000	[1 100 000 - 2 000 000]
Rwanda *	250 000	[170 000 - 380 000]	240 000	[160 000 - 360 000]	230 000	[150 000 - 350 000]
Sénégal *	44 000	[22 000 - 89 000]	40 000	[20 000 - 81 000]	41 000	[21 000 - 83 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	220 000	[210 000 - 230 000]	210 000	[190 000 - 220 000]	200 000	[190 000 - 210 000]
Tchad	200 000	[130 000 - 300 000]	190 000	[120 000 - 290 000]	180 000	[120 000 - 270 000]
Togo	110 000	[67 000 - 170 000]	100 000	[65 000 - 160 000]	96 000	[61 000 - 150 000]
Zambie	920 000	[730 000 - 1 100 000]	890 000	[710 000 - 1 100 000]	830 000	[680 000 - 1 000 000]
Zimbabwe	1 800 000	[1 500 000 - 2 000 000]	1 700 000	[1 500 000 - 2 000 000]	1 600 000	[1 400 000 - 1 900 000]
Asie de l'Est	900 000	[450 000 - 1 500 000]	680 000	[340 000 - 1 100 000]	900 000	[450 000 - 1 500 000]
Chine	840 000	[430 000 - 1 500 000]	660 000	[320 000 - 1 100 000]	830 000	[430 000 - 1 400 000]
Hong Kong R.A.S.	2 600	[1 300 - 4 400]	2 700	[1 300 - 4 400]	2 600	[1 300 - 4 300]
Japon	12 000	[5 700 - 19 000]	12 000	[5 800 - 20 000]	12 000	[5 700 - 19 000]
Mongolie	<500	[<1 000]	<200	[<400]	<500	[<1 000]
République de Corée	8 300	[2 700 - 16 000]	5 600	[1 800 - 11 000]	8 300	[2 700 - 16 000]
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...
Océanie	32 000	[21 000 - 46 000]	24 000	[16 000 - 35 000]	31 000	[21 000 - 45 000]
Australie	14 000	[6 800 - 22 000]	12 000	[6 000 - 20 000]	14 000	[6 600 - 22 000]
Fidji	600	[200 - 1 300]	<500	[<1 000]	600	[200 - 1 200]
Nouvelle-Zélande	1 400	[480 - 2 800]	1 200	[420 - 2 400]	1 400	[500 - 2 800]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	16 000	[7 800 - 28 000]	10 000	[4 900 - 17 000]	16 000	[7 700 - 26 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Adultes (15-49), fin 2001		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2003 (%)		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2001 (%)		Femmes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Total mondial	32 900 000	[30 200 000 - 36 700 000]	1,1	[1,0 - 1,2]	1,0	[0,9 - 1,1]	17 000 000	[15 800 000 - 18 800 000]
Afrique subsaharienne	22 000 000	[20 400 000 - 24 500 000]	7,5	[6,9 - 8,3]	7,6	[7,0 - 8,5]	13 100 000	[12 200 000 - 14 600 000]
Afrique du Sud *	4 800 000	[4 100 000 - 5 600 000]	21,5	[18,5 - 24,9]	20,9	[17,8 - 24,3]	2 900 000	[2 500 000 - 3 300 000]
Angola	200 000	[78 000 - 490 000]	3,9	[1,6 - 9,4]	3,7	[1,5 - 9,1]	130 000	[50 000 - 300 000]
Bénin	59 000	[34 000 - 100 000]	1,9	[1,1 - 3,3]	1,9	[1,1 - 3,4]	35 000	[20 000 - 62 000]
Botswana *	330 000	[320 000 - 340 000]	37,3	[35,5 - 39,1]	38,0	[36,3 - 39,7]	190 000	[180 000 - 190 000]
Burkina Faso *	250 000	[160 000 - 390 000]	4,2	[2,7 - 6,5]	4,2	[2,7 - 6,5]	150 000	[98 000 - 240 000]
Burundi	220 000	[150 000 - 310 000]	6,0	[4,1 - 8,8]	6,2	[4,3 - 9,0]	130 000	[85 000 - 180 000]
Cameroun *	500 000	[350 000 - 700 000]	6,9	[4,8 - 9,8]	7,0	[4,9 - 9,9]	290 000	[200 000 - 420 000]
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	80 000	[35 000 - 170 000]	4,9	[2,1 - 11,0]	5,3	[2,3 - 11,5]	45 000	[19 000 - 100 000]
Côte d'Ivoire	480 000	[330 000 - 680 000]	7,0	[4,9 - 10,0]	6,7	[4,7 - 9,6]	300 000	[210 000 - 420 000]
Djibouti	7 500	[2 200 - 21 000]	2,9	[0,7 - 7,5]	2,8	[0,8 - 7,9]	4 700	[1 200 - 12 000]
Erythrée	55 000	[20 000 - 150 000]	2,7	[0,9 - 7,3]	2,8	[1,0 - 7,6]	31 000	[11 000 - 85 000]
Ethiopie	1 200 000	[760 000 - 1 900 000]	4,4	[2,8 - 6,7]	4,1	[2,6 - 6,3]	770 000	[500 000 - 1 200 000]
Gabon	37 000	[18 000 - 73 000]	8,1	[4,1 - 15,3]	6,9	[3,3 - 13,7]	26 000	[13 000 - 48 000]
Gambie	6 300	[1 700 - 22 000]	1,2	[0,3 - 4,2]	1,2	[0,3 - 4,3]	3 600	[970 - 13 000]
Ghana *	310 000	[190 000 - 500 000]	3,1	[1,9 - 5,0]	3,1	[1,9 - 5,1]	180 000	[110 000 - 300 000]
Guinée *	100 000	[37 000 - 280 000]	3,2	[1,2 - 8,2]	2,8	[1,0 - 7,5]	72 000	[27 000 - 190 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	1 200 000	[830 000 - 1 600 000]	6,7	[4,7 - 9,6]	8,0	[5,8 - 11,1]	720 000	[500 000 - 1 000 000]
Lesotho *	300 000	[270 000 - 330 000]	28,9	[26,3 - 31,7]	29,6	[27,0 - 32,3]	170 000	[150 000 - 190 000]
Libéria	80 000	[35 000 - 180 000]	5,9	[2,7 - 12,4]	5,1	[2,2 - 11,3]	54 000	[25 000 - 110 000]
Madagascar	98 000	[48 000 - 160 000]	1,7	[0,8 - 2,7]	1,3	[0,6 - 2,1]	76 000	[37 000 - 120 000]
Malawi *	770 000	[610 000 - 960 000]	14,2	[11,3 - 17,7]	14,3	[11,4 - 17,9]	460 000	[370 000 - 570 000]
Mali	120 000	[37 000 - 350 000]	1,9	[0,6 - 5,9]	1,9	[0,6 - 5,8]	71 000	[23 000 - 210 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	5 900	[2 900 - 9 700]	0,6	[0,3 - 1,1]	0,5	[0,2 - 0,7]	5 100	[2 500 - 8 300]
Mozambique	1 100 000	[870 000 - 1 500 000]	12,2	[9,4 - 15,7]	12,1	[9,4 - 15,6]	670 000	[520 000 - 860 000]
Namibie	190 000	[160 000 - 220 000]	21,3	[18,2 - 24,7]	21,3	[18,2 - 24,7]	110 000	[94 000 - 130 000]
Niger	51 000	[26 000 - 98 000]	1,2	[0,7 - 2,3]	1,1	[0,5 - 2,0]	36 000	[19 000 - 68 000]
Nigéria	3 100 000	[2 100 000 - 4 600 000]	5,4	[3,6 - 8,0]	5,5	[3,7 - 8,1]	1 900 000	[1 200 000 - 2 700 000]
Ouganda *	520 000	[370 000 - 810 000]	4,1	[2,8 - 6,6]	5,1	[3,5 - 7,9]	270 000	[170 000 - 410 000]
République centrafricaine	230 000	[140 000 - 360 000]	13,5	[8,3 - 21,2]	13,5	[8,3 - 21,2]	130 000	[83 000 - 210 000]
Rép. démocratique du Congo**	950 000	[390 000 - 2 200 000]	4,2	[1,7 - 9,9]	4,2	[1,7 - 10,0]	570 000	[230 000 - 1 300 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	1 400 000	[1 100 000 - 2 000 000]	8,8	[6,4 - 11,9]	9,0	[6,6 - 12,2]	840 000	[610 000 - 1 100 000]
Rwanda *	220 000	[140 000 - 320 000]	5,1	[3,4 - 7,6]	5,1	[3,4 - 7,6]	130 000	[86 000 - 200 000]
Sénégal *	38 000	[19 000 - 76 000]	0,8	[0,4 - 1,7]	0,8	[0,4 - 1,6]	23 000	[12 000 - 47 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	190 000	[180 000 - 200 000]	38,8	[37,2 - 40,4]	38,2	[36,5 - 39,8]	110 000	[110 000 - 120 000]
Tchad	170 000	[110 000 - 260 000]	4,8	[3,1 - 7,2]	4,9	[3,2 - 7,4]	100 000	[66 000 - 150 000]
Togo	94 000	[61 000 - 140 000]	4,1	[2,7 - 6,4]	4,3	[2,8 - 6,6]	54 000	[35 000 - 84 000]
Zambie	800 000	[660 000 - 970 000]	16,5	[13,5 - 20,0]	16,7	[13,6 - 20,2]	470 000	[380 000 - 570 000]
Zimbabwe	1 600 000	[1 400 000 - 1 800 000]	24,6	[21,7 - 27,8]	24,9	[22,0 - 28,1]	930 000	[820 000 - 1 000 000]
Asie de l'Est	670 000	[340 000 - 1 100 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	200 000	[100 000 - 320 000]
Chine	650 000	[320 000 - 1 100 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	190 000	[95 000 - 320 000]
Hong Kong R.A.S.	2 600	[1 300 - 4 300]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	900	[400 - 1 400]
Japon	12 000	[5 800 - 19 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	2 900	[1 400 - 4 800]
Mongolie	<200	[<400]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<200	[<400]
République de Corée	5 600	[1 800 - 11 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	900	[300 - 1 800]
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Océanie	24 000	[16 000 - 34 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	6 100	[3 600 - 9 200]
Australie	12 000	[5 900 - 20 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	1 000	[500 - 1 600]
Fidji	500	[200 - 900]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<200	[<400]
Nouvelle-Zélande	1 200	[400 - 2 400]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	<200	[<400]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10 000	[4 900 - 16 000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,4	[0,2 - 0,7]	4 800	[2 400 - 7 900]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Femmes (15-49), fin 2001		Enfants (0-14), fin 2003		Enfants (0-14), fin 2001	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Total mondial	15 700 000	[14 600 000 - 17 400 000]	2 100 000	[1 900 000 - 2 500 000]	2 000 000	[1 800 000 - 2 300 000]
Afrique subsaharienne	12 500 000	[11 600 000 - 13 900 000]	1 900 000	[1 700 000 - 2 200 000]	1 800 000	[1 600 000 - 2 100 000]
Afrique du Sud *	2 700 000	[2 300 000 - 3 200 000]	230 000	[150 000 - 340 000]	190 000	[130 000 - 280 000]
Angola	110 000	[44 000 - 280 000]	23 000	[8 600 - 61 000]	20 000	[7 500 - 54 000]
Bénin	34 000	[19 000 - 59 000]	5 700	[2 900 - 11 000]	5 100	[2 600 - 10 000]
Botswana *	190 000	[180 000 - 190 000]	25 000	[17 000 - 36 000]	22 000	[15 000 - 33 000]
Burkina Faso *	140 000	[91 000 - 220 000]	31 000	[18 000 - 56 000]	31 000	[18 000 - 56 000]
Burundi	120 000	[84 000 - 180 000]	27 000	[16 000 - 45 000]	26 000	[15 000 - 44 000]
Cameroun *	280 000	[200 000 - 400 000]	43 000	[26 000 - 72 000]	39 000	[23 000 - 64 000]
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	45 000	[20 000 - 99 000]	10 000	[4 200 - 26 000]	11 000	[4 400 - 26 000]
Côte d'Ivoire	270 000	[190 000 - 380 000]	40 000	[24 000 - 67 000]	38 000	[23 000 - 64 000]
Djibouti	4 200	[1 200 - 12 000]	680	[210 - 2 400]	570	[200 - 2 300]
Erythrée	31 000	[11 000 - 84 000]	5 600	[1 900 - 17 000]	5 400	[1 800 - 16 000]
Ethiopie	670 000	[430 000 - 1 000 000]	120 000	[69 000 - 220 000]	110 000	[60 000 - 190 000]
Gabon	21 000	[10 000 - 41 000]	2 500	[1 200 - 5 300]	2 000	[900 - 4 400]
Gambie	3 500	[1 000 - 12 000]	500	[100 - 1 900]	<500	[<1 600]
Ghana *	170 000	[110 000 - 280 000]	24 000	[9 600 - 36 000]	22 000	[12 000 - 41 000]
Guinée *	59 000	[21 000 - 160 000]	9 200	[3 300 - 26 000]	7 300	[2 500 - 22 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Kenya	750 000	[540 000 - 1 000 000]	100 000	[61 000 - 170 000]	100 000	[63 000 - 170 000]
Lesotho *	170 000	[150 000 - 180 000]	22 000	[15 000 - 32 000]	20 000	[13 000 - 29 000]
Libéria	45 000	[20 000 - 99 000]	8 000	[3 400 - 19 000]	6 400	[2 600 - 16 000]
Madagascar	55 000	[27 000 - 91 000]	8 600	[2 500 - 30 000]	6 000	[1 600 - 22 000]
Malawi *	440 000	[350 000 - 540 000]	83 000	[54 000 - 130 000]	77 000	[50 000 - 120 000]
Mali	65 000	[21 000 - 200 000]	13 000	[3 900 - 42 000]	12 000	[3 500 - 38 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	3 300	[1 600 - 5 500]	...	...	...	...
Mozambique	640 000	[490 000 - 820 000]	99 000	[63 000 - 160 000]	87 000	[55 000 - 140 000]
Namibie	100 000	[90 000 - 120 000]	15 000	[10 000 - 22 000]	12 000	[8 200 - 18 000]
Niger	29 000	[15 000 - 56 000]	5 900	[2 800 - 12 000]	4 500	[2 100 - 9 700]
Nigéria	1 800 000	[1 200 000 - 2 600 000]	290 000	[170 000 - 500 000]	260 000	[150 000 - 450 000]
Ouganda *	310 000	[210 000 - 460 000]	84 000	[46 000 - 150 000]	97 000	[54 000 - 160 000]
République centrafricaine	130 000	[80 000 - 200 000]	21 000	[11 000 - 38 000]	19 000	[10 000 - 35 000]
Rép. démocratique du Congo **	540 000	[220 000 - 1 300 000]	110 000	[42 000 - 280 000]	100 000	[40 000 - 270 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	820 000	[600 000 - 1 100 000]	140 000	[85 000 - 230 000]	130 000	[83 000 - 220 000]
Rwanda *	120 000	[81 000 - 180 000]	22 000	[12 000 - 37 000]	20 000	[12 000 - 35 000]
Sénégal *	21 000	[10 000 - 43 000]	3 100	[1 400 - 6 800]	2 700	[1 200 - 5 900]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	110 000	[100 000 - 110 000]	16 000	[11 000 - 23 000]	14 000	[9 400 - 20 000]
Tchad	97 000	[64 000 - 150 000]	18 000	[10 000 - 32 000]	16 000	[9 400 - 29 000]
Togo	53 000	[34 000 - 82 000]	9 300	[5 200 - 17 000]	8 700	[4 900 - 15 000]
Zambie	450 000	[370 000 - 550 000]	85 000	[56 000 - 130 000]	84 000	[55 000 - 130 000]
Zimbabwe	900 000	[790 000 - 1 000 000]	120 000	[84 000 - 180 000]	120 000	[83 000 - 180 000]
Asie de l'Est	140 000	[69 000 - 220 000]	7 700	[2 700 - 22 000]	5 300	[1 800 - 16 000]
Chine	130 000	[65 000 - 220 000]	...	...	...	...
Hong Kong R.A.S.	800	[400 - 1 300]	...	...	...	...
Japon	2 700	[1 300 - 4 500]	...	...	...	...
Mongolie	<200	[<400]	...	...	...	...
République de Corée	600	[200 - 1 100]	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...
Océanie	4 000	[2 400 - 5 900]	600	[<2 000]	400	[<1 200]
Australie	800	[400 - 1 300]	...	...	...	...
Fidji	<200	[<400]	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	<200	[<400]	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 900	[1 400 - 4 800]	...	...	...	...

Pays	2. Décès dus au SIDA				3. Orphelins du SIDA			
	Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2003		Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2001		Orphelins (0-17) en vie, 2003		Orphelins (0-17) en vie, 2001	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Total mondial	2 900 000	[2 600 000 - 3 300 000]	2 500 000	[2 300 000 - 2 800 000]	15 000 000	[13 000 000 - 18 000 000]	11 500 000	[10 000 000 - 14 000 000]
Afrique subsaharienne	2 200 000	[2 000 000 - 2 500 000]	1 900 000	[1 700 000 - 2 200 000]	12 100 000	[11 000 000 - 13 400 000]	9 600 000	[8 800 000 - 10 700 000]
Afrique du Sud *	370 000	[270 000 - 520 000]	270 000	[190 000 - 390 000]	1 100 000	[710 000 - 1 500 000]	660 000	[440 000 - 940 000]
Angola	21 000	[9 600 - 45 000]	18 000	[8 500 - 40 000]	110 000	[74 000 - 160 000]	87 000	[58 000 - 120 000]
Bénin	5 800	[3 400 - 10 000]	4 900	[2 800 - 8 600]	34 000	[23 000 - 48 000]	25 000	[17 000 - 36 000]
Botswana *	33 000	[25 000 - 43 000]	28 000	[21 000 - 37 000]	120 000	[84 000 - 180 000]	95 000	[63 000 - 140 000]
Burkina Faso *	29 000	[18 000 - 47 000]	30 000	[19 000 - 48 000]	260 000	[180 000 - 370 000]	240 000	[160 000 - 340 000]
Burundi	25 000	[16 000 - 39 000]	25 000	[16 000 - 38 000]	200 000	[130 000 - 280 000]	170 000	[120 000 - 250 000]
Cameroun *	49 000	[32 000 - 74 000]	41 000	[26 000 - 63 000]	240 000	[160 000 - 340 000]	170 000	[110 000 - 240 000]
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	9 700	[4 900 - 20 000]	10 000	[5 100 - 20 000]	97 000	[65 000 - 140 000]	87 000	[59 000 - 120 000]
Côte d'Ivoire	47 000	[30 000 - 72 000]	43 000	[28 000 - 66 000]	310 000	[200 000 - 440 000]	270 000	[180 000 - 390 000]
Djibouti	690	[320 - 1 900]	550	[300 - 1 800]	5 000	[3 400 - 7 200]	4 100	[2 700 - 5 800]
Erythrée	6 300	[2 900 - 14 000]	5 800	[2 700 - 13 000]	39 000	[26 000 - 55 000]	28 000	[19 000 - 41 000]
Ethiopie	120 000	[74 000 - 190 000]	100 000	[58 000 - 180 000]	720 000	[480 000 - 1 000 000]	560 000	[370 000 - 790 000]
Gabon	3 000	[1 500 - 5 700]	2 200	[1 100 - 4 500]	14 000	[9 300 - 20 000]	10 000	[6 900 - 15 000]
Gambie	600	[200 - 1 500]	<500	[<1 200]	2 000	[1 500 - 3 200]	1 500	[990 - 2 100]
Ghana *	30 000	[18 000 - 49 000]	26 000	[16 000 - 42 000]	170 000	[120 000 - 250 000]	140 000	[91 000 - 190 000]
Guinée *	9 000	[4 000 - 20 000]	6 900	[3 000 - 16 000]	35 000	[23 000 - 50 000]	25 000	[17 000 - 35 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	150 000	[89 000 - 200 000]	140 000	[87 000 - 190 000]	650 000	[430 000 - 930 000]	500 000	[340 000 - 720 000]
Lesotho *	29 000	[22 000 - 39 000]	24 000	[18 000 - 33 000]	100 000	[68 000 - 150 000]	68 000	[46 000 - 97 000]
Libéria	7 200	[3 500 - 15 000]	5 900	[2 800 - 12 000]	36 000	[24 000 - 52 000]	28 000	[19 000 - 40 000]
Madagascar	7 500	[3 200 - 16 000]	4 900	[2 100 - 11 000]	30 000	[20 000 - 42 000]	18 000	[12 000 - 25 000]
Malawi *	84 000	[58 000 - 120 000]	75 000	[52 000 - 110 000]	500 000	[330 000 - 710 000]	390 000	[260 000 - 560 000]
Mali	12 000	[5 100 - 29 000]	11 000	[4 500 - 26 000]	75 000	[50 000 - 110 000]	59 000	[40 000 - 85 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	2 000	[1 100 - 2 300]	1 000	[700 - 1 400]
Mozambique	110 000	[74 000 - 160 000]	89 000	[60 000 - 130 000]	470 000	[310 000 - 670 000]	330 000	[220 000 - 470 000]
Namibie	16 000	[11 000 - 22 000]	11 000	[7 900 - 16 000]	57 000	[38 000 - 81 000]	33 000	[22 000 - 48 000]
Niger	4 800	[2 300 - 9 800]	3 600	[1 700 - 7 600]	24 000	[16 000 - 35 000]	16 000	[11 000 - 23 000]
Nigéria	310 000	[200 000 - 490 000]	260 000	[160 000 - 410 000]	1 800 000	[1 200 000 - 2 600 000]	1 300 000	[890 000 - 1 900 000]
Ouganda *	78 000	[54 000 - 120 000]	94 000	[66 000 - 140 000]	940 000	[630 000 - 1 400 000]	910 000	[610 000 - 1 300 000]
République centrafricaine	23 000	[13 000 - 40 000]	20 000	[12 000 - 35 000]	110 000	[77 000 - 160 000]	90 000	[60 000 - 130 000]
Rép. démocratique du Congo**	100 000	[50 000 - 220 000]	100 000	[48 000 - 210 000]	770 000	[520 000 - 1 100 000]	680 000	[450 000 - 970 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	160 000	[110 000 - 230 000]	150 000	[98 000 - 220 000]	980 000	[660 000 - 1 400 000]	790 000	[530 000 - 1 100 000]
Rwanda *	22 000	[14 000 - 36 000]	21 000	[14 000 - 34 000]	160 000	[110 000 - 240 000]	160 000	[110 000 - 230 000]
Sénégal *	3 500	[1 900 - 6 500]	2 800	[1 500 - 5 300]	17 000	[12 000 - 25 000]	12 000	[8 200 - 18 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	17 000	[13 000 - 23 000]	13 000	[9 900 - 18 000]	65 000	[43 000 - 93 000]	44 000	[30 000 - 63 000]
Tchad	18 000	[11 000 - 28 000]	16 000	[9 900 - 25 000]	96 000	[64 000 - 140 000]	73 000	[49 000 - 100 000]
Togo	10 000	[6 400 - 16 000]	8 900	[5 600 - 14 000]	54 000	[36 000 - 77 000]	37 000	[25 000 - 53 000]
Zambie	89 000	[63 000 - 130 000]	88 000	[62 000 - 120 000]	630 000	[420 000 - 910 000]	570 000	[380 000 - 810 000]
Zimbabwe	170 000	[130 000 - 230 000]	160 000	[120 000 - 220 000]	980 000	[660 000 - 1 400 000]	830 000	[560 000 - 1 200 000]
Asie de l'Est	44 000	[22 000 - 75 000]	31 000	[15 000 - 52 000]	...	...	...	...
Chine	44 000	[21 000 - 75 000]	30 000	[15 000 - 51 000]	...	...	...	...
Hong Kong R.A.S.	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Japon	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Mongolie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
République de Corée	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Océanie	700	[<1 300]	400	[<800]	...	...	...	...
Australie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Fidji	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	600	[200 - 1 200]	<500	[<1 000]	...	...	...	...

Pays	4. Prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15-24) dans la capitale		5. Prévalence du VIH (%) dans les groupes à haut risque, dans la capitale				6. Indicateurs de connaissance et de comportement			
	Année	Médiane	Consommateurs de drogues injectables		Professionnel(le)s du sexe		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Savent qu'une personne apparemment saine peut être infectée par le VIH (%) (15-24)	
			Année	Médiane	Année	Médiane	Année	Médiane	Femmes	Hommes
Total mondial										
Afrique subsaharienne										
Afrique du Sud *	2002	24,0	...	...	...	...	...	...	54	...
Angola	...	...	...	...	2002	33,3	...	...	...	...
Bénin	2002	2,3	...	...	2001	60,5	...	...	56	69
Botswana *	2003	32,9	...	...	...	...	...	...	81	76
Burkina Faso *	2002	2,3	...	...	...	...	...	...	42 v	64 v
Burundi	2002	13,6	...	...	...	...	...	...	66	...
Cameroun *	2002	7,0	...	...	...	...	...	...	57	63
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...	55	...
Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	2002	5,2	...	...	...	...	...	...	64	67
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Erythrée	...	...	...	...	...	...	...	...	79	...
Ethiopie	2003	11,7	...	...	...	...	...	...	39	54
Gabon	...	...	...	...	...	...	...	...	72	81
Gambie	...	...	...	...	...	...	...	...	53	...
Ghana *	2003	3,9	...	...	...	...	...	...	71	77
Guinée *	...	...	...	...	2001	39,7	...	...	60	56
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...	31	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...	46	...
Kenya	...	...	...	...	2000	25,5	...	...	74	80
Lesotho *	2003	27,8	...	...	...	...	...	...	46	...
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	...	...	...	...	2001	0,2	...	...	27	...
Malawi *	2003	18,0	...	...	...	...	...	...	84	89
Mali	2003	2,2	...	...	2000	21,0	...	...	46	59
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	...	...	...	...	...	...	...	...	30	39
Mozambique	2002	14,7	...	...	...	...	...	...	62	71
Namibie	...	...	...	...	...	...	...	...	82	87
Niger	...	...	...	...	...	...	...	...	37	41
Nigéria	2003	4,2	...	...	...	...	...	...	45	51
Ouganda *	2001	10,0	...	...	...	...	...	...	76	83
République centrafricaine	2002	14,0	...	...	...	...	...	...	46	...
Rép. démocratique du Congo**	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép.-Unie de Tanzanie *	2002	7,0	...	...	...	...	...	...	65	68
Rwanda *	2002	11,6	...	...	...	...	...	...	64	69
Sénégal *	2002	1,1	...	...	2002	14,2	...	...	46	...
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...	35	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	13	...
Swaziland **	2002	39,0	...	...	...	...	...	...	81	...
Tchad	2003	4,8	...	...	...	...	...	...	28	...
Togo	2003	9,1	...	...	...	...	...	...	66	73
Zambie	2002	22,1	...	...	...	...	...	...	74	73
Zimbabwe	...	...	...	...	...	...	...	...	74	83
Asie de l'Est										
Chine	...	...	2000	0,0	2000	0,2	...	...	...	...
Hong Kong R.A.S.	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	2000	2,9	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...	...	...	57	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Océanie										
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	2000	16,0	...	...	...	...

6. Indicateurs de connaissances et de comportement									
Pays	Peuvent identifier deux méthodes de prévention et rejeter trois idées fausses (%) (15-24)		Ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (%) (15-19)		Pratiques sexuelles à haut risque signalées au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Notification du recours au préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, parmi ceux/celles qui ont signalé des pratiques sexuelles à haut risque au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Année
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Total mondial									
Afrique subsaharienne									
Afrique du Sud *	20	...	9	...	...	...	20	...	1998 d
Angola	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bénin	8	14	16	24	36	90	19	34	2001 d
Botswana *	40	33	...	...	...	...	75 x	88 x	2001 b
Burkina Faso *	...	...	12	8	19	82	41	55	1999 d
Burundi	24	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Cameroun *	16 c x	...	26	18	41	86	16	31	1998 d
Comores	10	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	16 c x	...	22	14	51	91	25	56	1998 d
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Erythrée	...	...	9	...	...	...	...	...	2002 d
Ethiopie	...	...	14	5	7	64	17	30	2000 d
Gabon	24	22	24	48	53	75	33	48	2000 d
Gambie	15	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Ghana *	...	...	7	4	...	...	...	...	1998 d
Guinée *	...	...	27	20	23	92	17	32	1999 d
Guinée-Bissau	8	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Guinée équatoriale	4	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Kenya	26 c x	...	15	32	39	92	14	43	1998 d
Lesotho *	18	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Libéria	...	...	32	12	...	...	...	...	1999 d
Madagascar	...	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Malawi *	34	41	17	29	17	71	32	38	2000 d
Mali	9	15	26	11	18	85	14	30	2001 d
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	...	...	13	2	...	...	...	...	2000 d
Mozambique	...	...	...	...	...	...	...	...	2001 e
Namibie	31	41	10	31	80	85	48	69	2000 d
Niger	5 c x	...	28	10	4	56	7	30	1998 d
Nigéria	...	...	16	8	...	...	...	...	1999 d
Ouganda *	28	40	14	16	22	59	44	62	2000 d
République centrafricaine	5	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Rép. démocratique du Congo**	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép.-Unie de Tanzanie *	26	29	15	24	40	87	21	31	1999 d
Rwanda *	23	20	3	...	10	42	23	55	2000 d
Sénégal *	...	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Sierra Leone	16	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Somalie	0	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Swaziland **	27	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Tchad	5	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Togo	20 c x	...	20	...	51	89	22	41	1998 d
Zambie	31	33	18	27	19	50	33	42	2001 d
Zimbabwe	...	...	3	6	20	82	42	69	1999 d
Asie de l'Est									
Chine	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Hong Kong R.A.S.	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	32	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Océanie									
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants, fin 2003		Adultes et enfants, fin 2001		Adultes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Asie du Sud & Sud-Est	6 500 000	[4 100 000 - 9 600 000]	5 900 000	[3 700 000 - 8 700 000]	6 300 000	[4 000 000 - 9 300 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...
Bangladesh **	...	[2 500 - 15 000]	...	[2 200 - 13 000]	...	[2 400 - 15 000]
Bhoutan	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	<200	[<400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Cambodge	170 000	[100 000 - 290 000]	170 000	[100 000 - 270 000]	170 000	[99 000 - 280 000]
Inde	5 100 000	[2 500 000 - 8 500 000]	3 970 000	[2 100 000 - 7 100 000]	5 000 000	[2 500 000 - 8 200 000]
Indonésie	110 000	[53 000 - 180 000]	58 000	[28 000 - 95 000]	110 000	[53 000 - 180 000]
Iran (Rép. islamique d')	31 000	[10 000 - 61 000]	18 000	[6 000 - 36 000]	31 000	[10 000 - 60 000]
Malaisie	52 000	[25 000 - 86 000]	42 000	[20 000 - 70 000]	51 000	[25 000 - 84 000]
Maldives	...	...	...	...	...	...
Myanmar **	330 000	[170 000 - 620 000]	280 000	[150 000 - 510 000]	320 000	[170 000 - 610 000]
Népal	61 000	[29 000 - 110 000]	45 000	[22 000 - 78 000]	60 000	[29 000 - 98 000]
Pakistan	74 000	[24 000 - 150 000]	63 000	[21 000 - 130 000]	73 000	[24 000 - 140 000]
Philippines	9 000	[3 000 - 18 000]	4 400	[1 400 - 8 700]	8 900	[2 900 - 18 000]
Rép. dém. populaire lao	1 700	[600 - 3 600]	800	[300 - 1 600]	1 700	[550 - 3 300]
Singapour	4 100	[1 300 - 8 000]	3 400	[1 100 - 6 700]	4 100	[1 300 - 8 000]
Sri Lanka	3 500	[1 200 - 6 900]	2 200	[700 - 4 300]	3 500	[1 100 - 6 800]
Thaïlande	570 000	[310 000 - 1 000 000]	630 000	[360 000 - 1 100 000]	560 000	[310 000 - 1 000 000]
Viet Nam	220 000	[110 000 - 360 000]	150 000	[75 000 - 250 000]	200 000	[100 000 - 350 000]
Europe orientale & Asie centrale	1 300 000	[860 000 - 1 900 000]	890 000	[570 000 - 1 300 000]	1 300 000	[850 000 - 1 900 000]
Arménie	2 600	[1 200 - 4 300]	2 000	[990 - 3 400]	2 500	[1 200 - 4 100]
Azerbaïdjan	1 400	[500 - 2 800]	...	...	1 400	[500 - 2 800]
Bélarus	...	[12 000 - 42 000]	...	[10 000 - 39 000]	...	[12 000 - 40 000]
Bosnie-Herzégovine	900	[300 - 1 800]	...	...	900	[300 - 1 800]
Bulgarie	<500	[<1 000]	...	...	<500	[<1 000]
Croatie	<200	[<400]	...	...	<200	[<400]
Estonie	7 800	[2 600 - 15 000]	5 100	[1 700 - 10 000]	7 700	[2 500 - 15 000]
Fédération de Russie	860 000	[420 000 - 1 400 000]	530 000	[260 000 - 870 000]	860 000	[420 000 - 1 400 000]
Géorgie	3 000	[2 000 - 12 000]	1 500	[660 - 4 000]	3 000	[2 000 - 12 000]
Hongrie	2 800	[900 - 5 500]	...	...	2 800	[900 - 5 500]
Kazakhstan	16 500	[5 800 - 35 000]	10 400	[5 000 - 30 000]	16 400	[5 700 - 34 000]
Kirghizistan	3 900	[1 500 - 8 000]	1 500	[700 - 4 000]	3 900	[1 500 - 8 000]
Lettonie	7 600	[3 700 - 12 000]	6 000	[2 900 - 9 800]	7 500	[3 700 - 12 000]
Lituanie	1 300	[400 - 2 600]	1 100	[400 - 2 200]	1 300	[400 - 2 600]
Ouzbékistan	11 000	[4 900 - 30 000]	3 000	[1 900 - 12 000]	11 000	[4 900 - 29 000]
Pologne	14 000	[6 900 - 23 000]	...	...	14 000	[6 900 - 23 000]
Rép. de Moldova	5 500	[2 700 - 9 000]	...	...	5 500	[2 700 - 9 000]
République tchèque	2 500	[800 - 4 900]	2 100	[750 - 4 700]	2 500	[820 - 4 900]
Roumanie	6 500	[4 800 - 8 900]	4 000	[4 000 - 4 000]	2 500	[800 - 4 900]
Slovaquie	<200	[<400]	...	...	<200	[<400]
Tadjikistan	<200	[<400]	...	...	<200	[<400]
Turkménistan	<200	[<400]	...	...	<200	[<400]
Ukraine	360 000	[180 000 - 590 000]	300 000	[150 000 - 490 000]	360 000	[170 000 - 580 000]
Europe occidentale	580 000	[460 000 - 730 000]	540 000	[430 000 - 690 000]	570 000	[450 000 - 720 000]
Albanie	...	...	...	...	...	...
Allemagne	43 000	[21 000 - 71 000]	41 000	[20 000 - 68 000]	43 000	[21 000 - 71 000]
Autriche	10 000	[5 000 - 16 000]	10 000	[4 900 - 16 000]	10 000	[4 900 - 16 000]
Belgique	10 000	[5 300 - 17 000]	8 400	[4 300 - 14 000]	10 000	[4 900 - 16 000]
Danemark	5 000	[2 500 - 8 200]	4 600	[2 300 - 7 600]	5 000	[2 500 - 8 200]
Espagne	140 000	[67 000 - 220 000]	130 000	[65 000 - 210 000]	130 000	[66 000 - 220 000]
Ex-Rép. youg. de Macédoine	<200	[<400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Finlande	1 500	[500 - 3 000]	1 200	[400 - 2 400]	1 500	[500 - 3 000]
France	120 000	[60 000 - 200 000]	110 000	[56 000 - 190 000]	120 000	[59 000 - 200 000]
Grèce	9 100	[4 500 - 15 000]	8 900	[4 400 - 14 000]	9 000	[4 400 - 15 000]
Irlande	2 800	[1 100 - 5 300]	2 400	[800 - 4 900]	2 600	[900 - 5 100]
Islande	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	<200	[<400]
Italie	140 000	[67 000 - 220 000]	130 000	[65 000 - 210 000]	140 000	[66 000 - 220 000]
Luxembourg	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]
Malte	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]
Norvège	2 100	[700 - 4 000]	1 900	[600 - 3 600]	2 000	[700 - 3 900]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Adultes (15-49), fin 2001		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2003 (%)		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2001 (%)		Femmes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Asie du Sud & Sud-Est	5 800 000	[3 700 000 - 8 400 000]	0,6	[0,4 - 0,9]	0,6	[0,4 - 0,9]	1 800 000	[1 200 000 - 2 700 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh **	...	[2 200 - 13 000]	...	<0,2]	...	<0,2]	...	[400 - 2 500]
Bhoutan	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	<200	[<400]	<0,1	<0,2]	<0,1	<0,2]	<200	[<400]
Cambodge	160 000	[100 000 - 260 000]	2,6	[1,5 - 4,4]	2,7	[1,7 - 4,3]	51 000	[31 000 - 86 000]
Inde	3 800 000	[2 100 000 - 6 900 000]	0,9	[0,5 - 1,5]	0,8	[0,4 - 1,3]	1 900 000	[710 000 - 2 400 000]
Indonésie	57 000	[28 000 - 94 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	<0,2]	15 000	[7 100 - 24 000]
Iran (Rép. islamique d')	18 000	[6 000 - 36 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	<0,2]	3 800	[1 200 - 7 400]
Malaisie	41 000	[20 000 - 68 000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,6]	8 500	[4 100 - 14 000]
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar **	270 000	[140 000 - 500 000]	1,2	[0,6 - 2,2]	1,0	[0,6 - 1,9]	97 000	[51 000 - 180 000]
Népal	44 000	[22 000 - 72 000]	0,5	[0,3 - 0,9]	0,4	[0,2 - 0,6]	16 000	[7 200 - 24 000]
Pakistan	62 000	[20 000 - 120 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	8 900	[3 000 - 18 000]
Philippines	4 300	[1 400 - 8 500]	<0,1	<0,2]	<0,1	<0,2]	2 000	[700 - 4 000]
Rép. dém. populaire lao	800	[300 - 1 500]	0,1	<0,2]	<0,1	<0,2]	<500	[<1 000]
Singapour	3 400	[1 100 - 6 600]	0,2	[0,1 - 0,5]	0,2	[0,1 - 0,4]	1 000	[300 - 2 000]
Sri Lanka	2 200	[700 - 4 300]	<0,1	<0,2]	<0,1	<0,2]	600	[200 - 1 200]
Thaïlande	620 000	[360 000 - 1 100 000]	1,5	[0,8 - 2,8]	1,7	[1,0 - 2,9]	200 000	[110 000 - 370 000]
Viet Nam	150 000	[75 000 - 250 000]	0,4	[0,2 - 0,8]	0,3	[0,2 - 0,6]	65 000	[31 000 - 110 000]
Europe orientale & Asie centrale	880 000	[570 000 - 1 300 000]	0,6	[0,4 - 0,9]	0,4	[0,3 - 0,6]	440 000	[280 000 - 650 000]
Arménie	2 000	[1 000 - 3 300]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	900	[400 - 1 400]
Azerbaïdjan	...	...	<0,1	<0,2]	...	...	...	...
Bélarus	...	[10 000 - 38 000]	...	[0,2 - 0,8]	...	[0,2 - 0,7]	...	[3 100 - 14 000]
Bosnie-Herzégovine	...	...	<0,1	<0,2]	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	<0,1	<0,2]	...	...	...	...
Croatie	...	...	<0,1	<0,2]	...	...	...	...
Estonie	5 000	[1 700 - 9 900]	1,1	[0,4 - 2,1]	0,7	[0,2 - 1,3]	2 600	[900 - 5 200]
Fédération de Russie	530 000	[260 000 - 870 000]	1,1	[0,6 - 1,9]	0,7	[0,3 - 1,2]	290 000	[140 000 - 480 000]
Géorgie	1 500	[700 - 3 900]	0,1	[0,1 - 0,4]	<0,1	<0,2]	1 000	[700 - 4 000]
Hongrie	...	...	0,1	[0,0 - 0,2]	...	...	...	...
Kazakhstan	10 300	[5 000 - 30 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	<0,2]	5 500	[2 000 - 12 000]
Kirghizistan	1 500	[700 - 4 000]	0,1	<0,2]	<0,1	<0,2]	<800	[<1 500]
Lettonie	5 900	[2 900 - 9 700]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,5	[0,2 - 0,8]	2 500	[1 200 - 4 100]
Lituanie	1 100	[400 - 2 200]	0,1	<0,2]	0,1	<0,2]	<500	[<1 000]
Ouzbékistan	3 000	[1 900 - 11 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	<0,1	<0,2]	3 700	[1 700 - 9 900]
Pologne	...	...	0,1	[0,1 - 0,2]	...	...	...	...
Rép. de Moldova	...	...	0,2	[0,1 - 0,3]	...	...	...	...
République tchèque	2 100	[750 - 4 700]	0,1	<0,2]	<0,1	<0,2]	800	[300 - 1 700]
Roumanie	...	...	<0,1	<0,2]	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	<0,1	<0,2]	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	<0,1	<0,2]	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	<0,1	<0,2]	...	...	...	...
Ukraine	300 000	[150 000 - 490 000]	1,4	[0,7 - 2,3]	1,2	[0,6 - 1,9]	120 000	[59 000 - 200 000]
Europe occidentale	540 000	[420 000 - 680 000]	0,3	[0,2 - 0,4]	0,3	[0,2 - 0,4]	150 000	[110 000 - 190 000]
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Allemagne	41 000	[20 000 - 67 000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	9 500	[4 700 - 16 000]
Autriche	9 900	[4 900 - 16 000]	0,3	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,4]	2 200	[1 100 - 3 600]
Belgique	8 100	[4 000 - 13 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	3 500	[1 700 - 5 700]
Danemark	4 600	[2 300 - 7 500]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	900	[400 - 1 500]
Espagne	130 000	[64 000 - 210 000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	27 000	[13 000 - 44 000]
Ex-Rép. youg. de Macédoine	<200	[<400]	<0,1	<0,2]	<0,1	<0,2]	...	...
Finlande	1 200	[400 - 2 400]	0,1	<0,2]	0,1	<0,2]	<500	[<1 000]
France	110 000	[55 000 - 180 000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,6]	32 000	[16 000 - 52 000]
Grèce	8 800	[4 300 - 14 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	1 800	[900 - 3 000]
Irlande	2 200	[700 - 4 300]	0,1	[0,0 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	800	[300 - 1 500]
Islande	<200	[<400]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	<200	[<400]
Italie	130 000	[64 000 - 210 000]	0,5	[0,2 - 0,8]	0,5	[0,2 - 0,8]	45 000	[22 000 - 74 000]
Luxembourg	<500	[<1 000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,3]	...	...
Malte	<500	[<1 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	...	...
Norvège	1 800	[600 - 3 500]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Femmes (15-49), fin 2001		Enfants (0-14), fin 2003		Enfants (0-14), fin 2001	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Asie du Sud & Sud-Est	1 600 000	[1 000 000 - 2 300 000]	160 000	[91 000 - 300 000]	130 000	[77 000 - 260 000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...
Bangladesh **	...	[300 - 2 100]	...	...	...	...
Bhoutan	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	<200	[<400]	...	...	...	...
Cambodge	48 000	[30 000 - 77 000]	7 300	[3 800 - 14 000]	6 400	[3 500 - 12 000]
Inde	1 500 000	[570 000 - 1 900 000]	120 000	[55 000 - 260 000]	100 000	[45 000 - 220 000]
Indonésie	6 900	[3 400 - 11 000]	...	...	...	...
Iran (Rép. islamique d')	1 900	[600 - 3 800]	...	...	...	...
Malaisie	6 300	[3 100 - 10 000]	...	...	...	...
Maldives	...	...	...	...	...	...
Myanmar **	78 000	[42 000 - 140 000]	7 600	[3 600 - 16 000]	5 700	[2 800 - 12 000]
Népal	9 100	[4 500 - 15 000]	...	...	...	...
Pakistan	4 300	[1 400 - 8 500]	...	...	...	...
Philippines	900	[300 - 1 800]	...	...	...	...
Rép. dém. populaire lao	<200	[<400]	...	...	...	...
Singapour	800	[300 - 1 500]	...	...	...	...
Sri Lanka	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Thaïlande	200 000	[110 000 - 340 000]	12 000	[5 700 - 24 000]	12 000	[6 200 - 23 000]
Viet Nam	41 000	[21 000 - 69 000]	...	...	...	...
Europe orientale & Asie centrale	280 000	[180 000 - 410 000]	8 100	[6 600 - 12 000]	7 000	[5 800 - 9 700]
Arménie	700	[300 - 1 100]	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	...	...	...	...	...
Bélarus	...	[2 800 - 12 000]	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
Estonie	1 600	[500 - 3 200]	...	...	...	...
Fédération de Russie	170 000	[85 000 - 280 000]	...	...	...	...
Géorgie	<600	[200 - 1 300]	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	3 500	[1 000 - 7 000]	...	...	...	...
Kirghizistan	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Lettonie	1 900	[900 - 3 100]	...	...	...	...
Lituanie	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Ouzbékistan	1 000	[600 - 3 600]	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...
Rép. de Moldova	...	...	...	...	...	...
République tchèque	700	[300 - 1 600]	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...
Ukraine	96 000	[47 000 - 160 000]	...	...	...	...
Europe occidentale	130 000	[100 000 - 170 000]	6 200	[4 900 - 7 900]	5 800	[4 600 - 7 400]
Albanie	...	...	...	...	...	...
Allemagne	8 100	[4 000 - 13 000]	...	...	...	...
Autriche	2 200	[1 100 - 3 600]	...	...	...	...
Belgique	2 900	[1 400 - 4 800]	...	...	...	...
Danemark	800	[400 - 1 300]	...	...	...	...
Espagne	26 000	[13 000 - 43 000]	...	...	...	...
Ex-Rép. youg. de Macédoine	...	...	...	...	...	...
Finlande	<500	[<1 000]	...	...	...	...
France	30 000	[15 000 - 49 000]	...	...	...	...
Grèce	1 800	[900 - 3 000]	...	...	...	...
Irlande	700	[200 - 1 300]	...	...	...	...
Islande	<200	[<400]	...	...	...	...
Italie	42 000	[21 000 - 69 000]	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Norvège	<500	[<1 000]	...	...	...	...

Pays	2. Décès dus au SIDA				3. Orphelins du SIDA			
	Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2003		Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2001		Orphelins (0-17) en vie, 2003		Orphelins (0-17) en vie, 2001	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]
Asie du Sud & Sud-Est	460 000	[290 000 - 700 000]	390 000	[240 000 - 590 000]				
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh **	...	<400	...	<400	...	...	...	...
Bhoutan	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Cambodge	15 000	[9 100 - 25 000]	13 000	[7 800 - 21 000]	...	...	...	...
Inde	...	...	...	...	...	...	...	...
Indonésie	2 400	[1 100 - 4 100]	600	[300 - 1 000]	...	...	...	...
Iran (Rép. islamique d')	800	[300 - 1 600]	<500	<1 000	...	...	...	...
Malaisie	2 000	[1 000 - 3 600]	1 500	[700 - 2 900]	...	...	...	...
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar **	20 000	[11 000 - 35 000]	14 000	[7 800 - 26 000]	...	...	...	...
Népal	3 100	[1 000 - 6 400]	2 000	[900 - 4 200]	...	...	...	...
Pakistan	4 900	[1 600 - 11 000]	3 900	[1 300 - 8 500]	...	...	...	...
Philippines	<500	<1 000	<200	<400	...	...	...	...
Rép. dém. populaire lao	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Singapour	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Sri Lanka	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Thaïlande	58 000	[34 000 - 97 000]	58 000	[34 000 - 96 000]	...	...	...	...
Viet Nam	9 000	[4 500 - 16 000]	5 000	[3 000 - 9 100]	...	...	...	...
Europe orientale & Asie centrale	49 000	[32 000 - 71 000]	31 000	[21 000 - 45 000]				
Arménie	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bélarus	...	[900 - 3 300]	...	[800 - 3 000]	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...	...	...
Géorgie	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Kirghizistan	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Lettonie	<500	<1 000	<200	<400	...	...	...	...
Lituanie	<200	<400	<200	<400	...	...	...	...
Ouzbékistan	<500	<1 000	<200	<400	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. de Moldova	...	...	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	20 000	[9 600 - 33 000]	14 000	[7 000 - 24 000]	...	...	...	...
Europe occidentale	6 000	<8000	6 000	<8000				
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Allemagne	<1 000	<2 000	<1 000	<2 000	...	...	...	...
Autriche	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Belgique	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Danemark	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Espagne	<1000	<2 000	<1000	<2 000	...	...	...	...
Ex-Rép. youg. de Macédoine	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Finlande	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
France	<1 000	<2 000	<1 000	<2 000	...	...	...	...
Grèce	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Irlande	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Islande	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Italie	<1000	<2 000	<1000	<2 000	...	...	...	...
Luxembourg	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Malte	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...
Norvège	<100	<200	<100	<200	...	...	...	...

Pays	4. Prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15-24) dans la capitale		5. Prévalence du VIH (%) dans les groupes à haut risque, dans la capitale						6. Indicateurs de connaissance et de comportement	
	Année	Médiane	Consommateurs de drogues injectables		Professionnel(le)s du sexe		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Savent qu'une personne apparemment saine peut être infectée par le VIH (%) (15-24)	
			Année	Médiane	Année	Médiane	Année	Médiane	Femmes	Hommes
Asie du Sud & Sud-Est										
Afghanistan
Bangladesh **	1999	2,5	2000	20,0	1999	0,3	...	...
Bhoutan
Brunéi Darussalam
Cambodge	2002	18,5	...	...	62	...
Inde	2002	7,2	...	...	...	...	...	...
Indonésie	2001	0,0	...	...	32	...
Iran (Rép. islamique d')
Malaisie
Maldives
Myanmar **	2000	37,1	2000	26,0	...	...	...	...
Népal	2000	50,0	2002	17,0	...	...	...	...
Pakistan
Philippines	67	...
Rép. dém. populaire lao	2001	1,1	...	...	...	...
Singapour
Sri Lanka
Thaïlande	2002	53,7	2002	2,6	...	...	...	...
Viet Nam	2001	22,3	2001	11,5	...	...	63	...
Europe orientale & Asie centrale										
Arménie	1999	7,5	...	...	53	48
Azerbaïdjan	35	...
Bélarus
Bosnie-Herzégovine	74	...
Bulgarie
Croatie
Estonie
Fédération de Russie	2002	3,0	...	...	...	...
Géorgie
Hongrie	2000	2,2	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	2002	0,0	...	...	...	...	63 x	73 x
Kirghizistan
Lettonie	2002	17,3	...	...	...	...	...	...
Lituanie	2001	0,5	...	...	...	...
Ouzbékistan	41	...
Pologne
Rép. de Moldova	79	...
République tchèque
Roumanie	70	77
Slovaquie
Tadjikistan	8	...
Turkménistan	42	...
Ukraine	78	...
Europe occidentale										
Albanie	40	...
Allemagne
Autriche
Belgique
Danemark
Espagne
Ex-Rép. youg. de Macédoine
Finlande
France
Grèce
Irlande
Islande
Italie
Luxembourg
Malte
Norvège

6. Indicateurs de connaissances et de comportement									
Pays	Peuvent identifier deux méthodes de prévention et rejeter trois idées fausses (%) (15-24)		Ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (%) (15-19)		Pratiques sexuelles à haut risque signalées au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Notification du recours au préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, parmi ceux/celles qui ont signalé des pratiques sexuelles à haut risque au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Année
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Asie du Sud & Sud-Est									
Afghanistan
Bangladesh **
Bhoutan
Brunéi Darussalam
Cambodge	37	...	1	...	1	...	...	...	2000 d
Inde	21 x	17 x	...	...	2	12	51	59	2001 a
Indonésie	7	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Iran (Rép. islamique d')
Malaisie
Maldives
Myanmar **
Népal	9	20	...	...	...	...	2001 d
Pakistan
Philippines	1 d v	...	...	...	...	...	2000 c
Rép. dém. populaire lao
Singapour
Sri Lanka
Thaïlande
Viet Nam	25	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Europe orientale & Asie centrale									
Arménie	7	8	1	1	0	69	0	44	2000 d
Azerbaïdjan	2	...	1 f y	...	...	...	...	...	2000 c
Bélarus
Bosnie-Herzégovine	2000 c
Bulgarie
Croatie
Estonie
Fédération de Russie
Géorgie	3	...	...	...	...	...	1999 f
Hongrie
Kazakhstan	1	6	27	78	32	65	1999 d
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Ouzbékistan	3	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Pologne
Rép. de Moldova	19	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
République tchèque
Roumanie	3	12	...	...	...	...	1999 f
Slovaquie
Tadjikistan	2000 c
Turkménistan	0	...	...	...	...	...	2000 d
Ukraine	2000 c
Europe occidentale									
Albanie	0	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Allemagne
Autriche
Belgique
Danemark
Espagne
Ex-Rép. youg. de Macédoine
Finlande
France
Grèce
Irlande
Islande
Italie
Luxembourg
Malte
Norvège

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants, fin 2003		Adultes et enfants, fin 2001		Adultes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Pays-Bas	19 000	[9 500 - 31 000]	17 000	[8 500 - 28 000]	19 000	[9 300 - 31 000]
Portugal	22 000	[11 000 - 36 000]	21 000	[11 000 - 35 000]	22 000	[11 000 - 35 000]
Royaume-Uni	51 000	[25 000 - 82 000]	43 000	[21 000 - 69 000]	47 000	[24 000 - 81 000]
Serbie-et-Monténégro	10 000	[3 400 - 20 000]	10 000	[3 400 - 20 000]	10 000	[3 300 - 20 000]
Slovénie	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]
Suède	3 600	[1 200 - 6 900]	3 400	[1 100 - 6 600]	3 500	[1 200 - 6 900]
Suisse	13 000	[6 500 - 21 000]	12 000	[6 000 - 20 000]	13 000	[6 400 - 21 000]
Afrique du Nord & Moyen-Orient	480 000	[200 000 - 1 400 000]	340 000	[130 000 - 910 000]	460 000	[190 000 - 1 300 000]
Algérie	9 100	[3 000 - 18 000]	6 800	[2 200 - 14 000]	9 000	[3 000 - 18 000]
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	<600	[200 - 1 100]	<500	[<1 000]	<600	[200 - 1 100]
Chypre	...	...	...	...	...	...
Egypte	15 000	[5 000 - 31 000]	11 000	[3 600 - 22 000]	15 000	[5 000 - 30 000]
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
Iraq	<500	[<1 000]	...	...	<500	[<1 000]
Israël	3 000	[1 500 - 4 900]	...	...	3 000	[1 500 - 4 900]
Jamahiriya arabe libyenne	10 000	[3 300 - 20 000]	...	...	10 000	[3 300 - 20 000]
Jordanie	600	[<1 000]	600	[<1 000]	<500	[<1 000]
Koweït	...	...	...	...	...	...
Liban	2 800	[700 - 4 100]	2 000	[400 - 2 500]	2 800	[700 - 4 000]
Maroc	15 000	[5 000 - 30 000]	...	...	15 000	[5 000 - 30 000]
Oman	1 300	[500 - 3 000]	1 000	[300 - 2 100]	1 300	[500 - 2 900]
Qatar	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	<500	[300 - 2 100]	...	...	<500	[300 - 2 100]
Soudan	400 000	[120 000 - 1 300 000]	320 000	[110 000 - 890 000]	380 000	[120 000 - 1 200 000]
Tunisie	1 000	[400 - 2 400]	600	[200 - 1 200]	1 000	[400 - 2 300]
Turkey	...	...	...	...	...	...
Yémen	12 000	[4 000 - 24 000]	...	...	12 000	[4 000 - 24 000]
Amérique du Nord	1 000 000	[520 000 - 1 600 000]	950 000	[490 000 - 1 500 000]	990 000	[510 000 - 1 600 000]
Canada	56 000	[26 000 - 86 000]	49 000	[24 000 - 79 000]	55 000	[25 000 - 85 000]
Etats-Unis d'Amérique	950 000	[470 000 - 1 600 000]	900 000	[450 000 - 1 500 000]	940 000	[460 000 - 1 500 000]
Caraïbes	430 000	[270 000 - 760 000]	400 000	[270 000 - 650 000]	410 000	[260 000 - 720 000]
Bahamas	5 600	[3 200 - 8 700]	5 200	[3 300 - 8 300]	5 200	[3 100 - 8 400]
Barbade	2 500	[700 - 9 200]	2 500	[800 - 7 300]	2 500	[700 - 9 100]
Cuba	3 300	[1 100 - 6 600]	3 200	[1 100 - 6 500]	3 300	[1 100 - 6 400]
Haïti	280 000	[120 000 - 600 000]	260 000	[130 000 - 500 000]	260 000	[120 000 - 560 000]
Jamaïque	22 000	[11 000 - 41 000]	15 000	[7 700 - 28 000]	21 000	[11 000 - 40 000]
République dominicaine	88 000	[48 000 - 160 000]	90 000	[52 000 - 150 000]	85 000	[47 000 - 150 000]
Trinité-et-Tobago	29 000	[11 000 - 74 000]	26 000	[11 000 - 59 000]	28 000	[10 000 - 72 000]
Amérique latine	1 600 000	[1 200 000 - 2 100 000]	1 400 000	[1 100 000 - 1 800 000]	1 600 000	[1 200 000 - 2 000 000]
Argentine	130 000	[61 000 - 210 000]	120 000	[59 000 - 200 000]	120 000	[61 000 - 200 000]
Belize	3 600	[1 200 - 10 000]	2 900	[1 100 - 7 200]	3 500	[1 200 - 9 800]
Bolivie	4 900	[1 600 - 11 000]	4 200	[1 300 - 9 000]	4 800	[1 600 - 9 400]
Bésil	660 000	[320 000 - 1 100 000]	630 000	[310 000 - 1 000 000]	650 000	[320 000 - 1 100 000]
Chili	26 000	[13 000 - 44 000]	25 000	[12 000 - 42 000]	26 000	[13 000 - 43 000]
Colombie	190 000	[90 000 - 310 000]	130 000	[61 000 - 210 000]	180 000	[90 000 - 300 000]
Costa Rica	12 000	[6 000 - 21 000]	11 000	[5 500 - 19 000]	12 000	[6 000 - 20 000]
El Salvador	29 000	[14 000 - 50 000]	24 000	[12 000 - 43 000]	28 000	[14 000 - 46 000]
Equateur	21 000	[10 000 - 38 000]	20 000	[9 700 - 36 000]	20 000	[10 000 - 34 000]
Guatemala	78 000	[38 000 - 130 000]	69 000	[34 000 - 110 000]	74 000	[36 000 - 120 000]
Guyana *	11 000	[3 500 - 35 000]	11 000	[4 300 - 30 000]	11 000	[3 300 - 33 000]
Honduras	63 000	[35 000 - 110 000]	51 000	[29 000 - 90 000]	59 000	[33 000 - 100 000]
Mexique	160 000	[78 000 - 260 000]	150 000	[74 000 - 250 000]	160 000	[78 000 - 260 000]
Nicaragua	6 400	[3 100 - 12 000]	5 800	[2 700 - 10 000]	6 200	[3 000 - 10 000]
Panama	16 000	[7 700 - 26 000]	11 000	[5 500 - 19 000]	15 000	[7 500 - 25 000]
Paraguay	15 000	[7 300 - 25 000]	10 000	[5 000 - 17 000]	15 000	[7 300 - 24 000]
Pérou	82 000	[40 000 - 140 000]	53 000	[26 000 - 88 000]	80 000	[39 000 - 130 000]
Suriname	5 200	[1 400 - 18 000]	4 100	[1 300 - 13 000]	5 000	[1 400 - 18 000]
Uruguay	6 000	[2 800 - 9 700]	5 600	[2 700 - 9 500]	5 800	[2 800 - 9 400]
Venezuela	110 000	[47 000 - 170 000]	73 000	[35 000 - 120 000]	100 000	[47 000 - 160 000]
Total mondial	37 800 000	[34 600 000 - 42 300 000]	34 900 000	[32 000 000 - 39 000 000]	35 700 000	[32 700 000 - 39 800 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Adultes (15-49), fin 2001		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2003 (%)		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2001 (%)		Femmes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Pays-Bas	17 000	[8 300 - 28 000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,3]	3 800	[1 900 - 6 200]
Portugal	21 000	[10 000 - 34 000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,7]	4 300	[2 100 - 7 100]
Royaume-Uni	39 000	[20 000 - 68 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	14 000	[7 100 - 24 000]
Serbie-et-Monténégro	10 000	[3 300 - 20 000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,4]	2 000	[700 - 3 900]
Slovénie	<500	[<1 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	...	...
Suède	3 300	[1 100 - 6 500]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	900	[300 - 1 800]
Suisse	12 000	[5 900 - 20 000]	0,4	[0,2 - 0,6]	0,4	[0,2 - 0,6]	3 900	[1 900 - 6 400]
Afrique du Nord & Moyen-Orient	320 000	[130 000 - 860 000]	0,2	[0,1 - 0,6]	0,2	[0,1 - 0,5]	220 000	[70 000 - 690 000]
Algérie	6 800	[2 200 - 13 000]	0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	1 400	[500 - 2 700]
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	<500	[<1 000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1 000]
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	11 000	[3 600 - 21 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	1 600	[500 - 3 200]
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Israël	...	...	0,1	[0,1 - 0,2]	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	0,3	[0,1 - 0,6]	...	...	...	...
Jordanie	<500	[<1 000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	2 000	[400 - 2 400]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[<0,2]	<500	[<1 000]
Maroc	...	...	0,1	[0,0 - 0,2]	...	...	...	...
Oman	1 000	[300 - 2 000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1 000]
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	<200	[<1 000]
Soudan	300 000	[100 000 - 840 000]	2,3	[0,7 - 7,2]	1,9	[0,7 - 5,2]	220 000	[66 000 - 690 000]
Tunisie	500	[200 - 1 100]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<500	[<1 000]
Turkey	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	0,1	[0,0 - 0,2]	...	...	...	...
Amérique du Nord	940 000	[480 000 - 1 500 000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,6	[0,3 - 1,0]	250 000	[130 000 - 400 000]
Canada	48 000	[24 000 - 79 000]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	13 000	[6 400 - 21 000]
Etats-Unis d'Amérique	890 000	[440 000 - 1 500 000]	0,6	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	240 000	[120 000 - 390 000]
Caraïbes	380 000	[260 000 - 610 000]	2,3	[1,4 - 4,1]	2,2	[1,5 - 3,5]	200 000	[120 000 - 370 000]
Bahamas	4 900	[3 200 - 8 000]	3,0	[1,8 - 4,9]	3,0	[1,9 - 4,8]	2 500	[1 500 - 4 200]
Barbade	2 500	[800 - 7 300]	1,5	[0,4 - 5,4]	1,5	[0,5 - 4,4]	800	[200 - 3 100]
Cuba	3 200	[1 100 - 6 300]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	1 100	[400 - 2 100]
Haïti	240 000	[130 000 - 460 000]	5,6	[2,5 - 11,9]	5,5	[2,8 - 10,4]	150 000	[66 000 - 320 000]
Jamaïque	14 000	[7 500 - 27 000]	1,2	[0,6 - 2,2]	0,8	[0,4 - 1,6]	10 000	[5 500 - 20 000]
République dominicaine	87 000	[51 000 - 150 000]	1,7	[0,9 - 3,0]	1,8	[1,1 - 3,1]	23 000	[13 000 - 41 000]
Trinité-et-Tobago	26 000	[11 000 - 57 000]	3,2	[1,2 - 8,3]	3,0	[1,3 - 6,8]	14 000	[5 200 - 36 000]
Amérique latine	1 400 000	[1 000 000 - 1 800 000]	0,6	[0,5 - 0,8]	0,5	[0,4 - 0,7]	560 000	[420 000 - 730 000]
Argentine	120 000	[59 000 - 200 000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,7	[0,3 - 1,1]	24 000	[12 000 - 39 000]
Belize	2 800	[1 100 - 6 900]	2,4	[0,8 - 6,9]	2,1	[0,8 - 5,2]	1 300	[400 - 3 600]
Bolivie	4 000	[1 300 - 7 900]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	1 300	[400 - 2 500]
Brésil	620 000	[300 000 - 1 000 000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,1]	240 000	[120 000 - 400 000]
Chili	25 000	[12 000 - 41 000]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	8 700	[4 300 - 14 000]
Colombie	120 000	[61 000 - 200 000]	0,7	[0,4 - 1,2]	0,5	[0,3 - 0,8]	62 000	[30 000 - 100 000]
Costa Rica	11 000	[5 400 - 18 000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,6	[0,3 - 0,9]	4 000	[2 000 - 6 600]
El Salvador	24 000	[12 000 - 39 000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	9 600	[4 700 - 16 000]
Equateur	19 000	[9 500 - 32 000]	0,3	[0,1 - 0,5]	0,3	[0,1 - 0,5]	6 800	[3 400 - 11 000]
Guatemala	65 000	[32 000 - 110 000]	1,1	[0,6 - 1,8]	1,1	[0,5 - 1,7]	31 000	[15 000 - 51 000]
Guyana *	11 000	[4 000 - 28 000]	2,5	[0,8 - 7,7]	2,5	[0,9 - 6,4]	6 100	[1 900 - 19 000]
Honduras	48 000	[27 000 - 84 000]	1,8	[1,0 - 3,2]	1,6	[0,9 - 2,8]	33 000	[19 000 - 59 000]
Mexique	150 000	[74 000 - 250 000]	0,3	[0,1 - 0,4]	0,3	[0,1 - 0,4]	53 000	[26 000 - 87 000]
Nicaragua	5 500	[2 700 - 9 100]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	2 100	[1 000 - 3 400]
Panama	11 000	[5 400 - 18 000]	0,9	[0,5 - 1,5]	0,7	[0,3 - 1,1]	6 200	[3 100 - 10 000]
Paraguay	10 000	[5 000 - 17 000]	0,5	[0,2 - 0,8]	0,4	[0,2 - 0,6]	3 900	[1 900 - 6 400]
Pérou	51 000	[25 000 - 84 000]	0,5	[0,3 - 0,9]	0,4	[0,2 - 0,6]	27 000	[13 000 - 44 000]
Suriname	4 000	[1 300 - 12 000]	1,7	[0,5 - 5,8]	1,3	[0,4 - 4,1]	1 700	[500 - 6 100]
Uruguay	5 500	[2 700 - 9 100]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	1 900	[900 - 3 200]
Venezuela	71 000	[35 000 - 120 000]	0,7	[0,4 - 1,2]	0,6	[0,3 - 0,9]	32 000	[16 000 - 53 000]
Total mondial	32 900 000	[30 200 000 - 36 700 000]	1,1	[1,0 - 1,2]	1,0	[0,9 - 1,1]	17 000 000	[15 800 000 - 18 800 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Femmes (15-49), fin 2001		Enfants (0-14), fin 2003		Enfants (0-14), fin 2001	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Pays-Bas	3 300	[1 600 - 5 400]	...	...	...	...
Portugal	4 200	[2 100 - 6 900]	...	...	...	...
Royaume-Uni	11 000	[5 500 - 19 000]	...	...	...	...
Serbie-et-Monténégro	2 000	[700 - 3 900]	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Suède	900	[300 - 1 700]	...	...	...	...
Suisse	3 600	[1 800 - 5 900]	...	...	...	...
Afrique du Nord & Moyen-Orient	170 000	[62 000 - 480 000]	21 000	[6 300 - 72 000]	16 000	[5 400 - 48 000]
Algérie	800	[300 - 1 600]	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	<200	[<400]	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...
Egypte	1 200	[400 - 2 300]	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...
Liban	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...
Oman	<200	[<400]	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Soudan	170 000	[59 000 - 470 000]	21 000	[6 000 - 72 000]	16 000	[5 200 - 48 000]
Tunisie	<200	[<400]	...	...	...	...
Turkey	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	190 000	[100 000 - 310 000]	11 000	[5 600 - 17 300]	11 000	[5 500 - 17 200]
Canada	12 000	[5 900 - 20 000]	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	180 000	[88 000 - 300 000]	...	...	...	...
Caraiïbes	180 000	[120 000 - 310 000]	22 000	[11 000 - 48 000]	22 000	[12 000 - 42 000]
Bahamas	2 500	[1 600 - 4 000]	<200	[<400]	<200	[<400]
Barbade	800	[300 - 2 400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Cuba	1 000	[300 - 2 000]	...	...	...	...
Haïti	140 000	[71 000 - 260 000]	19 000	[7 900 - 45 000]	18 000	[8 700 - 39 000]
Jamaïque	7 200	[3 700 - 14 000]	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]
République dominicaine	23 000	[13 000 - 39 000]	2 200	[1 100 - 4 400]	2 100	[1 100 - 4 100]
Trinité-et-Tobago	13 000	[5 600 - 28 000]	700	[300 - 2 100]	600	[300 - 1 500]
Amérique latine	480 000	[360 000 - 640 000]	25 000	[20 000 - 41 000]	24 000	[19 000 - 40 000]
Argentine	23 000	[11 000 - 37 000]	...	...	...	...
Belize	1 000	[400 - 2 500]	<200	[<400]	<200	[<400]
Bolivie	1 100	[300 - 2 100]	...	...	...	...
Brésil	230 000	[110 000 - 380 000]	...	...	...	...
Chili	8 000	[3 900 - 13 000]	...	...	...	...
Colombie	40 000	[20 000 - 65 000]	...	...	...	...
Costa Rica	3 500	[1 700 - 5 700]	...	...	...	...
El Salvador	7 700	[3 800 - 13 000]	...	...	...	...
Equateur	6 200	[3 000 - 10 000]	...	...	...	...
Guatemala	27 000	[13 000 - 45 000]	...	...	...	...
Guyana *	6 100	[2 300 - 16 000]	600	[200 - 2 000]	700	[200 - 1 900]
Honduras	27 000	[15 000 - 47 000]	3 900	[2 000 - 7 800]	3 200	[1 600 - 6 200]
Mexique	49 000	[24 000 - 80 000]	...	...	...	...
Nicaragua	1 800	[900 - 2 900]	...	...	...	...
Panama	4 100	[2 000 - 6 700]	...	...	...	...
Paraguay	2 700	[1 300 - 4 400]	...	...	...	...
Pérou	16 000	[8 000 - 27 000]	...	...	...	...
Suriname	1 300	[400 - 3 900]	<200	[<800]	<200	[<800]
Uruguay	1 800	[900 - 2 900]	...	...	...	...
Venezuela	23 000	[11 000 - 37 000]	...	...	...	...
Total mondial	15 700 000	[14 600 000 - 17 400 000]	2 100 000	[1 900 000 - 2 500 000]	2 000 000	[1 800 000 - 2 300 000]

Pays	2. Décès dus au SIDA				3. Orphelins du SIDA			
	Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2003		Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2001		Orphelins (0-17) en vie, 2003		Orphelins (0-17) en vie, 2001	
	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Pays-Bas	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Portugal	<1000	[<2 000]	<1000	[<2 000]	...	...	...	...
Royaume-Uni	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Serbie-et-Monténégro	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Slovénie	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Suède	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Suisse	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Afrique du Nord & Moyen-Orient	24 000	[9 900 - 62 000]	17 000	[7 500 - 40 000]	...	...	...	...
Algérie	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	700	[200 - 1 600]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahiyya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	<200	[<400]	...	...	...	...	...	...
Soudan	23 000	[8 700 - 61 000]	16 000	[6 800 - 39 000]	...	...	...	...
Tunisie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Turkey	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	16 000	[8 300 - 25 000]	16 000	[8 300 - 25 000]	...	...	...	...
Canada	1 500	[740 - 2 500]	1 500	[740 - 2 500]	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	14 000	[6 900 - 23 000]	14 000	[6 900 - 23 000]	...	...	...	...
Caraïbes	35 000	[23 000 - 59 000]	32 000	[22 000 - 50 000]	...	...	...	...
Bahamas	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Barbade	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Cuba	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Haïti	24 000	[12 000 - 47 000]	22 000	[13 000 - 40 000]	...	...	...	...
Jamaïque	900	[500 - 1 600]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
République dominicaine	7 900	[4 700 - 13 000]	7 000	[4 200 - 12 000]	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	1 900	[900 - 4 100]	1 500	[800 - 2 900]	...	...	...	...
Amérique latine	84 000	[65 000 - 110 000]	63 000	[50 000 - 81 000]	...	...	...	...
Argentine	1 500 ***	[1 400 - 3 000] ***	1 500 ***	[1 400 - 3 000] ***	...	...	...	...
Belize	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Bolivie	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Bésil	15 000 ***	[14 000 - 22 000] ***	14 600 ***	[13 000 - 20 000] ***	...	...	...	...
Chili	1 400	[700 - 2 500]	800	[400 - 1 500]	...	...	...	...
Colombie	3 600 ***	[2 200 - 6 000] ***	3 300 ***	[2 000 - 5 800] ***	...	...	...	...
Costa Rica	900	[400 - 1 600]	800	[400 - 1 400]	...	...	...	...
El Salvador	2 200	[1 000 - 4 100]	2 000	[1 000 - 3 800]	...	...	...	...
Equateur	1 700	[800 - 3 600]	1 600	[700 - 3 200]	...	...	...	...
Guatemala	5 800	[2 900 - 10 000]	4 900	[2 400 - 8 400]	...	...	...	...
Guyana *	1 100	[500 - 2 600]	1 300	[600 - 2 700]	...	...	...	...
Honduras	4 100	[2 300 - 7 200]	3 100	[1 700 - 5 500]	...	...	...	...
Mexique	5 000 ***	[4 500 - 10 000] ***	4 200 ***	[4 000 - 9 000] ***	...	...	...	...
Nicaragua	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Panama	<500	[<1 000]	<200	[<400]	...	...	...	...
Paraguay	600	[300 - 1 000]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Pérou	4 200	[2 100 - 7 300]	3 700	[1 800 - 6 400]	...	...	...	...
Suriname	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Uruguay	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	...	...	...	...
Venezuela	4 100	[1 900 - 8 000]	2 600	[1 200 - 5 300]	...	...	...	...
Total mondial	2 900 000	[2 600 000 - 3 300 000]	2 500 000	[2 300 000 - 2 800 000]	15 000 000	[13 000 000 - 18 000 000]	11 500 000	[10 000 000 - 14 000 000]

Pays	4. Prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15-24) dans la capitale		5. Prévalence du VIH (%) dans les groupes à haut risque, dans la capitale						6. Indicateurs de connaissance et de comportement	
	Année	Médiane	Consommateurs de drogues injectables		Professionnel(le)s du sexe		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Savent qu'une personne apparemment saine peut être infectée par le VIH (%) (15-24)	
			Année	Médiane	Année	Médiane	Année	Médiane	Femmes	Hommes
Pays-Bas
Portugal
Royaume-Uni
Serbie-et-Monténégro
Slovénie	1999	1,7	...	...
Suède
Suisse
Afrique du Nord & Moyen-Orient										
Algérie
Arabie saoudite
Bahreïn
Chypre
Egypte
Emirats arabes unis
Iraq
Israël
Jamahiriya arabe libyenne
Jordanie
Koweït
Liban
Maroc
Oman
Qatar
Soudan
Tunisie
Turkey
République arabe syrienne
Yémen
Amérique du Nord										
Canada
Etats-Unis d'Amérique
Caraïbes										
Bahamas
Barbade
Cuba	91	...
Haïti	68	78
Jamaïque
République dominicaine	1999	3,5	...	...	92	91
Trinité-et-Tobago	95	...
Amérique latine										
Argentine	2001	44,3	...	...	2001	24,3	...	...
Belize
Bolivie	64	74
Brésil
Chili
Colombie	82	...
Costa Rica
El Salvador	2002	4,0	2002	17,7	68	...
Equateur	2002	14,0	...	...	58 w	...
Guatemala	2002	3,3	2002	11,5	...	...
Guyana *	84	...
Honduras	2002	8,1	2002	8,2	81	90
Mexique	1999	0,3	...	...	...	...
Nicaragua	2002	0,0	2002	9,3	73 z	...
Panama	2002	1,8	2002	10,6	...	...
Paraguay
Pérou	2002	22,0	72	...
Suriname	70	...
Uruguay
Venezuela	78	...
Total mondial										

6. Indicateurs de connaissances et de comportement									
Pays	Peuvent identifier deux méthodes de prévention et rejeter trois idées fausses (%) (15-24)		Ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (%) (15-19)		Pratiques sexuelles à haut risque signalées au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Notification du recours au préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, parmi ceux/celles qui ont signalé des pratiques sexuelles à haut risque au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Année
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Pays-Bas
Portugal
Royaume-Uni
Serbie-et-Monténégro
Slovénie
Suède
Suisse
Afrique du Nord & Moyen-Orient									
Algérie
Arabie saoudite
Bahreïn
Chypre
Egypte
Emirats arabes unis
Iraq
Israël
Jamahiriya arabe libyenne
Jordanie
Koweït
Liban
Maroc
Oman
Qatar
République arabe syrienne
Soudan
Tunisie
Turkey	0	...	...	...	...	1998 d
Yémen
Amérique du Nord									
Canada
Etats-Unis d'Amérique
Caraïbes									
Bahamas
Barbade
Cuba	52	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Haïti	14	24	12	28	59	93	19	30	2000 d
Jamaïque
République dominicaine	13	18	16	49	...	...	2002 d
Trinité-et-Tobago	33	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Amérique latine									
Argentine
Belize
Bolivie	22 c x	...	5	15	...	...	...	...	1998 d
Brésil
Chili
Colombie	10	...	49	...	29	...	2000 d
Costa Rica
El Salvador	1998 f
Equateur	7	...	...	...	...	...	2001 f
Guatemala	7	15	...	...	...	...	2002 f
Guyana *	36	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Honduras	13	19	...	...	...	...	2001 f
Mexique
Nicaragua	11	...	10	...	17	...	2001 d
Panama
Paraguay
Pérou	5	...	29	...	19	...	2000 d
Suriname	27	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Uruguay
Venezuela	2000 c
Total mondial									

Annexe

Estimations et données relatives au VIH et au SIDA, fin 2003 et fin 2001

Les estimations et données figurant dans le tableau précédent se rapportent à fin 2003 et fin 2001, sauf indications contraires. Ces estimations ont été produites et recueillies par l'ONUSIDA et l'OMS, puis communiquées aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA pour examen et commentaires, mais elles ne correspondent pas nécessairement aux estimations officielles utilisées par les gouvernements. Pour les pays qui ne disposaient d'aucune donnée récente, le tableau ne comporte pas d'estimations spécifiques du pays. Pour calculer les totaux régionaux, des données plus anciennes ou des modèles régionaux ont été utilisés pour produire des estimations minimales pour ces pays.

Les estimations sont données en chiffres ronds. Toutefois, on a utilisé des chiffres non arrondis pour le calcul des taux et des totaux régionaux, c'est pourquoi il peut y avoir de petites différences entre les totaux régionaux/mondiaux et la somme des chiffres donnés pour les pays.

La méthodologie générale et les outils utilisés pour obtenir les estimations par pays du tableau ont été décrits dans une série d'articles publiés dans *Sexually Transmitted Infections 2004*, 80 (Suppl 1). Les estimations produites par l'ONUSIDA et l'OMS sont basées sur des méthodes et paramètres fondés sur les conseils donnés par le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections en matière de VIH/SIDA.

Ce groupe comprend des chercheurs de haut niveau dans le domaine du VIH et du SIDA, de l'épidémiologie, de la démographie et autres thèmes apparentés. Le groupe revoit les travaux les plus récents (publiés ou non), fournis par les chercheurs de différents pays ainsi que les progrès réalisés dans la compréhension des épidémies de VIH, et suggère des méthodes destinées à améliorer la qualité et l'exactitude des estimations.

Grâce aux suggestions du Groupe de référence, un nouveau logiciel a été élaboré pour modéliser le cours des épidémies de VIH et leur impact. Ces modifications des procédures et des hypothèses ont permis d'améliorer les estimations relatives au VIH et au SIDA pour 2003. Pour permettre aux lecteurs d'évaluer les tendances récentes de l'épidémie, nous présentons également les estimations pour fin 2001 élaborées grâce aux mêmes méthodologies et données que celles utilisées pour fin 2003.

Les nouvelles estimations de ce rapport sont présentées en parallèle avec des fourchettes appelées 'limites de plausibilité'. Ces limites reflètent le degré de certitude associé à chacune des estimations. Plus l'écart est grand, plus le degré d'incertitude entourant une estimation est important. L'ampleur de l'incertitude est principalement déterminée par le type d'épidémie, la qualité, la couverture et la cohérence du système de surveillance d'un pays. Une description complète des méthodes utilisées pour élaborer les limites de plausibilité figure dans *Sexually Transmitted Infections 2004*, 80 (Suppl 1).

Dans ce rapport, on entend par 'adultes' les hommes et les femmes qui ont entre 15 et 49 ans. Cette tranche d'âge englobe ceux qui sont dans les années de la vie où l'activité sexuelle est maximale. Le risque d'infection perdure évidemment au-delà de 50 ans ; toutefois, la vaste majorité de ceux qui seront infectés auront très probablement contracté l'infection avant cet âge.

La structure par âge de la population étant très variable d'un pays à l'autre, en particulier en ce qui concerne les enfants et les adultes plus âgés, le fait de se restreindre aux 15-49 ans pour désigner les 'adultes' a l'avantage de rendre plus comparables des populations différentes. Cette tranche d'âge a été prise comme dénominateur pour le calcul des pourcentages de la prévalence du VIH chez l'adulte et elle est également cohérente par rapport aux estimations antérieures.

Notes sur les indicateurs spécifiques figurant dans ce tableau

1. Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH, fin 2003 et fin 2001

Ces estimations englobent toutes les personnes infectées par le VIH en vie à la fin de 2003 et de 2001, qu'elles aient ou non présenté des symptômes du SIDA. En ce qui concerne les pays dont les estimations sont marquées d'un astérisque (*), une enquête dans la population comprenant des mesures de la prévalence du VIH sera effectuée dans un proche avenir. Pour les pays marqués de deux astérisques (**), une nouvelle enquête de surveillance a été effectuée récemment, mais ses résultats n'étaient pas encore disponibles pour figurer dans le processus d'élaboration des estimations. Pour les pays dont les données des six dernières années étaient insuffisantes, aucune estimation n'a été faite.

Adultes et enfants

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à fin 2003 et 2001. On entend par 'enfants' les personnes entre 0 et 14 ans.

Adultes (15-49 ans)

Estimation du nombre d'adultes vivant avec le VIH à fin 2003 et 2001.

Prévalence (%) chez l'adulte (15-49 ans)

Pour calculer le taux de prévalence chez l'adulte, le nombre estimé d'adultes vivant avec le VIH à fin 2003 a été divisé par le chiffre 2003 pour la population adulte (15 à 49 ans), et de même pour 2001.

Femmes (15-49 ans)

Estimation du nombre de femmes vivant avec le VIH à fin 2003 et 2001.

Enfants (0-14 ans)

Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH à fin 2003 et 2001.

2. Décès dus au SIDA

Adultes et enfants

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants qui sont morts du SIDA au cours de 2003 et 2001. Les estimations et les fourchettes marquées de trois astérisques (***) sont fondées sur des données provenant des statistiques démographiques.

3. Orphelins du SIDA

Orphelins (0-17 ans) actuellement en vie

Estimation, à fin 2003, du nombre d'enfants de 0 à 17 ans qui avaient perdu un parent ou les deux à cause du SIDA.

4. Limites de plausibilité des indicateurs ci-dessus

Selon la fiabilité des données disponibles, la zone d'incertitude entourant chaque estimation est plus ou moins importante. Si toutes les estimations sont entachées d'une certaine incertitude, ce rapport présente les limites de plausibilité pour les estimations suivantes :

- Estimation du nombre d'adultes (15-49 ans) et d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH à fin 2003 et 2001
- Estimation du nombre d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH à fin 2003 et 2001
- Estimation du nombre de femmes (15-49 ans) vivant avec le VIH à fin 2003 et 2001
- Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH à fin 2003 et 2001
- Estimation du nombre de décès dus au SIDA chez les adultes (15-49 ans) et les enfants (0-14 ans) à fin 2003 et 2001
- Orphelins du SIDA (0-17 ans) à fin 2003 et 2001.

5. Prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15-24 ans) qui fréquentent les sites de consultation prénatale dans la capitale

Ces indicateurs émanent de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001 et fournissent une estimation raisonnable des tendances relativement récentes dans le temps de l'infection à VIH dans les pays connaissant des épidémies généralisées (prévalence supérieure à 1%) alimentées principalement par la transmission hétérosexuelle. Le nombre de femmes enceintes de 15 à 24 ans fréquentant les consultations prénatales et dont le test VIH s'est révélé positif est divisé par le nombre de femmes enceintes de 15 à 24 ans qui ont fait un test VIH. La valeur médiane pour tous les sites dans la capitale et l'année de la dernière notification sont incluses.

6. Prévalence du VIH (%) dans des populations choisies exposées à un risque accru d'exposition au VIH dans la capitale

Ces indicateurs sont recommandés pour notifier les progrès accomplis pour réaliser les objectifs de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2001 dans les pays connaissant des épidémies limitées (prévalence inférieure à 1% ; prévalence dans des groupes choisis exposés à un risque accru inférieure à 5%) ou des épidémies de VIH concentrées (prévalence inférieure à 1% ; prévalence dans des groupes particuliers exposés à un risque accru supérieure à 5%). La plupart de ces données proviennent de la surveillance sentinelle régulière. Pour chacun de ces groupes, le tableau donne l'année de la notification la plus récente et la valeur médiane pour tous les sites de surveillance dans la capitale. Les groupes particuliers exposés à un risque accru d'infection à VIH figurant dans le tableau sont :

- Les consommateurs de drogues injectables
- Les professionnel(le)s du sexe
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

7. Indicateurs relatifs aux connaissances et aux comportements

Avant 2000, la définition des 'rapports sexuels à haut risque' variait d'une étude à l'autre ; les valeurs présentées doivent donc être considérées comme des indicateurs du niveau de risque des pays respectifs. On a tenté de présenter des résultats standardisés, mais les valeurs données ne doivent pas être utilisées dans le cadre de comparaisons du niveau de risque entre pays.

Les sources sont identifiées de la manière suivante : 'a' Enquêtes de surveillance comportementale (FHI[U31]) ; 'b' Botswana AIDS Impact Survey, ([U32]2001) ; 'c' Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF[U33]) ; 'd' Enquêtes démographiques et sanitaires ; 'e' Survey of Youth and Adolescent Reproductive Health and Sexual Behaviours in Mozambique (INJAD, 2001[U34]) ; 'f' Reproductive Health Survey (CDC[U35]). Pour les indicateurs dérivés d'une étude supplémentaire, l'année de l'enquête est signalée comme suit : 'v' 1998 ; 'w' 1999 ; 'x' 2000 ; 'y' 2001 ; 'z' 2002.

Savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée par le virus du SIDA (%) (15-24 ans)

Pourcentage des répondants de 15 à 24 ans (femmes et hommes) qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée par le virus du SIDA.

Peuvent identifier deux méthodes de prévention et rejeter trois idées fausses (%) (15-24 ans)

Pourcentage des répondants de 15 à 24 ans (femmes et hommes) qui peuvent identifier deux moyens que peut employer une personne pour se protéger du virus du SIDA (utiliser un préservatif et éviter les partenaires multiples) et rejettent trois idées fausses (savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut avoir le virus du SIDA et deux idées fausses locales, par exemple que la piqûre du moustique peut transmettre le virus du SIDA).

Ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (%) (15-19 ans)

Pourcentage des répondants de 15 à 19 ans (femmes et hommes) qui déclarent avoir eu une activité sexuelle avant l'âge de 15 ans.

Déclarent avoir eu des rapports sexuels à plus haut risque (15-24 ans) au cours de l'année écoulée (%)

Proportion des répondants de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal, non cohabitant au cours des 12 derniers mois [U36], parmi toutes les personnes déclarant une activité sexuelle dans ce même laps de temps.

Utilisation de préservatifs chez les 15-24 ans lors du dernier rapport sexuel à haut risque (%)

Pourcentage des répondants de 15 à 24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal non cohabitant parmi ceux qui ont eu un rapport sexuel avec un partenaire de ce type au cours des 12 mois écoulés.

Année

Année de l'enquête au cours de laquelle les données relatives aux connaissances et aux comportements ont été recueillies.

Références

Chapitre 1 – Vaincre le SIDA : la ‘nouvelle donne’

Policy Project (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low and middle income countries in 2003. (sous presse).

Chapitre 2 – Un aperçu mondial de l'épidémie de SIDA

Encadré : Le VIH atteint les femmes de façon croissante

Dunkle et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363:1415–21.

PNUD (2003). *Regional human development report: HIV/AIDS and development in South Asia*. New York. Disponible sur www.undp.org.np/publications/reghdr2003.

Reste du chapitre

Dhaka (2003). HIV in Bangladesh: is time running out? National AIDS/STD Programme of the Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh.

French K (2004). *Report for UNAIDS scenarios for Africa: the future of the HIV/AIDS epidemic in China, India, Russia and Eastern Europe*. Londres, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College, mars.

Girault et al. (2004). HIV, STIs, and sexual behaviours among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia.

Gisselquist et al. (2002). *International Journal of STD & AIDS*, 13:657–66.

Lydié N et al. (2004). Mobility, sexual behaviour and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(1).

Lurie M et al. (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, 17(15).

Schmid G et al. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363.

Stover, J (2004). *STI*, 80(Suppl. 1).

VanLandingham M, Trujillo L (2002). Recent changes in heterosexual attitudes, norms and behaviors among unmarried Thai men: a qualitative analysis. *International Family Planning Perspectives*, 28(1):6–15.

Chapitre 3 – Impact du SIDA sur les personnes et les sociétés

Encadré: Les femmes sont plus vulnérables au VIH que les hommes

Cambodian National Institute of Statistics/Orc International (2000). *Cambodia demographic and health survey 2000: preliminary report*. Disponible sur www.childinfo.org/MICS2/natlMICSrepz/Cambodia/PRELIMrj.pdf.

Glynn et al. (2001). Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15(Suppl. 4):S51–60.

HelpAge International and International HIV/AIDS Alliance (2003). *Forgotten families: older people as carers of orphans and vulnerable children*. Brighton, Royaume-Uni.

Human Rights Watch (2003). *Policy paralysis: a call for action on HIV/AIDS-related human rights abuses against women and girls in Africa*. New York, Human Rights Watch USA. Disponible sur <http://www.hrw.org/reports/2003/africa1203/africa1203.pdf>.

Maman S, Mbwambo J K, Hogan N M et al. (2002). HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92(8): 1331–7.

OMS (2001). *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Rapport de réunion, 23–25 octobre 2000. Genève. Disponible sur whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.08.pdf.

UNICEF (2003). *Les générations orphelines d'Afrique, 2003*. New York. Disponible sur http://www.unicef.org/french/publications/index_16271.html.

Xu et al. (2000). HIV-1 seroprevalence, risk factors, and preventive behaviors among women in northern Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25(4):353–9.

Reste du chapitre

Adams A (1993). Food insecurity in Mali: exploring the role of the moral economy. *Institute for Development Studies Bulletin*, 24(4):41.

Akintola O, Quinlan T (2003). *Report of the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socioeconomic impact of HIV/AIDS*. Durban, 26–28 mars.

Asingwire N (1996). *AIDS and agricultural production: its impact and implications for community support in ACORD programme areas, Mbabara district*. Consultancy report, cited in Mutangadura G B. 2000. *Household welfare impacts of mortality of adult females in Zimbabwe: Implications for policy and program development*. Document présenté lors du Symposium de l'IAEN sur l'économie du SIDA, Durban, 7-8 juillet 2000.

Bachmann M O, Booysen F L R (2003). Health and socioeconomic impact of HIV/AIDS on South African households: cohort study. *BioMedCentral*, 3(14).

Badcock-Walters P (2001). The impact of HIV/AIDS on education in KwaZulu-Natal. Durban, KZNDEC Provincial Education Development Unit.

Badcock-Walters P, Desmond C, Wilson D, Heard W (2003). Educator mortality in-service in KwaZulu-Natal: a consolidated study of HIV/AIDS impact and trends. Document présenté lors de la Conférence sur la démographie et la situation socio-économique, Durban, 28 mars.

Banque mondiale (1999). *Faire face au SIDA : Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*, édition révisée. New York, Oxford University Press.

Barnett T, Whiteside A (2002). *AIDS in the 21st century: disease and globalization*. New York, Macmillan.

Baylies C (2002). The impact of AIDS on rural households in Africa: a shock like any other? *Development and Change* 33(4):611–632.

Beegle K (2003) Labor effects of adult mortality in Tanzanian households. Policy Research Working Paper 3062, Banque mondiale. Washington, mai.

Bell C, Devarajan S, Gersbach H (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa, June draft. Université de Heidelberg, Banque mondiale.

Bennell P, Hyde K, Swainson N (2002). *The impact of the HIV/AIDS epidemic on the education sector in sub-Saharan Africa: A synthesis of findings and recommendations of three country studies*. Université du Sussex, février.

Bollinger L, Stover J (1999). The economic impact of AIDS in Kenya. The Futures Group International in collaboration with: Research Triangle Institute (RTI). Centre pour les activités en matière de développement et de population (CEDPA).

Cohen D (2002). Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. Document de travail no. 2. Genève, OIT.

-
- Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (2002). *Les pays les moins avancés, rapport 2002 : Echapper au piège de la pauvreté*. Genève. Disponible sur <http://www.unctad.org/Templates/WebFlyer.asp?intItemID=3075&lang=2>.
- Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination, CEB/2003/HLCP/CRP.27 (2003). Annex IV: Organizing the UN Response to the Triple Threat of Food Insecurity, Weakened Capacity for Governance and AIDS, particularly in Southern and Eastern Africa. Genève.
- Division de la population des Nations Unies (2003). *The HIV/AIDS epidemic and its social and economic implications*. New York. Septembre.
- Food Economy Group (2001). *Food economy baseline training and assessment in Siavonga district, Zambia*. Avril. Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2001). Effets du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire. FAO: Comité de la Sécurité alimentaire mondiale, Vingt-septième session, Rome, 28 mai–1^{er} juin 2001. Disponible sur <http://www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310f.htm>.
- Goliber T J (2000). Exploring the implications of the HIV/AIDS epidemic for educational planning in selected African countries: the demographic question. New York, Banque mondiale, Equipe de Campagne SIDA pour l'Afrique (ACT). Disponible sur wbIn0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/0/9631986c0c414a8085256a33004f1e23?OpenDocument.
- Gould B, Huber U (2002). HIV/AIDS, poverty and schooling in Tanzania and Uganda. British Society for Population Studies meeting on Poverty and Well-being in HIV/AIDS affected African countries. Londres, 8 janvier. Disponible sur www.socstats.soton.ac.uk/choices/Gould%20Paper.doc.
- Gregson S, Waddell H, Chandiwana S (2001). School education and HIV control in sub-Saharan Africa: from discord to harmony? 3 mars 2001. Disponible sur www.zim aids.co.zw/hae/webfiles/Electronic%20Versions/SchooleducationandHIVcontrolfromdiscord.doc.
- Harris A M, Schubert J G (2001). Defining "Quality" in the midst of HIV/AIDS: ripple effects in the classroom. 44^e réunion annuelle de la Comparative and International Education Society, Washington, mars. Disponible sur www.zim aids.co.zw/hae/webfiles/Electronic%20Versions/Defining%20Quality%20In%20the%20midst%20of%20HIV%20.doc.
- Harvey P (2003). *HIV/AIDS: what are the implications for humanitarian action? A literature review*. Londres, Overseas Development Institute. Disponible sur http://www.aidsalliance.org/_res/reports/CAA_Cambodia.pdf.
- Hunter S, John Williamson (1997). *Children on the brink: strategies to support HIV/AIDS*. Washington, USAID.
- Institut de Gestion du Malawi/PNUD (2002). The impact of HIV/AIDS on human resources in the public sector in Malawi.
- Liese B, Blanchet N, Dussault G (2003). The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa. Washington, Banque mondiale.
- Lisk F (2002). Labour market and employment implications of HIV/AIDS. Document de travail no 1. Programme mondial du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail. Genève.
- Lundberg M, Over M, Mujinja P (2000). Sources of financial assistance for households suffering an adult death in Kagera, Tanzania. Paper. Banque mondiale.
- Malaney P (2000). The impact of HIV/AIDS on the education sector in southern Africa. CAER II Discussion Paper. Boston. Disponible sur www.hiid.harvard.edu/caer2/html/content/papers/paper81/paper81.htm.
- Mutangadura G B (2000). Household welfare impacts of mortality of adult females in Zimbabwe: Implications for policy and program development. Document présenté lors du Symposium de l'IAEN sur l'économie du SIDA, Durban, 7-8 juillet 2000.
- Nalugoda F et al. (1997). HIV infection in rural households, Rakai District, Uganda. *Health Transition Review*, 7 (Suppl. 2):127–140.

Nations Unies (2001). Objectifs de développement de l'ONU pour le Millénaire [site web]. <http://www.un.org/french/millenniumgoals/>

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: Bringing carers into focus*. (projet de document de travail). Centre international de recherches sur les femmes.

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2001). Effets du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire. FAO : Comité de la Sécurité alimentaire mondiale, Vingt-septième session, Rome, 28 mai–1^{er} juin 2001. Disponible sur <http://www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310f.htm>.

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2003a). *Measuring impacts of HIV/AIDS on rural livelihoods and food security*. Rome.

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2003b). *Mitigating the impact of HIV/AIDS on food security and rural poverty*. Rome.

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2003c). *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2003*. Rome. Disponible sur <http://www.fao.org/docrep/006/j0083f/j0083f00.htm>.

Pitayanon S, Kongsin S, Janjareon W S (1997). The economic impact of HIV/AIDS mortality on households in Thailand. In: Bloom D, Godwin P, eds. *The economics of HIV and AIDS: the case of South and South East Asia*. Delhi, Oxford University Press, 66.

PNUD (2001). *HIV/AIDS: implications for poverty reduction*. New York.

PNUD (2002). *Conceptual shifts for sound planning: towards an integrated approach for HIV/AIDS and poverty*. Document de réflexion. Projet régional VIH et Développement du PNUD. Août.

PNUD (2003). *Disease, HIV/AIDS and capacity implication: a case of the public education sector in Zambia*. Document de recherche 2. Février.

Porter K, Zaba B (2004). The empirical evidence for the impact of HIV on adult mortality in the developing world: data from serological studies. *AIDS*.

Rugalema G (1998). It is not only the loss of labour: HIV/AIDS, loss of household assets and household livelihood in Bukoba district, Tanzania. Document présenté lors la Conférence régionale pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe sur la riposte au VIH/SIDA : besoins en matière de développement de l'agriculture à petite échelle. Harare, 8–10 juin.

Rugalema G (2000). Coping or struggling? A journey into the impact of HIV/AIDS in Southern Africa. *Review of African Political Economy*, 86:537–545.

Sackey J, Raparla T (2000). *Namibia: the development, impact of HIV/AIDS—selected issues and options*. Rapport No. 22046 de la Banque mondiale.

SADC FANR Vulnerability Assessment Committee (2003). Towards identifying impacts of HIV/AIDS on food security in Southern Africa and implications for response: findings from Malawi, Zambia and Zimbabwe. Harare, SADC.

Sauerborn R, Adams A, Hien M (1996). Household strategies to cope with the economic costs of illness. *Social Science & Medicine*, 43(3):291–301.

Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Le Cap, Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. Octobre.

Swaziland Ministry of Education (1999). Impact assessment of HIV/AIDS on the education sector. In *Education International* (2001) "Education in the Era of HIV/AIDS" Dossier of Education International Magazine, December 2001 edition.

Tawfik L, Kinoti S (2001). The impact of HIV/AIDS on the health sector sub-Saharan Africa: the issue of human resources. Projet de soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique, USAID, Bureau Afrique, Office du Développement durable, octobre.

Timaeus I, Jassen M (2003). Adult mortality in sub-Saharan Africa: evidence from the demographic and health surveys. Document présenté lors de la Conférence sur les preuves empiriques de l'impact démographique et socio-économique du SIDA. Durban, 26–28 mars.

Topouzis D (2003). Addressing the impact of HIV/AIDS on ministries of agriculture: focus on eastern and southern Africa. Rome, FAO/ONUSIDA.

UNESCO (2000). Cadre d'action de Dakar – L'Education pour tous : tenir nos engagements collectifs. Forum mondial sur l'Education. Dakar, 26–28 avril. Disponible sur <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121147f.pdf>.

UNESCO (2002). *Rapport de suivi sur l'éducation pour tous 2002: le monde est-il sur la bonne voie?* Paris. Disponible sur http://www.unesco.org/education/efa/monitoring/monitoring_2002_fr.shtml.

USAID Report to Congress (2002). USAID'S Expanded Response to HIV/AIDS. Juin.

Villareal M (2003). Mitigating the impact of HIV/AIDS on food security and rural poverty. Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Programme sur le VIH/SIDA.

Wiggins S (2003). Lessons from the current food crisis in Southern Africa. The forum for food security in Southern Africa and other initiatives. Scott Drimie and Micheal Lafon. IFAS/HSRC/SARPN, Juin.

Yamano T, Jayne T S (2002). Measuring the impacts of prime-age adult death on rural households in Kenya. Tegemeo Working Paper 5. Tegemeo Institute of Agricultural Policy and Development, Nairobi, Kenya. Octobre 2002.

Yuan J et al. (2002). *The Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in China*. Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Chine, août.

Le Point – Le SIDA et les orphelins : une tragédie se déroule sous nos yeux

Beckerman K (2002). Mothers, orphans and prevention of paediatric AIDS. *Lancet*, 359:1168–1169.

Bell C, Devarajan S, Gerbach H (2003). *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa*. Washington, Banque mondiale.

Deininger K, Garcia M, Subbarao K (2003). AIDS-induced orphanhood as a systemic shock: magnitude, impact and program interventions in Africa. *World Development*, 31(7):1201–1220.

Family Health International (2002). Results of the orphans and vulnerable children head of household baseline survey in four districts in Zambia. (projet).

Foster G (2002). Understanding community responses to the situation of children affected by AIDS: lessons for external agencies. Genève, UNRISD.

Monasch R, Snoad N (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. A review of population-based household surveys from 40 countries in sub-Saharan Africa.

ONUSIDA (2003). *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA 2003*. Genève.

Stein J (2003). Sorrow makes children of us all: a literature review on the psycho-social impact of HIV/AIDS on children. Document de travail No 47 du Centre pour la Recherche sociale. Le Cap.

UNICEF (2003). *Les générations orphelines d'Afrique, 2003*. New York. Disponible sur http://www.unicef.org/french/publications/index_16271.html.

UNICEF et al. (2004). Draft framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV/AIDS. New York.

USAID (2004). Monks as change agents for HIV/AIDS care and support. Success stories. Disponible sur www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/SuccessStories.htm.

Williamson J (2004). *A family is for life*. (projet). Washington, USAID/the Synergy Project.

Chapitre 4 – Elargir la prévention complète du VIH

Encadré : Besoins en matière de prévention pour les filles et les femmes

Helene A et al. (2002). Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya. *Sexually transmitted diseases*, 29(8):444–452.

OMS (2003). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: expert consultation 3-5 June 2002, Genève. OMS/ Centre international de recherches sur les femmes (CIRF). Disponible sur http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/Gender_hivaidreviewpaper.pdf.

UNFPA (2002). Strategy for prevention [site web]. <http://www.unfpa.org/hiv/2002update/1d2.htm>.

Reste du chapitre

AFEW (2003). HIV prevention and health promotion in prisons: Russian Federation [site web]. Fondation SIDA Est-Ouest (AFEW). http://www.afew.org/english/projects_prison_rus.php.

Alary M et al. (2002). Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 16(3):463–470.

All-Party Parliamentary Group on AIDS (2003). *Migration and HIV: improving lives in Britain. An inquiry into the impact of the UK nationality and immigration system on people living with HIV*. Londres, All-Party Parliamentary Group on AIDS. Disponible sur <http://www.appg-aids.org.uk/Publications/Migration%20and%20HIV%20Improving%20Lives.pdf>.

Amirkhanian Y A, Kelly J A, Kabakchieva E, McAuliffe T L, Vassileva S (2003). Evaluation of a social network HIV prevention intervention program for young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS Education & Prevention*, 15(3):205–20.

Association internationale des Gays et lesbiennes (2002). World Legal Survey, Updated 21.07/02. Disponible sur www.ilga.org/Information/legal_survey/Summary%20information/

Betts S C, Peterson D J, Huebner A J (2003). Zimbabwean adolescents' condom use: what makes a difference? Implications for intervention. *Journal of Adolescent Health*, 33(3):165–71.

Braithwaite R, Arriola K (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, 93(5):759–763.

Brussa L (2002). Migrant sex workers in Europe: STI/HIV prevention, health and human rights, *Research for Sex Work*, 5.

Burrows D (2003). *HIV prevention among injecting drug users in transitional and developing countries*. (projet). Rapport Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA.

CDC (2002). Fact sheet for public health personnel: male latex condoms and sexually transmitted diseases [site web]. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/condoms.htm>.

CDC (2003). Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic—United States 2003. *MMWR Weekly*. Disponible sur www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5215a1.htm.

Centre international d'Etudes pénitentiaires (2003). World prison brief: prison brief for South Africa [site web]. Londres, Kings College. Disponible sur http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/africa_records.php?code=45

Cohen J (2003). Two hard-hit countries offer rare success stories. *Science*, 19.

-
- Colby D (2003). HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 32(1):80–85. Disponible sur www.thebody.com/cdc/news_updates_archive/2003/mar17_03/vietnam_msm_aids.html.
- Dabis F, Ekpini E R (2002). HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet*, 359(9323):2097–2104.
- De Groot A et al. (1999). *Women in prisons: the impact of HIV*. HIV Education Prisons Project. Juin.
- Drummond M (2002). *Return on investment in needle and syringe programs in Australia*. Commonwealth of Australia. ISBN 0 642 821178.
- Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (2003). Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation [site web]. <http://www.pedaids.org/>
- Foss A, Vickerman P, Heise L, Watts C H (2003). Shifts in condom use following microbicide introduction: should we be concerned? *AIDS*, 17:1227–1237.
- Ghys P et al. (2002). Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted disease among female sex workers in Abijan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 16(2):251–258.
- Ghys P et al. (2003). Best of AIDS 2003, *AIDS* 17(Suppl. 4):S121–122.
- Goyer K (2003). *HIV/AIDS in South African prisons*, Monograph 79, February 2003, Institut d'études de sécurité.
- Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap*. Disponible sur <http://www.kff.org/hiv/aids/200305-index.cfm>
- Hamers F, Downs A (2003). HIV in central and Eastern Europe. *Lancet*, 361:1035–1044.
- Haour-Knipe M (2002). HIV-infected migrants in Europe: missing out on the benefits of early care. *A&M News*, 4:3–4.
- Hauri A M, Armstrong G L, Hutin Y J (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, 15:7–16.
- Hitchcock L, Fransen B (1999). Preventing HIV infection: lessons from Mwanza and Rakai. *Lancet*, 353:513–514.
- Human Rights Watch (1998). Just die quietly: domestic violence and women's vulnerability to HIV in Uganda.
- Human Rights Watch (2003). Ravaging the vulnerable. *Abuses against persons at high risk of HIV infection in Bangladesh*. Rapport de Human Rights Watch, août. Disponible sur www.hrw.org.
- Jürgens R (2003). HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Paper presented at the Commission on Narcotic Drugs Ministerial Segment: Ancillary Meeting on HIV/AIDS and Drug Abuse. Vienne, 16 avril. Disponible sur http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/prison_present.pdf.
- Kamali A et al. (2003). Syndromic management of sexually transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet*, 361:645–652.
- Kerrigan D et al. (2003). Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex worker in the Dominican Republic. *AIDS*, 17 (3):415–423.
- Levi G C, Vitória M A (2002). Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS*, 16(18):2373–83.
- Lowe D (2002). *Perceptions of the Cambodian 100 per cent condom use program*. (projet de rapport). Washington, Policy Project, the Futures Group. Disponible sur www.nswp.org/safety/CUP-REPORT.DOC.
- Lurie et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2):149–156.
- Malinowska-Sempruch K, Hoove, J, Alexandrova A (2003). *Unintended consequences: drug policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine*. New York, International Harm Reduction Development Program/OSI. Disponible sur http://www.harm-reduction.org/pub_files/unintended_consequences.pdf

- Manjunath J, Thappa D, Jaisankar T (2002). Sexually transmitted diseases and sexual lifestyles of long-distance truck drivers: A clinico-epidemiological study in south India. *International Journal of STD & AIDS*, 13:612–617.
- Mathur M, Kumta S, Setia M et al. (2002). An experience of MSM surveillance in a tertiary care center in Mumbai. Abstract no. TuPeG568. Barcelone, XIV Conférence internationale sur le SIDA.
- Merson M H, Dayton J M, O'Reilly K (2000). Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS*, 14 (Suppl. 2):S68–84.
- Ministère de la Santé (2003). National estimates of adult HIV infection. Ministry of Health of the Republic of Indonesia Directorate General of Communicable Disease Control and Environmental Health.
- Ministère de la Santé/ Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2003). A joint assessment on HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. Genève.
- Norman L R (2003). Predictors of consistent condom use: a hierarchical analysis of adults from Kenya, Tanzania and Trinidad. *International Journal of STD/AIDS*, 14(9):584–90.
- OICS (2004). *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2003*. Vienne.
- OIM (2003). *World migration 2003: managing migration— challenges and responses for people on the move*. Genève.
- OIM/ONUSIDA/PNUD (2002). *HIV/AIDS prevention and care programmes for mobile populations in Africa: an inventory*. Genève.
- OIT/IPEC (2002). *Le mal insupportable au coeur des hommes : le trafic des enfants et les mesures d'éradication*. Genève. Disponible sur http://www.ilo.org/public/french/standards/ipec/publ/download/unbearable_fr.pdf
- OMS/ONUSIDA (1997). Le préservatif féminin : Dossier d'information. Genève.
- OMS (2002). Blood and Clinical Technology: Progress 2000-2001. WHO/BCT/02.10. Genève.
- OMS (2002a). Bureau régional pour l'Afrique 2002 : VIH/SIDA surveillance épidémiologique – Mise à jour pour la Région Afrique de l'OMS. Disponible sur <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/AIDS%20en%20Afrique.pdf>.
- OMS (2003). Educate, motivate, recruit and retain blood donors from low risk populations [site web]. http://www.who.int/bct/Main_areas_of_work/BTS/Blood%20Donors.htm.
- OMS (2003a). Traitements antirétroviraux: perspectives et réalité – Sauver des mères, sauver des familles: l'initiative PTME-plus. Etude de cas. Genève. Disponible sur http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/savingmothersfr.pdf.
- OMS (2003b). Strategy for the prevention of HIV infections in infants in Europe. (projet).
- ONUSIDA et Ministère de la Santé publique, Thaïlande (2000). Evaluation of the 100% condom programme in Thailand. Etude de cas de l'ONUSIDA. Disponible sur http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc275-100pcondom_en_pdf.pdf.
- ONUSIDA (2002). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juillet 2002*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève. Disponible sur http://www.unaids.org/html/pub/Global-Reports/Barcelona/BRGlobal_AIDS_Report_fr_pdf.pdf.
- ONUSIDA (2003). *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003*. Genève. Disponible sur http://www.unaids.org/html/pub/topics/ungass2003/ungass_report_2003_fr_pdf.pdf.
- Organisation nationale de lutte contre le SIDA (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi, Ministère de la Santé.
- Ostrow et al. (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. *AIDS*, 16(5):775–80.

-
- PNUD (2001). Mobile populations and HIV vulnerability: inventory of organizations. Bangkok. Programme VIH et Développement du PNUD pour l'Asie du Sud-Est. Disponible sur <http://www.hiv-development.org/publications/Inventory.htm>.
- PNUD (2001a). Regional Update – Sri Lanka [site web]. Programme VIH et Développement du PNUD. <http://www.hivanddevelopment.org/regionalupdate/srilanka/index.asp>.
- Policy Project (2004). *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*. (sous presse).
- Population Report Volume XXVII (1999). Numéro 1, avril. Disponible sur <http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fh9/h9chap1.shtml>.
- Riehm K S (1996). Injecting drug use and AIDS in developing countries: determinants and issues for policy consideration. New York, Département de la recherche sur les politiques de la Banque mondiale. Disponible sur <http://www.worldbank.org/aids-con/confront/backgrnd/riehman/indexp6.htm>.
- Shelton J D et al. (2004). Partner reduction is crucial for balanced 'ABC' approach to HIV prevention. *British Medical Journal*, 328(10).
- Singh S, Darroch J E, Bankole A (2003). *A, B and C in Uganda: the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline*. Washington, The Alan Guttmacher Institute. Disponible sur <http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf>.
- Stöver H (2001). *An overview study: assistance to drug users in European prisons*. Royaume-Uni, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. ISBN 1 902114035.
- Stover J, Walker N, Garnett G P et al. (2002). Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response. *Lancet*, 360:73–77. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12114060.
- Strathdee S A, Vlahov D (2001). The effectiveness of needle exchange programs: a review of the science and policy. *AIDS Science*, 1(16). Disponible sur <http://www.aidsscience.org/Articles/aidsscience013.asp>.
- Suarez T P, Kelly J A, Pinkerton S D et al. (2001). Influence of a partner's HIV serostatus, use of highly active antiretroviral therapy, and viral load on perceptions of sexual risk behavior in a community sample of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 28(5):471–7.
- Ukwuani F A, Tsui A O, Suchindran C M. (2003). Condom use for preventing HIV infection/AIDS in sub-Saharan Africa: a comparative multilevel analysis of Uganda and Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 34(2):203–13.
- UNFPA (2003). *Prevention of HIV transmission to pregnant women, mothers and their children (PMTCT)*. Contributions au rapport de Bangkok. Genève.
- UNFPA/ONUSIDA (2004). Myths, perceptions, and fears: addressing condom use barriers (sous presse).
- Valdiserri R O (2003). The roots of HIV/AIDS complacency: implications for policy development. Document de conférence pour un dialogue sur la politique internationale en matière de VIH/SIDA, organisée par le Gouvernement de Pologne, Santé Canada, l'ONUSIDA, l'Open Society Institute et l'Agence canadienne pour le Développement international. Varsovie. Disponible sur http://www.ceehrn.lt/EasyCEE/sys/files/Roots%20of%20HIV%20AIDS%20Complacency_Valdiserri.doc.
- Walker N, Schwartlander B, Bryce J (2002). Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 360 (9329):284–9.
- Weinhardt L S, Carey M P, Johnson B, Bickam N L (1999). Effects of HIV counselling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research 1985–1997. *American Journal of Public Health*, 89(9): 1397–1404.

Weir S, Pailman C, Mahlalela X, Coetzee N, Meidany F, Boerma J T (2003). From people to places: focusing AIDS prevention efforts where it matters most. *AIDS*, 17(6):685–903.

Wolffers I, van Beelen N (2003). Public health and human rights of sex workers. *Lancet*, 361, 7:1981.

Wu Z et al. (2002). Diffusion of HIV/AIDS knowledge, positive attitudes, and behaviors through training of health professionals in China. Disponible sur <http://aids.cdc.gov.tw/EN/international02.asp?sno=75>

Xu F et al. (2000). HIV-1 seroprevalence, risk factors, and preventive behaviors among women in Northern Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25(4):353–359.

Le Point – Les jeunes et le SIDA : menaces sur la jeunesse d'aujourd'hui

Cohen A (2003). *Beyond slogans: Lessons of Uganda's experience of ABC and HIV/AIDS*. New York, Alan Guttmacher Institute.

Cowan F (2002). Adolescent reproductive health interventions. *Sexually Transmitted Infections*, 78:315–318.

Family Health International (2003). *MTV: 'Staying Alive' 2002. A global HIV mass media campaign*. Disponible sur www.fhi.org/en/Youth/Youthnet/Publications/YouthIssuesPapers.htm.

Global HIV Prevention Working Group Report (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap*.

Glynn J R et al. (2001). The study group on heterogeneity of HIV epidemics in African cities. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15 (Suppl. 4):S51–60.

Greene M, Rasekh Z, Amen K-H (2002). *In this generation: sexual & reproductive health policies for a youthful world*. Washington, Population Action International. Disponible sur www.populationaction.org/resources/publications/InThisGeneration.

Kirby D (2002). The impact of schools and school programmes upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sexual Research*, 39:27–33.

Luke N, Kurz K (2002). *Cross-generational and transactional sexual relations in sub-Saharan Africa*. Washington, AIDSmark. Disponible sur http://www.icrw.org/docs/CrossGenSex_Report_902.pdf.

Lopez V (2002). *HIV/AIDS and young people. A review of the state of the epidemic and its impact on world youth*. (rapport non publié). Genève, ONUSIDA.

Manzini N (2001). Sexual initiation and childbearing among adolescents in KwaZulu Natal. *Reproductive Health Matters*, 9(17):44–52.

Nations Unies (2003). *Facing the future together*. Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa.

Obasi A et al. (2003). *Mema Kwa Vijana. A randomised controlled trial of an adolescent sexual and reproductive health intervention programme in rural Mwanza, Tanzania*. Intervention and Process Indicators.

OMS/Progress in Reproductive Health Research (2000). *Sex and youth— misperceptions and risk*. Disponible sur http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/53/news53_1.en.html.

ONUSIDA (2003). *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Genève.

Pisani E (2003). *The epidemiology of HIV at the start of the 21st century: reviewing the evidence*. Genève, UNICEF.

PNUD (2003). *Ukraine human development report special edition 2003*. Kiev.

Population Reference Bureau (2003). *HIV/AIDS Demographics, Africa*.

Rhodes T et al. (2002). *Behavioural risk factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia*. (projet non publié). Genève, ONUSIDA.

UNFPA (2003). *Etat de la population mondiale 2003 – Un milliard à ne pas oublier : Investir dans la santé et les droits des adolescents*. New York. Disponible sur http://www.unfpa.org/swp/swpmain_fre.htm.

UNICEF/ONUSIDA/OMS (2002). *Les jeunes et le VIH/SIDA – Une solution à la crise*. New York. Disponible sur http://www.unaids.org/barcelona/presskit/youngpeople/YoungpeopleHIVAIDS_fr.pdf.

Chapitre 5 – Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH

Encadré : Traitement et prise en charge des femmes et des filles

Center for Health and Gender Equity (2004). Gender, AIDS, and ARV Therapies: ensuring that women gain equitable access to drugs within U.S. funded treatment initiatives. Disponible sur <http://www.genderhealth.org/pubs/TreatmentAccessFeb2004.pdf>.

Farzadegan H, Hoover D, Astemborski J et al. (1998). Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS. *Lancet*, 352:1510–1514.

Fleischman J (2004). Breaking the cycle: ensuring equitable access to HIV treatment for women and girls. Washington, Center for Strategic and International Studies. Disponible sur http://www.csis.org/africa/0402_breakingcycle.pdf.

Project Inform (2001). Women and AIDS at twenty. *Project Inform Perspective*, août. Disponible sur <http://www.projinf.org/pub/33/women.html>.

Reste du chapitre

Banque mondiale (2003). World Development Indicators. Avril.

De Cock K M, Chaisson R E (1999). Will DOTS do it? A reappraisal of tuberculosis control in countries with high rates of HIV infection. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3:457–65.

Dummett H (2003). *African manufacturers gear up for generic ARV production*. World Markets Analysis, 11 November 2003, World Markets Research Centre.

Family Health International (2001). Tuberculosis control in high HIV prevalent areas. A strategic framework. Arlington.

Farmer P, Leandre F, Mukherjee J S et al. (2001). Community-based treatment of advanced HIV disease: Introducing DOT-HAART. *Bull World Health Organ*, 79.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (2003). *Annual Report 2003*. Genève.

Garbus L (2003a). *HIV/AIDS in Ethiopia*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L (2003b). *HIV/AIDS in Malawi*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L (2003c). *HIV/AIDS in Zambia*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L, Marseille E (2003). *HIV/AIDS in Uganda*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Médecins sans Frontières (2004). Note d'information, Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels. Février.

- Moatti J P et al. (2003). Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries: an attainable new paradigm. *Nature Medicine*, 9(12).
- Mpiima S et al. (2003). *Increased demand for VCT services driven by introduction of HAART in Masaka District, Uganda*. Présentation sous forme d'affiche à la 2ème Conférence internationale de l'IAS sur le SIDA – Les dernières avancées sur la recherche et les traitements, Paris, 13-17 juillet.
- Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus*. Centre international de recherches sur les femmes.
- OMS (2002). *Community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Africa*. Progress Report of WHO Joint Project Cancer and HIV/AIDS Programmes, août.
- OMS (2003a). *Access to antiretroviral treatment and care: the experience of the HIV Equity Initiative, Cange, Haiti*. Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment, mai.
- OMS (2003b). *Public health approaches to expand antiretroviral treatment*. (projet).OMS/HIV, 7 mai.
- OMS (2003c). *L'OMS demande la généralisation de la gratuité des médicaments antituberculeux pour les personnes vivant avec le VIH*. Communiqué de presse de l'OMS, 15 juillet 2003. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr58/fr/>.
- OMS (2003d). *Technical and operational recommendations for emergency scale up of ART in resource-limited settings*. Rapport de la Consultation OMS/ONUSIDA, Lusaka, Zambie, novembre.
- OMS (2003e). *Approaches to the management of HIV/AIDS in Cuba*. Perspectives and practice in antiretroviral treatment. (projet). Octobre.
- OMS (2004). *Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings, recommendations for use, 2004 Revision*. Disponible sur http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/pmtct_2004.pdf.
- OMS (2004a). *Report on the "lessons learnt" workshop on the six ProTEST pilot projects in Malawi, South Africa and Zambia*. (document en préparation). Durban, 3–6 février 2003. Genève.
- OMS (2004b). *The Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities*. Genève, OMS/HTM/TB.
- ONUSIDA (2000). *Prendre soin de ceux qui soignent – Gérer le stress de ceux qui soignent les personnes vivant avec le VIH/SIDA*. Etude de cas, Collection Meilleures Pratiques. Genève.
- ONUSIDA (2003). *Vouloir, c'est pouvoir – Les soins infirmiers et obstétriques, champions dans le domaine du VIH/SIDA en Afrique australe*. Collection Meilleures Pratiques. Genève.
- ONUSIDA (2003a). *S'éloigner du gouffre – En quête d'une thérapie antirétrovirale au Botswana, en Afrique du Sud et en Ouganda*. Collection Meilleures Pratiques. Genève.
- Piyaworawong S et al. (2003). *Responding to tuberculosis and HIV epidemic in a general health service setting, Chiang Rai, Thailand*. 3^{ème} réunion du Groupe de travail international TB/VIH. Montreux, 4–6 juin. Disponible sur www.who.int/gtb/TBHIV/montreux_june03/presentations/wed/piyaworawong_Thailand.pdf.
- Project Inform (2001). *Women and AIDS at twenty. Project Inform Perspective*, août. Disponible sur <http://www.projinf.org/pub/33/women.html>.
- Ramsay S (2003). *Leading the way in African home-based palliative care: free oral morphine has allowed expansion of home-based palliative care in Uganda*. *Lancet*, 362(9398):29.
- Raviglione M C (2003). *The TB epidemic from 1992 to 2002*. *Tuberculosis*, 83(1–3). Délibérations du 4^e Congrès mondial sur la Tuberculose, 3-5 juin 2002. Disponible sur www.who.int/gtb/publications/refsubject.html.

Chapitre 6 – Financer la riposte au SIDA

Encadré : Economie de la prise en charge

Division de la population des Nations Unies (2003). *The HIV/AIDS epidemic and its social and economic implications*. New York. Septembre.

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus*. (projet de document de travail). Centre international de recherches sur les femmes. Octobre.

PNUD (2003). *Regional human development report: HIV/AIDS and development in South Asia*. New York. Disponible sur www.undp.org.np/publications/reghdr2003.

PNUD (2003a). *The socio-economic impact of HIV/AIDS in Viet Nam: a preliminary note*. Disponible sur <http://www.undp.org.vn/undp/docs/2003/seimpact/seimpacte.pdf>.

Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Le Cap, Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. Octobre.

Reste du chapitre

Banque interaméricaine de Développement (2003). *Resources required to fight HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Rapport préparé pour la BID par l'Institut national de santé publique (INSP), Mexique et The Futures Group.

Banque mondiale (2003). *Développement durable dans un monde dynamique : Améliorer les institutions, la croissance et la qualité de vie*. Rapport sur le développement dans le monde 2003. New York.

Banque mondiale/FMI/IDA (2003). *HIPC Initiative—statistical update, 2003*. Disponible sur www.worldbank.org/hipc/

Boyce J (2002). Africa's debt: who owes whom? Working Paper Series N. 48. Amherst, University of Massachusetts, Political Economy Research Institute.

Cashel J (2003). *AIDS and the World Bank*. Transcription de l'entretien avec le Dr Debrework Zewdie de la Banque mondiale, 29 avril. IAEN Global Dialogue Series. Disponible sur <http://www.iaen.org/global/zewdie/index.php>.

Cashel J, Rivers B (2003). Transcript of interview with Dr Richard Feacham, Executive Director of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 14 March. Disponible sur <http://www.iaen.org>.

Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA (2001). *Business action on HIV/AIDS—a blueprint*.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (2003). *Annual Report 2002/2003*. Genève.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (2004). *Progress Report*, 14 janvier 2004. Genève.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (2004a). *Update: Resource Mobilization and Resource Needs*, 14 janvier 2004. Genève.

The Futures Group (2003). *Funding required for the response to AIDS in Eastern Europe and Central Asia*. Rapport préparé pour l'ONUSIDA et la Banque mondiale.

Graydon T R (2000). Medicaid and the HIV/AIDS epidemic in the United States. *Health care financing review* 22(1): 117–122.

Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap*. Disponible sur www.gatesfoundation.org or www.kaisernetwork.org.

Gutiérrez J P et al. (2004). Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment '3 by 5' goal: what will it cost? *Lancet* (sous presse).

Hardstaff P (2003). *Treacherous conditions: how IMF and World Bank policies tied to debt are undermining development*. Londres, World Development Movement.

Hickey A (2003). *What are provincial health departments allocating for HIV/AIDS from their own budgets?* Budget Brief No. 135. IDASA, Afrique du Sud.

Hickey A (2004). *New allocations for ARV treatment: an analysis of 2004/5 national budget from an HIV/AIDS perspective*. The Institute for Democracy in South Africa, AIDS Budget Unit.

Hickey A, Ndlovu N, Guthrie T (2003). *Budgeting for HIV/AIDS in South Africa: report on intergovernmental funding flows for an integrated response in the social sector*. IDASA, South Africa. Disponible sur www.bis.idasact.org.za.

Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA (2003). Présentation de diapositives lors de la Conférence de 2003 sur un vaccin contre le SIDA, 18 septembre 2003.

IRIN (2004). Transcript of interview with Dr. Ndwapi Ndwapi, director of the Princess Marina Hospital Antiretroviral Programme in Botswana, *IRIN PlusNews*, 11 mars.

Kimalu P (2002). *Debt relief and health care in Kenya*. WIDER Discussion Paper No. 2002/65. Finlande, Université des Nations Unies.

Martin G (2003). *A comparative analysis of the financing of HIV/AIDS programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, Swaziland and South Africa*. Human Sciences Research Council, Afrique du Sud, octobre 2003.

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus*. Centre international de recherches sur les femmes.

OMS (2000). *Pour un système de santé plus performant*. Rapport sur la santé dans le monde. Genève.

OMS (2001). *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Rapport sur la santé dans le monde. Genève.

ONUSIDA (2003). *Report on the State of HIV/AIDS Financing*. UNAIDS/PCB(14)/03 Conference Paper 2a. Genève.

ONUSIDA (2003a). *Progress on the Development of a Global Resource Mobilization Strategy for HIV/AIDS*, UNAIDS/PCB(14)/03 Conference Paper 2b. Genève.

ONUSIDA (2003b). *S'écarter du gouffre – En quête d'une thérapie antirétrovirale au Botswana, en Afrique du Sud et en Ouganda*. Collection Meilleures Pratiques. Genève.

ONUSIDA (2003c). *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003*. ONUSIDA, Genève.

ONU/Ministère de la Santé de Chine (2003). *Joint assessment of HIV/AIDS treatment and care in China*. Ministère de la Santé et Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Chine, 1^{er} décembre.

Oxfam (2002). *Debt relief and the HIV/AIDS crisis in Africa: does the heavily indebted poor country (HIPC) initiative go far enough?* Oxfam Briefing Paper 25.

Chapitre 7 – Ripostes nationales au SIDA – intensifier l'action

Encadré : Les facteurs sexospécifiques au sein des ripostes nationales

IRIN (2003). *Women's coalition on HIV/AIDS launched* [site web]. Bureau pour la coordination des affaires humanitaires de l'ONU, Integrated Regional Information Networks (IRIN). www.aegis.com/news/irin/2003/IR030627.html.

Mingat A, Bruns B (2002). *Achieving education for all by 2015: simulation results for 47 low-income countries*. Washington, Banque mondiale, Réseau du développement humain, Département Région Afrique et Education. Disponible sur www1.worldbank.org/education/pdf/EFA%20Complete%20Draft.pdf.

Nations Unies (2001). Objectifs de développement de l'ONU pour le Millénaire [site web].
<http://www.un.org/french/millenniumgoals/>

NWMI (2003). Global population policy update [site web]. Network of Women in Media, India (NWMI).
http://www.nwmindia.org/resources/research/global_pop_policy.htm.

PNUD (2003). Gender equality [site web]. UNDP Cambodia Country Office.
<http://www.un.org.kh/undp/index.asp?page=gender/pge.asp>.

UNESCO (2002). *Rapport de suivi sur l'éducation pour tous 2002: le monde est-il sur la bonne voie?* Paris. Disponible sur http://www.unesco.org/education/efa/monitoring/monitoring_2002_fr.shtml.

UNESCO (2003). *Rapport mondial de suivi sur l'EPT, 2003–2004: Genre et éducation pour tous – Le pari de l'égalité*. Paris. Disponible sur http://portal.unesco.org/education/fr/ev.php-URL_ID=23023&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

Reste du chapitre

Alliance internationale contre le VIH/SIDA (2002). *Participation in the Global Fund: a review paper*. Londres.

Cape Argus (2003). Eskom pledges R5m to provide HIV training to medics. *Cape Argus*, 1^{er} mai 2003, Le Cap.

Development Gateway (2003). Muslim religious leaders in Mali join the fight against AIDS [site web].
www.psi.org/news/0703d.html.

Eley H, Kutengule P (2003). *AIDS mainstreaming: a definition, some experiences and strategies*. Durban, Université du Natal, Health Economics and AIDS Research Division (HEARD). Disponible sur www.und.ac.za/und/heard/papers/DFID%20mainstreaming%20report_Jan031.pdf.

FAO/Gouvernement de Zambie (2003). Draft TCP Proposal: strengthening institutional capacity in mitigating AIDS impact on the agricultural sector in Zambia. Lusaka.

GRI (2003). *Reporting guidance on AIDS: a GRI resource document*. Amsterdam. Disponible sur <http://www.globalreporting.org/guidelines/HIV/hiv aids.asp>

Kaiser Daily AIDS Report (2003). Indian Prime Minister Calls for 'Undelayed Response' to AIDS at Indian AIDS Convention, 28 juillet. Disponible sur www.thebody.com/kaiser/2003/jul28_03/india_aids.html.

Lauring H (2002). Action needed on brain drain. *Globaleyes*. Disponible sur [http://manila.djh.dk/global/stories/storyReader\\$98](http://manila.djh.dk/global/stories/storyReader$98)

Lenton C, Hawkins K, Jani R (2003). *Evaluation of targeted interventions in reduction of HIV transmission in five states in India*. Londres, Département britannique pour le Développement international (DFID).

Lubben M et al. (2002). Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8):667–74.

Mpanju-Shumbusho W (2003). Présentation par Winnie Mpanju-Shumbusho, Directrice, Stratégie et partenariats, Département SIDA, OMS. Planning Workshop for Increasing Access to Care and Treatment for PLWHA, Harare, 7–10 June.

OIM (2003). Migrations pour le développement en Afrique (MIDA). Disponible sur www.iom.int/MIDA/

OMS (2003). Human capacity-building plan for scaling up AIDS treatment [site web].
http://www.who.int/3by5/publications/documents/capacity_building/en/index.html.

OMS/ONUSIDA (2003). *Second generation HIV surveillance: lessons learned in 8 countries*. (sous presse). Genève.

ONUSIDA (2003). *Coordination of national responses to AIDS: guiding principles for national authorities and their partners*. Disponible sur www.unaids.org/html/pub/UNA-docs/coordination_national_responses_pdf.pdf.

ONUSIDA (2003a). *Partenariat entre le gouvernement et le secteur privé pour la lutte contre le Sida*. République du Cameroun, Yaoundé, ONUSIDA Cameroun/Programme national de lutte contre le SIDA.

ONUSIDA (2003b). *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA 2003*. Genève.

ONUSIDA (2003c). *S'éloigner du gouffre – En quête d'une thérapie antirétrovirale au Botswana, en Afrique du Sud et en Ouganda*. Collection Meilleures Pratiques. Genève.

ONUSIDA/Ministère de la Santé (2003). *Joint assessment on AIDS prevention, treatment and care in China*. Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA/Ministère de la Santé, République de Chine, Beijing.

Piot P (2003). *AIDS: The need for an exceptional response to an unprecedented crisis*. Presidential Fellows Lecture, Washington. Disponible sur http://www.unaids.org/html/pub/Media/Speeches02/Piot_WorldBank_20Nov03_en_pdf.pdf.

PNUD (2002). *Introducing governance into AIDS programmes: People's Republic of China, Lao PDR and Viet Nam*. Programme VIH et Développement du PNUD, Asie du Sud-Est, Bangkok. Disponible sur www.hiv-development.org/publications/introducing-Governance.htm.

SELA (2003). Brazilian Intervention [site web]. Système économique latino-américain (SELA). lanic.utexas.edu/~sela/AA2K3/ENG/docs/Coop/south/Di16.htm.

Thomson A (2003). Medical exodus saps South Africa's war on AIDS. *Reuters AlertNet*, 3 février.

USAID et al. (2003). *The level of effort in the national response to AIDS: the AIDS Program Effort Index (API) – the 2003 Round*. Washington, Futures Group International.

Le Point – SIDA et conflits : un problème croissant partout dans le monde

Cavaljuga S (2002). Federation of Bosnia and Herzegovina, in HIV prevention and care among mobile groups in the Balkans. Rome, OIM.

Hankins C, Friedman S, Zafar T et al. (2002). Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *AIDS*, 16:2245–2252.

IASC (2003). Interagency Agency Task Force on HIV in Emergency Settings (2003). Mai.

International Rescue Committee (2001). Mortality in Eastern Democratic Republic of Congo. Mai.

Kaiser R, Spiegel P, Salam P et al. (2002). *HIV seroprevalence and behavioural risk factor survey in Sierra Leone*. Rapport, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, avril.

Lubbers R (2003). HIV and refugees. Misperceptions and new approaches. Déclaration à la presse du HCR.

McGinn T et al. (2001). Forced migration and transmission of HIV and other sexually transmitted infections: policy and programmatic responses. HIV InSite Knowledge Base Chapter 2001. Disponible sur <http://hivinsite.ucsf.edu/>

Norwegian People's Aid (2002). *Prevention of mother-to-child transmission of HIV program*. Rapport d'activité. (rapport non publié).

ONUSIDA/HCR (2003). Prévention et prise en charge du SIDA et des IST dans les camps de réfugiés rwandais en République-Unie de Tanzanie. Genève.

Salama P, Laurence B, Nolan M L (1999). Health and human rights in contemporary humanitarian crises: is Kosovo more important than Sierra Leone? *British Medical Journal*, 319:1569–1571.

Smith A (2002). HIV and emergencies: analysis and recommendations for practice. Humanitarian Practice Network. ODI.

Spiegel P (2003). HIV surveillance in situations of forced migration. (en cours de soumission pour publication). Présenté à l'atelier sur la fertilité et la santé reproductive lors des crises humanitaires, table ronde sur la démographie des migrations forcées/Comité de la population, The National Academies of Science, Washington, 23–24 octobre 2002.

Spiegel P, de Jong E (2003). HIV and refugees/returnees. Mission to Luanda, Angola. 30 mars–3 avril 2003. HCR.

Spiegel P, Nankoe A (2004). UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review*, 19:21–23.

Strathdee S A, Zafar T, Brahmabhatt H, ul Hassan S (2002). Higher level of needle sharing among injection drug users in Lahore, Pakistan, in the aftermath of the US-Afghan war. Présenté à la XIV Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone, juillet.

Le Point – Le rôle essentiel des personnes vivant avec le VIH

Commission ougandaise de lutte contre le SIDA/ONUSIDA (2003). The Uganda HIV/AIDS partnership. Projet de note d'information sur le partenariat 31/07/03. Kampala.

Horizons Program (2002). *Greater involvement of PLHA in NGO service delivery: findings from a four-country study*. Washington, Population Council. Disponible sur <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/plha4cntrysum.pdf>.

Manchester J (2003). *Hope, involvement and vision: reflections on positive women's activism around HIV*. (sous presse).

OMS (2003). *Treating 3 million by 2005. Making it happen: the WHO strategy*. Genève. Disponible sur <http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn9241591129/en/>

ONUSIDA (2003). *S'éloigner du gouffre – En quête d'une thérapie antirétrovirale au Botswana, en Afrique du Sud et en Ouganda*. Collection Meilleures Pratiques. Genève.

PNUD (2003). *Ukraine and HIV/AIDS: time to act*. Ukraine Human Development Report Special Edition. Kiev.

Senterfitt W (1998). The Denver Principles: the original manifesto of the PWA self-empowerment movement. *Being Alive*, mai 1998. Disponible sur <http://www.aegis.com/pubs/bala/1998/Ba980509.html>.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de neuf organismes des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses neuf organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.



Depuis cinquante-huit ans, le **Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)** travaille avec des partenaires du monde entier pour promouvoir la reconnaissance et l'accomplissement des droits fondamentaux des enfants. Ce mandat, tel que l'a défini la Convention relative aux droits de l'enfant, est mis en œuvre par le biais de partenariats avec des gouvernements, des organisations gouvernementales et des individus dans 162 pays, zones et territoires. L'UNICEF apporte à l'ONUSIDA ce vaste réseau ainsi qu'un potentiel de communication et de plaidoyer efficaces. Les priorités de l'UNICEF dans la lutte contre l'épidémie de SIDA comprennent notamment la prévention chez les jeunes, la réduction de la transmission de la mère à l'enfant, et la prise en charge et la protection des orphelins, des enfants vulnérables, des jeunes et des parents vivants avec le VIH ou le SIDA.



Le **Programme alimentaire mondial (PAM)** est la plus vaste organisation humanitaire de la planète. Il aide les familles démunies touchées par la faim et le SIDA en utilisant l'aide alimentaire et d'autres moyens pour s'occuper de prévention, de prise en charge et de soutien. L'aide alimentaire du PAM contribue à prolonger la vie des parents, permet aux orphelins et aux enfants vulnérables de rester à l'école, donne aux jeunes non scolarisés la possibilité d'obtenir des moyens d'existence durables et permet aux personnes atteintes de tuberculose d'achever leur traitement. Le PAM travaille en partenariat avec les gouvernements, les autres organismes du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des communautés et il aide les individus – quelle que soit leur sérologie VIH – qui ne disposent pas de nourriture en suffisance à assurer leur alimentation et leur sécurité alimentaire.



Le **Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)** est un organisme de développement très présent au niveau des pays. Son rôle est d'encourager un environnement habilitant en matière de politique, de législation et de ressources, qui contribue à susciter une riposte efficace au SIDA. Le PNUD aide les pays à placer le SIDA au centre des programmes nationaux de développement ; encourage le leadership à un niveau élevé au sein des gouvernements, de la société civile, du secteur privé et des communautés ; il aide les pays à développer leur potentiel d'action et à planifier, gérer et mettre en œuvre les ripostes à l'épidémie. Le PNUD s'efforce également d'assurer que les femmes et les personnes vivant avec le VIH disposent des moyens nécessaires et participent directement à la riposte au SIDA.



L'**UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la Population**, s'appuie sur trois décennies d'expérience en matière de santé reproductive et de problèmes de population en concentrant sa riposte à l'épidémie – dans plus de 140 pays – sur la prévention du VIH parmi les jeunes et les femmes enceintes, sur des programmes complets de fourniture de préservatifs masculins et féminins et sur le renforcement de l'intégration de la santé reproductive et du SIDA. L'UNFPA contribue en outre à la satisfaction des droits et des besoins des femmes et des adolescents séropositifs au VIH en matière de santé reproductive, à la promotion du conseil et du test volontaires ainsi que des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à l'amélioration de l'accès à l'information à l'éducation sur le VIH et le SIDA et aux moyens de prévention, y compris ceux qui sont nécessaires dans les situations d'urgence. Il effectue en outre des études démographiques et socioculturelles afin d'orienter les programmes et politiques.



L'**Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC)** a la responsabilité de coordonner toutes les activités des Nations Unies en matière de contrôle des drogues et de fournir un leadership efficace pour ces activités ; il est également chargé de la coopération internationale en matière de lutte contre le crime et le terrorisme transnationaux. Dans ce contexte, l'ONUDC soutient des approches globales de prévention et de prise en charge du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. En milieu carcéral, l'ONUDC contribue à la mise en œuvre des instruments, normes et standards internationaux, qui garantissent à tous les détenus un accès à des soins de santé, y compris pour le VIH et le SIDA. L'ONUDC aide les gouvernements à combattre le trafic d'êtres humains et fournit des orientations susceptibles de réduire les conséquences sanitaires pour les victimes de ce trafic, en particulier l'infection à VIH et le SIDA.



L'**Organisation internationale du Travail (OIT)** œuvre à l'obtention d'un emploi décent et productif pour tous, fondé sur des principes de justice sociale et de non-discrimination. La contribution de l'OIT à l'ONUSIDA comprend notamment : le caractère tripartite de ses membres, qui encouragent la mobilisation des gouvernements, des employeurs et des travailleurs contre le SIDA ; l'accès direct au lieu de travail ; une longue expérience dans l'élaboration de normes internationales de protection des droits des travailleurs ; et un programme mondial de coopération technique. L'OIT a produit un *Recueil de directives pratiques sur le VIH/SIDA et le monde du travail* – principes directeurs internationaux pour l'élaboration de politiques et de programmes au niveau national et sur le lieu de travail.



Au sein du système des Nations Unies, l'**Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO)** a une responsabilité particulière dans le domaine de l'éducation. L'ignorance constitue un facteur important dans l'épidémie de SIDA, c'est pourquoi l'éducation préventive est en tête des priorités de l'UNESCO. L'éducation est nécessaire pour sensibiliser les individus au fait qu'ils sont exposés au risque ou vulnérables, ainsi que pour développer les compétences et la motivation nécessaires pour l'adoption de comportements susceptibles de réduire le risque et la vulnérabilité et de protéger les droits de la personne. L'UNESCO collabore avec les gouvernements et les organisations de la société civile pour mettre en œuvre des politiques et programmes d'éducation préventive et pour atténuer l'impact du SIDA sur les systèmes d'enseignement.



Organisation mondiale de la Santé

L'objectif de l'**Organisation mondiale de la Santé (OMS)** est la possession pour tout être humain, du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Son action dans le domaine du VIH et du SIDA est centrée sur l'élargissement rapide des traitements et de la prise en charge en parallèle avec l'accélération de la prévention et le renforcement des systèmes de santé afin que la riposte du secteur de la santé à l'épidémie soit plus efficace et plus complète. L'OMS définit et élabore des normes et des directives techniques efficaces, encourage les partenariats et fournit un appui stratégique et technique aux États Membres. L'organisation contribue également au fond des connaissances mondiales sur le SIDA en soutenant la surveillance, le suivi et l'évaluation, en examinant les résultats des interventions et en encourageant l'intégration de la recherche dans la prestation des services de santé.



BANQUE MONDIALE

La mission de la **Banque mondiale** est de combattre la pauvreté avec force et professionnalisme. Pour lutter contre le SIDA, qui menace d'anéantir les progrès du développement, la Banque a investi plus de 2 milliards de dollars dans des projets relatifs au VIH et au SIDA partout dans le monde. La plupart des ressources ont été fournies à des conditions extrêmement favorables, notamment des subventions aux pays les plus pauvres. Pour atténuer les conséquences dévastatrices du SIDA sur le développement, la Banque renforce sa riposte en partenariat avec l'ONUSIDA, les organismes donateurs et les gouvernements. La riposte de la Banque est globale, et comprend la prévention, la prise en charge, l'appui, le traitement et l'atténuation de l'impact.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaid@unaid.org – Internet : <http://www.unaid.org>