

Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA



Les estimations par pays concernant la prévalence du VIH/SIDA publiées en 2002 dans le Rapport Mondial sur l'épidémie de VIH/SIDA sont en cours de révision. Ces estimations sont mises à jour tous les deux ans. Les estimations régionales en revanche sont révisées chaque année. Les estimations les plus récentes peuvent être consultées dans le document sur l'épidémie actualisé en Décembre 2003. Les chiffres relatifs aux pays doivent être soumis en juin 2004 et seront publiés dans le Rapport sur l'épidémie mondiale VIH/SIDA de 2004.

2002



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Rapport sur l'épidémie mondiale de **VIH/SIDA**

Juillet 2002



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Table des matières

| | | |
|----------|---|-----|
| | Remerciements | 5 |
| | Préface | 6 |
| | Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, fin 2001 | 8 |
| 1 | Pour combattre le SIDA, une nouvelle détermination mondiale | 9 |
| 2 | Survol de l'épidémie dans le monde | 21 |
| 3 | L'impact grandissant | 43 |
| | Le Point : le SIDA et les droits de l'homme | 63 |
| | Le Point : le SIDA et les jeunes | 71 |
| 4 | Prévention : appliquer les leçons de l'expérience | 81 |
| | Le Point : le SIDA et le monde du travail | 112 |
| | Le Point : le SIDA et les populations mobiles | 118 |
| 5 | A la croisée de la prévention et de la prise en charge | 125 |
| | Le Point : le SIDA et les orphelins | 138 |
| 6 | Prise en charge, traitement et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA | 147 |
| 7 | Répondre aux besoins | 167 |
| 8 | Les actions nationales : de l'engagement aux actes | 179 |
| | Tableau des estimations et données relatives au VIH/SIDA par pays, fin 2001 | 195 |
| | Annexe 1 : Estimations et données relatives au VIH/SIDA, fin 2001 | 209 |
| | Annexe 2 : Légendes du Tableau 1 | 213 |
| | Bibliographie choisie | 214 |

Figures

| Page | Fig. | |
|------|------|---|
| 23 | 1 | Prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Kampala, Ouganda : 1991-2000 |
| 24 | 2 | Prévalence du VIH chez des femmes enceintes en consultations prénatales en milieu urbain au Cameroun : 1989-2000 |
| 27 | 3 | Usage du préservatif par les hommes ayant des rapports avec des partenaires occasionnel(le)s dans certains pays d'Afrique subsaharienne : 1994-2000 |
| 29 | 4 | Prévalence du VIH chez des professionnel(le)s du sexe dans certaines provinces de Chine : 1993-2000 |
| 33 | 5 | Infections à VIH cumulées par million d'habitants signalées dans les pays d'Europe orientale : 1993-2001 |
| 36 | 6 | Prévalence du VIH chez les femmes enceintes, Saint-Domingue, République dominicaine : 1991-2000 |
| 40 | 7 | Incidence du VIH chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Vancouver, Madrid et San Francisco : 1995-2000 |
| 45 | 8 | Modification de l'espérance de vie dans certains pays africains à prévalences du VIH élevée et faible : 1950-2005 |
| 45 | 9 | Réduction de l'espérance de vie comparée au scénario « sans SIDA » : 2000-2005 |
| 46 | 10 | Décès estimés et projetés chez les 15-34 ans avec et sans SIDA en Afrique du Sud : 1980-2025 |
| 52 | 11 | Réduction projetée de la population d'enfants en âge d'aller à l'école primaire d'ici à 2010, dans certains pays africains |
| 54 | 12 | Pourcentage de main-d'œuvre perdue à cause du SIDA d'ici à 2005 et 2020 dans certains pays africains |
| 55 | 13 | Impact du SIDA sur l'industrie : vue d'ensemble |
| 69 | 14 | Proportion de jeunes femmes ayant entendu parler du SIDA et ayant au moins une attitude négative vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA |
| 72 | 15 | Pourcentage de jeunes hommes et femmes (15-19) qui ont eu des rapports sexuels avant leur 15 ^e anniversaire : 1998-2001 |
| 73 | 16 | Pourcentage de filles ayant une expérience sexuelle en Afrique du Sud qui disent... |
| 74 | 17 | Pourcentage d'hommes ayant utilisé un préservatif avec un(e) partenaire occasionnel(le), selon le niveau d'instruction : 1995-2000 |
| 84 | 18 | Scénario de l'épidémie en Thaïlande s'il n'y avait eu aucune intervention jusqu'en 2020 et courbe observée de l'épidémie |
| 87 | 19 | Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables à Katmandou, Népal : 1991-1999 |
| 88 | 20 | Prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables dans certains sites d'Indonésie : 2000-2001 |
| 89 | 21 | Augmentation de l'utilisation déclarée du préservatif avec des partenaires occasionnel(le)s dans certains districts d'Ouganda : 1996-2000 |
| 90 | 22 | Insuffisance de l'approvisionnement en préservatifs dans les pays d'Afrique subsaharienne en 1999 |
| 94 | 23 | Prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans certains pays : 1996-2000 |
| 102 | 24 | Connaissances et comportements des professionnelles du sexe et de leurs clients à Djakarta, Surabaya et Manado, Indonésie : 1996-2000 |
| 104 | 25 | Prévalence du VIH et utilisation régulière déclarée des préservatifs parmi les professionnelles du sexe à Abidjan, Côte d'Ivoire : 1992-1998 |
| 110 | 26 | Besoins estimés en vaccin de haute efficacité et couverture probable |
| 110 | 27 | Besoins estimés en vaccin de faible/moyenne efficacité et couverture probable |
| 127 | 28 | Conseil et test volontaires comme portail d'accès à la prévention et à la prise en charge du VIH |
| 129 | 29 | Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui savent où faire un test VIH et qui ont été testées : 1998-2000 |
| 130 | 30 | Rôles, formation et responsabilités des conseillers CTV |
| 139 | 31 | Pourcentage d'enfants de 10-14 ans qui sont encore à l'école selon que leurs parents sont en vie ou non, dans certains pays : 1997-2001 |
| 150 | 32 | Décès dus au SIDA et personnes utilisant des antirétroviraux, par région |
| 151 | 33 | Coût de l'achat des antirétroviraux, dépenses évitées et coût final pour le Ministère de la Santé du Brésil : 1997-2001 |
| 152 | 34 | Prix (dollars/an) d'un protocole antirétroviral de première intention en Ouganda : 1998-2001 |
| 158 | 35 | Projection des exigences annuelles pour la prise en charge du VIH/SIDA (soins et soutien) d'ici à 2005, par région |
| 161 | 36 | La filière de la prise en charge et du soutien en matière de VIH/SIDA |
| 169 | 37 | Financement VIH/SIDA public, privé et venant des donateurs dans certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes : 2000 |
| 171 | 38 | Projection des ressources disponibles et des besoins dans des pays à revenus faible et moyen : 2003-2005 |
| 172 | 39 | Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses nationales dans les pays africains : 1998 |
| 173 | 40 | Ressources internationales disponibles et documentées pour le VIH/SIDA : 2002 |
| 174 | 41 | Ressources identifiées disponibles pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, par source, en date d'avril 2002 |
| 175 | 42 | Les Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) abordent-ils le SIDA de manière efficace? |
| 178 | 43 | Aide officielle nette au développement (AOD) en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), 2000 |
| 186 | 44 | Evaluation mondiale de la préparation des programmes VIH/SIDA dans 114 pays |

Remerciements

Ce rapport a été préparé par Hein Marais et Andrew Wilson avec une équipe composée de Michael Bartos, Michel Caraël, Marika Fahlen, Peter Ghys, Craig McClure, Michel Sidibe, Neff Walker, Brian Williams et Anne Winter. L'équipe de production comprenait Efen Fadriquel, Nathalie Gouiran, Marie-Laure Granchamp, Lon Rahn, Elena Sannikova, Olga Sheean, Susan Squarey, Susan Timberlake, Sandra Woods 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, le Secrétariat de l'ONUSIDA, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et les instituts de recherche tout autour du monde. Les personnes suivantes sont celles qui ont apporté d'importantes contributions et méritent une reconnaissance particulière : Peter Aggleton, Calle Almedal, Rachel Baggeley, Andrew Ball, Hakan Bjorkman, Tim Brown, Jesus-Maria Garcia Calleja, Mark Connolly, Mary Crewe, Karl Dehne, Susan Erskine, José Esparza, Nina Ferencic, Julian Fleet, Michael Fox, Jacob Gayle, Amaya Gillespie, John Harker, Mary Haour-Knipe, Jean-Louis Lamboray, Susan Leather, Gael Lescornec, Eric Lief, Miriam Maluwa, William McGreevey, Aurorita Mendoza, Henning Mikkelsen, Nicolette Moodie, Roeland Monasch, Francis Ndowa, Salvator Niyonzima, Jeanette Olsson, Victor Ortega, Connie Osborne, Cyril Pervilhac, Jos Perriens, Elizabeth Pisani, Badara Samb, Godfrey Sikipa, Stephanie Urdang, Bruce Waring et Alan Whiteside.

Préface

L'année 2001 a marqué les 20 ans du SIDA dans le monde. Cette date a été l'occasion de déplorer le fait que l'épidémie s'est révélée bien plus grave qu'on ne l'avait prédit en disant « *Si seulement nous avions su alors ce que nous savons maintenant* ». Mais maintenant nous savons. Nous savons que l'épidémie en est encore à ses débuts, qu'il est possible de la combattre efficacement mais seulement si la riposte est soutenue par une volonté politique et si elle est de grande envergure, et qu'à moins que nous n'en fassions davantage aujourd'hui et demain, l'épidémie continuera à s'étendre.

Ce rapport présente les réflexions sur l'état de l'épidémie de VIH/SIDA du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), qui comprend huit organismes du système des Nations Unies. Il présente également des exemples de ripostes à l'épidémie mises en œuvre par de nombreux partenaires, notamment par des gouvernements, par le secteur des affaires et par la société civile.

Ce rapport fournit la preuve éclatante que le VIH, laissé à son cours naturel, sera à l'origine d'une catastrophe sans précédent. Un par un, de dangereux mythes d'autosatisfaction volent en éclats.

En Afrique australe, la prévalence du VIH n'a pas encore atteint sa limite naturelle. Les taux sont toujours croissants avec plus de 40% de femmes enceintes infectées dans certains endroits. En Afrique de l'Ouest, une stabilisation apparente à un seuil plus faible s'est révélée illusoire puisque l'épidémie flambe à nouveau. Ce rapport réfute l'hypothèse confortable selon laquelle certaines régions d'Asie auraient été en quelque sorte à l'abri du VIH. L'Indonésie, épargnée jusqu'à une période récente malgré des facteurs de risque évidents, se retrouve face à une épidémie en pleine croissance. En Europe orientale et en Asie centrale, l'hypothèse selon laquelle l'épidémie resterait confinée à des groupes de population marginalisés, comme les consommateurs de drogues injectables, se révèle un vœu pieux de la pire espèce. En effet, la croissance explosive de l'épidémie a pour conséquence inévitable sa propagation à toute la population. Et dans les pays à revenu élevé, où la diminution de la mortalité liée au SIDA a fait les gros titres ces dernières années, le retour à des pratiques sexuelles plus risquées et l'augmentation parallèle des infections à VIH sont passés presque inaperçus.

S'il a été amplement démontré que l'inaction était une erreur mortelle, il n'y a jamais eu autant de preuves tangibles que la lutte contre le SIDA est payante. Ce rapport contient de nombreux exemples de succès — des communautés qui s'organisent, des programmes à l'école ou sur les lieux de travail, un leadership national exceptionnel et de nouveaux outils qui sont déployés (des textes rela-

tifs aux droits de l'homme jusqu'aux traitements antirétroviraux). Le succès repose avant tout sur deux groupes de population : les jeunes parce qu'ils ont pris la tête de la lutte en matière de changement des comportements et des normes, parce qu'ils sont affectés de manière disproportionnée par l'épidémie et parce que l'avenir dépend de la pérennité de leur changement de comportement ; et les personnes vivant avec le VIH/SIDA — jeunes ou vieux, hommes et femmes — non seulement parce que leur vie est en jeu, mais aussi parce qu'ils constituent la plus grande ressource, encore inexploitée, pour combattre l'épidémie.

Les succès rapportés ici doivent être tempérés par une vision réaliste des défis qui nous attendent. En particulier, celui de la prise en charge. Les données présentées ici pourraient difficilement être plus flagrantes : c'est là où la prise en charge est la plus nécessaire qu'elle est la moins accessible. L'ordre du jour concernant le développement d'un potentiel d'action pour étendre la prise en charge à toutes les personnes qui en ont besoin est clairement présenté. Et, au-delà de la prévention et de la prise en charge, la nécessité d'accroître les ressources est exposée de manière convaincante.

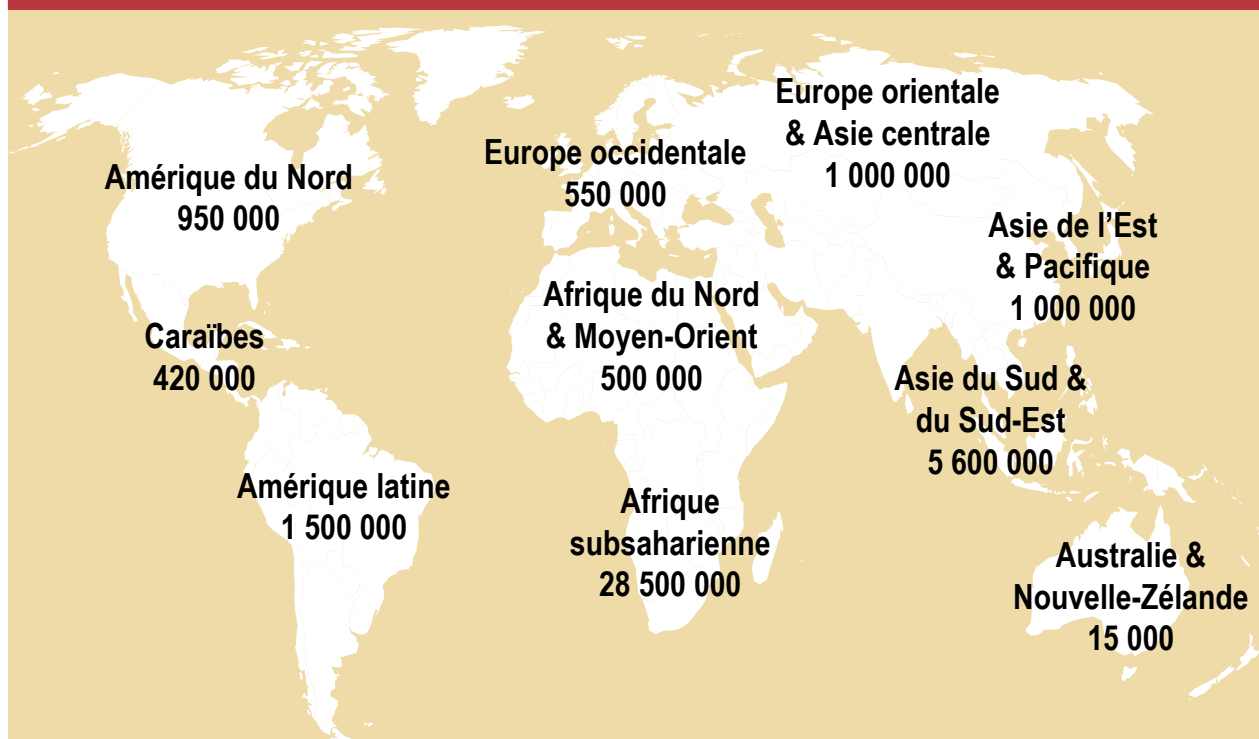
Les demi-mesures et les réponses ponctuelles ne marchent pas. Les Nations Unies et tous les pays du monde ont adhéré à de nouvelles priorités quand ils ont entériné la Déclaration d'engagement lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001.

Il est temps de rassembler les pièces du puzzle. Les plans ont été établis. Les besoins sont évidents. Les solutions existent. La volonté politique s'affirme. Maintenant, agissons !



Dr Peter Piot
Directeur exécutif
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, fin 2001



Total des adultes et des enfants vivant avec le VIH/SIDA : 40 millions

| | | |
|---|-----------------|--------------------|
| Nouveaux cas d'infection à VIH en 2001 | Total | 5 millions |
| | Adultes | 4,2 millions |
| | Femmes | 2 millions |
| | Enfants <15 ans | 800 000 |
| Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA | Total | 40 millions |
| | Adultes | 37,1 millions |
| | Femmes | 18,5 millions |
| | Enfants <15 ans | 3 millions |
| Décès dus au SIDA en 2001 | Total | 3 millions |
| | Adultes | 2,4 millions |
| | Femmes | 1,1 million |
| | Enfants <15 ans | 580 000 |
| Nombre total d'orphelins du SIDA* depuis le début de l'épidémie | | 14 millions |
| * C'est-à-dire des enfants qui, avant l'âge de 15 ans, ont perdu un de leurs parents ou leurs deux parents à cause du SIDA. | | |

A black and white photograph showing the silhouettes of several people standing in a line and holding hands. The image is positioned in the upper middle of the page, behind the main text.

Pour combattre le **SIDA**,
une nouvelle
détermination mondiale

1 Pour combattre le SIDA, une nouvelle détermination mondiale

Ces deux dernières années, la détermination commune à lutter contre le SIDA s'est intensifiée. Plus qu'à tout autre moment dans la brève histoire de l'épidémie, la nécessité de traduire les exemples locaux et nationaux de succès en un mouvement mondial est devenue évidente.

L'élan politique pour s'attaquer au SIDA s'est accru. Dans de nombreux pays, l'opinion publique a été mobilisée par les médias, les organisations non gouvernementales, les militants, les médecins, les économistes et les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les communautés et les nations commencent à prendre l'initiative dans la riposte à l'épidémie avec un engagement politique, des ressources et des initiatives institutionnelles toujours croissantes. Mais cette nouvelle détermination politique n'est pas universelle. Un nombre inacceptable de gouvernements et d'institutions de la société civile nient toujours l'épidémie de VIH/SIDA et négligent d'agir pour interrompre sa propagation ou pour atténuer son impact.

En n'agissant pas, les gouvernements et la société civile tournent le dos à la possibilité de vaincre le SIDA. Là où les chances d'agir ont été saisies, les preuves des avancées obtenues contre l'épidémie s'accumulent. En parallèle avec les réussites bien connues de l'Ouganda, du Sénégal et de la Thaïlande, de nouveaux succès sont enregistrés sur tous les continents. Sortant à peine du génocide et des conflits, le Cambodge a réagi à la menace du VIH au milieu des années 1990 et a observé des baisses marquées tant dans les taux de VIH que

dans les comportements à haut risque associés à sa transmission. Le taux d'infection parmi les femmes enceintes au Cambodge est tombé de près d'un tiers entre 1997 et 2000. Les Philippines ont agi rapidement pour éviter l'épidémie, maintenant les taux de VIH à un faible niveau grâce à d'énergiques efforts de prévention et à la mobilisation des communautés et du monde des affaires.

Le Brésil reste un exemple marquant de l'intégration de la prise en charge globale et d'un engagement renouvelé à la prévention. Le nombre des nouvelles infections à VIH est resté beaucoup plus bas que ce qui avait été prévu il y a moins d'une décennie, alors que la décision prise en 1996 de déclarer le droit à la gratuité des médicaments a permis à plus de 100 000 personnes séropositives au VIH de bénéficier du traitement et de la prise en charge. En conséquence, le nombre des décès annuels dus au SIDA au Brésil représentait en 2000 un tiers de ce qu'il était en 1996. Le coût annuel des médicaments (y compris les médicaments produits sous licence par des entreprises brésiliennes) est largement compensé par les économies réalisées dans le domaine des soins de santé et autres. Des modèles analogues d'accès aux médicaments appuyés par une législation sont suivis en Amérique centrale et en Amérique du Sud.

En Afrique, la focalisation de la Zambie sur la prévention du VIH parmi les jeunes et les efforts déployés pour s'assurer le concours des entreprises, des agriculteurs, des écoles et des groupes religieux dans la lutte contre le SIDA s'avèrent fructueux.

Dans les zones urbaines, la proportion des femmes enceintes entre 15 et 19 ans qui sont séropositives a chuté de 28,4% en 1993 à moins de 14,8% cinq ans plus tard.

Des exemples de réussite se retrouvent tant dans les situations où la prévalence du VIH est faible (et où une épidémie généralisée a été évitée) que dans celles où l'impact du SIDA est déjà important. Ces deux types d'environnement présentent des défis. Même lorsque l'augmentation rapide de l'épidémie est manifeste, mais que la prévalence

dans la population générale est faible, il n'est que trop facile de marginaliser le VIH. Par exemple, en Fédération de Russie, la prise de conscience du fait que l'épidémie prenait pied parmi les jeunes et ne touchait plus seulement un groupe stéréotypé et stigmatisé de « toxicomanes » a donné un sérieux coup de pouce au renforcement de la riposte nationale. Dans les pays fortement touchés (p. ex. dans le cône austral de l'Afrique), la difficulté a consisté à convaincre les politiques qu'il existe des solutions pour contrer les effets catastrophiques de l'épidémie.

L'engagement de la société civile et des pouvoirs publics

L'engagement politique croissant en faveur de la lutte contre le SIDA est ancré dans deux décennies d'activisme contre le SIDA, organisé par des individus et des communautés dont la vie a été bouleversée par l'épidémie. Des organisations aussi diverses que Gay Men's Health Crisis à New York, l'Organisation ougandaise d'aide aux malades du SIDA, l'Association Save Your Generation en Ethiopie, Grupo Pela Vidda à Rio de Janeiro, et des centaines d'autres, sont structurées sur les mêmes bases : un groupe initialement restreint de personnes qui luttent contre les effets du SIDA et se rassemblent pour s'apporter un soutien mutuel et pour agir.

Ce mouvement d'activistes réagissant au SIDA existe maintenant à l'échelle de la planète. Il couvre de nombreux domaines — groupes communautaires axés sur les soins à domicile, activistes dans le domaine des traitements qui œuvrent par l'intermédiaire des médias et des tribunaux pour élargir l'accès aux médicaments contre le VIH, réseaux comme le Conseil international des organisations de lutte contre le SIDA et ses antennes régionales et associations nationales et internationales de personnes séropositives au VIH ainsi que réseaux de femmes séropositives.

La présence des organisations non gouvernementales et communautaires a été remarquable lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001 ; en effet, elles ont donné un sentiment d'urgence et de conscience aux délibérations des Etats Membres. Le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a conçu une nouvelle manière de travailler en intégrant dans son conseil des représentants des organisations non gouvernementales et en accordant en outre un siège aux personnes directement touchées. L'activisme, ancré et soutenu dans des communautés décidées à agir contre le SIDA, est essentiel pour stimuler l'élan politique aux niveaux local, national et mondial.

Au sein des Nations Unies, le Secrétaire général Kofi Annan a contribué à catalyser cet engagement mondial croissant. En avril 2001, lors du Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses à Abuja (Nigéria), il a lancé un appel à l'action pour lutter contre le SIDA. La priorité qu'il a personnellement accordée au SIDA a contribué à stimuler le système des Nations Unies et à s'assurer le concours des leaders politiques et des chefs d'entreprise.

Lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies en septembre 2000, 43 chefs d'Etat et de gouvernement venus de pays fortement touchés comme de pays qui le sont moins, ont défini le SIDA comme l'un des problèmes les plus pressants de la planète. Des présidents et des premiers ministres, en particulier d'Afrique et des Caraïbes, mais également d'Asie et d'Europe occidentale et orientale, s'engagent aujourd'hui personnellement dans la lutte contre le SIDA. L'élargissement des ripostes au SIDA a trouvé le soutien des chefs religieux et des groupes de toutes les confessions — évêques catholiques et protestants, Patriarche de toutes les Russies, associations d'imams et réseaux de moines bouddhistes en Asie du Sud-Est.

Le SIDA est désormais une question primordiale lors des rencontres internationales — au Nord comme au Sud. Il a été mis à l'ordre du jour des sommets et des forums de prise de décision des pays du G8 et G77, de l'Organisation des Etats américains, de l'Organisation de l'Unité africaine, du Commonwealth, de l'Union européenne, de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est et du Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM). Le Forum économique mondial et le Forum social mondial (à Porto Alegre) ont tenu d'importantes sessions sur le SIDA et sur ses implications pour le monde. Le Conseil de sécurité des Nations Unies a tenu son premier débat sur le SIDA en janvier 2000 — c'était la première fois qu'il examinait une question de santé ou de développement. Depuis, il a organisé deux autres débats publics sur le SIDA.

Les priorités mondiales sont maintenant évidentes

Ce nouvel élan politique a atteint son point culminant en juin 2001 lorsque les membres de l'Organisation des Nations Unies se sont réunis pour une Session extraordinaire de l'Assemblée générale afin de convenir d'une riposte mondiale globale et coordonnée à la crise du SIDA. Les membres ont adopté une énergique Déclaration d'engagement et ont réaffirmé la promesse faite par les leaders de la planète dans leur Déclaration du Millénaire d'arrêter et de commencer à inverser la progression du SIDA d'ici à 2015.

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA s'est distinguée des centaines de réunions et sommets tenus sur le SIDA au cours des 20 dernières années sur le point crucial suivant : il s'agissait d'une réunion de tous les Etats, agissant en tant que gouvernements. Ainsi, cette session a donné naissance d'une part à un mandat commun et d'autre part à

une base permettant la transparence politique. La Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire, adoptée à l'unanimité, sert maintenant de référence à l'action mondiale. Parmi ses cibles et ses objectifs, on peut relever la nécessité :

- d'obtenir davantage de ressources pour combattre le SIDA, en accroissant les dépenses annuelles jusqu'à 7-10 milliards de dollars dans les pays à faible et moyen revenus ;
- de faire en sorte que, d'ici à 2005, une vaste gamme de programmes de prévention soit en place dans tous les pays ;
- d'ici à 2005, de veiller à ce qu'au moins 90% et d'ici à 2010 au moins 95% des jeunes de 15 à 24 ans aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires afin d'acquérir les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH ;

- de réduire l'incidence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans, de 25% d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés et de 25% à l'échelle mondiale d'ici à 2010 ;
- de réduire la proportion de nourrissons nés avec le VIH, de 20% d'ici à 2005 et de 50% d'ici à 2010 ;
- d'ici à 2003, de promulguer ou renforcer les mesures de lutte contre la discrimination et les mesures de protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des groupes vulnérables ;
- d'ici à 2003, de mettre en œuvre ou renforcer des programmes participatifs pour protéger la santé des personnes les plus touchées par le SIDA ;
- de favoriser l'autonomie des femmes, action essentielle pour réduire leur vulnérabilité au VIH ;
- d'ici à 2003, d'élaborer des stratégies nationales pour renforcer les systèmes de soins de santé et s'attaquer aux facteurs touchant à la fourniture des médicaments liés au VIH, y compris leur accessibilité et leur prix ; et
- de faire en sorte que le traitement et la prise en charge des personnes infectées par le SIDA soient aussi fondamentaux pour la riposte au SIDA que l'est la prévention.

Les débats de la Session extraordinaire sur le VIH/SIDA ont révélé qu'il existe toujours des divergences de vues entre les Etats sur la manière de réagir face aux groupes marginalisés tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe. Cependant, la Déclaration a exprimé une approbation unanime des approches essentielles susceptibles de s'attaquer à l'épidémie, fondées sur des actions franches et directes ancrées dans le respect des droits de la personne humaine.

La Déclaration d'engagement donne au monde une base d'action politique efficace et une norme de transparence. Dans toutes les réunions internationales, régionales et nationales tenues depuis la Session extraordinaire, la Déclaration d'engagement a contribué à définir les ordres du jour et à mettre en place un plan d'action commun. Dans les semaines qui ont suivi cette Session extraordinaire, la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement a reçu l'attention des régions — par exemple dans la Déclaration de Nassau sur la santé, adoptée par les chefs de gouvernement de la Communauté des Caraïbes et dans des actions régionales lancées par la Communauté des Etats Indépendants.

Des indicateurs élaborés par le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA, en collaboration avec d'autres parties prenantes, permettront de suivre les progrès accomplis dans tous les domaines clés de la Déclaration d'engagement. Le Secrétaire général des Nations Unies rendra compte chaque année à l'Assemblée générale de la suite donnée à la Déclaration d'engagement.

Atteindre les objectifs

Le Tableau 1 présente en détail les plus récentes mesures de référence pour les 25 pays les plus touchés du monde, en relation avec les objectifs fixés par la Déclaration d'engagement. Ces mesures indiquent les niveaux actuels de VIH parmi les jeunes et montrent que les connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA et leur sensibilisation devront être considérablement améliorées si l'on veut atteindre ces objectifs. Les mesures révèlent aussi que les niveaux de comportements risqués sont relativement élevés (en particulier parmi les hommes), alors que les comportements protecteurs sont généralement faibles parmi les hommes et les femmes, autant de domaines dans lesquels des progrès importants doivent être faits.

Les réductions projetées dans la proportion de nourrissons infectés par le VIH, comme le rappelle le Tableau 1, ne pourront être atteintes que

Tableau 1

Mesure des progrès réalisés vers les cibles établies lors de la Session extraordinaire de la prévalence du VIH, indicateurs de prévention et d'impact dans les pays à prévalence

| | Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (de 15 à 24 ans) | | | | | | Prévention | | | | |
|-----------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|---|---------------------------------------|--|---|
| | Principales zones urbaines | | | Hors des principales zones urbaines | | | Connaissances/sensibilisation parmi les jeunes | | | | |
| Pays | Année b | Femmes enceintes (15-19) Médiane c | Femmes enceintes (20-24) Médiane d | Année e | Femmes enceintes (15-19) Médiane f | Femmes enceintes (20-24) Médiane g | Entendu parler du SIDA Femmes (15-24) h | Utilisation du préservatif Femmes (15-24) i | Un partenaire fidèle Femmes (15-24) j | Sait qu'une personne apparemment saine peut être infectée Femmes (15-24) k | N'a pas d'idées fausses majeures Femmes (15-24) l |
| Afrique du Sud | 2000 [n] | 16,1 | 29,1 | 2000 [n] | 16,1 | 29,1 | 95 y | ... | ... | < 50 y | ... |
| Angola | | ... | ... | | ... | ... | 70 | 30 | 30 | 43 | 17 |
| Botswana | 2001 [3] | 27,1 | 34,9 | 2001 [19] | 26,6 | 46,9 | 95 | 76 | 74 | 79 | 35 |
| Burkina Faso | 1998 [1] | 6,2 | 8,8 | | ... | ... | 84 | ... | ... | 42 | ... |
| Burundi | 1998 [1] | 8,8 | 15,4 | 1998 [1] | 24 | 14,3 | 85 | 47 | 71 | 66 | 36 |
| Cameroun | 2000 [5] | 9,5 | 11,2 | 2000 [22] | 9,3 | 14,1 | 90 | 46 | 51 | 54 | 23 |
| Congo | 2000 [u] | 11 | ... | | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Côte d'Ivoire | 1998 [3] | 4,7 | 12,2 | 1997 [9] | 7,5 | 12,1 | 93 | 53 | 55 | 51 | 21 |
| Ethiopie | 2000 [4] | 8,9 | 17,6 | 2000 [3] | 0 | 4,3 | 82 | 37 | 62 | 39 | ... |
| Haïti | 2000 [n] | 3,7 | 3,8 | 2000 [n] | 3,7 | 3,8 | 97 | 52 | 56 | 68 | ... |
| Kenya | 1997 [1] | 12,5 | 16,2 | | ... | ... | 90 | 53 | 75 | 65 | 59 |
| Lesotho | 1999 [n] | ~ 25 | ~ 41 | 1999 [n] | ~ 25 | ~ 41 | 81 | 58 | 50 | 46 | 22 |
| Libéria | | ... | ... | | ... | ... | 63 y | 49 a | 44 a | 31 a | ... |
| Malawi | 2001 [3] | 13,6 | 25,7 | 2001 [16] | 10,2 | 20,3 | 99 | 78 | 80 | 84 | ... |
| Mozambique | 2000 [2] | 13 | 14,7 | 2000 [18] | 6,3 | 13,7 | 83 | ... | ... | 38 | ... |
| Namibie | 2000 [n] | 11,9 | 20,3 | 2000 [n] | 11,9 | 20,3 | 98 | 87 | 77 | ... | ... |
| Nigéria | 2000 [n] | 3 | 5,8 | 2000 [n] | 3 | 5,8 | 75 | 15 | 44 | 45 | ... |
| Rép. centrafricaine | | ... | ... | | ... | ... | ... | ... | ... | 46 | ... |
| Rép.-Unie de Tanzanie | 2000 [3] | 13,2 z | | 2000 [9] | 16,3 z | | 96 | 62 | 64 | 65 | 35 |
| Rwanda | 1999 [4] | 8,4 | 12,8 | 1999 [6] | 4,2 | 7,6 | 99 | 68 | 75 | 23 | ... |
| Sierra Leone | | ... | ... | | ... | ... | 59 | 30 | 32 | 35 | 21 |
| Swaziland | 2000 [u] | 22 | 42,2 | 2000 [3] | 30,1 | 42,5 | 97 | 63 | 61 | 81 | 43 |
| Togo | | ... | ... | | ... | ... | 96 | 63 | 74 | 67 | 27 |
| Zambie | 1998 [4] | 16,7 | 26,8 | 1998 [18] | 6 | 17,5 | 96 | 59 | 78 | 75 | 40 |
| Zimbabwe | 2000 [u] | 27,1 | 34,8 | 2000 [r] | 28,4 | 35,3 | 96 | 73 | 73 | 74 | ... |

* Voir Annexe 2 pour les légendes.

l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001: mesures de base de du VIH élevée*

| Prévention | | | | | | | | Impact | |
|--|----------------------------|--|----------------------------|--|--|---|---|---|--|
| Sexualité à haut risque l'année précédente | | Utilisation déclarée d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque | | Prévention de la transmission mère-enfant | | | | Orphelins | |
| Hommes (15-59) <i>m</i> | Femmes (15-49) <i>n</i> | Hommes (15-59) <i>o</i> | Femmes (15-49) <i>p</i> | Connaissance de la TME Femmes <i>q</i> | Sait où se faire tester Femmes <i>r</i> | Nombre de femmes enceintes VIH+ <i>s</i> | Accès aux soins prénatals (15-49) <i>t</i> | Enfants rendus orphelins à cause du SIDA (0-14) <i>u</i> | Orphelins à l'école <i>v</i> Taux de fréquentation des orphelins en % du taux de fréquentation des non-orphelins |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | 260,000 | 94 | 662,000 | ... |
| ... | ... | ... | ... | 48 | 23 | 40,000 | ... | 104,000 | 89 |
| ... | ... | ... | ... | 81 | 47 | 22,000 | 97 | 69,000 | 99 |
| 28 | 8 | 59 | 42 | 45 | ... | 47,000 | 61 | 268,000 | ... |
| ... | ... | ... | ... | 81 | 27 | 40,000 | 76 | 237,000 | 69 |
| 55 | 28 | 5 | 3 | 63 | 58 | 74,000 | 75 | 210,000 | 92 |
| 70 | 43 | ... | 12 | ... | ... | 11,000 | ... | 78,000 | ... |
| 87 | 30 | 12 | 1 | 65 | 19 | 60,000 | 88 | 420,000 | 77 |
| 21 | 8 | 30 | 13 | 57 | ... | 220,000 | 27 | 989,000 | 60 |
| 55 | 32 | 26 | 14 | 72 | 22 | ... | 80 | 43,000 | 82 |
| 45 | 20 | 42 | 16 | 85 | ... | 180,000 | 76 | 892,000 | 75 |
| ... | ... | ... | ... | 62 | ... | 25,000 | 88 | 73,000 | 89 |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | 12,000 | 85 | 39,000 | ... |
| 37 | 9 | 39 | 29 | 77 | 70 | 100,000 | 92 | 468,000 | 92 |
| 59 | ... | ... | 4 | ... | ... | 130,000 | 71 | 418,000 | 46 |
| ... | ... | ... | ... | ... | 79 | 17,000 | 91 | 47,000 | ... |
| ... | ... | ... | ... | 40 | ... | 270,000 | 64 | 995,000 | ... |
| ... | ... | ... | ... | 45 | 26 | 20,000 | 62 | 107,000 | 89 |
| 52 | 29 | 34 | 23 | 74 | 52 | 120,000 | 49 | 815,000 | 72 |
| 12 | 7 | 50 | 15 | 88 | 45 | 47,000 | 92 | 264,000 | 93 |
| ... | ... | ... | ... | 37 | 9 | 18,000 | 68 | 42,000 | 74 |
| ... | ... | ... | ... | 72 | 60 | 13,000 | 87 | 35,000 | 86 |
| 35 | 16 | 37 | 17 | 73 | ... | 13,000 | 82 | 63,000 | 92 |
| 43 | 29 | 30 | 18 | 88 | 59 | 110,000 | 83 | 572,000 | 88 |
| 43 | 16 | 70 | 42 | 84 | 43 | 170,000 | 93 | 782,000 | 85 |

si l'accès des femmes au test VIH est considérablement accru. Enfin, le taux de scolarisation des orphelins constitue un autre domaine dans lequel des progrès sont nécessaires — étant donné que ce taux constitue aussi un indicateur de la mesure dans laquelle les orphelins bénéficient d'autres formes de soutien.

Pour compléter la Déclaration d'engagement, un plan stratégique unique du système des Nations

Unies a été adopté pour la première fois en 2001, regroupant au sein des Nations Unies non seulement l'ONUSIDA et ses Coparrainants, mais aussi les activités VIH/SIDA de 29 organisations et institutions des Nations Unies. Ce plan, qui est une réussite importante en matière d'amélioration de la transparence et de la coordination, guidera le système des Nations Unies au cours des cinq années à venir.

Evolution du paradigme

Cette nouvelle détermination mondiale à s'attaquer au SIDA est étayée par une série de changements dans la manière de concevoir l'épidémie.

Premièrement, nous comprenons maintenant que l'épidémie de VIH/SIDA est encore à un stade précoce de son développement et que son évolution à long terme est encore incertaine. Malgré le risque manifeste d'explosion de l'épidémie en quelques années, sa dynamique globale doit être envisagée sur des décennies.

Deuxièmement, des approches efficaces et avérées de la prévention du VIH ont été identifiées et la nécessité de mettre tout particulièrement l'accent sur les jeunes a été reconnue. Dans tous les pays qui sont parvenus à réduire la transmission du VIH, c'est parmi les jeunes (et avec leur détermination) que les baisses les plus spectaculaires se sont produites.

Troisièmement, la mobilisation communautaire est la stratégie fondamentale sur laquelle les succès remportés contre le VIH ont été basés. Pour encourager une telle mobilisation, il faut éliminer la stigmatisation, développer les partenariats entre les acteurs sociaux et les pouvoirs publics et impliquer systématiquement les communautés et les individus infectés et affectés par le VIH/SIDA.

Quatrièmement, l'accès à une prise en charge et à un traitement global du VIH/SIDA ne constitue pas un luxe facultatif dans les ripostes mondiales. L'accès à la prise en charge est une nécessité fondamentale des programmes dans toutes les situations — de la plus riche à la plus pauvre — et il doit comprendre un ensemble complet qui couvre les soins à domicile et palliatifs, le traitement des infections opportunistes et la thérapie antirétrovirale.

Répondre aux demandes d'amélioration de l'accès à la prise en charge fait partie intégrante de la mise en place de stratégies élargies et fondées sur la demande en vue de satisfaire le désir des ménages et des communautés de se protéger du VIH et de ses effets. Une prévention du VIH fondée sur la demande a plus de chances de réussir que des approches motivées par l'offre.

Cinquièmement, pour une riposte internationale viable et élargie, il est crucial de s'attaquer aux facteurs économiques, politiques, sociaux et culturels qui rendent les individus et les communautés vulnérables au VIH/SIDA.

Les Objectifs de développement du millénaire, issus du Sommet du Millénaire des Nations Unies en septembre 2000, comprennent l'engagement de

stopper et de commencer à inverser la propagation mondiale du SIDA d'ici à 2015. Ils comprennent aussi les buts suivants : réduire de moitié la pauvreté dans le monde ; garantir l'éducation primaire universelle ; promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomie des femmes ; et réduire la mortalité infantile tout en améliorant la santé maternelle. Cet ensemble d'objectifs fait partie intégrante des mesures à prendre pour réussir à atténuer l'impact du SIDA.

Enfin, le manque de capacité à absorber des ressources accrues pour lutter contre le VIH/SIDA,

tout en posant problème, ne constitue pas une raison pour retarder l'intensification des actions dans les pays qui ont manifesté leur engagement à une riposte élargie. Les évaluations de l'état de préparation des programmes effectuées par l'ONUSIDA, ainsi que les réactions rapides aux appels de propositions lancées par le nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, sont autant de démonstrations du fait que les besoins immédiats et substantiels en matière de programmes sur le SIDA dans une grande partie du monde sont insatisfaits.

Développer des capacités nouvelles pour réussir

Des partenariats se créent en réponse au SIDA, avec une meilleure participation au sein des gouvernements ainsi qu'entre les gouvernements, la société civile et le monde des affaires. Les syndicats et les organisations féminines et de jeunesse s'engagent dans des activités liées au SIDA, souvent pour la première fois. Des coalitions d'entreprises sur le SIDA se sont répandues, en particulier en Asie et en Afrique. Partout dans le monde, les entreprises ont reconnu la nécessité d'établir un plan d'action contre le SIDA et les efforts déployés dans ce sens sont menés par le Conseil mondial des entreprises sur le SIDA.

L'Organisation internationale du Travail (OIT) est devenue en 2001 le huitième Coparrainant de l'ONUSIDA. Elle a élaboré un nouveau code de conduite destiné à protéger et soutenir les travailleurs vivant avec le VIH/SIDA et à utiliser plus efficacement les lieux de travail dans la lutte contre l'épidémie (voir « Le Point : le SIDA et le monde du travail »). Dans le même temps, des fondations philanthropiques, telles que la fondation Bill et Melinda Gates, apportent des contributions toujours plus imaginatives et généreuses — tant financièrement qu'intellectuellement — dans les domaines de la prévention, du soutien à l'accès aux soins, de la

réduction de la transmission mère-enfant et de la recherche sur les vaccins, entre autres.

Les opérations d'urgence, que ce soit en cas de conflits ou de catastrophes, commencent à mieux faire face au SIDA en situations d'urgence — que ce soit dans les camps de réfugiés ou dans les zones de guerre. Le Programme alimentaire mondial apporte son soutien aux activités contre le SIDA dans le cadre de ces opérations, alors que la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge s'attaque à la stigmatisation liée au SIDA, en commençant par ses employés et ses volontaires.

Le nouveau paradigme en matière d'accès à la prise en charge commence à entrer en application et les vieilles inégalités sont mises en question. Entre disputes au sein de l'Organisation mondiale du Commerce et procès en Afrique du Sud, les débats concernant les médicaments essentiels ont été résolus en faveur d'une baisse des barrières douanières ralentissant l'accès. La notion de prix préférentiels pour les médicaments contre le VIH à destination des pays à faible et moyen revenus est maintenant largement acceptée par l'industrie pharmaceutique. Les prix ont commencé à

baisser et la réunion de l'Organisation mondiale du Commerce à Doha (Qatar) à la fin de 2001 a clairement affirmé le droit des pays à invoquer des dispositions de licence obligatoire ou volontaire sur les médicaments et produits médicaux brevetés. Il existe aujourd'hui des versions génériques de nombreux médicaments antirétroviraux. L'Organisation mondiale de la Santé a lancé une procédure d'évaluation de la qualité des médicaments contre le VIH (de marque et génériques) et publie largement ses résultats afin de promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments ainsi que des prix abordables.

En Afrique, où le fossé entre besoins et ressources est le plus grand, des progrès sont faits dans les pays plus riches (tels que le Botswana, le Gabon et le Nigéria) ; dans les pays comptant une population séropositive au VIH encore relativement petite (comme le Sénégal) ; et en élargissant les programmes à partir de l'infrastructure existant dans les capitales (dans des pays comme l'Ouganda).

D'importantes avancées ont été faites dans la prévention de la transmission mère-enfant. De nouvelles directives relatives à la thérapie antirétrovirale et à l'alimentation du nourrisson ont été élaborées à l'intention des mères infectées par le

VIH. L'offre faite en juillet 2001 par le fabricant Boehringer Ingelheim de fournir gratuitement la névirapine aux pays à faible et moyen revenus commence à être acceptée. Mais tout ceci signifie aussi que le conseil et le test volontaires doivent être élargis pour atteindre plus que le 1% des femmes d'Afrique subsaharienne ayant actuellement accès à ces services. L'infrastructure des soins prénatals doit être élargie. Et l'option d'une alimentation sans danger pour le nourrisson doit devenir un choix réel plutôt que théorique pour les mères infectées par le VIH. Il reste pourtant beaucoup à faire pour traduire les succès remportés dans le cadre de projets pilotes de petite envergure dans des programmes à grande échelle.

Comme c'est le cas pour l'épidémie en général, l'accès au traitement du VIH a aussi des implications pour les gouvernements et la sécurité. Même dans les pays les plus pauvres, dans les zones urbaines en particulier, on observe déjà un énorme retard dans la satisfaction des demandes de traitement du VIH. Si les traitements restent inaccessibles, ou s'ils ne profitent qu'à de petites élites, les tensions sociales pourraient bien s'aggraver encore. Déjà, des « médicaments miracles » contre le SIDA ont donné lieu localement à de l'instabilité en Inde, au Nigéria, en Thaïlande et ailleurs.

Payer la facture

Un profond changement s'est produit dans la compréhension du volume des ressources nécessaires pour une riposte mondiale efficace et de la manière d'obtenir ces fonds. Comme l'Assemblée générale des Nations Unies l'a convenu, il est maintenant évident que les dépenses liées au SIDA doivent être portées à 7-10 milliards de dollars pour satisfaire les principaux besoins des pays à faible et moyen revenus en matière de prévention et de prise en charge (voir le chapitre « Répondre aux besoins »).

Pour instaurer des conditions optimales permettant aux gouvernements nationaux d'accroître leurs efforts dans le domaine du SIDA, il est nécessaire de libérer davantage de fonds grâce à l'allégement ou à l'annulation de la dette. Mais on ne peut échapper au fait que les pays les plus riches du monde devront intensifier leur soutien aux pays du monde plus démunis.

La Conférence internationale sur le financement du développement, tenue à Monterrey, Mexique,

en mars 2002, s'est conclue sur un vibrant appel à l'éradication de la pauvreté, à la mise en place d'une croissance économique soutenue et à la promotion d'un développement durable dans le contexte d'un système économique mondial pleinement global et équitable. La déclaration de consensus adoptée demande une augmentation substantielle de l'aide internationale au développement et des promesses de contributions accrues ont été faites par plusieurs nations. La conférence a reconnu les liens existant entre le développement intérieur, les ressources du développement international et les investissements étrangers directs, le commerce international, la coopération financière et technique internationale et la dette extérieure. Elle a approuvé les innovations en matière d'allègement de la dette, ainsi que d'annulation de la dette, le cas échéant.

Comme l'ont reconnu les débats de la conférence, les effets du VIH sont intimement liés à l'ordre du jour émergeant en faveur d'une plus grande cohérence internationale dans le financement du développement. Dans les pays les plus touchés, le SIDA a annihilé 50 années de progrès en matière de développement, mesurées en termes d'amélioration de l'espérance de vie. De même, le renforcement des capacités du financement intérieur et international et de la coopération — allant de l'amélioration des capacités des gouvernements, à l'augmentation des flux de ressources et à des conditions économiques plus stables — constitue une stratégie essentielle pour réduire la vulnérabilité au VIH et l'impact de l'épidémie.

Des défis pour le monde

Des défis mondiaux énormes continuent de définir le contexte dans lequel le monde fait face à l'épidémie. L'échec de la lutte contre le SIDA est un indicateur des inégalités du développement et des carences de la gouvernance. Les inégalités en matière de revenus, les inégalités entre les sexes, la migration de la main-d'œuvre, les conflits et les déplacements de réfugiés sont autant de facteurs qui favorisent la propagation du VIH.

En dépit des avantages largement reconnus de la mondialisation, plus d'un milliard de personnes sur les 6 milliards que compte la planète ne peuvent toujours pas satisfaire leurs besoins fondamentaux en matière de nourriture, d'eau, d'assainissement, de soins de santé, de logement et d'éducation. On estime que dans le monde, 1,1 milliard de personnes sont sous-alimentées. On estime à 1,2 milliard le nombre de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour. Dans plus de 30 des économies nationales les plus pauvres (dont la plupart se situent en Afrique subsaha-


rienne) les revenus réels par habitant sont en baisse depuis le début des années 1980. Dans le même temps, les pressions sur les Etats pour qu'ils fournissent des services et des infrastructures de base ne se sont pas allégées. L'épidémie de SIDA, comme d'autres maladies, conflits et sécheresses, aggrave encore ces problèmes.

Mais la riposte mondiale au SIDA a montré que les effets négatifs de la mondialisation ne sont pas nécessairement inévitables. Un meilleur accès aux marchés des pays à revenu élevé, l'allègement de la dette et une augmentation de l'aide au développement contribueront largement à permettre aux pays de réduire la pauvreté. Les pays à revenu élevé ont dépensé en 2001 plus de 300 milliards de dollars en subsides agricoles — ce qui équivaut pratiquement à l'ensemble du produit intérieur brut de la totalité de l'Afrique subsaharienne. Il est certain que le SIDA représente, pour des millions de gens infectés ou non par le VIH, un interminable et bouleversant récit d'exclusion.

La propagation de l'épidémie de SIDA fournit un argument imparable en faveur de l'accélération des réformes plus que nécessaires à l'échelle mondiale pour mieux soutenir les actions locales. Il y a plusieurs moyens d'y parvenir :

- instaurer une coopération internationale plus forte, guidée par les principes des droits de la personne ;
- accroître la responsabilité et la transparence des institutions internationales ;
- renforcer les capacités nationales à protéger le droit à la santé (y compris la prévention du VIH, l'accès à la prise en charge du VIH ou le développement d'un vaccin contre le VIH), et s'assurer l'aide du monde des affaires dans ces activités ;
- atténuer la pauvreté mondiale — force motrice de l'épidémie de SIDA — en portant, notamment, l'Aide publique au développement à 0,7% au moins du produit national brut (niveau accepté par la communauté internationale en 1969 déjà et approuvé depuis à de nombreuses reprises, y compris lors de la Conférence internationale de Monterrey sur le financement du développement en 2002) ; et
- avant tout, établir de nouvelles règles du jeu pour garantir une distribution plus équitable des fruits de la mondialisation.

Il est vrai que le monde ne peut attendre des conditions parfaites pour agir contre le SIDA. La lutte contre l'épidémie ne peut être mise en attente jusqu'à ce que la sécurité humaine soit garantie et la pauvreté éliminée. Comme l'a dit Graça Machel dans son appel aux leaders lors du Forum pour le développement de l'Afrique en 2000 : « Comment réagiriez-vous si l'on vous disait que sur vos cinq enfants, deux allaient mourir prématurément, mais que vous aviez encore une chance d'éviter leur mort? Quel parent ne mobiliserait pas toutes ses ressources financières, émotionnelles et humaines pour agir immédiatement ? » Dans le même temps, la riposte mondiale croissante au SIDA doit être soutenue par une amélioration de la sécurité, de l'égalité et de la justice. A long terme, le succès de la lutte contre cette épidémie exige que la communauté planétaire agisse sur la base des préoccupations humaines et des valeurs humanistes.

Il n'existe pas de plan établi permettant de contrôler l'épidémie. Mais au cours des 20 dernières années, des outils et des connaissances ont été développés, dont nous savons qu'ils peuvent être efficaces. Le monde dispose maintenant d'une carte routière de la lutte contre le SIDA. L'avenir nous dira comment il l'a utilisée. 

Survol de l'épidémie dans le monde



2 Survol de l'épidémie dans le monde

L'ampleur de la crise du SIDA a aujourd'hui dépassé les pires scénarios de la précédente décennie. Des dizaines de pays connaissent déjà de graves épidémies de VIH/SIDA et bien davantage encore sont à la veille de les connaître.

A travers le monde, ce sont 5 millions de personnes qui, estime-t-on, ont été infectées en 2001, dont 800 000 enfants. Si rien n'est fait pour les traiter ou les prendre en charge, elles rejoindront au cours de la prochaine décennie les plus de 20 millions de personnes mortes du SIDA depuis la première constatation clinique du VIH/SIDA en 1981. Il est tout aussi évident que la grande majorité des individus — y compris ceux qui vivent dans des pays à forte prévalence du VIH — ne sont pas encore touchés par le virus. Permettre à cette majorité de se protéger contre le VIH et assurer aux personnes qui vivent avec le virus prise en charge et traitement adéquats et abordables sont deux des défis les plus colossaux que doit aujourd'hui relever l'humanité.

Afrique subsaharienne

L'épidémie représente une grave crise pour le développement en Afrique subsaharienne, qui reste, et de loin, la région la plus touchée dans le monde. En Ouganda et au Sénégal, entre autres, on note des signes nouveaux et prometteurs qu'il est possible de voir l'épidémie maîtrisée dans cette région. Mais si l'on veut que ces succès perdurent

et gagnent d'autres parties de la région, il faut y consacrer des ressources plus importantes.

On a enregistré en 2001 environ 3,5 millions de nouvelles infections, ce qui a porté à 28,5 millions le nombre total de personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. On estime

Déclaration d'engagement

D'ici à 2003 [...] établir dans chaque pays des stratégies, des politiques et des programmes visant à recenser et commencer à examiner les facteurs qui rendent les individus particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, notamment le sous-développement, l'insécurité économique, la pauvreté, la marginalisation des femmes, l'absence d'éducation, l'exclusion sociale, l'analphabétisme, la discrimination, le manque d'information ou d'articles permettant de se protéger, tous les types d'exploitation sexuelle des femmes, des filles et des garçons, y compris pour des raisons commerciales [...] (paragraphe 62).

Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

à moins de 30 000 le nombre de personnes qui à fin 2001 ont ou avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral et à 11 millions le nombre d'enfants de la région rendus orphelins par le SIDA. Même si une prévention efficace et des programmes de traitement et de prise en charge sont immédiatement mis en œuvre, l'ampleur de la crise signifie que le prix à payer restera lourd pour plusieurs générations.

Une longue route devant nous

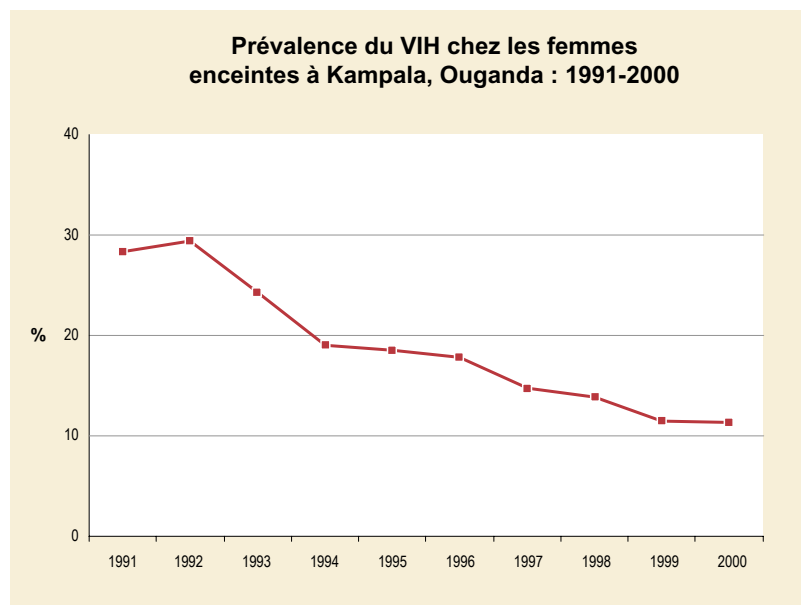
On avait espéré, en Afrique australe (où l'épidémie est plus forte que partout ailleurs dans le monde), que l'épidémie avait peut-être atteint ses limites naturelles et qu'elle ne progresserait plus. On a ainsi présumé que les taux très élevés de prévalence dans certains pays avaient atteint un palier. Tel n'est malheureusement pas le cas, ou du moins pas encore. Au Botswana, la prévalence médiane de l'infection à VIH chez les femmes enceintes dans les zones urbaines était déjà de 38,5% en 1997. Elle a atteint 44,9% en 2001. On observe ailleurs des évolutions analogues. Au Zimbabwe, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est passée de 29% en 1997 à 35% en 2000, tandis qu'en Namibie, de 26% en 1998 elle est passée à 29,6% en 2000 et au Swaziland de 30,3% à 32,3% dans la même période. S'il existe une limite naturelle à la prévalence dans ces pays, elle est considérablement plus élevée qu'on ne l'avait pensé.

Pour saisissants que soient ces taux de prévalence, ils ne reflètent pas le risque réel d'être infecté par le VIH. Et les taux de prévalence sont encore plus élevés dans des groupes d'âge déterminés. Au Botswana, parmi les femmes de 25 à 29 ans des zones urbaines fréquentant les consultations prénatales, 55,6% vivaient en 2001 avec le VIH/SIDA.

Au Swaziland, ce taux en 2000 était de 33,9% et au Zimbabwe de 40,1%.

Selon le Ministère de la Santé d'Afrique du Sud, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales atteignait 24,8% en 2001, du même ordre que le taux de 24,5% en 2000. Environ une personne sur neuf en Afrique du Sud vit avec le VIH/SIDA (soit 5 millions de personnes). Mais on voit les signes réconfortants d'un courant positif se dessiner de plus en plus nettement chez les adolescents, parmi lesquels la prévalence a légèrement baissé depuis 1998. Il semble bien que campagnes d'information et programmes de distribution de préservatifs portent leurs fruits. Selon des études récentes, près de 55% des adolescentes sexuellement actives déclaraient utiliser un préservatif lors des rapports sexuels. Cette évolution s'accompagne, il est vrai, d'une inquiétante hausse de la prévalence parmi les Sud-Africains âgés de 20 à 34 ans, ce qui met en lumière la nécessité de mettre en place auprès de groupes plus âgés des efforts de prévention accrus et qui correspondent au mieux à leurs besoins et préoccupations.

Figure 1



Source : Programme de lutte contre les IST/SIDA, Ouganda (2001), *Rapport de surveillance du VIH/SIDA*

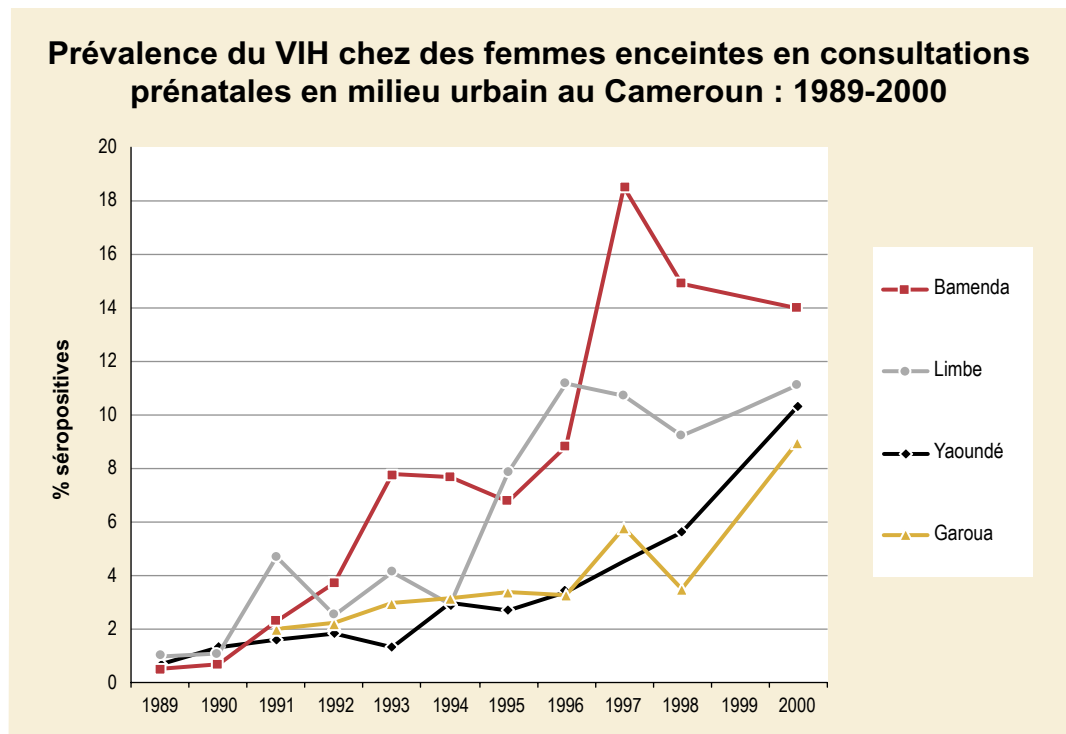
Sur le versant oriental du continent, la chute des taux de prévalence se poursuit en Ouganda — le premier pays d'Afrique à avoir maîtrisé une grave épidémie de VIH/SIDA. En persévérant dans la lutte contre le SIDA, le pays a vu, par exemple, le taux de prévalence chez les femmes enceintes de Kampala baisser pendant huit années consécutives — de 29,5% en 1992 à 11,25% en 2000 (voir Figure 1). Mais d'énormes défis persistent. De nouvelles infections se produisent à un rythme rapide et à l'échelle nationale le taux de prévalence se maintenait autour de 5% dans la population adulte à la fin de 2001. Si les efforts pour augmenter traitement et prise en charge ont certes accru le nombre de personnes en Ouganda qui bénéficient d'un traitement antirétroviral, néanmoins, la grande majorité des Ougandais vivant avec le VIH n'y ont pas accès. Enfin le nombre d'orphelins en Ouganda con-

tinuera à grever les ressources du pays pendant plusieurs décennies.

Personne n'est à l'abri

En Afrique occidentale et centrale, la progression récente et rapide du VIH se vérifie. Le Sénégal semble encore récolter les effets positifs de sa riposte précoce et concertée au SIDA tandis qu'au Mali une étude basée sur les communautés chiffre à 1,7% la prévalence du VIH. Bien que les taux de prévalence nationale des populations adultes dans des pays comme le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Nigéria et le Togo aient dépassé depuis longtemps le repère des 5%, les taux sont restés relativement stables au cours des cinq à huit dernières années. Mais le danger serait de considérer cette tendance comme durable. Des données récentes concernant le Cameroun confirment combien fallacieuses sont de telles hypothèses.

Figure 2



Source : Programme national SIDA, Cameroun (1989-2000). Données recueillies par le Bureau du Recensement des Etats-Unis

La prévalence du VIH dans les zones urbaines du Cameroun se situait déjà à près de 2% en 1988. Au cours des huit années suivantes, elle a varié jusqu'à atteindre 4,7% en 1996. Mais les visites de surveillance de l'année 2000 ont situé les taux de prévalence nationale à 11% chez les femmes enceintes (voir Figure 2). Ceci pourrait être le début d'une élévation continue et rapide si l'on tient compte de ce que les taux de prévalence les plus élevés s'observent chez les jeunes — 11,5% chez les femmes enceintes de 15 à 19 ans et 12,2% chez celles qui ont entre 20 et 24 ans. Un autre facteur à prendre en compte est le fait que les taux de prévalence sont sensiblement égaux dans les zones urbaines et rurales.

Ces données constituent un avertissement sérieux pour d'autres pays de la région et doivent fortement retenir l'attention sur l'évolution de l'épidémie dans des pays, comme par exemple le Nigéria, pays le plus peuplé de l'Afrique subsaharienne. Jusqu'à ces derniers temps, les taux nationaux de prévalence y sont restés relativement bas (comme c'était d'ailleurs le cas au Cameroun), tout en passant néanmoins progressivement de 1,9% en 1993 à 5,8% en 2001. Mais certains Etats du pays connaissent déjà des taux de prévalence aussi élevés que les taux actuels du Cameroun. On estime déjà à plus de 3 millions le nombre de Nigériens vivant avec le VIH/SIDA.

Qu'est-ce qui alimente le VIH/SIDA en Afrique ?

Aucun facteur biologique ou comportemental ne détermine à lui seul la propagation de l'infection à VIH. L'essentiel de la transmission du VIH s'opère en Afrique subsaharienne lors des rapports sexuels, les transfusions de sang contaminé ou les injections non stériles ne comptant que pour une faible part. Si le comportement sexuel est bien le facteur le plus important de la propagation du VIH en Afrique, il faut noter que ce comportement varie grandement selon les cultures, l'âge, la catégorie socio-économique et le sexe. Le comportement sexuel est lui-même influencé par toute une série de facteurs touchant la vie pratique et quotidienne (les conditions économiques et sociales) ou une sphère plus abstraite et complexe (la culture). Ainsi un nombre plus élevé de partenaires sexuel(le)s s'est révélé en permanence associé à une probabilité plus élevée d'infection à VIH mais la probabilité que des individus traitent avec des professionnel(le)s du sexe et multiplient donc les partenaires est bien plus forte lorsque de très nombreux hommes, célibataires, migrants, vivent ensemble. Ces communautés d'hommes seuls et migrants (comme dans les communautés minières d'Afrique australe) sont le résultat d'interactions complexes entre l'économie et l'histoire. Et il ne s'agit là que d'un exemple : les migrations forcées dues à la guerre, les voyages de longue durée sur des routes de transit pour des raisons commerciales ou encore le manque de moyens de subsistance bien établis sont encore d'autres facteurs.

L'interaction de multiples facteurs obscurcit les liens de cause à effet et interdit les conclusions catégoriques. Une étude réalisée dans quatre villes africaines (Cotonou, Kisumu, Ndola et Yaoundé) a révélé que les facteurs comportementaux et biologiques les plus fréquents dans les villes où la prévalence du VIH est la plus élevée étaient les suivants : précocité des premiers rapports sexuels des jeunes filles ; différence d'âge entre les conjoints ; présence d'infection herpétique à HSV-2 et trichomonase (infection sexuellement transmissible) et absence de circoncision chez l'homme. Il est largement établi que les infections sexuellement transmissibles augmentent le risque d'infection à VIH tandis que d'autres analyses conduisent à penser que la circoncision des hommes peut être associée à un risque moindre de transmission.

On a très régulièrement constaté dans le même groupe d'âge des taux de prévalence plus élevés chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes. L'hypothèse selon laquelle cela proviendrait des rapports

sexuels des femmes avec des hommes plus âgés suggère la possibilité d'une transmission intergénérationnelle des hommes aux femmes. Les jeunes femmes sont également physiologiquement plus sensibles que les hommes aux infections sexuellement transmissibles. A Kisumu (Kenya) par exemple, le taux de prévalence du VIH était de 23% chez les femmes âgées de 15 à 19 ans en 1998 et de 3,5% chez les jeunes hommes du même âge. Bien souvent, les systèmes socioculturels limitent le contrôle que les femmes peuvent exercer sur leur vie sexuelle. Par ailleurs une bonne partie de la population de l'Afrique subsaharienne est jeune et donc vraisemblablement active sexuellement, ce qui explique en partie la forte incidence de l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Lorsque ces facteurs favorisant l'infection sont absents, celle-ci peut rester « cachée » pendant de nombreuses années. En revanche, en présence de facteurs sociaux, socio-économiques et biologiques qui facilitent la propagation, l'épidémie peut se répandre rapidement. S'il est vrai que l'interaction complexe des facteurs rend délicate l'estimation de la propagation de l'épidémie, les faits observés dans la dernière décennie montrent que le VIH peut se propager rapidement et à grande échelle à partir de niveaux généraux de séroprévalence très faibles. Tous les pays présentant des facteurs de risque doivent recourir à toute la gamme de politiques et de programmes de lutte (présentés en détail dans ce document) afin d'éviter une épidémie à forte prévalence.

Une juste riposte peut être couronnée de succès

En tout état de cause, l'Ouganda montre clairement qu'il est possible de maîtriser une épidémie très importante de VIH/SIDA. Il est de plus en plus évident que les efforts de prévention portent leurs fruits, y compris dans certains des pays les plus sérieusement affectés de l'Afrique subsaharienne. Toutefois, beaucoup de ces progrès s'observent encore dans des zones circonscrites.

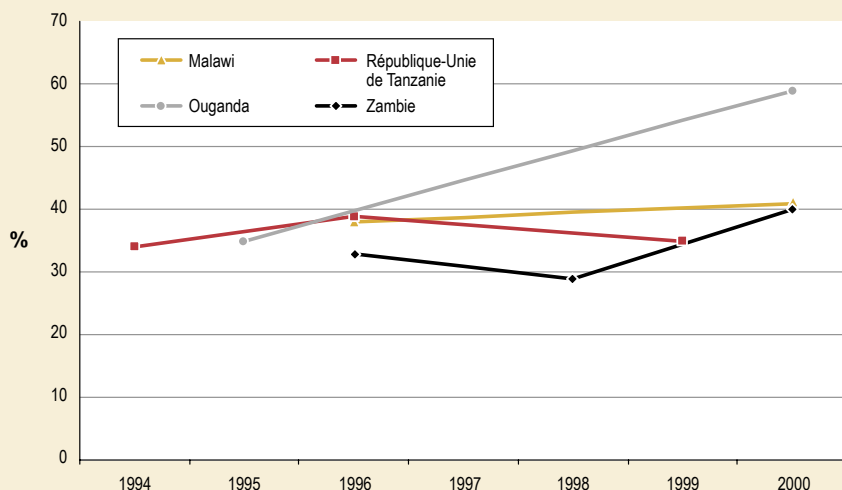
D'après une nouvelle étude en Zambie, les citoyens et citoyennes signalent une diminution de leur activité sexuelle, un nombre moindre de partenaires et un emploi plus fréquent du préservatif. Ceci concorde avec les résultats publiés récemment selon lesquels la prévalence du VIH décroît significativement dans la population féminine urbaine âgée de 15 à 19 ans (de 28,3% en 1996 elle est tombée à 24,1% en 1999) ainsi que dans la population féminine rurale (passée de 16,1% à 12,2% dans la même période). Certes, ces taux sont encore bien trop élevés, mais cette diminution permet d'espérer que la Zambie, si elle maintient le niveau de sa riposte, deviendra (après l'Ouganda) le deuxième

pays africain à avoir inversé le cours d'une épidémie d'importance critique. Le chemin à parcourir comporte encore bien des obstacles. L'usage du préservatif chez les hommes des campagnes reste très rare (le taux signalé est de 15% en 2001, à comparer au pourcentage de 68% des citoyens lors du plus récent rapport avec un(e) partenaire occasionnel(le) ou rétribué(e)). La Zambie, où le poids de la dette est lourd, l'économie peu performante et les défis socio-économiques importants, ne diffère cependant pas de bien d'autres pays d'Afrique subsaharienne en ceci que les ressources financières intérieures ne sont pas à la hauteur de la tâche à accomplir. Et pourtant une mobilisation massive, des campagnes communautaires de prise de conscience et le travail d'organisations communautaires et religieuses ont amené des modifications de comportement qui elles-mêmes ont permis une réduction des nouvelles infections. Des programmes décentralisés de soins à domicile ont également permis d'améliorer le traitement et la prise en charge des personnes vivant avec le SIDA.

De l'autre extrémité du continent, on recueille aussi des preuves que la prévention est efficace. Une nou-

Figure 3

Usage du préservatif par les hommes ayant des rapports avec des partenaires occasionnel(le)s dans certains pays d'Afrique subsaharienne : 1994-2000



Source : Macro International (1994-2000) Enquêtes démographiques et sanitaires ; évaluation des mesures

velle étude des efforts menés auprès de professionnelles du sexe clientes d'un dispensaire d'Abidjan, en Côte d'Ivoire, a montré que la prévalence chez elles du VIH/SIDA avait chuté de 89% à 32% entre 1991 et 1998. Cette baisse s'explique en partie par le fait que seulement 20% d'entre elles disaient en 1992 avoir utilisé un préservatif pendant leur plus récente journée de travail, alors que ce taux était de 78% en 1998. Les efforts soutenus de prévention, conduits à partir d'initiatives locales, ont joué un rôle décisif dans cette évolution.

De nouvelles préoccupations dans les zones de conflits

On a observé en Angola une augmentation préoccupante de la prévalence du VIH. La guerre civile dans le pays a entravé la collecte de données mais on a néanmoins enregistré un accroissement significatif de la prévalence chez les femmes enceintes dans les consultations prénatales de la capitale, Luanda. En 2001 8,6% d'entre elles étaient séro-

positives alors qu'elles ne représentaient que 2% en 1995. Etant donné que la capitale est le refuge de dizaines de milliers de personnes déplacées par la guerre, cette tendance est très inquiétante (dans les provinces de Huila et de Benguela, en revanche, les chiffres correspondants sont respectivement de 4,4% et de 2,6%). Il y a lieu de craindre une évolution du même ordre dans la région des Grands Lacs. La guerre et d'autres contraintes rendent difficile la collecte de données de surveillance, alors que le déplacement massif des populations, la dislocation des systèmes sociaux et de gouvernance provoquent une sérieuse aggravation de la vulnérabilité de milliers de personnes. On ne peut donc pas exclure une évo-

lution analogue à celle que l'on observe en diverses parties de l'Angola dans des pays comme, par exemple, le Burundi, la République démocratique du Congo et le Rwanda. Ailleurs des initiatives comme celle de Mano River Union (qui regroupe la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone) ont été lancées pour tenter de faire face à l'afflux de réfugiés venant des zones de conflit, en favorisant le développement économique et en soutenant les efforts pour la paix.

Malgré la mauvaise conjoncture

Dans bien des régions de l'Afrique subsaharienne, comme ailleurs dans le monde, les inégalités entre les sexes et les carences économiques servent de moteur à l'épidémie. Dans le même temps, les efforts pour renverser le cours de l'épidémie souffrent de la pauvreté des ressources, de la détérioration des échanges commerciaux et de la faiblesse de la croissance économique, en dépit de la restructuration des économies mise en place au cours des deux dernières décennies.

Il y a néanmoins des signes réconfortants qu'un nombre croissant de gouvernements ne laissent plus ces handicaps enrayer leur riposte. Des progrès, lents certes, mais réguliers, s'observent sur le front des traitements et de la prise en charge. En Afrique australe le Botswana, pays relativement prospère, a été le premier à adopter une politique visant à terme à mettre, par l'intermédiaire du système de santé publique, des médicaments anti-rétroviraux à la disposition de tous les citoyens qui en ont besoin.

L'engagement politique de renverser le cours de l'épidémie de SIDA apparaît plus fort que jamais. Des rencontres comme le Forum 2000 pour le Développement de l'Afrique et le Sommet de l'Organisation de l'Unité africaine sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses, en avril 2001, consolident cet engagement. Lors de la dernière réunion, les chefs d'Etat sont tombés d'accord pour consacrer au moins 15% de leur budget annuel national à l'amélioration des secteurs de santé (voir chapitre « Faire face aux besoins »). Plusieurs initiatives de lutte contre l'épidémie se situent au niveau régional. Certaines — comme celles qui regroupent des pays de la région des Grands Lacs, le bassin du Lac Tchad et l'Afrique de l'Ouest — centrent leurs efforts sur l'atténuation de la vulnérabilité des réfugiés et autres populations mobiles.

D'autres initiatives encore se situent au niveau du continent tout entier, comme le Partenariat inter-

national contre le SIDA en Afrique. Canalisant les forces de ses membres (gouvernements, Nations Unies, donateurs, secteurs privé et communautaire), le Partenariat, au cours de ses deux premières années d'existence, a contribué à galvaniser les ripostes nationales au VIH/SIDA. Dix-neuf pays ont mis en place des commissions ou conseils nationaux aux plus hauts niveaux du gouvernement et les ripostes locales se multiplient et s'intensifient. Trente-quatre pays de la région ont achevé leur plan stratégique SIDA et sept autres plans étaient en voie d'achèvement en mars 2002. Ces plans constituent la base de stratégies plus détaillées pour les ministères, les provinces ou les districts, la société civile et le secteur des affaires.

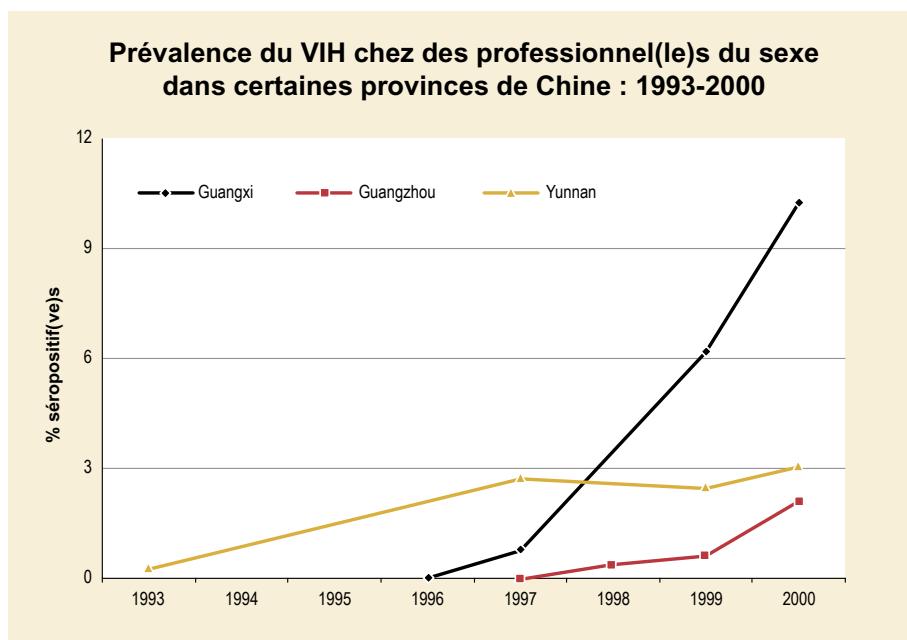
Sans nier les progrès, il faut savoir que trop de pays offrent encore la preuve que plus le passage à l'action tarde, plus il est difficile de modifier le cours de l'épidémie. Il faut souligner la nécessité d'une planification à long terme pour ralentir l'épidémie et pour réduire son impact, ainsi que l'importance d'efforts accrus pour protéger de l'infection les millions d'Africains, en particulier les jeunes, qui sont encore séronégatifs. Cela implique de donner aux personnes qui ne sont pas séropositives — soit 90% des Africains — les moyens de se protéger contre l'infection. L'autre défi de taille à relever est celui d'assurer aux Africains adultes (âgés de 15 à 49 ans) séropositifs, soit 9% de la population selon les estimations, le traitement et la prise en charge dont ils ont besoin.

L'Asie et le Pacifique

L'épidémie de VIH/SIDA continue à s'étendre en Asie et dans la région du Pacifique malgré l'existence bien établie de programmes efficaces de prévention contre l'infection à VIH dans quelques pays. La situation a rapidement évolué au cours des deux dernières années.

La situation dans cette région nous rappelle utilement qu'aucun pays n'est à l'abri d'une grave épidémie de VIH. Les faibles taux de prévalence au niveau national peuvent cacher des épidémies localisées graves en plusieurs sites ; tel est le cas en Chine et en Inde, où de nombreuses personnes sont infectées et affectées par le virus — ce qui prouve

Figure 4



Source : Programme national SIDA, Chine (1993-2000). Données recueillies par le Bureau du Recensement des Etats-Unis

que les chiffres de prévalence du VIH à l'échelle du pays sont loin de tout dire sur l'épidémie. En réalité, l'ensemble de la région compte plus de personnes vivant avec le VIH/SIDA que n'importe quelle autre hormis l'Afrique subsaharienne — on estime leur nombre à 6,6 millions pour la fin de 2001, y compris le million d'adultes et d'enfants nouvellement infectés au cours de cette même année. Dans la région, moins de 30 000 personnes reçoivent un traitement antirétroviral.

Les apparences peuvent être trompeuses

En Chine, où vit le cinquième de la population mondiale, le VIH atteint de nouveaux groupes de population, ce qui évoque le spectre d'une épidémie encore beaucoup plus étendue. Les données de surveillance pour l'énorme population de la Chine sont fragmentaires, mais on estime que 850 000 personnes environ vivaient avec le VIH/SIDA en 2001, et que le nombre d'infections à VIH signalées a augmenté de plus de 67% au cours du premier semestre de 2001.

On a observé plusieurs épidémies de VIH dans plusieurs groupes de population en différentes parties de cet immense pays. Au moins sept provinces signalent d'importantes épidémies localisées d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, avec des taux de prévalence supérieurs à 70% chez ces consommateurs dans des régions comme la préfecture de Yili au Xinjiang et le comté de Ruili au Yunnan. Neuf autres provinces pourraient être au bord d'une situation épidémique semblable due à la fréquente utilisation commune de seringues. Il y a aussi des signes d'épidémies de VIH par transmission hétérosexuelle dans au moins trois provinces.

On a porté beaucoup d'attention aux graves épidémies de la province de Henan en Chine centrale, où, depuis le début des années 1990, des dizaines de milliers de villageois ruraux et peut-être plus encore ont été contaminés quand ils ont vendu leur sang à des centres de collecte qui n'appliquaient pas les règles fondamentales de sécurité applicables en la matière. Il est à craindre que des tragédies du même ordre aient

pu survenir dans d'autres provinces, notamment Anhui et Shanxi. On estime à 150 000 au moins le nombre de personnes qui ont pu être infectées de cette façon.

Plusieurs autres facteurs soulignent l'importance d'une riposte rapide si l'on veut éviter une aggravation de l'épidémie. Les notifications d'infections sexuellement transmissibles sont passées de 430 000 cas en 1997 à 860 000 cas en 2000, ce qui ferait penser à une augmentation du nombre de rapports sexuels non protégés avec des partenaires non monogames dans le pays. En outre, l'importante mobilité de la population (on estime que 100 millions de Chinois vivent de façon temporaire ou permanente ailleurs qu'à l'adresse où ils sont enregistrés) et les disparités socio-économiques en augmentation risquent d'accroître la propagation du VIH.

Si elle renforce ses efforts de prévention et de prise en charge, la Chine pourra éviter des millions d'infections à VIH et sauver des millions de vies au cours de la décennie à venir. Le plan quinquennal d'action contre le SIDA promulgué au milieu de 2001 met en évidence un engagement significatif pour relever le défi.

L'Inde, elle aussi, doit faire face à de graves épidémies locales. A la fin 2001, le taux national de prévalence du VIH pour l'Inde était inférieur à 1%, ce qui représente tout de même une estimation de 3,97 millions d'Indiens vivant avec le VIH/SIDA — un chiffre national que l'Afrique du Sud est seule à dépasser. Au-delà des groupes présentant des comportements à risque, l'épidémie s'étend à la population générale. En fait, le chiffre médian du taux de prévalence dépasse 2% parmi les femmes en consultation prénatale dans l'Andhra Pradesh et 1% dans quatre autres Etats (Karnataka, Maharashtra, Manipur et Tamil Nadu). Les facettes de l'épidémie en Inde présentent une grande diversité, tant parmi les Etats qu'au sein de chaque Etat.

Les aspects cachés de l'épidémie

Dans toute la région, on rencontre les facteurs qui accentuent la propagation rapide des épidémies de VIH/SIDA, comme par exemple le fait que de nombreux pays signalent des taux d'infection élevés dans certains groupes de la population — essentiellement les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Au Viet Nam, par exemple, le pourcentage de professionnel(le)s du sexe à Ho Chi Minh-Ville qui présentent une infection à VIH a fortement augmenté depuis 1998 pour dépasser 20% en 2000. Dans toute la région, la consommation de drogues injectables offre une voie royale à l'épidémie. Au Myanmar, au Népal, en Thaïlande et à Manipur (Inde), plus de la moitié des consommateurs de drogues injectables ont déjà été infectés par le VIH. Des enquêtes récentes ont montré un très fort taux d'utilisation commune de seringues dans d'autres pays, dont le Bangladesh et le Viet Nam. Il faudra absolument introduire des programmes de prévention du VIH plus efficaces parmi les consommateurs de drogues injectables.

Les rapports sexuels entre hommes surviennent dans tous les pays de la région et jouent un rôle significatif dans l'épidémie, même si les déclarations officielles prétendent le contraire. Les pays qui ont étudié la prévalence de l'infection à VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes signalent des taux élevés dans cette population — 14% au Cambodge en 2000, par exemple, ainsi qu'un taux du même ordre parmi les professionnels du sexe en Thaïlande et un taux pouvant atteindre 10% dans plusieurs Etats de la Malaisie (voir le chapitre « Prévention »).

L'Indonésie — le quatrième pays du monde par ordre de population — constitue un exemple de la rapidité avec laquelle une épidémie de VIH/SIDA peut survenir. Après plus d'une décennie pendant laquelle les taux de prévalence

ont été négligeables, le pays doit faire face à une augmentation rapide des taux d'infection parmi les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe, augmentation accompagnée parfois par une croissance exponentielle des taux d'infection parmi les personnes qui donnent leur sang (une indication de la propagation du VIH au sein de la population générale). Même si le recours aux drogues injectables est d'apparition relativement récente dans le pays, le taux de prévalence du VIH observé dans un centre de traitement des dépendances à Djakarta, la capitale, est passé de 15,4% en 2000 à plus de 40% au milieu de 2001. La situation de l'Indonésie souligne le fait que, là où les comportements à risque sont présents, l'épidémie peut s'étendre — même s'il faudra quelques années pour que cette propagation devienne perceptible.

Parmi les pays et territoires des îles du Pacifique, c'est la Papouasie-Nouvelle-Guinée qui a signalé les taux d'infection à VIH les plus élevés. Si le taux de prévalence de l'infection à VIH est encore faible dans l'ensemble de la population, des études récentes à Port Moresby, la capitale, ont mis en évidence des taux élevés parmi les professionnelles du sexe (17%) et parmi la clientèle des consultations pour infections sexuellement transmissibles (7% en 1999). Compte tenu du faible taux de recours au préservatif et des taux très élevés d'infections sexuellement transmissibles, il est vraisemblable que le pays verra l'infection à VIH se répandre au-delà de ces deux groupes.

Les Philippines ont dans le même temps entrepris une action sérieuse contre le VIH/SIDA. Ces efforts ont jusqu'à présent permis de garder un taux de prévalence faible mais, si ces efforts ne sont pas rapidement renforcés, l'épidémie risque de croître. Les taux élevés observés aux Philippines pour d'autres infections à transmission sexuelle parmi les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, ainsi que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes font penser que

le taux de recours au préservatif est faible. Moins de la moitié des professionnel(le)s du sexe aux Philippines déclarent avoir recours au préservatif pour chaque rapport sexuel.

Des efforts qui paient

Le Cambodge et la Thaïlande ont montré qu'il est possible de changer le « cours naturel » de l'épidémie. Des programmes de prévention précoces et entrepris sur une large échelle, notamment des efforts visant tant les populations présentant des comportements à plus haut risque que la population dans son ensemble, peuvent maintenir à un faible niveau les taux d'infection au sein de groupes particuliers et diminuer le risque d'une propagation généralisée de l'infection à VIH au sein de la population dans son ensemble.

Au cours des deux années écoulées, le Cambodge a prouvé qu'un engagement politique constant à tous les niveaux peut permettre de juguler l'épidémie. Dans les villes principales, le taux de prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes est passé de 3,2% en 1996 à 2,7% à fin 2000, grâce à une riposte aux multiples aspects, parmi lesquels un programme pour l'usage systématique du préservatif, ainsi qu'à des mesures destinées à lutter contre la stigmatisation et à diminuer la vulnérabilité individuelle. En 2001, le pays a poursuivi son avance en mettant en place un nouveau plan stratégique complet de lutte contre le SIDA fondé sur l'analyse conduite par les autorités cambodgiennes. Le VIH/SIDA est à l'heure actuelle partie intégrante des plans stratégiques de plusieurs ministères, dont le Ministère de la Défense nationale, ce qui permet au Cambodge d'étendre avec succès les initiatives efficaces à tout le pays et de faire face à des problèmes marquants comme celui de la sécurité transfusionnelle, qui reste un sujet d'inquiétude important.

La Thaïlande rappelle néanmoins que le succès peut être relatif. Des programmes largement conçus, qui bénéficient d'un financement suffisant

Une course contre la montre

Les taux d'infection à VIH sont encore faibles au Bangladesh, même parmi les groupes de population soumis à un risque élevé. Mais les facteurs de risque sont si répandus que le virus s'étendra très rapidement une fois qu'il aura été introduit dans la communauté. Par exemple, au Bangladesh central, parmi les professionnelles du sexe travaillant en maison de passe, 0,2% seulement ont déclaré avoir recours systématiquement au préservatif au cours des rapports tarifés, et le recours au préservatif est également très rare parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Au moins 93% des hommes qui offrent des rapports sexuels à d'autres hommes au Bangladesh central ont déclaré n'avoir jamais — ou rarement — recours au préservatif ; parmi leur clientèle, ce taux s'élève à 95%. Par ailleurs, l'utilisation commune de seringues est monnaie courante parmi les consommateurs de drogues injectables — une enquête en 2001 a mis en évidence l'utilisation de matériel d'injection commun chez plus de 60% des consommateurs dans le nord du Bangladesh et de plus de 93% au Bangladesh central.

Le Bangladesh, conscient de ces dangers, s'est fermement engagé dans une riposte précoce. Le Président apporte son patronage honoraire au Programme national de lutte contre le SIDA et les IST et un comité ministériel spécial a été mis en place pour aider à la coordination du travail de lutte contre le SIDA au sein du gouvernement. Les organisations non gouvernementales ont mis sur pied des initiatives innovatrices avec des groupes de personnes soumises à un risque particulièrement élevé, notamment les travailleurs migrants et les jeunes. Ce type d'organisations de lutte contre le SIDA fonctionne en réseau dans tout le pays, participe au Comité national contre le SIDA et prend part à la formulation des politiques de lutte contre le VIH/SIDA. En tant que l'un des participants les plus importants aux forces de maintien de la paix des Nations Unies, le Bangladesh a aussi mis sur pied avec succès un programme visant à prévenir l'infection à VIH parmi les membres de ces forces.

et d'un excellent soutien politique, ont sauvé des millions de vies et diminué le nombre de nouvelles infections à VIH — qui est passé de 143 000 en 1991 à 29 000 en 2001. Il n'en reste pas moins que, dans cette population de 63,6 millions, une personne sur 100 est infectée par le VIH et que le SIDA est devenu la principale cause de décès. Sauf au cas où les efforts de prévention feraient l'objet d'adaptations aux changements observés

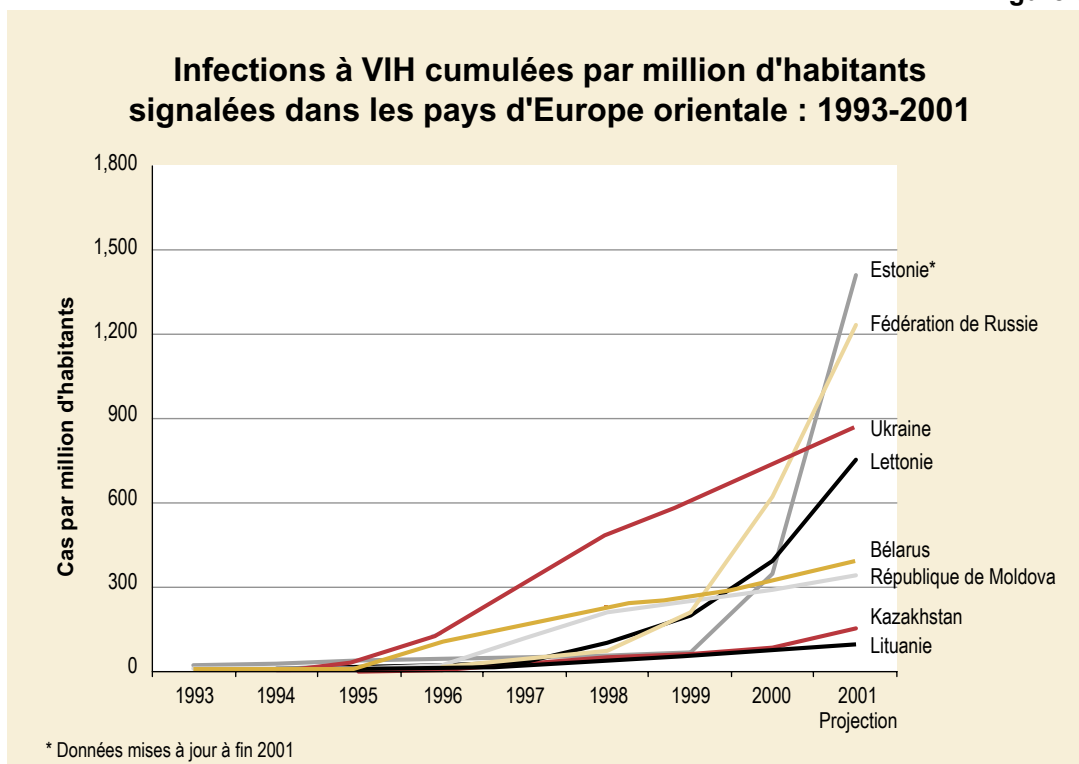
dans l'évolution de l'épidémie, il est à craindre que son schéma ne se modifie et qu'elle ne se propage encore davantage au sein de la population. Parmi les populations particulièrement exposées au risque, on compte les conjoints de la clientèle des professionnel(le)s du sexe, les jeunes, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les populations mobiles.

L'Europe orientale et l'Asie centrale

L'épidémie de VIH/SIDA se répand rapidement parmi les pays de cette région, qui continue à faire face à l'épidémie la plus galopante du monde entier. En 2001, on y estimait à 250 000

le nombre de nouvelles infections, ce qui porte à 1 million le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA. On estime que moins de 1000 individus y reçoivent un traitement antirétroviral.

Figure 5



Source : Programmes nationaux SIDA (2001) *Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport semestriel*. Données recueillies par le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA

La Fédération de Russie reste en première ligne pour l'épidémie dans la région, mais de nombreux autres pays doivent maintenant faire face à des épidémies d'apparition rapide, comme le montre la Figure 5. En 1994, aucun pays de la région n'avait signalé un nombre important d'infections à VIH, si l'on fait exception d'épidémies isolées au début des années 1990 (liées à la consommation de drogues injectables en Pologne et à des infections nosocomiales chez des milliers d'enfants en Roumanie). En 1995, la première flambée importante d'infection à VIH au Bélarus et en Ukraine a marqué un changement. L'épidémie s'est ensuite étendue à d'autres pays de la région — la République de Moldova en 1996 et la Fédération de Russie en 1998, suivies par la Lettonie, puis par le Kazakhstan.

Dans la Fédération de Russie, l'augmentation frappante du nombre d'infections à VIH au cours des dernières années se poursuit : le nombre de nouveaux diagnostics signalés a pratiquement doublé chaque année depuis 1998. Près de 83 000 nouveaux diagnostics d'infection à VIH ont été enregistrés en 2001, ce qui a porté à plus de 173 000 le nombre total d'infections signalées depuis le début de l'épidémie — alors qu'à la fin 1998 ce chiffre était de 10 993. On estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA à l'heure actuelle dans la Fédération de Russie est quatre fois plus élevé que les chiffres signalés.

Dans d'autres pays, l'incidence des notifications augmente rapidement elle aussi. En Estonie, le nombre d'infections signalées est passé de 12 en 1999 à 1474 en 2001, et on observe une évolution

similaire en Lettonie, où le nombre de nouvelles infections signalées est passé de 25 en 1997 à 807 en 2001. L'épidémie croît au Kazakhstan, qui a signalé 1175 infections à VIH en 2001. On observe de même une propagation rapide du VIH en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Tadjikistan.

Avec un taux de prévalence chez les adultes estimé à 1%, l'Ukraine reste le pays le plus gravement atteint de la région — et en vérité de toute l'Europe. On estime que, dans ce pays de 50 millions d'habitants, 250 000 personnes vivent avec le VIH. Si les trois quarts des infections cumulées sont liées à la consommation de drogues injectables, la proportion des infections à VIH transmises par voie sexuelle augmente. Même si leur nombre reste relativement modeste, il semble que de plus en plus de personnes (principalement des femmes) contractent le VIH par voie sexuelle et de plus en plus de femmes enceintes présentent un test positif pour le VIH — ce qui fait penser à une extension de l'épidémie au sein de la population dans son ensemble.

Les retombées psychologiques et socio-économiques des récents conflits dans les Balkans ont rendu les jeunes plus vulnérables au VIH. Il n'y a pour l'instant guère de preuves que l'épidémie de VIH/SIDA se soit fermement installée dans ces zones, mais les carences de la surveillance font que l'on connaît mal le niveau actuel et les tendances de l'épidémie. Une étude récente d'évaluation rapide et élargie entreprise par l'OMS et l'UNICEF a mis en évidence des niveaux élevés d'utilisation de drogues injectables à certains endroits, souvent accompagnée d'utilisation commune d'aiguilles et de seringues. Chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe, le recours déclaré au préservatif est rare. L'étude a aussi mis en évidence un certain degré de recoupement parmi ces groupes à risque accru. En Serbie, par exemple, 20% des professionnel(le)s du sexe et 18% des hommes

ayant des rapports sexuels avec des hommes avaient aussi recours aux drogues injectables.

Un terrain fertile

Plusieurs facteurs assurent un terrain fertile à l'épidémie. L'ouverture des frontières a fait entrer plusieurs des pays de la région dans les circuits mondiaux du trafic de la drogue. Le chômage massif et l'insécurité économique frappent ces régions, où l'on assiste à une érosion des normes sociales rigides du passé sans que de nouvelles normes et valeurs n'aient encore pu se mettre fermement en place. Dans certains pays, les services publics, et notamment ceux de la santé, ne cessent de se détériorer. Un nombre jusqu'ici jamais atteint de jeunes ne terminent pas leur scolarité secondaire. L'Indicateur du développement humain (qui mesure la moyenne des performances de chaque pays en ce qui concerne l'espérance de vie, les niveaux de formation et le produit intérieur brut ajusté par habitant) a chuté au Bélarus, en Bulgarie, dans la Fédération de Russie, en Lettonie, en Lituanie, en République de Moldova, en Roumanie et en Ukraine au cours des deux dernières décennies.

Au sein de la Communauté des Etats Indépendants, la grande majorité des infections à VIH déclarées survient parmi les jeunes — principalement chez les consommateurs de drogues injectables. On estime que dans ce pays jusqu'à 1% de la population appartient à cette catégorie de consommateurs, ce qui les expose, ainsi que leurs partenaires sexuel(le)s, à des risques d'infection élevés. En 2000, par exemple, la surveillance sentinelle mise en place à Saint-Petersbourg a montré un accroissement de la prévalence des infections à VIH, qui en un an est passée de 12% à 19,3% parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans la ville de Svetlogorsk, au Bélarus, la surveillance sentinelle a indiqué en 2000 un taux désastreux de 62% pour la prévalence de l'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.

Il est évident que dans plusieurs pays les jeunes deviennent sexuellement actifs plus précocement et que les rapports sexuels avant le mariage sont en augmentation continue, comme on l'observe par exemple chez les adolescentes roumaines de 15 à 19 ans. Le pourcentage de rapports sexuels avant le mariage était dans ce groupe de 9% en 1993 et de plus du double (22%) en 1999, et une étude ukrainienne en 2000 concluait que 51% environ des femmes de 15 à 24 ans avaient eu des rapports sexuels avant le mariage.

Dans certaines républiques d'Asie centrale, le niveau de perception du VIH/SIDA était encore lamentablement faible parmi les groupes vulnérables, par exemple parmi les adolescentes de 15 à 19 ans. Au Tadjikistan, 10% à peine dans ce groupe avaient entendu parler du VIH/SIDA en 2001 ; en Azerbaïdjan et en Ouzbékistan, moins de 60% de ces adolescentes avaient conscience de la maladie. Dans ces pays, la proportion de jeunes filles qui étaient persuadées d'au moins une notion gravement erronée sur le VIH/SIDA variait de 94% à 98%. En Ukraine, avec le taux de prévalence le plus élevé d'Europe pour le VIH, seules 9% des adolescentes connaissaient les méthodes de prévention à appliquer contre l'infection à VIH.

Malgré des progrès dans quelques pays, le taux de recours au préservatif reste faible. Selon le rapport ukrainien de 2000 mentionné plus haut, 28% seulement des jeunes femmes avaient eu recours au préservatif lors de leur premier rapport sexuel. On continue par ailleurs à rencontrer des taux très élevés d'infections sexuellement transmissibles en Europe orientale et en Asie centrale, ce qui accroît encore le risque de transmission du VIH au cours de rapports non protégés. En 2000, on signalait 157 cas de syphilis nouvellement acquise pour 100 000 dans la Fédération de Russie, alors que ce taux était de 4,2 pour 100 000 en 1987. On observe une évolution similaire dans les autres pays de la Communauté des Etats Indépendants, dans les Etats baltes et en Roumanie.

Le risque d'infection à VIH est également élevé chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, parmi lesquels la multiplicité des partenaires et les rapports sexuels non protégés sont monnaie courante. Si les lois punissant d'emprisonnement les activités homosexuelles ont disparu de la législation dans la plupart des pays de l'ex-Union soviétique, ce groupe reste soumis à une forte stigmatisation sociale. Au Bélarus, en Ukraine et dans plusieurs républiques d'Asie centrale, des groupes de militants gay ont récemment mis en place des actions de prévention pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, mais dans l'ensemble la couverture reste très réduite.

Quelques raisons d'espérer

La situation en Europe centrale permet toutefois d'envisager l'avenir avec une certaine dose d'optimisme. Le gouvernement polonais, en mettant sur pied une riposte nationale forte, a combattu l'épidémie avec succès parmi les consommateurs de drogues injectables et a empêché qu'elle ne s'installe dans l'ensemble de la population. La prévalence reste faible dans les pays comme la Hongrie, la République tchèque et la Slovaquie, où des programmes nationaux bien conçus sont en place contre le VIH/SIDA.

D'autres signes d'un engagement politique croissant sont apparus dans la région. Les pays membres de la Communauté des Etats Indépendants ont été les premiers à organiser un suivi au niveau régional de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en 2001 et se sont récemment mis d'accord sur un Programme régional de travail sur le VIH/SIDA. Dans des pays comme la Bulgarie, la Fédération de Russie, la Roumanie et l'Ukraine, les budgets des programmes nationaux de lutte contre le SIDA ont augmenté de façon marquée. Les gouvernements, le secteur privé et les organisations non gouvernementales ont aussi mis en place

des partenariats renforcés, l'Ukraine donnant un exemple frappant en ce domaine.

Malgré les difficultés économiques et les coupes claires dans les dépenses budgétaires, qui affaiblissent l'infrastructure générale et les systèmes de santé dans de nombreux pays, le potentiel de la région reste bon dans l'ensemble, surtout en ce qui concerne les ressources humaines. Les gens sont en général dotés d'une bonne formation et le taux d'illettrisme reste faible. Bien des pays ont réussi à adopter les « Meilleures Pratiques » et on constate un peu partout des efforts considérables en ce qui concerne la formation et le développement des compétences en matière de prévention et de prise en charge, ainsi que la mise au point de plans stratégiques nationaux contre le VIH/SIDA

qui donnent priorité aux jeunes et aux groupes vulnérables. On connaît à l'heure actuelle plus de 150 initiatives effectives pour la prévention du VIH/SIDA parmi les consommateurs de drogues injectables dans toute la région, ainsi que des initiatives visant d'autres populations vulnérables, par exemple les détenus, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Le défi actuel est de se fonder sur ces résultats pour accroître la couverture des activités, pour mettre au point et appliquer des approches plus générales afin de diminuer la vulnérabilité des jeunes, et enfin pour assurer un meilleur accès à la prise en charge de ceux et celles qui tomberont malades.

L'Amérique latine et les Caraïbes

L'épidémie est bien installée en Amérique latine et aux Caraïbes et risque de se propager encore plus rapidement et plus largement en l'absence de riposte efficace. On estime à 1,9 million (1,5 mil-

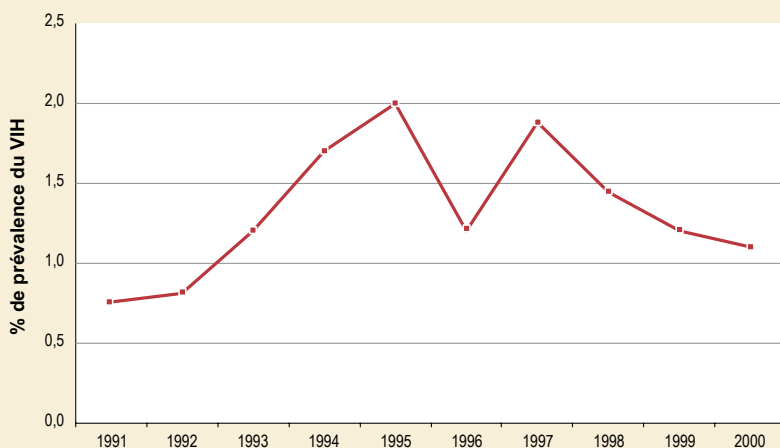
lion en Amérique latine et 420 000 aux Caraïbes) le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH — chiffre qui inclut les 200 000 personnes dont on estime qu'elles ont été infectées en 2001.

Fin 2001, on estimait à 170 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui recevaient un traitement antirétroviral.

Dans 12 pays de la région (dont Haïti et la République dominicaine, plusieurs pays d'Amérique centrale tels que le Belize et le Honduras, ainsi que le Guyana et le Suriname) on estime la prévalence de l'infection à VIH à 1% ou plus parmi les femmes enceintes. Dans ces régions, l'épidémie est fermement ancrée au sein de la population générale et poussée pour l'essentiel par les rapports hétérosexuels non protégés.

Figure 6

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes, Saint-Domingue, République dominicaine : 1991-2000



Source : Programme national SIDA, République dominicaine, 1991-2000

Un certain nombre de pays du bassin des Caraïbes présentent chez les adultes des taux d'infection à VIH que seuls surpassent les taux de l'Afrique subsaharienne — ce qui en fait la deuxième région la plus touchée au niveau mondial. L'infection à VIH/SIDA est devenue une des principales causes de mortalité dans certains de ces pays. Les plus durement frappés sont Haïti (avec un taux de prévalence supérieur à 6% chez les adultes) et les Bahamas (où ce taux avoisine 4%). Les données de surveillance publiées en 2000 montrent un taux relativement stable d'environ 2% pour la prévalence de l'infection à VIH chez les adultes en République dominicaine, suite aux augmentations constatées pendant les années 1990.

Facteurs moteurs

Parmi les facteurs qui stimulent la propagation du VIH on trouve la combinaison d'un développement socio-économique inégalitaire et d'une forte mobilité de la population, mélange que l'on rencontre en Amérique centrale, où l'épidémie s'aggrave et se concentre particulièrement parmi les populations marginalisées. La mobilité de la population (aggravée par des taux élevés de chômage et de pauvreté) apparaît clairement comme un facteur significatif de croissance pour l'épidémie ; des études récentes ont mis en évidence la nécessité d'intervenir aux frontières et sur les lieux de transit pour tenter de protéger les populations migrantes et les professionnel(le)s du sexe contre les infections possibles. La position géographique de l'Amérique centrale en fait aussi une zone de passage importante pour les personnes qui transitent entre les autres parties de la région et les pays d'Amérique du Nord. Une initiative régionale se focalise à l'heure actuelle sur la protection des populations vulnérables en transit, notamment les jeunes filles et les jeunes femmes.

Au Mexique, le taux de prévalence du VIH chez les adultes dans l'ensemble de la population est toujours très inférieur à 1%, mais on signale des

taux de prévalence beaucoup plus élevés parmi des groupes particuliers de certaines zones — jusqu'à 6% parmi les consommateurs de drogues injectables et 15% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Ce sont là les principaux modes de transmission de l'épidémie, comme dans quelques autres pays de l'Amérique centrale et des Caraïbes. Ces groupes se recouvrent d'ailleurs en grande partie, surtout au Brésil et dans les pays du cône sud où la consommation de drogues injectables est un phénomène de plus en plus important au sein de la société.

Des progrès encourageants

Au Brésil, où les programmes de prévention parmi les consommateurs de drogues injectables constituent un élément fort de la riposte nationale, on a observé une chute marquée des taux de prévalence du VIH parmi ce groupe de population dans plusieurs grandes conurbations. Une enquête nationale a en outre montré que le recours au préservatif augmentait parmi les consommateurs de drogues injectables (de 42% en 1999 à 65% en 2000) — signe que les efforts soutenus d'éducation et de prévention commencent à porter leurs fruits. En 2001, le Gouvernement argentin a autorisé le Ministère de la Santé à mettre en place une politique nationale de « moindre mal » et œuvre en collaboration avec le Chili, le Paraguay et l'Uruguay pour mettre en place des programmes comparables visant les consommateurs de drogues injectables.

C'est au niveau des efforts visant à fournir des médicaments antirétroviraux aux malades du VIH/SIDA que l'on observe le plus clairement l'engagement des pays pour enrayer l'épidémie et réduire son impact. Comme nous l'avons vu en détail dans le chapitre « Traitement, prise en charge et soutien », cette région a connu des progrès significatifs en ce qui concerne l'accès au traitement et la prise en charge. Au Brésil, par exemple, on estime que le programme de traite-

ment et de prise en charge a diminué la morbidité liée au VIH/SIDA et a permis d'éviter 234 000 hospitalisations entre 1996 et 2000.

Plusieurs initiatives locales soulignent la plus grande résolution politique des pays. Par exemple, le Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/SIDA lancé en février 2001 et coordonné par le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) lie les ressources des gouvernements et de la communauté internationale à celles de la société civile afin de stimuler les ripostes nationales et régionales. Les programmes nationaux de lutte contre le SIDA se sont aussi joints à une

initiative de collaboration qui permet de mettre en commun l'assistance technique à travers toute l'Amérique latine et les Caraïbes. Sous le nom de Groupe de collaboration technique horizontale, il rassemble plus de 20 pays de la région. Enfin, en se fondant sur la Déclaration de Nassau proclamée en juillet 2001 à la suite de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, les chefs de gouvernement des Caraïbes s'efforcent eux aussi de mettre au point des moyens de soutenir réciproquement leurs programmes nationaux VIH/SIDA et de négocier en commun des prix abordables pour les médicaments antirétroviraux.

Le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

Dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, on observe également une tendance à l'augmentation des taux d'infection à VIH, même si ceux-ci restent encore très faibles dans la plupart des pays. On a renforcé les systèmes de surveillance en place dans de nombreux pays de la région et on estime à l'heure actuelle que 80 000 personnes y ont été infectées en 2001, ce qui porte à 500 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la région.

Malgré l'arrivée relativement tardive de l'épidémie dans cette région, on observe une croissance significative des infections à VIH en différents endroits et notamment dans certains groupes de population. Si les besoins en efforts de prévention plus efficaces, plus durables et plus étendus sont nettement perçus, les compétences en place sont encore très limitées et la riposte au VIH/SIDA tend encore à se concentrer dans le seul secteur de la santé. Et pourtant le nombre de personnes vivant avec le SIDA et pouvant bénéficier d'un traitement antirétroviral est encore minime — moins de 2000.

On n'a malheureusement que peu analysé systématiquement jusqu'ici les moteurs de l'épidémie dans la plupart des pays de la région. Les ripostes au VIH/SIDA sont donc rarement établies à partir d'une perception claire des schémas d'infection ou encore des comportements et des besoins de certains groupes à haut risque. Les connaissances actuelles permettent néanmoins de considérer les rapports sexuels non protégés comme la principale voie de transmission, même si l'on observe des flambées significatives parmi les consommateurs de drogues injectables. Plusieurs pays de la région présentent en outre les conditions qui favorisent et accélèrent la propagation du VIH (par exemple une forte mobilité de la population, des disparités socio-économiques importantes et l'existence de situations d'urgence complexes).

Djibouti et le Soudan comptent déjà des épidémies importantes et étendues, mues par la combinaison d'inégalités socio-économiques, par les déplacements de populations sur une large échelle et par l'instabilité politique ; d'autres pays pourraient aussi évoluer vers une propagation plus généralisée de l'infection.

Une enquête de surveillance en Algérie a mis en évidence des taux de prévalence du VIH de 1% parmi les femmes enceintes dans le sud du pays. Au sein des troubles dus aux conflits civils, ces résultats font craindre la rapide apparition d'une épidémie généralisée. La riposte active de plusieurs ministères au défi du SIDA dès 2001 indique un fort engagement politique dans l'action destinée à éviter ce genre de catastrophe.

Au Maroc voisin, le taux de prévalence national pour le VIH était bien inférieur à 1% en 2001. Le Programme national de lutte contre le SIDA a néanmoins noté en 2001 la prévalence relativement élevée d'autres infections sexuellement transmissibles — une indication que les comportements à risque (multiplication des partenaires, rapports sexuels tarifés) pourraient être plus répandus qu'on ne le croyait généralement.

De nouvelles hausses dangereuses

A l'exception du Soudan et du Yémen, tous les pays de la région ont signalé des infections à VIH dues à la consommation de drogues injectables. Si on ne la combat pas rapidement par le recours à des politiques de réduction des risques et autres approches de prévention, l'épidémie parmi les consommateurs de drogues injectables pourrait prendre une ampleur dramatique et atteindre la population dans son ensemble.

On a observé des flambées de VIH ailleurs en Afrique du Nord, notamment en Jamahiriya arabe libyenne, où quasiment toutes les 570 infections nouvelles signalées en 2000 sont survenues chez des consommateurs de drogues injectables. Parmi les détenus, en République islamique d'Iran, les

taux d'infection à VIH sont passés de 1,37% en 1999 à 2,28% en 2000. Dès 2001, 10 prisons iraniennes signalaient des cas d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, et le taux d'infection parmi les consommateurs détenus était de 12% en 2001 — l'un des sites a même signalé un taux de 63%. Ces chiffres peuvent correspondre au fait que les consommateurs de drogues injectables risquent plus d'être arrêtés et emprisonnés, mais ils indiquent aussi, presque certainement, l'existence d'une transmission derrière les murs de la prison.

Il semble aussi que le double fardeau de la tuberculose et de l'infection à VIH soit en augmentation dans certains pays. Parmi les personnes atteintes de tuberculose, le taux d'infection à VIH augmente — à la mi-2001, il était de 8% au Soudan, de 4,8% en Oman, et de 4,2% en République islamique d'Iran.

Plusieurs pays montrent par ailleurs les signes d'un engagement politique vers une riposte plus puissante à l'épidémie et certains de ces pays ont mis en place des approches innovantes. On notera par exemple la mobilisation des organisations non gouvernementales au Liban et les approches destinées à réduire les risques de la consommation de drogues injectables en République islamique d'Iran. Vers la fin de l'année 2001, la rencontre de l'ONUSIDA et des responsables des Programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans la région a pour la première fois permis de se mettre d'accord au niveau régional et de se concentrer sur de nouveaux efforts destinés à protéger les jeunes, les populations mobiles, les personnes déplacées et les consommateurs de drogues contre l'épidémie.

Pays à revenu élevé

Le VIH/SIDA menace toujours les pays à revenu élevé où près de 75 000 personnes ont été infectées par le VIH en 2001. Ce sont au total 1,5 million de personnes qui vivent avec le virus dans ces pays où l'on a observé ces dernières années des changements importants. Près de 500 000 personnes y reçoivent des médicaments antirétroviraux.

Les taux plus élevés d'infections sexuellement transmissibles indiquent une recrudescence de rapports non protégés et rappellent la nécessité de poursuivre les efforts de prévention en particulier auprès des jeunes. Par ailleurs, la transmission hétérosexuelle du VIH représente une part plus importante des nouvelles infections, et les jeunes des milieux défavorisés apparaissent comme courant de sérieux risques. La perspective d'épidémies de VIH/SIDA plus étendues ne peut pas être écartée si l'on ne combat pas un laisser-aller général et si l'on n'adapte pas aux changements intervenus dans l'épidémie les efforts de prévention aujourd'hui inappropriés et relâchés.

L'épidémie de VIH en Europe est la résultante d'une multitude d'épidémies qui diffèrent quant à leur déroulement, à leur ampleur et aux populations affectées. En Espagne, un pourcentage important (24%) des infections à VIH survient par transmission hétérosexuelle. Mais l'infection liée à la consommation de drogues est le principal mode de transmission. La prévalence du VIH signalée parmi les consommateurs de drogues injectables se situait en 2000 entre 20% et 30% à l'échelle nationale (deux études ont montré une tendance à la baisse de ce taux qui était passé de 44% en 1996 à 36% en 1999) tandis qu'en France le taux de prévalence va de 10% à 23%. Le Portugal, lui, est confronté à une sérieuse épidémie parmi les consommateurs de drogues injectables. Sur les 3680 nouvelles infections enregistrées en

2000, plus de la moitié sont liées à l'injection de drogues et un peu moins d'un tiers à des rapports hétérosexuels non protégés. Le taux enregistré de nouvelles infections au Portugal — 37,3 pour 100 000 personnes — est le plus élevé parmi tous les pays de l'Europe occidentale.

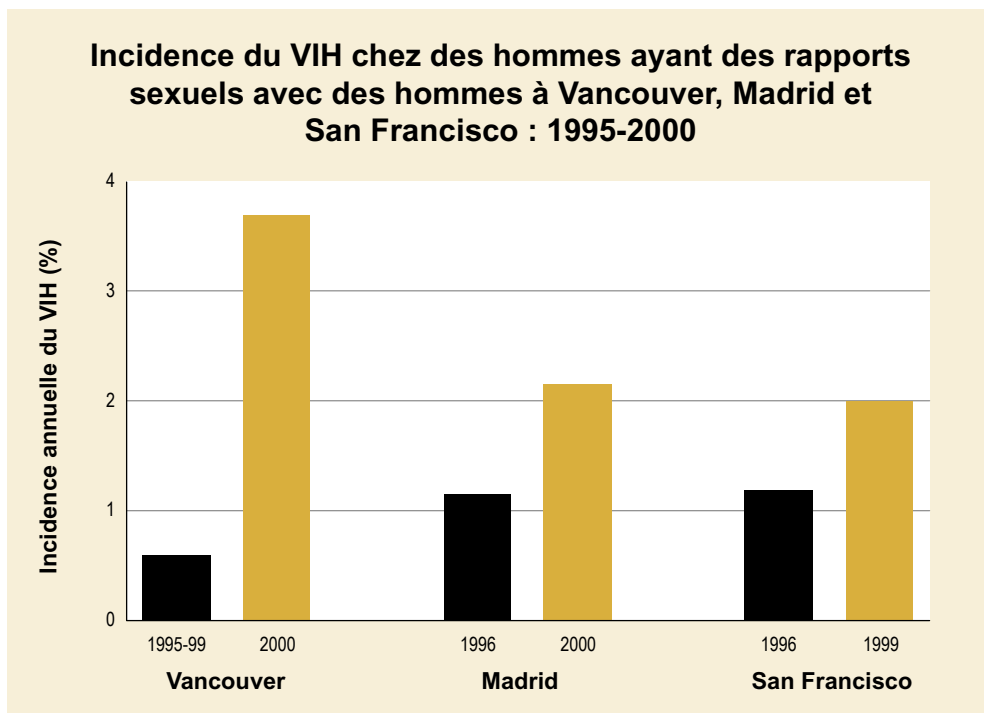
Une proportion croissante de nouveaux diagnostics d'infection à VIH s'effectue auprès de personnes infectées lors de rapports hétérosexuels. Au Royaume-Uni, par exemple, c'est le cas de près de la moitié des 3400 infections nouvellement diagnostiquées en 2000 (en augmentation) alors que ce pourcentage n'était que de 21% 10 ans plus tôt. Dans ce pays comme dans plusieurs autres pays européens, une bonne part de ces infections a été contractée dans d'autres pays qui connaissent une épidémie généralisée. L'augmentation des rapports non protégés au Royaume-Uni a pu également jouer un rôle dans cette augmentation de la prévalence du VIH ; on a de même noté un accroissement du nombre de cas enregistrés de gonorrhée chez les hommes tant hétérosexuels qu'homosexuels.

Il est prouvé que dans certains pays à revenu élevé le VIH sévit désormais dans des milieux plus pauvres et plus défavorisés, les femmes courant de plus grands risques que les hommes. Aux Etats-Unis d'Amérique, les jeunes adultes appartenant à des minorités ethniques (ainsi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) courent considérablement plus de risques d'être infectés que précédemment. Les Africains-Américains, par exemple, ne représentent que 13% de la population des Etats-Unis mais 54% des infections nouvelles enregistrées en 2000. Une étude réalisée dans six villes des Etats-Unis d'Amérique a montré des taux de prévalence atteignant 30% parmi les hommes africains-américains âgés de 23 à 29 ans qui avaient des rapports sexuels avec des hommes.

Environ 70% des nouvelles infections sont enregistrées chez des hommes et les rapports sexuels entre hommes constituent le principal mode de transmission. Mais les jeunes femmes défavorisées (en particulier africaines-américaines et hispaniques) sont de plus en plus vulnérables à l'infection. Dans l'ensemble, presque un tiers des nouveaux diagnostics de VIH ont été enregistrés chez des femmes en l'an 2000. Dans ce dernier groupe, il semble qu'il y ait recouvrement quant à l'origine de l'infection entre l'injection de drogues et les relations hétérosexuelles. En effet, la consommation de drogues injectables est devenue, avec 30% des cas signalés, le mode le plus fréquent de contamination par le VIH. Au Canada également, les femmes constituent 24% des cas de nouvelles infections alors qu'elles n'en représentaient que 8,5% en 1995.

Certains signes indiquent qu'au Japon le comportement sexuel des jeunes pourrait changer de façon significative, ce qui exposerait cette population à de plus grands risques d'infection à VIH. Des taux plus élevés de chlamydiae chez les femmes et de gonorrhée chez les hommes ainsi que le doublement du nombre d'avortements provoqués chez les adolescentes au cours des cinq dernières années indiquent une augmentation des rapports sexuels non protégés. L'homosexualité masculine reste une voie de transmission importante dans beaucoup de pays et devient prédominante dans d'autres comme le Japon. Dans ce dernier pays, le nombre d'infections détectées chez des homosexuels s'est fortement accru ces dernières années. Dans l'ensemble de la population masculine, les rapports sexuels entre hommes seraient cause de deux fois plus d'infections nouvelles que les rapports hétéro-

Figure 7




Source : (Vancouver) Hogg RS et al. (2001) *AIDS*. (Madrid) Del Romero J et al. (2001) *AIDS*. (San Francisco) Katz MH et al. (2002) *Am. J. of Public Health*

sexuels, alors que deux ans auparavant le nombre d'infections nouvelles était sensiblement le même dans les deux groupes.

En Australie, au Canada, aux Etats-Unis d'Amérique et dans les pays d'Europe occidentale, une augmentation apparente des rapports non protégés entraîne des taux plus élevés d'infections sexuellement transmissibles et dans certains cas une incidence plus élevée du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Dans cette dernière population, la croissance du nombre de nouvelles infections à VIH est frappante, comme l'indique la Figure 7 ; parallèlement, celle des autres infections sexuellement transmissibles (à Amsterdam, Sydney, Londres ou dans le sud de la Californie, par exemple) confirme que les comportements sexuels risqués prennent le pas sur les consignes de protection qui avaient été fortement suivies pendant une bonne partie des années 1980 et 1990. Dans la ville de Los Angeles, le déclin

de la vigilance sur ce point chez les homosexuels s'est traduit par une flambée de syphilis en 2001. En France, une étude réalisée en 2000 indique que 38% des homosexuels séropositifs interrogés déclaraient avoir eu récemment des rapports non protégés, alors que cette proportion n'était que de 26% en 1997.

Ces faits peuvent s'expliquer de diverses façons. D'une part ils peuvent tenir aux résultats obtenus grâce aux traitements antirétroviraux introduits dans les pays à revenu élevé en 1996. Aux Etats-Unis, par exemple, les décès attribués au VIH ont baissé de façon spectaculaire (de 42% en 1996-1997). On a observé depuis un palier avec une estimation de 15 000 décès dus au SIDA en 2001. Par ailleurs des études montrent que seule une minorité d'hommes gay qui disent prendre davantage de risque associent à ce comportement une crainte moins vive de l'infection ou un optimisme lié au traitement du VIH/SIDA. 

Un lien entre l'existence d'un traitement et la sexualité non protégée ?

Une controverse est née de l'hypothèse selon laquelle il se pourrait que le large accès au traitement antirétroviral hautement actif dans les pays nantis ait encouragé une sexualité non protégée à partir du moment où l'infection à VIH n'apparaissait plus à certains comme aussi dévastatrice. Cependant aucune étude n'est venue confirmer l'hypothèse d'un optimisme attribuable au traitement. En 2001, l'examen approfondi d'un ensemble d'études conduites depuis 1996 a montré que seule une minorité des personnes interrogées (entre 10 et 20%) déclaraient que leur crainte de l'infection avait été réduite par l'existence de nouveaux traitements. Néanmoins, une minorité relativement importante parmi les hommes gay (30% selon une étude réalisée à Londres en 1998, 16% en France en 2000 et 13% en 1997 aux Etats-Unis) disent considérer le VIH/SIDA avec moins d'anxiété depuis l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (Highly active antiviral therapy ou HAART).

L'existence de ce type de traitement pourrait entrer en ligne de compte mais d'autres facteurs semblent peser tout autant. Dans des milieux où les antirétroviraux sont largement accessibles, l'intensité et la visibilité des efforts de prévention à l'intention des hommes ayant des rapports avec des hommes ont diminué ces dernières années ainsi que les efforts de prévention et de prise en charge des autres infections sexuellement transmissibles. Il est également possible que les campagnes de prévention soient devenues par trop générales pour toucher les points sensibles de communautés qui sont aussi stratifiées que le reste de la société.

L'impact grandissant



L'impact grandissant

Vingt ans après que le monde eut pris conscience du SIDA, il est évident que l'humanité est confrontée à l'une des épidémies les plus dévastatrices de son histoire — une épidémie qui menace le développement dans de vastes régions du monde.

Depuis les années 1960, la plupart des pays ont fait des progrès impressionnants dans le domaine du développement humain. Pourtant, ces réalisations sont ébranlées au fur et à mesure que les pays voient leurs populations jeunes et productives succomber à l'épidémie, que les économies s'effondrent, que la pauvreté des ménages s'accroît et que les coûts de l'épidémie de SIDA augmentent. Pourtant, malgré cette dévastation, il est manifeste que l'épidémie n'en est encore qu'à ses débuts.

Les pays qui sont incapables de maîtriser l'épidémie risquent de se trouver pris dans un cercle vicieux et de voir les conditions socio-économiques, en s'aggravant, rendre les populations, les entreprises et les communautés encore plus vulnérables à l'épidémie. L'impact du SIDA sur les sociétés et les économies peut cependant être maîtrisé. Que ce soit par des actions communautaires ou par des programmes nationaux, les institutions peuvent être restructurées et les capacités renforcées pour protéger les sociétés des pires ravages du SIDA.

L'impact démographique

Depuis le début de l'épidémie, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le virus. Le VIH/SIDA est maintenant de loin la principale cause de décès en Afrique subsaharienne et la quatrième maladie la plus meurtrière du globe. En 2001, l'épidémie a fait quelque 3 millions de victimes.

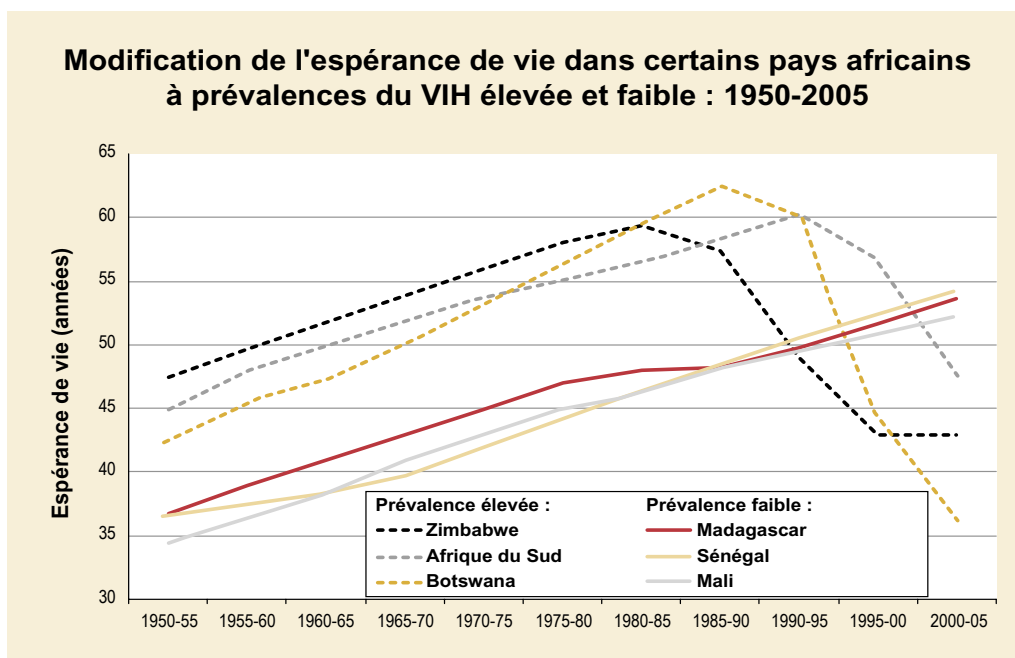
L'espérance de vie continue à chuter

Dans de nombreux pays, le SIDA anéantit des décennies de progrès en matière d'allongement de l'espérance de vie. L'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne est aujourd'hui de 47 ans, alors qu'elle serait de 62 ans sans le SIDA. L'espérance de vie à la naissance au Botswana a

chuté à un niveau que le pays n'avait pas connu depuis les années 1940. Dans d'autres pays africains, l'espérance de vie a moins baissé, mais elle est encore significativement inférieure à ce qu'elle aurait été sans le SIDA. La Figure 8 illustre la forte baisse de l'espérance de vie dans trois pays à forte prévalence, par rapport à son augmentation régulière dans les pays dont la prévalence du VIH est significativement plus basse.

L'impact du SIDA sur l'espérance de vie, qui porte un coup considérable au développement d'une société, s'est étendu au-delà de l'Afrique. L'espérance de vie en Haïti entre 2000 et 2005 sera inférieure de près de six ans à ce qu'elle aurait été sans le SIDA. En Asie, le Cambodge a observé une baisse de quatre ans.

Figure 8

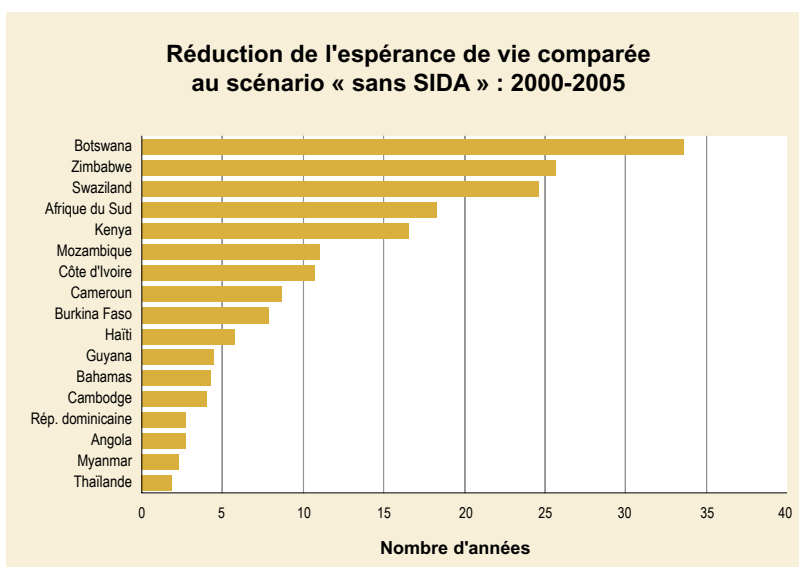


Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (2001) *Perspectives démographiques mondiales*, révision 2000

Les niveaux actuels de prévalence du VIH donnent uniquement une indication de la probabilité beaucoup plus forte d'être infecté par le VIH au cours de sa vie. Au Lesotho, par exemple, on estime qu'une personne qui a eu 15 ans en 2000 a 74%

de risque d'être infectée par le VIH avant d'atteindre son 50e anniversaire. Même une prévalence relativement faible aujourd'hui peut signifier un risque élevé de contracter le VIH. Au Guyana, où la prévalence chez l'adulte est de 2,7%, la probabilité de contracter le VIH entre les âges de 15 et 50 ans dans la période 2000 à 2035 est de 19%. Aussi élevées qu'elles soient, ces estimations sont plutôt en deçà de la réalité et supposent que les taux d'infection à VIH baisseront à l'avenir grâce à l'intensification des efforts de prévention.

Figure 9



Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (2002) *Perspectives démographiques mondiales*, révision 2000

Le bilan s'alourdit

Dans les 45 pays les plus touchés, les projections indiquent que, entre 2000 et 2020, 68 millions de personnes mourront plus tôt qu'elles ne l'auraient fait en l'absence de SIDA. Ces projections sont fondées sur l'hypothèse que les programmes de prévention, de traitement et de prise

en charge auront un effet limité sur la croissance et l'impact de l'épidémie dans la plupart des pays au cours des deux prochaines décennies. Cette hypothèse ne prend pas en compte la baisse du nombre annuel des nouvelles infections qui résulterait d'une vaccination avec un éventuel futur vaccin ou de l'utilisation d'autres avancées technologiques à venir. Elle ne comprend pas non plus l'effet potentiel d'un accès à grande échelle aux thérapies antirétrovirales sur la survie des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

C'est en Afrique subsaharienne que le nombre projeté des décès est le plus élevé, avec 55 millions de

décès supplémentaires attendus — 39% de décès de plus que si le SIDA n'existait pas.

Le SIDA a un impact particulièrement important sur la mortalité parmi les enfants entre un et cinq ans. La plupart des enfants qui sont infectés à la naissance ou par le lait maternel contracteront le SIDA et mourront avant leur cinquième anniversaire. Dans les pays les plus touchés, le VIH/SIDA a eu un impact considérable sur la survie de l'enfant. Dans sept pays d'Afrique subsaharienne, la mortalité chez les moins de cinq ans a augmenté de 20 à 40% à cause du VIH/SIDA.

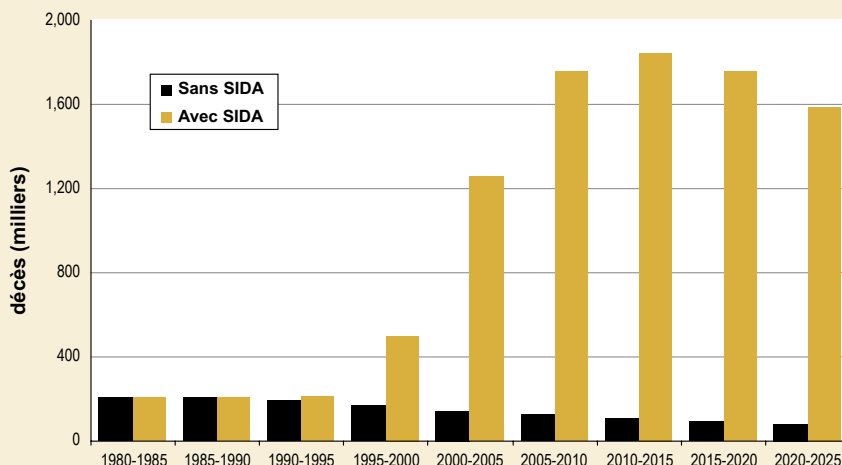
L'avenir n'est plus ce qu'il était

Dans la jeune démocratie qu'est l'Afrique du Sud, où la prévalence du VIH s'est accrue rapidement dans les années 1990, le nombre de décès liés au SIDA parmi les jeunes adultes devrait atteindre son niveau maximum entre 2010 et 2015. On estime que le nombre de décès parmi les personnes entre 15 et 34 ans sera multiplié par 17 par rapport à ce qu'il aurait été sans le SIDA, comme la montre la Figure 10.

Même dans les pays où la prévalence du VIH/SIDA est plus faible, le nombre des décès entre 15 et 34 ans est élevé par rapport à ce qui se serait produit en l'absence de SIDA. Ainsi il est environ 2,5 fois plus élevé aux Bahamas et au Guyana et deux fois plus élevé en République dominicaine et en Thaïlande.

Figure 10

Décès estimés et projetés chez les 15-34 ans avec et sans SIDA en Afrique du Sud : 1980-2025



Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (2002) *Perspectives démographiques mondiales, révision 2000*

Déclaration d'engagement

D'ici à 2003, évaluer les conséquences économiques et sociales de l'épidémie de VIH/sida et établir des stratégies multisectorielles pour : lutter contre les effets de l'épidémie aux niveaux individuel, familial, communautaire et national ; élaborer des stratégies nationales d'éradication de la pauvreté — et accélérer leur mise en œuvre — afin de réduire l'impact du VIH/sida sur les revenus des ménages, leurs moyens de subsistance et leur accès aux services sociaux de base[...] (paragraphe 68).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

3

L'impact sur les ménages

L'impact du VIH/SIDA sur les ménages peut être très grave. Dans de nombreux cas, la présence du SIDA signifie que la famille va se disperser lorsque les parents décéderont et que les enfants seront envoyés auprès de membres de la famille chargés de s'en occuper et de les élever. Une étude en Zambie a montré que 65% des ménages dans lesquels la mère était décédée s'étaient désintégrés. Mais avant cette désintégration, bien des choses se produisent dans une famille. Le VIH/SIDA prive la famille de ses biens et de ses soutiens de famille, appauvrissant encore ceux qui sont déjà pauvres.

En Zambie, le SIDA a provoqué, pour de nombreux ménages, une rapide transition entre richesse relative et pauvreté relative. La recherche montre que, dans deux tiers des familles où le père était décédé, le revenu mensuel disponible a chuté de plus de 80%. En Côte d'Ivoire, une étude a révélé que le revenu des ménages touchés correspondait à la moitié du revenu moyen des ménages. Ce phénomène provient souvent non seulement de la perte de revenus due à la maladie des membres de la famille, mais aussi parce que le reste de la famille devait consacrer davantage de temps et d'efforts à des tâches autres que leurs activités productrices de revenus. Une étude réalisée dans trois pays (Burkina Faso, Ouganda et Rwanda)

a calculé que le SIDA n'anéantira pas seulement les efforts déployés pour réduire la pauvreté, mais aussi qu'il augmentera le pourcentage des personnes vivant dans une extrême pauvreté de 45% en 2000 à 51% en 2015. Au Botswana, le revenu des ménages par habitant du quart le plus pauvre des familles devrait chuter de 13%, car chaque soutien de famille dans cette catégorie devra s'occuper de quatre personnes dépendantes de plus en raison du VIH/SIDA.

La perte de revenus, le surcroît des dépenses liées aux soins, la capacité réduite des dispensateurs de soins à travailler ainsi que l'augmentation des coûts de la santé et des obsèques poussent encore davantage ces familles dans la pauvreté. Selon une étude en Côte d'Ivoire, les dépenses relatives aux soins de santé peuvent augmenter de 400% lorsqu'un membre de la famille a le SIDA. Les difficultés ne s'arrêtent pas là. Des études en République-Unie de Tanzanie et en Thaïlande montrent que le fardeau financier d'un décès peut être beaucoup plus grand encore que celui de la maladie. Des ménages ont ainsi déclaré dépenser jusqu'à 50% de plus pour les obsèques que pour les soins médicaux. Dans de nombreuses sociétés, la tradition exige que la parenté et les membres de la communauté se réunissent (parfois pendant

plusieurs jours) à la maison du défunt pour le pleurer et soutenir la famille endeuillée. Dans de nombreux cas, de longs voyages sont nécessaires pour se rendre aux obsèques.

Trois grandes stratégies semblent avoir été adoptées par les familles touchées pour faire face aux difficultés. Les économies sont entièrement utilisées ou les biens sont vendus ; une aide est fournie par d'autres familles ; et la composition des ménages tend à se modifier, avec une baisse du nombre des adultes dans la force de l'âge au sein des ménages.

Le premier recours des ménages qui se débattent pour assumer les coûts des traitements médicaux ou des obsèques consiste généralement à utiliser les économies et même à s'endetter encore (souvent

par des transferts d'argent liquide ou des prêts de la part de la famille élargie et de la communauté). Dans une étude en cours dans la province de l'Etat libre en Afrique du Sud, les ménages ont utilisé en moyenne 21 mois d'économies pour payer les dépenses de santé et d'obsèques. En République-Unie de Tanzanie, une étude de cas a révélé que, dans les ménages où une personne était malade du SIDA, 29% des économies étaient réorientées pour faire face à la maladie.

Au fur et à mesure de l'augmentation des dettes, des biens précieux, par exemple les bicyclettes, le bétail et même des terres, sont vendus. Lorsque les ménages ont perdu leurs avoirs productifs de revenus, leurs chances de les récupérer et de regagner

Faire la différence

Les programmes de protection sociale, qui soutiennent les individus, les ménages et les communautés fortement touchés par l'épidémie, font une différence considérable. Etant donné le fardeau énorme que l'épidémie fait porter aux femmes en tant que soignantes et soutiens de famille, de nouveaux dispositifs de protection sont nécessaires. Les programmes de micro-crédit qui tiennent compte des besoins particuliers des femmes peuvent être des outils utiles qui contribuent aussi à rendre les relations sociales locales plus équitables. Les programmes de micro-financement, tels que l'Initiative SIDA en faveur de la micro-entreprise en Afrique, donnent aux femmes l'occasion de lancer des entreprises commerciales et de se créer un gagne-pain relativement autonome. Ces programmes leur permettent de générer suffisamment de revenus pour organiser leur temps de travail en fonction des soins liés au VIH. Les initiatives offrant des subsides et des bourses qui permettent aux filles de poursuivre leur éducation sont également précieuses.

Des efforts extraordinaires sont nécessaires pour subvenir aux besoins des orphelins du SIDA, notamment sous la forme de mesures leur permettant d'accéder à l'éducation, à l'alimentation, aux soins de santé et aux autres soutiens sociaux (voir « Le Point : le SIDA et les orphelins »). Les services de santé Chikankata, une organisation religieuse au centre de la Zambie, sont l'un des nombreux projets actifs dans ce domaine. Le personnel a créé le projet de soutien communautaire aux orphelins en 1995, avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), afin d'offrir un soutien pédagogique et médical aux orphelins de cinq communautés. Le projet soutient aujourd'hui 1500 orphelins et facilite des projets locaux générateurs de revenus pour d'autres habitants. Au Malawi, le Groupe de travail national sur les orphelins a élaboré dès 1992 des directives portant sur la prise en charge des orphelins. Dans le cadre de ces directives, on trouve plusieurs initiatives associant des organisations non gouvernementales et communautaires aux structures gouvernementales et aux autorités du district pour planifier et lancer des programmes à l'intention des orphelins. Des animateurs du gouvernement participent aux comités communautaires de prise en charge des orphelins et aident les communautés à créer et organiser de petites entreprises agricoles.

leurs moyens de subsistance deviennent de plus en plus minces. Une étude à Chiang Mai, Thaïlande, a révélé que 41% des ménages affectés par le SIDA déclaraient avoir vendu des terres, 57% avaient épuisé leurs économies et 24% avaient emprunté auprès d'une coopérative ou d'un autre type de fonds. En conséquence, un grand nombre de ménages doivent se restructurer : les enfants à charge sont parfois envoyés auprès de parents, ou des membres de la parenté intègrent le foyer pour aider aux tâches ménagères ou agricoles. L'une des réactions les plus regrettables au décès d'un adulte dans la force de l'âge dans les ménages les plus démunis est de retirer les enfants (en particulier les filles) de l'école, car les uniformes et les frais de scolarité deviennent financièrement inabordables et le travail ainsi que le potentiel générateur de revenus des filles sont requis à la maison.

Presque invariablement, c'est aux femmes qu'il incombe de faire face lorsque les demandes se multiplient, que ce soit dans une activité génératrice de revenus, dans les tâches ménagères, ou dans les soins aux enfants et aux malades. Lorsque les hommes tombent malades, les femmes les remplacent souvent dans leur travail hors du foyer ; dans certaines régions du Zimbabwe, par exemple, des femmes se sont lancées dans la menuiserie, traditionnellement dominée par les hommes. Bien que les ménages dépendent des activités des femmes, deux études en Côte d'Ivoire et en Thaïlande à la fin des années 1990 montrent que la tendance

est de dépenser davantage d'argent pour les soins de santé des hommes malades du VIH/SIDA que pour ceux des femmes.

Souffrir de la faim : l'impact sur la sécurité alimentaire

Le VIH/SIDA constitue une menace potentiellement importante pour la sécurité alimentaire et la nutrition — notamment en diminuant la disponibilité de nourriture (en raison d'une baisse de la production et de la perte de la main-d'œuvre familiale, des terres, du bétail et d'autres biens) et d'une baisse de l'accès à la nourriture, parce que les ménages ont moins d'argent. Une recherche en République-Unie de Tanzanie a montré que la consommation alimentaire des individus avait baissé de 15% après le décès d'un adulte dans les ménages les plus pauvres. La perspective de pénuries alimentaires et de famines fréquentes est réelle. On estime que quelque 20% des familles rurales du Burkina Faso ont réduit leur travail agricole ou même abandonné leurs champs à cause du SIDA. En Ethiopie, des ménages touchés par le SIDA passent entre 11,6 et 16,4 heures par semaine aux travaux agricoles, par rapport à une moyenne de 33,6 heures pour les ménages qui ne sont pas touchés.

Le nombre de personnes capables de travailler aux champs étant moins grand, les ménages travaillent souvent sur des parcelles plus petites ou se mettent à des cultures de subsistance demandant moins de

Les femmes sont essentielles à la sécurité alimentaire

Les femmes contribuent pour plus de 50% à la production alimentaire de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie et effectuent généralement les activités agricoles demandant le plus de travail. Dans de nombreuses régions, elles sont le pivot de l'agriculture de subsistance, qui se trouve être la plus vulnérable aux effets du VIH/SIDA. Elles sont aussi également généralement responsables de la préparation de la nourriture. Une recherche effectuée en Ouganda dans les années 1990 a montré que la sécurité alimentaire et la malnutrition se trouvaient au premier rang des problèmes immédiats auxquels un grand nombre de femmes cheffes de familles touchées par le SIDA doivent faire face. Ces facteurs contribuent à une baisse de la consommation et à des régimes alimentaires moins nourrissants.

main-d'œuvre, mais qui ont souvent une valeur nutritionnelle et/ou marchande moins importante. Même si les rendements baissent et les revenus diminuent, les familles pratiquant l'agriculture pourront encore se débrouiller, en particulier dans les régions où des cultures différentes peuvent être plantées dans le courant de l'année. Cependant, lorsqu'un ou deux produits essentiels doivent être plantés et récoltés à des moments précis de l'année, la perte de quelques travailleurs seulement à un moment crucial de la plantation et de la récolte peut perturber la production.

Ce type de difficultés se rencontrent également dans les pays où les taux nationaux de prévalence du VIH sont moins élevés et, au début 2002, elles ont poussé le Programme alimentaire mondial à coordonner un programme de dons de nourriture aux familles affectées par le VIH/SIDA dans quatre pays asiatiques (Cambodge, Chine, Myanmar et République démocratique populaire lao). Un plan analogue a été proposé pour l'Afrique australe. Le

Programme alimentaire mondial a également organisé des projets de sécurité alimentaire pour des femmes rendues veuves par le SIDA (Zambie).

La nutrition exige une approche intégrée de la sécurité alimentaire, de la santé et des soins dans les ménages, c'est pourquoi elle constitue un portail logique pour aider les communautés touchées à faire face à l'épidémie. Garantir aux femmes et aux enfants le droit de conserver les terres et les biens d'un mari/père décédé, par exemple, contribue à aider les ménages. Parmi d'autres solutions, on peut noter la promotion de cultures moins intensives mais qui restent des sources d'alimentation nutritive, et la création ou l'élargissement des programmes d'alimentation dans les écoles. L'UNICEF, par exemple, a élargi le rôle des écoles en tant que centres de ressources communautaires — une initiative qui complète la proposition du Programme alimentaire mondial d'inclure dans les programmes d'alimentation à assise scolaire des « rations à emporter à la maison ».

Les actions précoces donnent des rendements élevés

Le moyen le plus efficace d'éviter l'impact dévastateur du VIH/SIDA est d'agir avant que l'épidémie ne soit plus maîtrisable. Le calcul des retours sur investissement dans la prévention du VIH/SIDA en Thaïlande suggère que, entre 1990 et 2020, rien qu'en évitant les dépenses médicales, les taux de retour sur investissement auraient été de l'ordre de 12 à 33% pour cette période. Si l'on y ajoute les pertes de revenus évitées (en tant que bénéfices additionnels provenant de la baisse du nombre des décès dus au SIDA), ce taux de rendement monte entre 37% et 55%. On estime que les efforts du Brésil, pour lesquels le pays a été abondamment félicité, afin de fournir à tous traitement et prise en charge, ainsi que ses programmes de prévention bien conçus ont permis d'éviter 234 000 hospitalisations entre 1996 et 2000.

L'impact sur le secteur de la santé

Dans tous les pays touchés, l'épidémie de VIH/SIDA exerce un surcroît de pression sur le secteur de la santé. Dans les pays où les dépenses de santé par habitant sont faibles, l'élargissement de la prévention et de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le test et le conseil,

la prévention de la transmission mère-enfant ainsi que le traitement et la prise en charge du VIH grèvent les budgets et les systèmes de santé. Lorsque l'épidémie évolue, la demande de soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA augmente — tout comme le nombre des décès parmi les

agents de santé. En Afrique subsaharienne, les coûts médicaux directs du SIDA chaque année (sans compter la thérapie antirétrovirale) ont été estimés à quelque 30 dollars par habitant, dans une période où les dépenses globales de la santé publique sont inférieures à 10 dollars par habitant dans la majorité des pays africains. Même dans les pays à revenu élevé qui semblent tenir l'épidémie en échec, la pression sur les budgets de santé et sur les programmes d'assurance maladie est importante. Au tournant du siècle, les coûts médicaux directs de traitement des malades du SIDA dans l'Union européenne variaient entre environ 3400 dollars par personne et par année au début de l'infection symptomatique à VIH et plus de 50 000 dollars dans les derniers stades du SIDA.

Les services de soins de santé sont soumis à des niveaux de pression qui varient en fonction du nombre des personnes qui recherchent ces services, de la nature de la demande et de la capacité à fournir cette prise en charge. Dans les premiers stades, les personnes infectées par le VIH (souvent atteintes d'infections bactériennes courantes) ont tendance à utiliser les services de santé primaires et les dispensaires.

Lorsque l'infection à VIH évolue vers le SIDA, on note une augmentation des hospitalisations liées au VIH/SIDA. Le *Rapport sur le développement humain du Swaziland, 2001* a estimé que les personnes vivant avec le VIH/SIDA occupaient la moitié des lits dans certains des centres de santé du pays. La prévalence du VIH parmi les malades hospitalisés était de près de 33% dans un hôpital tanzanien, faisant de l'infection à VIH la principale cause de maladie entraînant une hospitalisation. Au Zimbabwe, 50% de tous les malades dans les hôpitaux étudiés étaient infectés par le VIH. Sans intervention massive, le problème va s'aggraver. La Banque mondiale estime que le nombre de lits qui seront nécessaires aux malades du SIDA pourrait dépasser le nombre total des lits disponibles au Swaziland d'ici à 2004 et en Namibie d'ici à 2005.

Les taux d'occupation hospitalière, pourtant, peuvent sous-estimer l'impact sur les services sanitaires, étant donné que les hôpitaux de certaines régions pourraient bien déjà fonctionner au-delà de leurs capacités. Plusieurs études ont suggéré que l'épidémie avait un impact négatif sur la qualité globale de la prise en charge. Un manque de lits, par exemple, signifie que les malades tendent à être admis à des stades plus avancés de la maladie, ce qui réduit leurs chances de guérison, comme l'ont observé certains hôpitaux du Kenya. Des séjours hospitaliers de très longue durée sont observés dans les hôpitaux du Botswana, ainsi que des pénuries et des syndromes d'épuisement parmi le personnel. Le diagnostic et l'investigation des cas qui sont devenus plus complexes avec l'intensification de l'épidémie prennent jusqu'à 30% de temps supplémentaire. La demande de conseil a augmenté, alors que les dépenses des hôpitaux en médicaments, linge, sang, test VIH et autres ont augmenté jusqu'à 40%. Au-delà du fardeau accru pour les hôpitaux et les services de santé, il se produira une importante augmentation des coûts des soins de santé de base avec l'élargissement de l'épidémie. Dans le même temps, la demande de services de santé s'élargit et le personnel de santé affecté par le VIH/SIDA s'accroît. Le Malawi et la Zambie, par exemple, observent une multiplication par cinq et six des taux de morbidité et de mortalité parmi les agents de santé. Pour compenser ce phénomène, la formation des médecins et des infirmières devrait par exemple augmenter de 25 à 40% entre 2001 et 2010 en Afrique australe. L'augmentation de la charge de travail et du stress pourrait aussi encourager l'émigration des professionnels de la santé. Reconnaisant la nécessité de consolider le secteur de la santé, les leaders africains qui participaient au Sommet extraordinaire de l'Organisation de l'Unité africaine sur le SIDA en avril 2001 se sont engagés à consacrer 15% de leur budget annuel total aux soins de santé.

L'émergence des initiatives de soins à domicile organisées dans la communauté, souvent par les personnes vivant avec le VIH/SIDA elles-mêmes,

est devenue l'une des caractéristiques les plus remarquables de l'épidémie et un mécanisme essentiel d'adaptation susceptible d'atténuer l'impact. Même si ces soins sont lancés par les communautés et fonctionnent souvent grâce à des organisations religieuses ou non gouvernementales, l'efficacité des soins à domicile dépend du soutien obtenu

auprès des secteurs officiels de la santé, du bien-être et autres secteurs sociaux. Le coût probable de la prestation des soins et du soutien à domicile pour l'ensemble de l'Afrique du Sud a récemment été estimé et, s'il n'est pas bon marché, il constitue une option financièrement abordable (voir le chapitre « Prise en charge, traitement et soutien »).

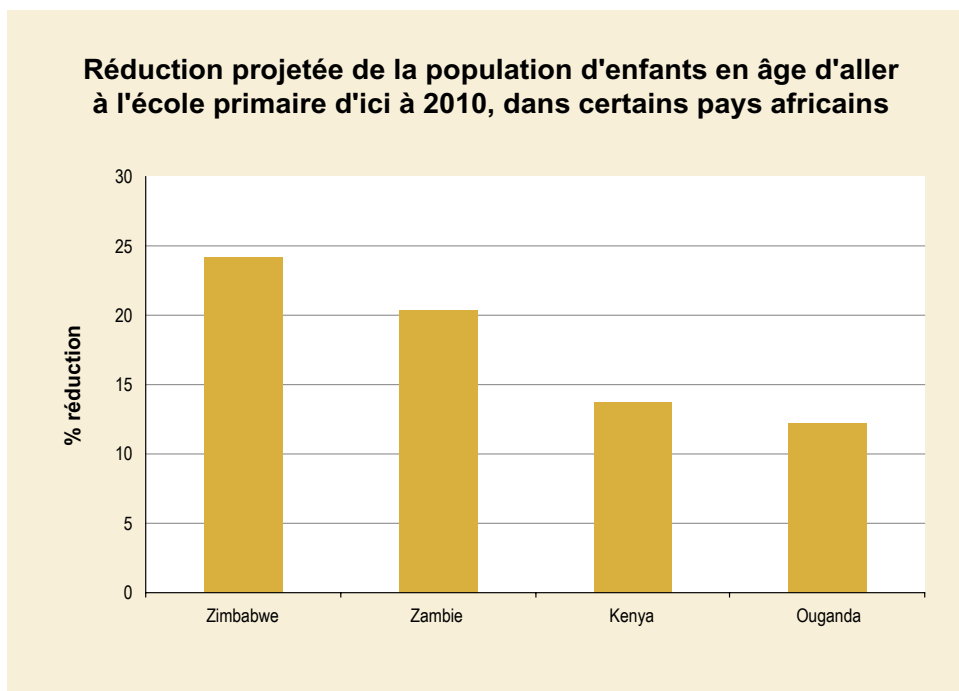
L'impact sur le secteur de l'éducation

La mesure dans laquelle les écoles et les autres établissements d'enseignement sont capables de continuer à fonctionner (en tant qu'éléments essentiels de l'infrastructure des sociétés et des communautés) aura une influence sur la manière dont les sociétés finiront par se remettre de l'épidémie.

Une baisse des inscriptions dans les écoles est un des effets les plus visibles de l'épidémie. Parmi

les facteurs qui contribuent à cette baisse on peut noter : le retrait des enfants de l'école pour prendre soin de leurs parents et des membres de la famille ; une impossibilité de payer les frais de scolarité et autres dépenses ; l'infertilité liée au SIDA et la baisse des taux de natalité qui résulte en un déclin des naissances ; et le fait que de plus en plus d'enfants sont eux-mêmes infectés et ne survivent pas jusqu'à l'âge scolaire (voir Figure 11).

Figure 11



Source : Banque mondiale, 2000

Selon une étude réalisée par la Division de l'économie de la santé et de la recherche sur le SIDA de l'Université du Natal en Afrique du Sud, par exemple, en 2001, les inscriptions en première année dans certaines régions de la province du KwaZulu-Natal étaient inférieures de 20% à celles de 1998. Les difficultés économiques sont une des causes importantes de cette tendance, mais l'étude suggère aussi que certains enfants ne vivent pas assez longtemps pour entrer à l'école. En République centrafricaine et au Swaziland, on rapporte que les inscriptions à l'école ont chuté de 20 à 36% en raison du SIDA et du nombre des orphelins, les filles étant les plus touchées.

Le SIDA réduit aussi la capacité des systèmes éducatifs à assurer leur mandat social fondamental, en raison de l'augmentation du nombre des décès chez les enseignants. Une récente étude au Manicaland, Zimbabwe, a relevé que 19% des enseignants et près de 29% des enseignantes étaient infectés par le VIH — soit presque exactement les mêmes pro-

portions que celles observées parmi les travailleurs et travailleuses dans la population générale. Selon le Syndicat des enseignants démocrates en Afrique du Sud, les décès liés au SIDA parmi les enseignants dans l'ensemble du pays ont augmenté de plus de 40% entre 2000 et 2001 — comme le montrent les demandes de remboursement adressées au « plan obsèques » du syndicat entre juin 2000 et mai 2001. La maladie et le décès des enseignants sont particulièrement dévastateurs dans les zones rurales, où les écoles reposent souvent totalement sur un ou deux enseignants. En outre, les maîtres qualifiés ne sont pas faciles à remplacer. Le Swaziland estime qu'il lui faudra former 13 000 enseignants au cours des 17 prochaines années pour maintenir les services à leur niveau de 1997 — soit 7000 de plus qu'en l'absence du SIDA.

Si la disparition des enseignants et des administrateurs affecte directement la qualité de l'éducation, on peut craindre aussi que les pressions sur les services de santé et de bien-être social ne

Dépasser les évidences — adapter l'éducation

Le SIDA nous oblige à imaginer de nouvelles manières d'utiliser l'éducation contre l'épidémie. Les planificateurs et les responsables de l'élaboration des politiques en matière d'enseignement envisagent d'autres formes de scolarité, notamment une scolarité structurée autour de modules et de semestres, plutôt que sur la base de degrés associés à des classes d'âge.

Grâce à un projet dans 11 pays africains, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) aide les écoles à mettre l'accent sur la prévention dans les classes, sur les messages relatifs aux compétences essentielles, ainsi que sur les programmes pour les enfants qui ont quitté l'école pour s'occuper de leurs parents malades ou pour travailler afin d'aider la famille. Parmi les interventions, on peut noter un programme radiophonique interactif (dont le projet pilote a eu lieu en Zambie) qui apporte aux orphelins et aux enfants vulnérables l'éducation nécessaire. L'Organisation ougandaise d'aide aux malades du SIDA (TASO) — un groupe ougandais qui, d'ordinaire, fournit un soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA — a observé que la principale préoccupation des personnes s'occupant d'orphelins et d'enfants vulnérables portait sur les coûts liés à la fréquentation scolaire. TASO apporte maintenant un appui à 232 écoliers, aux degrés primaires et secondaires et en apprentissage, en leur fournissant les sommes permettant de couvrir les frais de scolarité et de matériels d'enseignement. Le programme forme en outre des enseignants aux techniques de base du conseil et offre des ateliers enfants/tuteurs afin que les enfants comme les personnes qui s'en occupent disposent d'un forum pour parler de leurs problèmes et trouver des solutions. Un autre moyen de soulager les systèmes d'enseignement mis à rude épreuve par le SIDA est de faire appel aux enseignants retraités.

détourne les ressources de l'éducation vers les autres secteurs. Les coûts associés à la formation de nouveaux enseignants et au recrutement d'enseignants remplaçants pèsera aussi sur les budgets, retardant les investissements en matière d'infrastructures, de matériels et de ressources humaines. Pourtant de telles améliorations sont nécessaires pour les pays qui souhaitent être compétitifs dans une économie mondiale fondée toujours davantage sur l'expertise.

L'initiative Ed-SIDA de la Banque mondiale est l'une des activités entreprises pour éviter de telles conséquences. Tout en créant des instruments

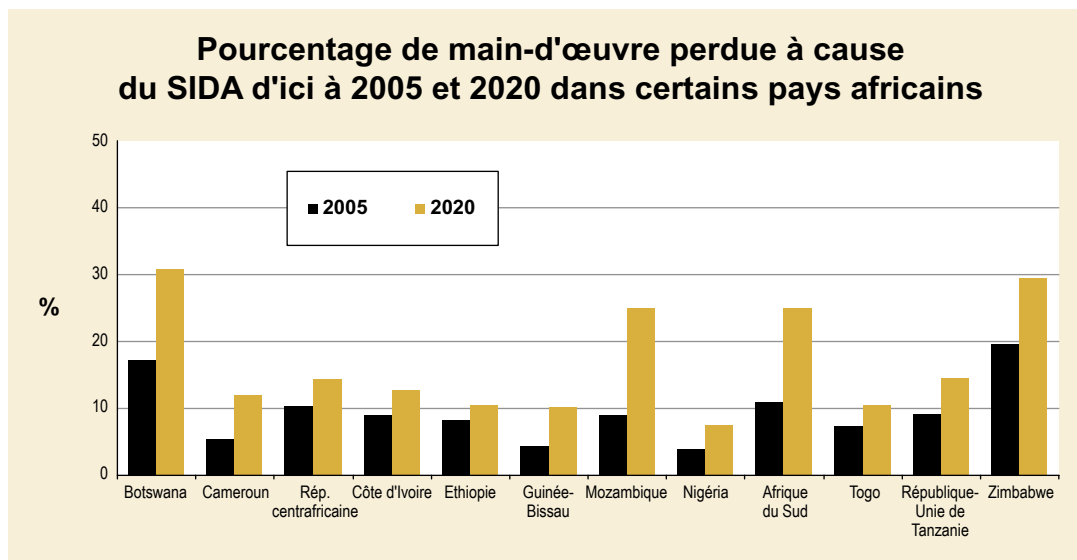
de planification et de gestion énergiques, le programme forme des planificateurs de l'éducation à la modélisation des changements dans l'offre et la demande en matière d'éducation. Par exemple, établir des projections de la morbidité et de la mortalité chez les enseignants, calculer si le nombre d'enseignants sera suffisant pour réaliser les objectifs de l'éducation et analyser l'évolution des réalités et des besoins des étudiants. A ce jour, des planificateurs de 10 pays africains ont participé à la formation donnée par le programme Ed-SIDA et l'initiative est maintenant élargie à d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

L'impact sur les entreprises et les lieux de travail

Le VIH/SIDA a de graves conséquences sur le monde du travail, ralentissant l'activité économique et le progrès social. La vaste majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde a entre 15 et 49 ans — principale période de la vie active.

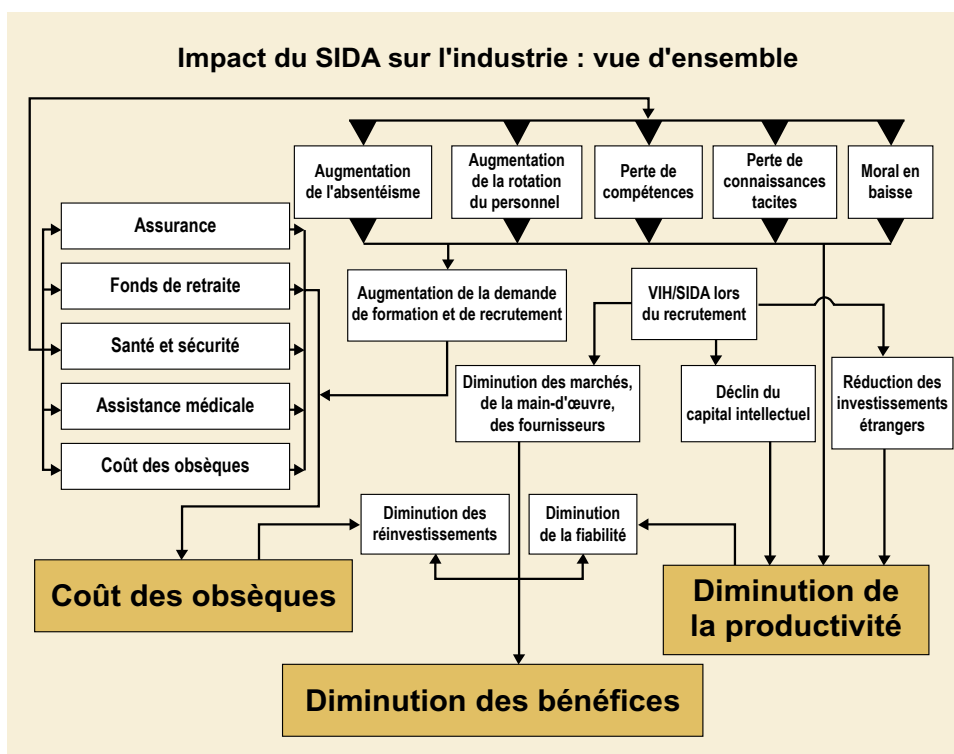
La productivité et la rentabilité constituent les préoccupations fondamentales des entreprises, quelle que soit leur taille. Le SIDA affaiblit l'activité économique en réduisant la productivité, en augmentant les coûts, en réorientant des ressources et en amenuisant les compétences. En outre, au fur

Figure 12



Sources : OIT (2000) POPILO, projection de la population et de la main-d'œuvre ; Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population (1998) *Perspectives démographiques mondiales, révision 1998*

Figure 13



Source : ONUSIDA (2002), adapté de *Réponse des entreprises au VIH/SIDA : Impact et leçons tirées*

et à mesure de l'augmentation de l'impact sur les ménages, la demande de produits et services va en diminuant. L'épidémie frappe principalement la productivité en raison de l'augmentation de l'absentéisme, des perturbations organisationnelles et de la disparition des compétences et de la « mémoire institutionnelle ». L'augmentation de l'absentéisme tend à gonfler les coûts visibles tout en ralentissant la productivité, ce qui met en danger la rentabilité. Les cycles de production peuvent être perturbés, le matériel est sous-utilisé et il faut parfois recruter et former du personnel temporaire. Des études comparatives dans des entreprises d'Afrique de l'Est ont montré que l'absentéisme pouvait représenter entre 25 et 54% des coûts de l'entreprise. Le contrôle de la qualité des produits et services est souvent affecté, ce qui peut entraîner une désaffection de la clientèle.

Une étude dans plusieurs pays d'Afrique australe a estimé que l'impact combiné de l'absentéisme lié au SIDA, des baisses de la productivité, des

dépenses de santé et des dépenses de recrutement et de formation pourrait réduire les bénéfices de 6 à 8% au moins. NamWater, la plus importante compagnie de purification des eaux de la Namibie, a annoncé que le VIH/SIDA perturbait son bon fonctionnement en raison de l'augmentation de l'absentéisme et de la chute de la productivité.

L'impact dans le secteur informel peut être particulièrement rude. Lorsque le patron n'est plus en mesure de travailler, la totalité de l'entreprise risque de s'effondrer.

Les taux élevés d'absentéisme, de morbidité et de mortalité provoquent une désorganisation croissante dans la main-d'œuvre, avec pour conséquence un renouvellement accéléré du personnel, une perte de compétences et une baisse du moral. Une étude portant sur une compagnie de bus du Zimbabwe a montré que l'absentéisme lié au SIDA expliquait 54% de tous les coûts associés au SIDA, suivi par les maladies symptomatiques

Exemple d'action

En 1999-2000, la compagnie minière du diamant Debswana, au Botswana, a réalisé un audit institutionnel pour se faire une image plus détaillée de l'impact de l'épidémie sur la compagnie et sur son fonctionnement. Elle a découvert que les retraites et les décès liés au SIDA avaient fortement augmenté. En 1996, 40% des retraites et 37,5% des décès parmi les travailleurs étaient dus au VIH/SIDA ; en 1999, la proportion était passée à 75% et 59% respectivement. Les hôpitaux de l'entreprise avaient aussi enregistré une augmentation des admissions d'ouvriers souffrant de maladies liées au VIH/SIDA. Une riposte concertée était donc nécessaire.

L'audit a examiné les niveaux de compétences, les possibilités de formation et de remplacement des compétences nécessaires, ainsi que les coûts. Il a analysé des stratégies de réduction des risques pour certains postes critiques, estimant les responsabilités et les coûts associés aux bénéfices, élaborant des systèmes de surveillance de la productivité et envisageant les options et les coûts potentiels des traitements. Il en est résulté une politique qui fera date : offrir aux employés et à leurs conjoints 90% du coût de la thérapie antirétrovirale et exiger des fournisseurs de biens et services de la compagnie qu'ils mettent en place des programmes SIDA. En outre une priorité absolue a été accordée aux mesures de prévention.

liées au VIH, calculées à 35%. La perte des compétences semble être le facteur de coût le plus fréquemment cité dans les ateliers. Ainsi, même dans les régions où le chômage est important (et qui disposent d'un réservoir apparemment inépuisable de main-d'œuvre peu ou pas qualifiée) l'épuisement des compétences et des connaissances visibles et invisibles finit par être considérable. L'ensemble de ces effets est illustré à la Figure 13. Pour résoudre ces problèmes, les entreprises doivent investir de plus en plus dans la formation et le recrutement.

Pour les entreprises, les coûts de la santé, des subventions pour obsèques et des fonds de pension risquent d'augmenter subitement avec l'accroissement des retraites anticipées et des décès. Une étude dans une entreprise agricole commerciale du Kenya a montré que les dépenses médicales liées au SIDA dépassaient les dépenses prévues de 400%. Les coûts des funérailles sont également couverts par certains employeurs, notamment en Afrique, et ils sont en forte augmentation. Toutefois, ces effets ne sont pas limités aux pays du Sud. Aux Etats-Unis d'Amérique, les Centers for Disease Control and Prevention ont observé que les entre-

prises comptant environ 1000 employés avaient calculé que le coût sur cinq ans d'un employé infecté par le VIH variait entre 17 000 et 32 000 dollars. Il est par conséquent économiquement rationnel de soutenir les programmes de prévention. La fourniture des soins de santé constitue également un bon investissement, car elle limite ou prévient la maladie et l'absentéisme.

Ignorer l'impact potentiel ?

De nombreuses entreprises ne considèrent toujours pas l'épidémie comme une menace majeure. L'OIT a réalisé des évaluations rapides dans des entreprises de tailles diverses et représentant plusieurs secteurs pour déterminer la perception de l'épidémie parmi les directeurs. En Afrique du Sud, si plus de 60% estimaient que l'épidémie constituait une menace très grave au niveau national, quelque 20% seulement pensaient qu'elle menaçait gravement *leur* entreprise. La plupart des employeurs conscients du problème (en particulier dans les secteurs des transports, des mines et de la fabrication) ont déclaré que leur compagnie était touchée par l'augmentation de l'absentéisme (voir « Le Point : le SIDA et le monde du travail »).

L'impact macro-économique : réel mais difficile à cerner

Par son impact sur la main-d'œuvre, les ménages et les entreprises, le VIH/SIDA peut constituer un frein important à la croissance économique et au développement. Une bonne connaissance de l'impact du VIH/SIDA sur l'économie nationale et sur les divers secteurs et acteurs est précieuse pour une planification stratégique nationale efficace et essentielle à un plaidoyer crédible.

Plusieurs études concèdent que l'effet net de l'épidémie sur le produit intérieur brut (PIB) par habitant est négatif et peut-être même important. Pour les pays dont les taux nationaux de prévalence du VIH/SIDA sont de 20%, on estime que la croissance annuelle du PIB chute en moyenne de 2,6%. Des calculs plus récents ont suggéré que le taux de croissance économique est tombé de 2 à 4% en Afrique subsaharienne en raison du SIDA. Dans le même temps, des études à l'échelon national ont prédit que, d'ici à 2015, les économies du Botswana et du Swaziland connaîtraient une croissance inférieure de 2,5 et 1,1 points de pourcentage respectivement à ce qu'elles auraient été sans l'épidémie. Les scénarios à long terme conçus pour le Mozambique indiquent que le SIDA réduira le produit intérieur brut et pourrait même décourager les investisseurs étrangers et nationaux.

D'ici au début de la prochaine décennie, l'Afrique du Sud, qui représente environ 40% de la production économique de l'Afrique subsaharienne, sera confrontée à un produit intérieur brut réel inférieur de 17% à ce qu'il aurait été sans le SIDA. Une étude a prédit que l'économie de l'Afrique du Sud aurait entre 2000 et 2015 une croissance annuelle inférieure de 0,3 à 0,4% à ce qu'elle aurait été sans le SIDA. Des recherches ont également montré que, bien que ce soit sur les catégories relativement peu qualifiées du marché du travail

que le SIDA aura le plus d'impact, les niveaux de chômage demeureront largement inchangés. Selon une enquête annuelle sur les investisseurs réalisée par BusinessMap SA, l'épidémie de SIDA a accru le profil de risque des investissements en Afrique australe. Les investisseurs recherchent maintenant des taux élevés de rendement de 15 à 20% en Afrique du Sud et même supérieurs à 25% dans le reste de la région.

L'impact économique devrait aussi frapper d'autres continents. Une recherche à l'Université des West Indies a estimé que le SIDA pourrait entraîner une perte moyenne du PIB de 5% d'ici à 2005 en Jamaïque et à la Trinité-et-Tobago. Une étude a projeté que le produit intérieur brut en 2005 dans les Caraïbes serait inférieur d'environ 4,2% à ce qu'il aurait été sans l'épidémie.

D'autres recherches sont nécessaires pour obtenir un modèle plus précis de l'impact macro-économique. Il est particulièrement important de faire la différence entre l'impact du SIDA sur l'affaiblissement des économies et les autres facteurs négatifs tels que la baisse des termes de l'échange, l'importance du fardeau de la dette et les effets de l'ajustement structurel, de la faiblesse des systèmes de gestion publique, de l'instabilité politique et des conflits. Les calculs par habitant peuvent aussi cacher et sous-estimer l'impact humain du SIDA. L'épidémie tue *des personnes*, en plus de réduire la productivité économique. Dans les situations où les activités économiques informelles (y compris l'agriculture de subsistance) figurent au premier plan, la mesure de la production économique ne fait qu'effleurer la surface de l'impact global du VIH/SIDA sur les revenus, la sécurité alimentaire, le bien-être de la communauté et le destin des sociétés.

La sécurité menacée

Le SIDA engendre une demande accrue de ressources et de services à tous les niveaux de la société, tout en affaiblissant les fondements mêmes de l'économie et de l'Etat. Sur les fronts de l'économie et du développement, plusieurs des pays les plus touchés étaient déjà confrontés à des défis de développement impressionnants, au fardeau excessif de la dette et à une baisse des termes de l'échange avant même le début de l'épidémie. C'est dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne que le phénomène est le plus évident, mais il se fait de plus en plus présent dans plusieurs pays de l'ex-Union soviétique, où la restructuration de l'économie s'est accompagnée d'échecs socio-économiques. Le VIH/SIDA aggrave ces faiblesses de plusieurs manières. Si des ripostes efficaces ne sont pas mises en place et si on laisse l'épidémie se développer sans frein, ces multiples effets pourraient se répandre en cascade dans toute la société, accroissant le risque d'insécurité — comme les responsables des politiques commencent maintenant à le découvrir.

Reconnaissant les implications du VIH/SIDA en matière de sécurité, le Conseil de Sécurité des Nations Unies a pris une décision historique en janvier 2000 lorsque, pour la première fois, il a abordé un problème de santé. En adoptant la résolution 1308 (2000), il a mis en lumière la menace potentielle que présente l'épidémie pour la sécurité internationale, notamment dans les situations de conflit et d'opérations de maintien de la paix.

Réactions en chaîne

Dans tous les pays, la stabilité et le progrès dépendent de la cohésion sociale. Les citoyens doivent pouvoir se fier à l'autorité de la loi, ils doivent pouvoir croire que l'Etat protège leurs intérêts les plus fondamentaux et ils ont besoin de savoir qu'eux-mêmes et leurs enfants peuvent espérer une amélioration de leur niveau de vie. L'épidémie de

SIDA affaiblit un grand nombre de ces piliers de la cohésion sociale, car le VIH/SIDA, ainsi que d'autres facteurs (par exemple les conflits et la stagnation économique) peuvent avoir un effet destructeur sur la sécurité humaine — c'est-à-dire sur le droit des individus d'être à l'abri de la faim, de la maladie et de la répression. Ceci est particulièrement important à la lumière du fait que de nombreux pays tant dans la région comptant l'épidémie à la croissance la plus rapide (Europe orientale) que dans la région comptant les taux nationaux de prévalence du VIH les plus élevés (Afrique subsaharienne) sont de jeunes démocraties, dans lesquelles des bureaucraties d'Etat restructurées s'efforcent de gagner la confiance des citoyens.

Dans un grand nombre des pays les plus touchés par le VIH/SIDA, les capacités de l'Etat à aider les ménages ont souffert au cours des deux dernières décennies. En accroissant encore les pressions sur les budgets nationaux et en affaiblissant les institutions de l'Etat, l'épidémie rend plus difficile encore l'une des tâches les plus importantes des pouvoirs publics — protéger les citoyens de la souffrance, y compris de la faim, de la maladie et de la misère. L'épidémie n'épargne pas le personnel instruit et qualifié qui administre et gère l'Etat et les autres grandes institutions. En Zambie, près de deux tiers des décès qui se sont produits parmi les dirigeants d'entreprises ont pu être attribués au SIDA, alors qu'une étude de la banque ING Barings a prévu que 23% de la main-d'œuvre qualifiée d'Afrique du Sud serait positive au VIH d'ici à 2005. Au fur et à mesure que la prestation des services essentiels chancelle — notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation, du bien-être et de la justice — les familles les plus pauvres et les plus vulnérables supportent les conséquences les plus graves. Même lorsque les systèmes de protection sociale locaux, traditionnels ou nouveaux, tiennent bon, le fait que l'Etat ne soit plus en mesure de soutenir de manière

satisfaisante les systèmes d'adaptation mis en place dans les communautés peut écorner sa légitimité.

L'impact potentiel de l'épidémie sur l'autorité de la loi est particulièrement important. Même s'il est difficile d'obtenir des statistiques, les taux de réduction des effectifs parmi les personnels des institutions de défense de la loi et de l'ordre dans les pays à forte prévalence semblent être à égalité avec ceux des autres secteurs (par exemple l'éducation et la santé). Au Kenya, par exemple, on estime que le SIDA est responsable de trois quarts au moins de tous les décès dans la police (voir le chapitre « Prévention »). Le secteur comprend aussi les juges, les procureurs, les clercs et les avocats — autant d'acteurs du maintien de la loi et de la stabilité sociopolitique.

Un Etat qui n'est plus en mesure de fournir des services sociaux suffisants — qu'il s'agisse d'éducation, de santé ou de justice — peut involontairement favoriser l'aliénation politique et affaiblir sa propre légitimité. Par ses effets sur les capacités tant de l'Etat que de la communauté, le SIDA peut ainsi contribuer aux troubles sociaux et peut-être même à des conflits civils. De telles perturbations frappent invariablement les groupes les plus vulnérables de la

société. Les enfants rendus orphelins par le SIDA, par exemple, se retrouvent particulièrement vulnérables dans de telles circonstances et dans certaines situations, ils peuvent être attirés vers des activités militaires ou paramilitaires dans l'espoir de former des liens « familiaux » et avec la promesse de nourriture et de biens de consommation.

Mais tout n'est pas négatif. Dans de nombreux pays, l'épidémie suscite de nouvelles formes de mobilisation avec la création de réseaux sociaux et d'organisations de lutte contre le SIDA et ce phénomène à son tour fortifie la société civile, comme le montre le présent rapport. Les réseaux de soutien communautaire se mobilisent autour de l'épidémie et les groupes en faveur des droits sociaux préconisent l'accès au traitement, la protection des droits de l'homme et une amélioration des conditions socio-économiques. Les initiatives lancées par la communauté et les autres forces populaires (avec le soutien de l'Etat et du secteur privé) se sont révélées cruciales dans les pays qui luttent contre l'épidémie. Dans tous ces cas, les communautés ont choisi d'agir non sur la base de la crainte et du déni, mais sur celle de la compassion et de la solidarité.

Rompre le cercle vicieux

Etant donné l'impact dévastateur unique du VIH/SIDA sur les ménages, les communautés et les sociétés tout entières, les politiques et les stratégies nationales de lutte contre la pauvreté doivent être modifiées et élargies en conséquence. Si cela ne se fait pas, le SIDA continuera à éroder les progrès du développement humain, à aggraver la pauvreté et à entraver l'accès à l'éducation, à la santé et à des moyens d'existence viables.

Renforcer les capacités humaines pour riposter au VIH/SIDA

Quel que soit le soin apporté à leur compilation et à leur concordance, les données ne peuvent qu'ef-

fleurer l'impact humain de l'épidémie, à quelque niveau que ce soit, mondial, sociétal, familial ou individuel. La mobilisation et le renforcement des *capacités humaines à faire face* et à surmonter les effets du VIH/SIDA sont donc un élément essentiel d'une riposte efficace.

Souvent les circonstances ont poussé les décideurs et les leaders de la société à s'assurer le concours des membres de la communauté en tant que responsables des initiatives, plutôt que de les considérer comme de simples « bénéficiaires » ou « clients ». En Zambie, par exemple, une Equipe nationale de facilitation a été constituée pour faire en sorte que les ripostes locales soient encouragées et élargies.

Déclaration d'engagement

D'ici à 2003, intégrer la prévention du VIH/sida, les soins, le traitement et l'appui, et des stratégies prioritaires d'atténuation des effets de l'infection dans la planification du développement, notamment dans les stratégies d'éradication de la pauvreté, les crédits budgétaires nationaux et les plans de développement sectoriels (paragraphe 38).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Les membres de l'Equipe sont recrutés dans les organisations et réseaux nationaux et locaux qui souhaitent développer les capacités humaines dans le cadre de leur riposte au VIH/SIDA. L'Equipe met en place des moyens novateurs de transfert des connaissances, pour permettre aux réseaux et aux organisations de profiter des expériences locales. L'Association pour la santé communautaire de Zambie et l'Armée du Salut, avec l'appui de l'ONUSIDA, facilitent les activités de l'Equipe.

Dans le secteur de l'éducation, le VIH/SIDA a fait de nombreuses victimes tant chez les enseignants que chez les écoliers. Les Nations Unies (UNICEF, UNESCO, OMS et Banque mondiale) ont lancé le partenariat FRESH (Privilégier un programme efficace de santé scolaire), qui collabore avec les syndicats affiliés à Education International, les ministères de l'éducation et les associations d'enseignants, pour contribuer à renforcer la capacité des enseignants à réduire leurs propres risques d'infection à VIH et à offrir à leurs étudiants des services de prévention du VIH/SIDA. Ce n'est qu'en faisant face directement aux problèmes de la pénurie d'enseignants et du risque auquel s'exposent les étudiants que cette crise à deux facettes dans le secteur de l'éducation pourra être résolue.

Dans les Caraïbes — la deuxième région du monde la plus touchée — des activités sont en cours pour renforcer la capacité humaine à faire face aux besoins en matière de prise en charge suscités par l'épidémie. Le Réseau régional de formation au VIH/SIDA dans les Caraïbes a été

constitué pour tenter de satisfaire ces besoins. Il a pour but de faire participer les communautés et les individus directement touchés par le VIH/SIDA à la formation des dispensateurs de services. Les pays qui ont démontré leurs compétences dans certains domaines de service serviront de pivots aux initiatives de formation dans les pays voisins. Le but est de poursuivre le renforcement des capacités locales, plutôt que de se reposer sur les ressources humaines temporaires importées d'ailleurs.

Défendre les services publics et les gouvernements démocratiques

Des efforts particuliers sont nécessaires pour garantir le maintien des services publics essentiels. Un accès équitable aux services publics essentiels est crucial, ce qui rend d'autant plus urgente l'abolition pour les personnes démunies des redevances payées par les utilisateurs pour les services de base. L'impact du VIH/SIDA sur les services publics doit être pris en compte tant pour ce qui est de l'augmentation de la demande que de la baisse de la capacité à dispenser ces services. Le remplacement des professionnels qualifiés est une priorité, en particulier dans les pays à faible revenu où les gouvernements s'appuient, dans une large mesure, sur un nombre limité de décideurs et de gestionnaires pour administrer les services publics et sociaux essentiels.

Au Malawi, par exemple, le gouvernement a lancé une grande enquête sur l'impact du VIH/SIDA

sur les ressources humaines dans le secteur public et se prépare à introduire des mesures pour maintenir la productivité et garantir un soutien aux employés touchés par l'épidémie. Le gouvernement envisage de créer un système susceptible de mieux suivre la morbidité, la mortalité et l'absentéisme dans les services publics et d'établir un fonds pour aider le personnel à assumer les frais d'obsèques et pour assurer une filière rapide de formation et de recrutement de personnels de remplacement. Il procède en outre à l'ajustement de ses politiques concernant la gestion des ressources humaines, pour faire en sorte que les services essentiels ne soient pas perturbés et il accélère les activités de prévention et de prise en charge sur le lieu de travail.

Intensifier la lutte contre la pauvreté

Des stratégies de développement social et économique adaptées au défi unique que présente le VIH/SIDA ont toutes les chances de réduire la pauvreté. Pour les pays touchés par le SIDA, une réduction durable de la pauvreté n'est facilement réalisable que si les politiques macro-économiques elles aussi visent à

- réduire les inégalités ;
- améliorer l'accès aux ressources de la production de segments plus large de la population ;
- améliorer le budget discrétionnaire (en réduisant par exemple le poids de la dette) ;
- améliorer les dépenses publiques en matière de services essentiels, tels que l'éducation pour la santé et la fourniture d'eau potable ;
- stimuler l'emploi ; et
- renforcer les systèmes sociaux et les infrastructures.

Il ne s'agit pas là de problèmes nouveaux : le SIDA les rend simplement plus urgents.


Des initiatives telles que les stratégies de lutte contre la pauvreté exigées par les programmes d'atténuation de la dette ont plus de chances d'obtenir des résultats positifs durables si elles comportent des engagements et des objectifs spécifiquement liés à la prévention et à la prise en charge du VIH, ainsi qu'à l'atténuation de son impact. Parmi ces objectifs on pourrait compter une amélioration de l'accès aux services essentiels pour les survivants du SIDA (en particulier les orphelins) ainsi qu'une meilleure sécurité alimentaire. Au Burkina Faso, par exemple, le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté exigé pour l'allègement de la dette accorde une priorité élevée au VIH/SIDA. Par conséquent, le gouvernement a décidé d'attribuer une partie des économies ainsi réalisées à la prévention et au soutien dans le domaine du VIH/SIDA, apportant des ressources supplémentaires et faisant en sorte que la riposte au VIH/SIDA devienne un élément central du programme de développement du pays. Le Plan national d'action en faveur de l'éradication de la pauvreté en Ouganda est particulièrement axé sur l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA sur les ménages et les communautés. Les ressources provenant du Fonds national d'action contre la pauvreté sont acheminées au niveau du district et du village ; là, elles soutiennent les membres survivants des familles affectées par l'épidémie grâce à des activités productrices de revenus, des programmes de micro-crédit et de formation et à l'amélioration de l'accès des orphelins à l'école.

Un système mondial plus équitable

Un grand nombre des pays plus marginalisés du monde ont aussi besoin de la solidarité, de la coopération et d'un soutien financier à long terme de la part de la communauté internationale. Des investissements et des échanges commerciaux plus équitables peuvent contribuer à faire en sorte que le progrès économique mondial profite aussi aux

plus pauvres. Une augmentation de l'aide publique au développement à l'appui des stratégies de lutte contre la pauvreté et de l'amélioration des services sociaux aurait le même effet. Depuis 1990, l'aide publique au développement accordée aux 28 pays dont les taux de prévalence du VIH chez l'adulte sont les plus élevés (plus de 4%) a chuté d'un tiers (voir le chapitre « Satisfaire les besoins »).

Des mesures admirables et potentiellement décisives ont été prises au cours des deux dernières

années pour tenter de maîtriser le VIH/SIDA. Pour la première fois, une reconnaissance politique générale de la crise est évidente, tout comme l'engagement à y faire face. Des dizaines de stratégies contre le SIDA ont été introduites ou vont être finalisées. De nouveaux partenariats ont été créés, les organisations communautaires locales jouant, comme toujours, un rôle de pionnier. Pourtant, étant donné les ravages provoqués par cette épidémie il est tout aussi clair qu'il nous faut faire encore bien davantage, sans plus attendre. 

Le Point : le SIDA et les droits de l'homme

3

Dans un monde où règne le SIDA, la non-protection des droits de l'homme peut devenir une question de vie ou de mort. Inversement, garantir ces droits peut permettre aux gens d'éviter l'infection ou, s'ils sont déjà infectés, de mieux en affronter les conséquences.

Le VIH/SIDA a creusé plus profondément les clivages sociaux et économiques des communautés et des sociétés et il continue à élargir le fossé. Partout dans le monde, ceux qui sont les plus affectés par le VIH/SIDA sont des personnes et des communautés qui ont un accès limité aux droits sociaux et économiques fondamentaux. Priver les gens de leurs droits fondamentaux limite leurs possibilités de défendre leur autonomie, d'assurer durablement leur subsistance et de se protéger, ce qui les rend plus vulnérables à la fois à l'infection à VIH et à l'impact de l'épidémie sur leur vie.

C'est pour cela qu'il est nécessaire de faire le bilan de l'épidémie dans le contexte des droits de l'homme. Apprécier l'épidémie de cette manière met également davantage en relief quelques-unes des conditions préalables à une réponse efficace : intégrer les principes, les normes et les critères établis dans les instruments internationaux exis-

tants relatifs aux droits de l'homme et recourir aux institutions nationales et internationales pertinentes pour satisfaire ces droits. Le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA du Ghana, par exemple, comporte maintenant un chapitre consacré à la création d'un environnement favorable qui identifie des stratégies de prise en compte des droits de l'homme et des questions juridiques et éthiques. Les principes de non-discrimination sont intégrés dans cette stratégie qui interdit également les tests VIH obligatoires.

Les droits de l'homme qui sont intimement liés à la réduction de la vulnérabilité au VIH/SIDA et à l'atténuation de l'impact de l'épidémie figurent dans les instruments existants comme la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte relatif aux droits civils et politiques, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant.

Les principes de non-discrimination, d'égalité et de participation sont la pierre angulaire d'une stratégie VIH/SIDA efficace qui intègre les droits de l'homme. Plus spécifiquement, les droits de

Déclaration d'engagement

D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux [...] (paragraphe 58).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Tableau 2

| Quelques principes clés des droits de l'homme | Actions en matière de VIH/SIDA | Instruments pertinents en matière de droits de l'homme |
|---|---|---|
| Droit au meilleur état de santé physique et mentale possible | S'assurer que les outils et services de prévention du VIH (comme le traitement des infections sexuellement transmissibles, la fourniture de préservatifs masculins et féminins et le conseil et le test volontaires) sont disponibles ainsi que les médicaments destinés aux infections opportunistes, au traitement de la douleur, et les antirétroviraux. Garantir la disponibilité des infrastructures et du personnel de santé nécessaires. | <ul style="list-style-type: none"> • Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme • Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels • Article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes • Articles 24 et 25 de la Convention relative aux droits de l'enfant |
| Droit à l'information et à l'éducation | Fournir l'information et l'éducation relatives à la santé sexuelle et à la prévention du VIH. | <ul style="list-style-type: none"> • Article 19 de la Déclaration universelle des droits de l'homme • Article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques • Article 37 de la Convention relative aux droits de l'enfant |
| Droit au respect de la vie privée | S'assurer que le test et le conseil sont volontaires et que les résultats sont confidentiels ; garantir le droit de ne pas les divulguer à un tiers. | <ul style="list-style-type: none"> • Article 12 de la Déclaration universelle des droits de l'homme • Article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques • Article 37 de la Convention relative aux droits de l'enfant |
| Droit d'accès aux progrès de la science et aux bénéfices qui en découlent | Assurer un meilleur accès à la prophylaxie simple de la douleur et aux antibiotiques pour le traitement des infections sexuellement transmissibles et des affections en rapport avec le VIH ainsi que celles liées au traitement du VIH/SIDA | <ul style="list-style-type: none"> • Article 27 de la Déclaration universelle des droits de l'homme • Article 15 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels |

l'homme les plus pertinents en matière de protection de la dignité des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA et de prévention de la propagation de l'infection sont : la non-discrimination ; le droit à la santé ; le droit à l'égalité des sexes ; les droits de l'enfant ; le droit au respect de la vie privée ; le droit à l'éducation et à l'information ; le droit au travail ; le droit de se marier et de fonder une famille ; le droit à la sécurité sociale et à l'assistance ; le droit à la liberté ; et le droit à la liberté de mouvement.

Dans le contexte du VIH/SIDA, les gouvernements ont l'obligation de respecter, de protéger et de satisfaire les droits de l'homme. Les différents instruments internationaux créés au cours des 50 dernières années constituent un cadre de responsabilité. En effet, au cours des deux dernières années, l'interprétation des cadres conceptuels des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA a été davantage reconnue :

- le *Commentaire général 14 sur le droit à la santé* (mai 2000), adopté par le Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels, situe plusieurs caractéristiques clés du droit à la santé dans le contexte du VIH/SIDA. Ce sont notamment la dispo-

nibilité et l'acceptabilité, et l'accès à, des structures de soins, des biens et services et des programmes de santé publique fonctionnels.

- La *Résolution 2001/33 de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies* sur « L'accès aux médicaments dans le contexte de pandémies comme celle de VIH/SIDA » reconnaît que l'accès aux médicaments est fondamental pour répondre pleinement au droit au meilleur état de santé physique et mentale possible. Cette résolution appelle les Etats à mettre en œuvre des politiques de promotion de la disponibilité des médicaments relatifs au VIH/SIDA en quantité suffisante et accessibles à tous.

Enfin, le lien étroit entre le VIH/SIDA et les droits de l'homme a été reconnu lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en 2001.

Le cadre conceptuel international des droits de l'homme constitue une base solide qui permet aux personnes et aux organisations de solliciter dans leurs pays respectifs des changements et des actes — revendiquer et exercer leurs droits, résister à l'exclusion et à la marginalisation et se battre pour la justice sociale.

Prise de conscience des droits

L'inégalité de l'accès aux traitements VIH salvateurs est un problème flagrant en matière de droits de l'homme. Il affecte également le degré de discrimination qui persiste puisque la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont largement dues au fait que le VIH/SIDA est considéré comme incurable et mortel. Améliorer l'accès aux médicaments ne contribue donc pas seulement à réaliser le droit à la santé et à surmonter les inégalités liées à la pauvreté ; cela change également les attitudes.

En déployant les principes, les normes et les valeurs des droits, les militants ont remporté des victoires éclatantes sur ce front.

Au Costa Rica, des organisations non gouvernementales locales ont aidé un étudiant séropositif à solliciter auprès de la Cour Suprême une polythérapie qu'il ne pouvait pas se payer. La Cour lui a donné raison, ce qui a suscité une douzaine de demandes similaires. En l'espace de quelques semaines, le système national de sécurité sociale a

dû élaborer un plan de fourniture d'antirétroviraux pour tous les citoyens vivant avec le VIH/SIDA.

Au Venezuela, Acción Ciudadana Contra el SIDA (Action citadine contre le SIDA), en collaboration avec des professionnels de la santé, des juristes et des militants du SIDA, a intenté en 1997 un procès au nom d'un groupe de personnes vivant avec le VIH/SIDA et couvertes par le système de sécurité sociale. La plainte stipulait que les plaignants ne bénéficiaient pas d'une prise en charge

médicale appropriée telle que la garantissait la Constitution du pays, la Convention américaine relative aux droits de l'homme et d'autres conventions signées et ratifiées par le Venezuela. La Cour a reconnu le bien-fondé de la plainte et ordonné au système de sécurité sociale de procurer un traitement gratuit aux plaignants. Des pays d'autres régions commencent à suivre ces exemples à mesure qu'ils prennent conscience des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Protection des personnes à risque et des personnes vulnérables

Les groupes victimes de discrimination sociale sont les femmes et les enfants et, dans de nombreux endroits, certains groupes raciaux et ethniques ainsi que les migrants et les réfugiés. D'autres groupes souffrent de discrimination en raison d'activités illégales ou faisant l'objet d'une désapprobation de la société : ceux qui ont une orientation sexuelle différente, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues et les détenus (voir « Le Point : le SIDA et les populations mobiles » et le chapitre « Prévention »). Au niveau mondial, par exemple, l'homosexualité masculine est à l'origine d'un nombre important d'infections à VIH. Cependant, des dizaines de pays conservent des lois qui interdisent ou réglementent les rapports entre individus du même sexe. Ceci aboutit souvent à priver ces personnes de droits essentiels, notamment le droit à l'accès à l'information et aux services susceptibles de les protéger du virus, ce qui les rend très vulnérables.

Dans le monde entier, le risque physiologiquement plus élevé d'infection à VIH chez la femme est aggravé par le manque de ressources économiques, l'absence d'opportunités d'emploi, un accès limité à l'éducation, à la formation et à l'information et par les normes et pratiques socioculturelles. En

Afrique subsaharienne, par exemple, la prévalence de l'infection à VIH est, dans certains pays, cinq fois plus élevée chez les adolescentes que chez les adolescents. Ces infections résultent en majorité de rapports hétérosexuels non protégés. Le faible statut économique et social des femmes limite leur capacité à négocier l'utilisation du préservatif, à discuter de fidélité avec leurs partenaires ou à mettre fin à une relation dangereuse. Cette impuissance accroît leur vulnérabilité vis-à-vis du VIH ; la discrimination socio-économique et sexuelle dont les femmes font l'objet peut donc mettre leur vie en danger.

La recherche souligne ces réalités. Dans une étude réalisée au Viet Nam, seulement 35% des femmes se sentaient capables de refuser un rapport sexuel à leur mari tandis qu'une étude de l'UNIFEM sur l'impact du VIH/SIDA sur les communautés du Zimbabwe révélait que, même lorsque les femmes étaient informées au sujet du VIH/SIDA, leur dépendance économique les empêchait de négocier des rapports sexuels à moindre risque.

La coercition et la violence sexuelles sous toutes leurs formes, dans le cadre du mariage ou non, en temps de conflit ou de paix, augmentent la menace que fait peser l'infection à VIH sur les

femmes et les filles. Toutes les études basées sur la population réalisées dans le monde montrent que de 10 à 50% des femmes se plaignent d'agression physique de la part d'un partenaire sexuel et entre un tiers et la moitié des femmes agressées subissent également des rapports sexuels sous contrainte.

Les femmes appartenant à des minorités ethniques autochtones, les femmes réfugiées et déplacées, les femmes appartenant à certains groupes religieux, les migrantes et celles qui sont victimes de

trafic font également partie des plus vulnérables, donc des plus exposées au risque de VIH/SIDA. L'impact de la guerre est particulièrement grave pour les femmes et les fillettes, comme le montrent les expériences récentes en Bosnie, en Croatie et au Rwanda, qui ont révélé que le viol et d'autres formes d'agression sexuelle étaient souvent utilisés comme des armes de guerre.

Des politiques qui diminuent la vulnérabilité des gens et leur facilitent le choix de comporte-

Combattre la discrimination relative au SIDA

La protection des droits de l'homme est essentielle à la réduction de l'impact de l'épidémie sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Au début, la discrimination s'est exprimée à travers la victimisation des personnes séropositives et l'intolérance et l'ostracisme social exercés à leur encontre. Bien que ces attitudes persistent malheureusement dans tous les pays, des ripostes basées à la fois sur des considérations humanitaires et pragmatiques ont été élaborées et la liste des efforts couronnés de succès des militants des droits de l'homme liés au SIDA s'allonge de façon impressionnante.

A Mumbai, en Inde, par exemple, le collectif des avocats a défendu avec succès des travailleurs qui avaient perdu leur emploi à cause de leur statut VIH. Le collectif sensibilise également la population sur le VIH/SIDA grâce à des rassemblements publics et mobilise l'opinion publique contre la stigmatisation et la discrimination. L'un de ses succès les plus significatifs a consisté à maintenir une clause qui permet aux personnes vivant avec le VIH/SIDA d'intenter un procès sous un pseudonyme. Pendant ce temps, à New Dehli, le Population Council aide à mettre en place des hôpitaux conviviaux pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'objectif est de rendre les hôpitaux plus sensibles aux besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

En Afrique du Sud, le Centre d'étude sur le SIDA de l'Université de Pretoria travaille à créer un climat favorable à une réponse durable et efficace au VIH/SIDA sur le campus et dans la société en général. En plaçant l'épidémie dans un contexte de droits de l'homme et en défiant la stigmatisation, la discrimination, le racisme et les préjugés, l'université espère permettre au personnel et aux étudiants de divulguer librement leur statut s'ils le souhaitent. Les étudiants bénéficient d'une formation concernant tous les aspects du VIH/SIDA et sont activement soutenus dans leurs efforts pour s'opposer à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH/SIDA au sein de leur communauté.

Les institutions relatives aux droits de l'homme en Afrique du Sud, au Ghana et en Inde ont lancé des activités de promotion et de protection des droits de l'homme liés au VIH/SIDA dans leur pays. Les législateurs travaillent également dans ce sens. Le groupe parlementaire multipartis de Westminster, au Royaume-Uni, a par exemple tenu des réunions publiques en 2001 pour identifier les réformes juridiques et politiques à introduire au cours des cinq années à venir. Au niveau régional, le Forum parlementaire de la Communauté de Développement de l'Afrique australe a mis en place un Comité permanent sur le VIH/SIDA qui élabore des plans stratégiques destinés à aborder les questions relatives au VIH/SIDA.

ments plus sûrs sont vitales pour que la riposte au SIDA soit efficace. Les systèmes de génération de revenus, l'amélioration des possibilités de travail rémunéré pour les femmes et les micro-crédits font partie des options capables de favoriser l'indépendance économique des femmes. Parmi les nombreuses initiatives de ce type, figurent celles de l'Organisation internationale du Travail, qui renforce les capacités de micro-crédits et de création d'entreprise chez les femmes du Malawi, du Mozambique, de la République-Unie de Tanzanie et du Zimbabwe (ces programmes intègrent évidemment l'éducation en matière de SIDA).

Les différentes expériences relatives à la négociation des préservatifs, au conseil et au test

volontaires et aux interventions visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant aboutissent aux mêmes conclusions : l'émancipation et la sécurité des femmes dépendent du changement d'attitude et de manières d'agir des hommes et des garçons. La campagne mondiale contre le VIH/SIDA 2000-2001 visait à impliquer davantage les hommes, particulièrement les jeunes hommes, dans la lutte contre le SIDA. Avec ses slogans « Les hommes font la différence » et « Ça me concerne... et toi ? », la campagne mettait en lumière la manière dont des stéréotypes sexuels nocifs rendaient les hommes et les femmes plus vulnérables au VIH et comment les hommes pouvaient contribuer à la lutte contre l'épidémie.

Au-delà de la stigmatisation et de la discrimination

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA persistent largement (voir Figure 14) en dépit du fait qu'elles accroissent la vulnérabilité des personnes et aggravent l'impact de l'infection en isolant les personnes atteintes et en les privant de soins et de soutien. En fait, elles contrecarrent toutes les étapes d'une riposte efficace, de la prévention au traitement, aux soins et à l'appui et affectent même la génération suivante en ajoutant leur charge affective à l'émotion des enfants qui essaient de faire face à la perte de leurs parents, morts du SIDA.

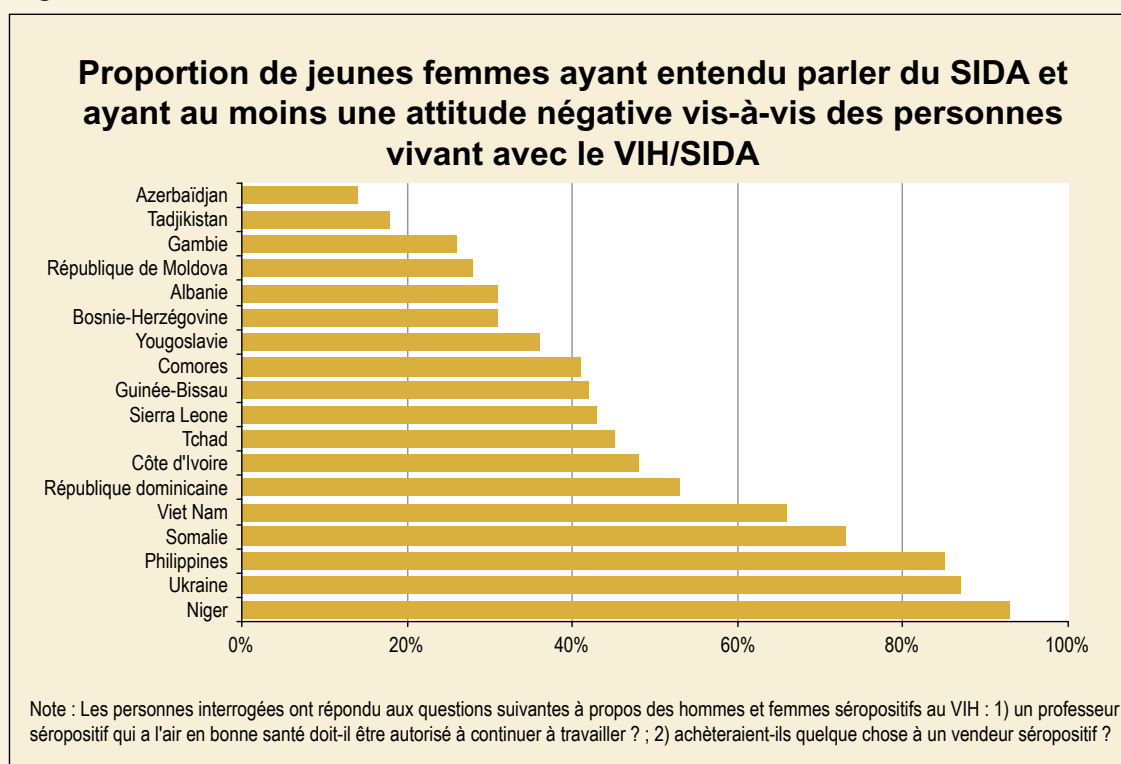
Cependant, la stigmatisation et la discrimination n'apparaissent pas *ex nihilo*. Elles naissent d'autres stéréotypes, préjugés et inégalités, qu'elles renforcent, qu'ils soient liés au sexe, à la nationalité, à l'appartenance ethnique et à la sexualité ou à des activités qui sont considérées comme illégales (commerce du sexe, consommation de drogues ou homosexualité masculine). La stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme forment un cercle vicieux où chaque élément légitime et encourage l'autre.

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, veiller à l'élaboration et à l'application accélérée de stratégies nationales visant à renforcer le pouvoir d'action des femmes, à promouvoir et protéger la pleine jouissance de tous leurs droits fondamentaux et à réduire leur vulnérabilité face au VIH/sida, par l'élimination de toutes les formes de discrimination et de toutes les formes de violence contre les femmes et les filles [...] (paragraphe 61).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Figure 14



Source : UNICEF (1999-2001) Enquête par grappes à indicateurs multiples

La Campagne mondiale contre le SIDA 2002-2003, qui se focalise sur la stigmatisation et la discrimination, vise à stimuler les activités contre ces attitudes dans le cadre d'efforts mondiaux qui veulent :

- encourager les leaders à tous les niveaux et de tous les horizons à défier de façon visible la discrimination relative au VIH, à mener des actions publiques et à agir contre toutes les autres formes de discrimination liées au VIH/SIDA ;
- impliquer activement les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la riposte à l'épidémie ;
- suivre les violations des droits de l'homme et s'assurer que les personnes concernées sont capables de se défendre et de bénéficier d'un recours grâce aux institutions administratives, juridiques ou relatives aux droits de l'homme conçues pour préserver ces droits ;
- créer un environnement juridique favorable à la lutte contre la discrimination ; et
- s'assurer que les services de prévention, de traitement, de soins et d'appui sont accessibles à tous.

Une riposte efficace à long terme dépend de la reconnaissance et de la protection des droits des personnes. Les individus et les communautés qui sont capables d'exercer leurs droits à l'information, à l'éducation, à la santé et aux soins de santé et qui sont protégés contre la discrimination et la violence sont moins vulnérables à l'épidémie.

En 2000-2001, l'ONUSIDA, en collaboration avec le Conseil des organisations de lutte contre le SIDA et ses structures régionales, s'est concentré sur le renforcement des capacités de la société civile à réaliser et à protéger les droits de l'homme liés au VIH/SIDA. Travaillant avec le Conseil des organisations de lutte contre le SIDA de l'Asie-Pacifique,

Franchir le pas

En même temps que l'on reconnaît de plus en plus l'importance d'agir contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA, les preuves de succès se multiplient.

En Afrique du Sud, le AIDS Law Project de l'Université de Witwatersrand a orienté vers les tribunaux des cas de discrimination liée au VIH et a gagné des procès qui ont fait jurisprudence concernant des licenciements abusifs de personnes séropositives et des actes de discrimination dans les prisons. Des membres du réseau national ougandais de tradipraticiens ont été formés à être des éducateurs communautaires en matière de SIDA. Après des années de mobilisation concertée et d'efforts sans relâche, les personnes séropositives d'Ouganda sont davantage acceptées comme des éléments normaux de la société et la stigmatisation et la discrimination déclinent. En outre, de plus en plus d'organisations religieuses s'engouffrent dans la brèche, surtout en Asie et en Afrique (voir le chapitre « Actions nationales »).


l'ONUSIDA a élaboré un module de formation sur les droits de l'homme et le SIDA pour cette région et a mené une formation au Cambodge. Pendant ce temps, le Conseil des organisations de lutte contre le SIDA de l'Amérique latine organisait un séminaire régional afin d'identifier les implications des plans stratégiques nationaux de lutte contre le SIDA de la région en termes de droits de l'homme et d'intégrer les activités relatives aux droits de l'homme dans ces plans. Et le Conseil africain des organisations de lutte contre le SIDA soutient des activités communautaires visant à intégrer les droits de l'homme dans les efforts de prévention et de soins du Burkina Faso et de la République-Unie de Tanzanie.

Quelques-unes des réponses les plus probantes à l'épidémie ont eu lieu lorsque les gens — des communautés gay des pays à revenu élevé au début des années 1980 jusqu'aux communautés urbaines et rurales d'Ouganda et aux professionnel(le)s du sexe au Bangladesh et en Inde — ont saisi le droit de s'exprimer, de mobiliser des ressources et de s'organiser.

Au Bangladesh, les professionnelles du sexe se sont rassemblées en un collectif appelé Durjoy qui lutte contre le trafic de jeunes filles et de jeunes femmes dans l'industrie du sexe. En collaboration avec des organisations non gouvernementales, Durjoy a gagné en 2001 un jugement qui reconnaissait

le droit des professionnelles du sexe à exercer leur métier et à soutenir leur famille. A Kolkata, en Inde, au même moment, les professionnelles du sexe ont fait un pas de plus et renforcent les capacités de la police locale pour lutter contre la violence à leur encontre. Elles ont également créé une commission qui réunit les professionnelles du sexe, les opérateurs locaux de l'industrie du sexe et les autorités sanitaires et les services gouvernementaux du travail afin de lutter contre la violence dans ce domaine.

L'activisme de la société civile autour des questions de droits de l'homme est une des meilleures caractéristiques des ripostes efficaces partout dans le monde surtout quand il implique les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou affectées par le VIH/SIDA et les jeunes.

Dans un grand nombre de pays africains et asiatiques, le Secrétariat de l'ONUSIDA (avec ses Coparrainants, le Haut Commissariat aux droits de l'homme et d'autres partenaires) soutient la formation des partenaires nationaux en matière de droits de l'homme liés au VIH pour les organisations communautaires travaillant dans le domaine du SIDA, les organisations non gouvernementales qui s'occupent des droits de l'homme, les décideurs politiques, les administrateurs de programmes nationaux de lutte contre le SIDA, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les législateurs. 

Le Point : le SIDA et les jeunes

Déclaration d'engagement

D'ici à 2003, établir des objectifs nationaux assortis de délais pour atteindre l'objectif mondial fixé en matière de prévention, soit réduire l'incidence du VIH parmi les jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, de 25 p. cent d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés et de 25 p. cent à l'échelle mondiale d'ici à 2001[...] (paragraphe 47).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

3

Les jeunes sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, et souvent, ce sont eux qui portent le fardeau des soins aux membres de leur famille qui vivent avec le VIH/SIDA. Un grand nombre d'entre eux sont vulnérables au VIH en raison d'un comportement sexuel à risque ou de leur consommation de substances, parce qu'ils n'ont pas accès à l'information sur le VIH et aux services de pré-

vention, ou pour toutes sortes de raisons sociales et économiques. La stigmatisation peut être particulièrement préjudiciable pour les jeunes à un moment où ils s'efforcent de consolider leur identité et de se faire une place dans le monde.

Mais les jeunes sont aussi notre meilleur espoir d'inverser la tendance de l'épidémie de VIH/SIDA, s'ils disposent des outils et du soutien nécessaires.

Jeunes et vulnérables

On estime que 11,8 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans vivent avec le VIH/SIDA. En outre, la moitié environ de toutes les nouvelles infections parmi les adultes — approximativement 6000 chaque jour — se produisent chez des jeunes.

Même si de nombreux adultes ont de la peine à l'admettre, un grand nombre de jeunes commencent leur vie sexuelle à un âge relativement précoce, sont sexuellement actifs avant le mariage, ne sont pas monogames, et n'utilisent pas suffisamment régulièrement le préservatif pour se protéger. Dans

de nombreux pays, une proportion importante des jeunes a une activité sexuelle avant l'âge de 15 ans, et nombre d'entre eux sont déjà mariés (voir Figure 15). En outre, les expériences en matière de consommation de drogues, y compris les drogues injectables, sont souvent caractéristiques de la jeunesse. Ces faits soulignent l'importance capitale de la mise en place de programmes de prévention bien avant les débuts de l'activité sexuelle ou de la consommation de drogues injectables, car trop de jeunes ne sont pas conscients de la menace que constitue le VIH.

Les jeunes marginalisés (y compris les enfants de la rue, les réfugiés et les migrants) sont particulièrement exposés au risque s'ils sont exclus des services de santé, exposés à des rapports sexuels sans protection (parfois en échange de nourriture, de protection ou d'argent, ou à la suite de violence) ou s'ils consomment des drogues illicites. Les enfants qui sont attirés de force dans le commerce du sexe chaque année (on estime leur nombre à 1 million) sont particulièrement susceptibles de contracter puis de transmettre le VIH/SIDA.

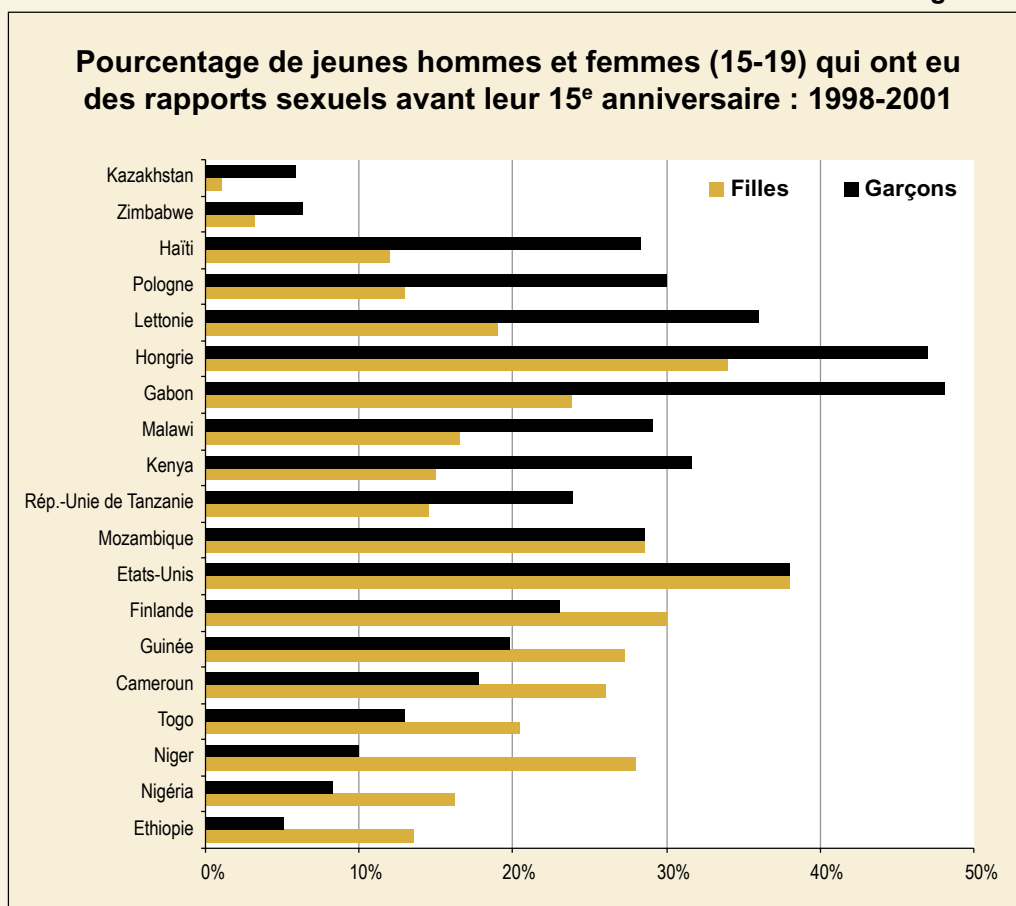
Dans la plupart des sociétés, les idéologies dominantes encouragent l'ignorance sexuelle (sous couvert « d'innocence ») chez les jeunes femmes. Dans le même temps, de nombreuses jeunes filles

et jeunes femmes ont en réalité peu de contrôle sur la manière dont les rapports sexuels ont lieu, ainsi que sur le moment ou le lieu où ils se produisent, comme le montre la Figure 16, tirée d'une enquête nationale sud-africaine sur les jeunes.

Ce que les jeunes savent... et ce qu'ils ne savent pas

La vulnérabilité des jeunes est aggravée par l'insuffisance de leurs connaissances sur la transmission du VIH et sur la manière d'éviter l'infection. Des millions et des millions d'entre eux n'ont toujours pas entendu parler du VIH ou du SIDA ; ils sont plus nombreux encore à se faire des idées fausses

Figure 15



Source : Evaluation des mesures (1998-2001) ; UNICEF

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, veiller à ce qu'au moins 90 p. cent et d'ici à 2010 au moins 95 p. cent des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, aient accès à l'information, à l'éducation, y compris l'éducation par les pairs et l'éducation concernant le VIH axée sur les jeunes, et aux services nécessaires pour acquérir les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH [...] (paragraphe 53).

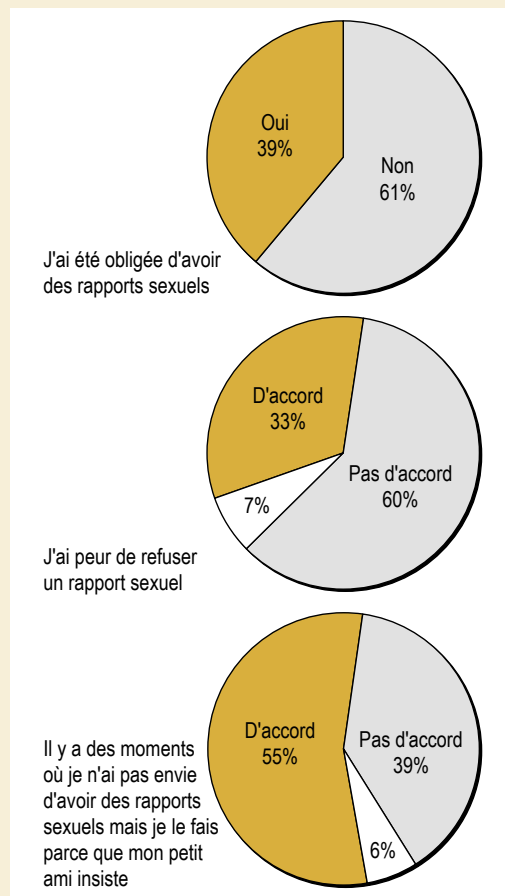
Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

sur la maladie. En outre, dans de nombreux pays les jeunes femmes en savent beaucoup moins sur le VIH que les jeunes hommes. La moitié des adolescentes de l'Afrique subsaharienne, par exemple, ne se rendent pas compte qu'une personne qui a l'air en bonne santé puisse être séropositive au VIH.

Mais même dans les cas où les connaissances ont été considérablement améliorées, le fait de savoir ne se traduit pas nécessairement dans les actes. Nombreux sont les jeunes qui ne parviennent pas à relier connaissances et perception du risque avec le comportement. Les circonstances de vulnérabilité dans lesquelles se trouvent de nombreux jeunes pourraient constituer une explication partielle. Il est aussi très important de comprendre ce qui aide les jeunes à adopter des comportements sans danger — les « facteurs protecteurs » qui aident les adolescents à développer des stratégies d'adaptation, à se construire une estime de soi positive et à créer un système de soutien social qui réduit les comportements à haut risque. Une étude dans les zones rurales du Zimbabwe, par exemple, a prouvé que la participation à un groupe communautaire de jeunesse bien structuré réduisait, chez les jeunes femmes, le risque d'infection à VIH. Une étude réalisée en 2001 parmi des étudiants sud-africains suggère que l'utilisation du préservatif est significativement plus importante chez les adolescents qui estiment pouvoir discuter des questions sexuelles avec leurs parents ou chez les adolescents vivant dans des communautés qui disposent de bonnes infrastructures. Au contraire, les jeunes vivant dans des familles qui ont récemment

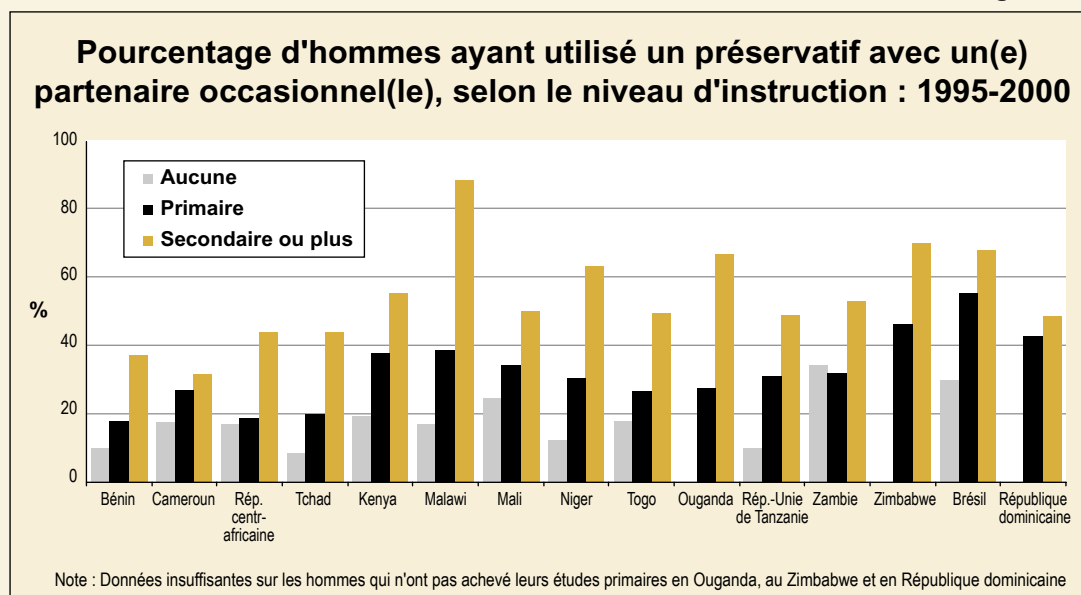
Figure 16

Pourcentage de filles ayant une expérience sexuelle en Afrique du Sud qui disent...



Source : Fondation Kaiser pour la famille/KLA (2000) Enquête nationale sur la jeunesse d'Afrique du Sud

Figure 17



Source : Macro International (1996-2000) Enquêtes démographiques et sanitaires ; UNICEF

connu des événements perturbateurs (maladie, perte d'emploi ou divorce) étaient moins susceptibles d'utiliser des préservatifs. La recherche confirme également que l'élévation du niveau

d'éducation est associée à des taux plus importants d'utilisation du préservatif, comme le montre la Figure 17.

Protéger les jeunes du VIH

L'évolution future de l'épidémie dépend des efforts déployés aujourd'hui pour prévenir l'infection à VIH parmi les jeunes. En s'appuyant sur un principe global qui est la conviction que les jeunes sont eux-mêmes une force de changement, plusieurs stratégies fondamentales sont essentielles pour aider les jeunes à se protéger. Il convient notamment de :

- protéger et promouvoir les droits de l'enfant, y compris les droits à l'information, l'éducation, la santé et les soins de santé, le droit d'être à l'abri du viol, de la violence sexuelle et des traitements cruels et inhumains et le droit des filles à l'égalité en matière d'éducation, d'emploi, d'héritage, de droit du mariage et de prise de décisions en matière sexuelle et reproductive ;
- fournir aux jeunes, qu'ils soient ou non scolarisés, une éducation et une information en matière de prévention du VIH/des IST, de santé sexuelle et reproductive et de compétences essentielles ;
- fournir des services de santé reproductive, y compris des préservatifs gratuits ou à bas prix, le test et le conseil volontaires ainsi que le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- cibler les programmes sur les groupes particulièrement vulnérables tels que les jeunes consommateurs de drogues injectables et les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- combattre l'exploitation sexuelle des jeunes.

Ces stratégies sont les plus efficaces lorsqu'elles tiennent compte du rôle des inégalités entre les sexes dans l'épidémie, et lorsqu'elles aident à responsabiliser les filles et les jeunes femmes vis-à-vis d'une large gamme d'injustices culturelles et sociales qui les rendent plus vulnérables que les hommes.

Programmes d'études complets, correctement enseignés

Malgré la menace évidente qu'il fait planer sur la santé et la vie des jeunes, le VIH/SIDA est encore trop souvent considéré comme une question qui n'est pas « convenable » pour eux. Mais les programmes de prévention à l'intention des jeunes scolarisés sont un élément essentiel de toute action nationale de prévention du VIH. Plusieurs leçons importantes ont été tirées sur la manière de les réaliser de manière efficace. Ces programmes doivent être soutenus, lancés avant la puberté et poursuivis pendant toutes les années de scolarité des jeunes. Les autorités s'opposent souvent à ce qu'une éducation de ce type soit introduite avant que les jeunes ne deviennent sexuellement actifs. Mais le moment choisi pour les débuts sexuels d'un individu varient considérablement et l'importance des bonnes habitudes sanitaires, y compris celles qui ont trait à la santé sexuelle et au VIH/SIDA ainsi qu'aux autres infections sexuellement transmissibles, doivent être acquises dès le plus jeune âge. L'éducation sanitaire préventive doit être globale et fournir, d'une manière équilibrée et appropriée à l'âge des jeunes, des compétences essentielles, l'information sur la santé reproductive et sexuelle ainsi qu'un débat sur les attitudes et les valeurs.

Selon une récente étude portant sur le comportement sexuel et reproductif des adolescents dans des pays à revenu élevé, plus on reçoit d'information, mieux c'est. Des taux relativement faibles de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles chez les adolescentes dans des pays comme le Canada, la France et la Suède, semblent refléter

le succès de programmes d'études complets, appliqués à l'échelle nationale, couvrant toute une gamme de sujets et présentant des options de comportement sexuel sans danger. De moins bons résultats ont été rapportés dans des systèmes scolaires où l'abstinence est présentée comme la seule option possible pour les adolescents hors du mariage et où la contraception est faussement présentée comme inefficace pour éviter les grossesses, le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.

D'autres particularités communes caractérisent les programmes efficaces. Parmi celles-ci, la cohérence des messages : les programmes d'enseignement fructueux apportent et renforcent des messages clairs concernant les risques de l'activité sexuelle chez les adolescents et la manière d'éviter les rapports sexuels ou de se protéger des grossesses et des infections sexuellement transmissibles. Une bonne formation des enseignants qui soutiennent ces programmes en augmente la valeur. Ces programmes doivent aussi tenir compte des croyances traditionnelles et des systèmes de valeurs, ainsi que des mythes qui circulent parmi les jeunes et dans les communautés auxquelles ils appartiennent.

Le Nigéria a récemment adopté une approche globale de la prévention dans les écoles. Il a annoncé la mise en œuvre d'un programme national d'enseignement sur la sexualité, qui commencera à la fin des années primaires et se poursuivra jusqu'à la fin du cycle secondaire. C'est en 1998 que l'élaboration de ce programme d'études a commencé, lorsqu'une recherche largement publiée a révélé des taux étonnamment élevés de VIH et de SIDA dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans, qui constituent une large proportion de la population du pays. De nombreuses consultations ont été organisées, afin de tenir compte des meilleures pratiques internationales ainsi que des conditions culturelles et religieuses particulières au pays.

Le programme s'articule autour de six thèmes : développement humain, compétences individuelles,

santé sexuelle, relations, comportements sexuels, et société et culture. Entre autres caractéristiques, il comporte un solide élément relatif aux compétences essentielles et met l'accent sur des aptitudes telles que la prise de décision, la négociation et l'affirmation de soi. A la fin de leur scolarité secondaire, tous les étudiants auront reçu une information claire et cohérente sur des questions pratiques comme la contraception, la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles. Ils auront aussi été informés des responsabilités des membres de la famille et des droits de l'enfant.

Accès à des services à l'écoute des jeunes

Les bénéfices de la promotion d'une sexualité plus sûre au moyen de campagnes d'éducation et de communication risquent d'être perdus si les jeunes n'ont pas accès à une information actualisée, à des conseils et des services de santé reproductive ou au traitement des infections sexuellement transmissibles. Dans un grand nombre de pays à forte préva-

lence, ces services sont rares et mêmes s'ils existent, les jeunes n'en sont pas informés. Dans une récente étude portant sur les services de conseil et de test volontaires au Kenya, par exemple, 11% seulement des jeunes non testés à Nairobi pouvaient citer le nom d'un dispensateur de services dans leur communauté, même s'ils étaient plus nombreux à savoir que le test (pas nécessairement accompagné de conseil) pouvait être fait dans un des grands hôpitaux. Parmi d'autres obstacles, on peut noter le fait que les jeunes estiment qu'ils sont peu exposés au risque, leur préoccupation concernant le manque de confidentialité et les problèmes non résolus portant sur le consentement parental.

Actuellement, les meilleures pratiques en ce qui concerne les services de santé à l'écoute des jeunes montrent que ces services doivent être financièrement abordables, satisfaire les besoins des mineurs ou des adultes célibataires et offrir des préservatifs gratuits ou à bas prix dans une atmosphère qui garantit la confidentialité. En outre, dans de nombreux milieux, des heures d'ouverture flexibles à l'intention des jeunes qui travaillent ou étudient

Au delà du programme : créer des « écoles saines »

Le Partenariat FRESH (Privilégier un programme efficace de santé scolaire) a été créé pour changer la manière dont la communauté internationale et les gouvernements traitent de la santé et de ses effets sur l'éducation. Mis au point par les Coparrainants de l'ONUSIDA (UNICEF, UNESCO, OMS et Banque mondiale) et lancé lors du Forum mondial de l'éducation à Dakar en 2000, FRESH a pour but d'aider les systèmes scolaires dans les pays à faible et moyen revenus à surmonter les problèmes de santé qui perturbent l'enseignement et l'apprentissage.

L'approche FRESH est centrée autour d'activités de base comme l'éducation fondée sur les compétences, des propositions de politiques scolaires susceptibles de protéger les étudiants et les enseignants de la discrimination liée au VIH/SIDA et la mise en rapport des étudiants avec les services de santé offrant le dépistage et le traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles ainsi que des préservatifs. Ces activités sont soutenues par des partenariats solides entre école et communauté.

Les programmes FRESH (ou d'autres programmes qui intègrent cette approche) sont en préparation dans plus de 30 pays d'Afrique, d'Asie, des Caraïbes et d'Asie centrale. En Erythrée, par exemple, le Département national d'éducation a choisi 20 écoles primaires et secondaires qui bénéficieront d'une intensification des activités relatives à la santé, notamment pour la prévention du VIH/SIDA et la lutte contre la discrimination qui y est associée. Un total de 200 enseignants recevront en outre une formation complète relative à la santé scolaire.

feront une grande différence sur le nombre des personnes utilisant ces services.

Le centre médical « Juventa » à Saint-Pétersbourg, Fédération de Russie, est un bon exemple de programmation à l'écoute des jeunes. Il fournit une gamme de services, notamment le test VIH et le conseil, la contraception et l'avortement, le traitement des infections sexuellement transmissibles, le conseil en matière d'abus sexuels et une assistance juridique. La consultation et les autres services sont gratuits pour les jeunes de moins de 18 ans qui constituent jusqu'à 90% des visiteurs du centre. Des enquêtes régulières sont réalisées pour déterminer le degré de satisfaction des jeunes à l'égard des services et des changements sont introduits en conséquence. Une approche analogue, mais dans une situation très différente, est utilisée au Centre de santé de la jeunesse aux Seychelles. Créé avec l'aide du Fonds des Nations Unies pour la Population, le centre s'est assuré la participation des jeunes dans la plupart des domaines du programme, y compris un important programme d'éducateurs pour les pairs.

Atteindre les jeunes par l'intermédiaire de leurs pairs

De nombreux programmes de prévention ont adopté l'éducation par les pairs, tant à l'intention des jeunes que d'autres groupes, et elle est considérée comme une stratégie essentielle pour atteindre les jeunes scolarisés ou non.

Des projets d'éducation par les pairs bien conçus et mis en œuvre peuvent induire des modifications de comportements. Par exemple, le projet Entre Nous Jeunes à Nkongsamba, Cameroun, organise un programme d'éducateurs pour les pairs visant à encourager des comportements de prévention dans le domaine des infections sexuellement transmissibles et du VIH, en particulier chez les jeunes qui ont des expériences sexuelles et ont besoin d'information sur la santé reproductive. Une récente étude

portant sur le projet a révélé que le contact avec un éducateur pour les pairs était significativement associé à une meilleure connaissance de la contraception et des symptômes des infections sexuellement transmissibles et à une utilisation accrue des contraceptifs, y compris le préservatif. Si le programme d'éducation par les pairs n'existait pas, le niveau d'utilisation des contraceptifs dans la communauté aurait été significativement plus faible.

Les programmes d'éducation par les pairs à l'intention des jeunes doivent être attentifs à la manière dont ils présentent les questions d'égalité entre les sexes. Un récent examen d'un grand projet d'éducation par les pairs dans les écoles en Afrique du Sud a noté que les réunions du groupe des pairs reproduisaient en fait des rôles sexospécifiques au lieu de sensibiliser les jeunes au fait que les rôles traditionnels entre les sexes les exposaient au risque d'infection à VIH. Les jeunes hommes dominaient souvent les réunions, alors que les jeunes femmes avaient de la peine à s'affirmer. La recherche a souligné l'importance de la qualité de la formation des éducateurs pour les pairs et la nécessité de créer des situations dans lesquelles les jeunes des deux sexes peuvent parler ouvertement de sexualité et de relations.

A besoins particuliers, programme particulier

Des programmes de prévention du VIH mieux ciblés sont nécessaires pour certains groupes particuliers de jeunes. Par exemple, les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ou qui sont peu sûrs de leur sexualité hésiteront peut-être à s'adresser à des services orientés vers les besoins de la majorité hétérosexuelle (ceci est particulièrement le cas lorsqu'un jeune homme a été violé ou est la victime d'un inceste). En Suisse, le projet HSH, mis en œuvre par la Fédération non gouvernementale sur le sida, utilise plusieurs moyens pour atteindre les jeunes, des clubs de jeunesse à l'Internet. Il est fondé sur le principe

Le programme « LoveLife » en Afrique du Sud : la prévention du VIH chez les jeunes à l'échelle nationale

Le programme « LoveLife » a été lancé en 1999 en Afrique du Sud avec un éventail impressionnant d'activités, comprenant une campagne nationale à la télévision, à la radio et dans les journaux, des centres pour les jeunes, des services de santé gratuits et un réseau de services de soutien. Le programme applique des pratiques bien connues de la santé publique et des techniques novatrices de marketing pour encourager la responsabilité sexuelle et une vie saine parmi les jeunes. LoveLife a eu un impact notable et actuellement, on estime qu'il atteint quelque 4 millions de jeunes chaque année. La recherche montre que, sur les 62% de jeunes Sud-Africains qui disent connaître le programme, 76% déclarent être conscients des risques des rapports sexuels non protégés et 78% déclarent qu'ils utilisent maintenant des préservatifs pendant les rapports sexuels. Environ 67% déclarent qu'ils ont eu des conversations franches avec leurs amis concernant la sexualité et les relations, alors que 69% indiquent qu'ils ont limité ou réduit le nombre de leurs partenaires sexuels. Le programme a été lancé par la fondation Kaiser pour la famille en partenariat avec des organisations non gouvernementales sud-africaines, grâce à un financement du gouvernement sud-africain, de la fondation Bill et Melinda Gates, de l'UNICEF et d'autres organisations.

que la condition préalable pour rendre les jeunes hommes conscients du risque de VIH est de les aider à accepter leur préférence sexuelle.

Dans de nombreux pays, la majorité des professionnel(le)s du sexe et des consommateurs de drogues injectables sont des jeunes. Et dans tous les pays, la majorité des professionnel(le)s du sexe et des consommateurs de drogues injectables commencent ces activités lorsqu'ils sont jeunes. Alors que dans de nombreux pays, un nombre toujours plus grand de jeunes se tournent vers les drogues injectables, il devient de plus en plus nécessaire de créer des programmes de prévention spécifiquement adaptés aux jeunes consommateurs de drogues injectables. Ces programmes doivent comprendre des services sur l'utilisation de substances et le traitement de la toxicomanie, ainsi que des projets d'échange de seringues et d'éducation à la prévention du VIH. Il en va de même pour les jeunes professionnel(le)s du sexe. Etant donné les risques auxquels ils/elles sont confronté(e)s, il leur faut davantage d'informations, des contrôles réguliers de santé et un meilleur accès aux préservatifs. De plus il leur faut un soutien et une protection pour qu'ils/elles utilisent ces services.

Des programmes spécialement conçus peuvent être utiles pour atteindre les jeunes qui sont déjà dans le monde du travail (voir « Le Point : le SIDA et le monde du travail »).

Les jeunes qui ont eu des problèmes avec la loi et vivent dans des centres de détention ou des prisons sont particulièrement vulnérables. Récemment, le FNUAP a collaboré avec les autorités sanitaires et les organisations non gouvernementales de Thaïlande pour offrir un programme d'éducation sur le VIH/SIDA à de jeunes délinquants vivant dans un centre de détention de la province de Rayong. Le projet a adopté une approche novatrice comprenant la participation des membres de la famille des jeunes détenus et des voyages d'études à l'extérieur des centres de détention.

Combattre l'exploitation sexuelle des jeunes et des enfants


L'un des problèmes les plus pressants est de mettre un terme à l'exploitation sexuelle trop répandue des jeunes et des enfants, notamment des jeunes filles. Cette priorité a reçu l'appui total en décembre 2001 du deuxième Congrès mondial contre

l'exploitation sexuelle commerciale des enfants à Yokohama, Japon. Le congrès a présenté de nombreuses preuves des dangers auxquels les enfants sont soumis et a souligné le lien avec le VIH/SIDA. La déclaration finale de la réunion, intitulée Engagement mondial de Yokohama, fournit un large cadre permettant de lutter contre cette exploitation.

Les enfants entraînés dans la prostitution sont particulièrement exposés au risque d'infection, car ils sont moins en mesure de résister à la domination sexuelle et plus vulnérables aux atteintes de l'agression. L'asservissement des enfants dans le commerce du sexe signifie qu'ils sont souvent contraints à avoir chaque jour de multiples clients.

Les solutions seront nécessairement multisectorielles et les législateurs comme les organisations d'application des lois ont un grand rôle à jouer.

Les activités visant à changer les attitudes culturelles grâce à des campagnes dans les médias sont sans aucun doute aussi importantes. Mais d'autres segments de la société ont aussi des contributions précieuses à apporter.

L'éducation universelle est un puissant moyen de lutte contre l'exploitation sexuelle des jeunes et des enfants, en particulier les filles. En 1992, la Thaïlande a lancé une action nationale visant à éradiquer la prostitution infantile et à aider les enfants susceptibles d'être attirés dans le commerce du sexe. (De nombreuses filles sont vendues ou contraintes à la prostitution, souvent par leur famille, pour des raisons économiques.) Une stratégie essentielle a été de faire en sorte que tous les enfants (de manière égale pour les deux sexes) bénéficient de neuf ans d'éducation de base et de fournir aux enfants défavorisés l'accès à l'éducation et à la formation professionnelle. 

Prévention : appliquer les leçons de l'expérience



Prévention : appliquer les leçons de l'expérience

Investir dans la prévention du VIH, c'est éviter d'incalculables souffrances humaines et leurs conséquences pour la société et le développement, quels que soient les taux de prévalence du VIH dans le pays. L'augmentation continue de l'incidence du VIH ne sera ralentie que par l'élargissement massif des efforts de prévention. Les programmes à l'intention des jeunes sont essentiels et doivent se poursuivre au fur et à mesure que chaque nouvelle génération s'approche de la maturité sexuelle.

C'est dans le cadre d'interventions globales, menées par des gouvernements qui brisent le silence entourant le VIH/SIDA et engagent des ressources humaines et financières suffisantes, que la prévention aura le plus d'impact. Cet impact sera amplifié par des stratégies élargies de santé publique et de développement qui s'attaquent aux causes socio-économiques sous-jacentes rendant les individus

vulnérables à l'infection, ainsi qu'aux vulnérabilités engendrées par les inégalités sexospécifiques, au déni des droits humains et à la discrimination à l'égard des groupes marginalisés. Les efforts de prévention doivent être renforcés par des ripostes soutenues par la communauté, comprenant les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les groupes religieux et les leaders traditionnels influents. Et, dans le contexte d'une amélioration de l'efficacité des traitements du VIH et de la baisse du prix des médicaments antirétroviraux, la prévention doit être associée à la fourniture de soins et de soutien.

L'épidémie évolue constamment, c'est pourquoi les efforts de prévention doivent être adaptés à cette évolution sur le plan de la recherche, et à des évaluations susceptibles de confirmer le succès ou l'échec. Comme la société elle-même, l'épidémie change en permanence, au fur et à mesure qu'elle s'adapte aux facteurs et aux circonstances environnantes.

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, veiller à ce qu'il existe dans tous les pays, en particulier dans les pays les plus touchés, un large ensemble de programmes de prévention [...] y compris des programmes d'information, d'éducation et de communication [...] visant à réduire la fréquence des comportements à risque et à encourager un comportement sexuel responsable, [...] assurant un accès élargi à des articles indispensables, [...] comportant des programmes de réduction des effets préjudiciables de la toxicomanie; assurant un accès élargi aux services de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels, la fourniture de produits sanguins non contaminés et un traitement rapide et efficace des infections sexuellement transmissibles (paragraphe 52).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Déclaration engagement

D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection [...] (paragraphe 64).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

L'essentiel de la prévention

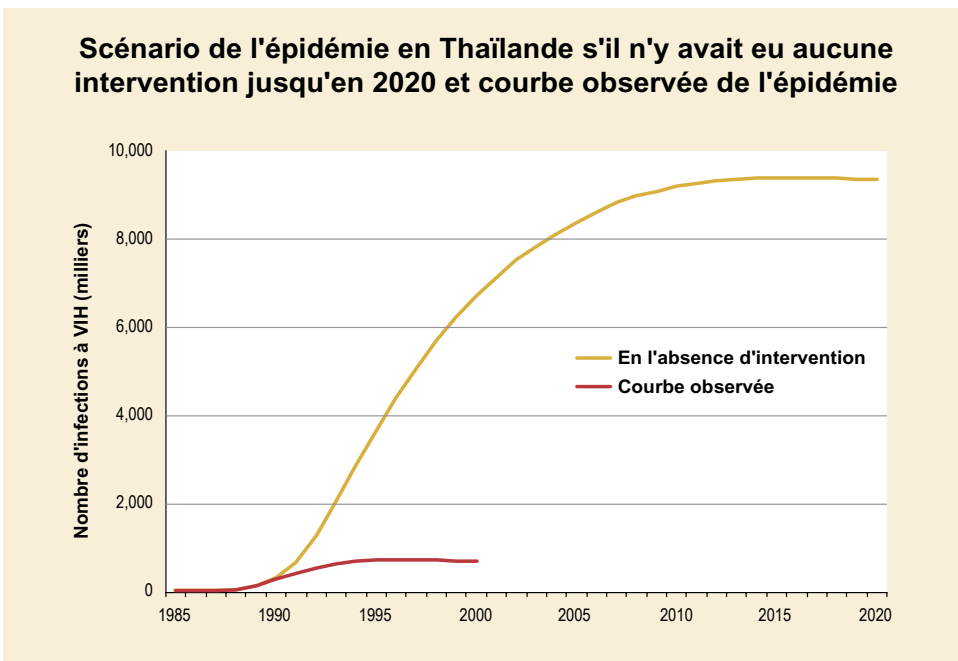
Les succès remportés par le Cambodge, l'Ouganda, le Sénégal, la Thaïlande et dans les zones urbaines de la Zambie, ainsi que ceux observés dans plusieurs pays à revenu élevé, montrent que les approches globales de la prévention sont efficaces. Ces expériences apportent des preuves manifestes de ce qui marche :

- *Savoir ne suffit pas.* Les changements de comportement exigent une information ciblée et appropriée à la situation, une formation en matière de négociation et de prise de décisions, un soutien social et juridique en faveur de comportements à moindre risque, l'accès aux moyens de prévention (p. ex. des préservatifs ou du matériel d'injection stérile) et la motivation nécessaire pour changer de comportement.
- *La distribution des risques et de la vulnérabilité dans les sociétés est très variable, tout comme la capacité à localiser les populations vulnérables particulières et à s'assurer leur collaboration.* Aucune approche unique de la prévention n'est susceptible d'être efficace partout. Pour susciter et maintenir un changement comportemental à l'échelle nationale, des programmes de prévention ciblés devront intégrer de multiples éléments, mis au point en étroite

collaboration avec chacune des populations ciblées, afin de satisfaire les besoins spécifiques des groupes vulnérables et de s'attaquer aux nombreux facteurs qui influent sur les changements de comportement.

- *Les activités générales au sein de la population sont importantes, en particulier pour les jeunes.* Les programmes nationaux efficaces tiennent compte de la nécessité d'accroître la sensibilisation, les connaissances et les compétences en matière de prévention et de prise en charge du VIH dans le reste de la population, en particulier les jeunes, parmi lesquels près de la moitié de la transmission du VIH se produit.
- *Les partenariats sont essentiels à une prévention efficace.* Etant donné la nécessité de créer des programmes multiples dans des populations multiples, il est crucial de créer des partenariats entre les différents acteurs, y compris les personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- *Le leadership politique est essentiel à une riposte efficace.* Le leadership et l'action politiques sont de toute évidence nécessaires pour fixer l'orientation d'une riposte nationale et ébaucher des politiques qui déterminent la stratégie de gestion de l'épidémie.

Figure 18



Source : Division du SIDA, Ministère de la Santé publique en Thaïlande ; Projection du groupe de travail thaïlandais sur le VIH/SIDA (2001) *HIV/AIDS Projections for Thailand : 2000-2020*

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont essentielles à une prévention efficace

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont de plus en plus considérées comme des chefs de file de la prévention et de la prise en charge. Le principe GIPA (Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA), exposé dans la Déclaration de Paris en 1994, reconnaît que les personnes vivant avec la maladie donnent une valeur et une impulsion inestimables à la riposte. Elles contribuent à personnaliser l'épidémie et à faire comprendre au grand public, aux institutions politiques et civiles ainsi qu'aux responsables de l'élaboration des politiques que le VIH est le problème de tous. Leur contribution leur a valu une place dans les conseils nationaux du SIDA de plusieurs pays (voir le chapitre « Actions nationales »).

Le principe GIPA est en action au sein de l'Association nationale des personnes vivant avec le SIDA au Burundi, qui depuis 1993 donne un visage humain au SIDA dans ce pays. L'Association organise des campagnes de prévention, encourage le conseil et le dépistage volontaires et offre une prise en charge médicale et un soutien psychosocial.

Dans le nord de la Thaïlande, des groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA apportent des soins et un soutien aux personnes séropositives. Ils font pression sur les politiciens pour qu'ils intensifient leur engagement, ils offrent des conseils en matière de droits et font campagne pour une amélioration des services sociaux.

En Afrique du Sud, des agents de terrain GIPA ont été formés et recrutés par des compagnies comme Eskom, Imperial Transport Holdings, Lonmin Mines et par un quotidien populaire The Sowetan. Leur présence sur les lieux de travail a donné une crédibilité aux programmes sur le VIH/SIDA et, en s'exprimant ouvertement, ils ont creusé une brèche dans la stigmatisation, tout en sensibilisant la population.

- *Les demi-mesures n'apportent au mieux que des résultats partiels.* Les interventions ayant une couverture insuffisante ne parviendront tout simplement pas à avoir un effet significatif.

La prévention repose sur un contexte de transparence et d'inclusion qui permet à tous, y compris aux personnes vivant en marge de la société, de faire un dépistage volontaire, de demander et de recevoir un traitement, de modifier leurs propres comportements et de devenir des alliés de la lutte contre le VIH/SIDA. Les actions efficaces mettent en question la stigmatisation et la discrimination, protègent les droits des personnes infectées et affectées par le VIH, et considèrent les groupes marginalisés comme des participants actifs et non comme de simples bénéficiaires de services.

Intégrer la prise en charge et le soutien dans les efforts de prévention

La prise en charge et la prévention sont intégralement liées. Les efforts de prévention ont toujours été difficiles à mettre en œuvre lorsque l'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien est limité. S'ils n'ont aucun espoir de traitement, de prise en charge ou de soutien et qu'ils craignent la stigmatisation et la discrimination, les individus n'ont guère de raison de vouloir connaître ou faire connaître leur sérologie VIH.

La prévention est améliorée si elle est associée à la prise en charge et au soutien. Les personnes qui savent pouvoir disposer d'un traitement seront encouragées à faire un dépistage du VIH. Pour celles dont le test se révèle positif, les traitements, la prise en charge et le soutien n'amélioreront pas seulement leur qualité de vie, mais ils limiteront la propagation des maladies infectieuses (en particulier la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles) grâce au diagnostic et au traitement précoces. Les services de conseil et de test volontaires constituent un point de départ pour le changement des comportements ; ils sont une occasion, pour les personnes préoccupées de leur état sérologique, de parler à un médecin et à d'autres personnels qualifiés et de discuter des moyens à leur disposition pour éviter la propagation de l'infection. Une prise en charge réceptive et compatissante des personnes infectées par le VIH contribue à atténuer les craintes de la société concernant le VIH/SIDA.

Ironiquement, c'est dans certains pays à revenu élevé, où l'accès aux traitements et aux soins est largement répandu, que la prévention est toujours davantage séparée de la prise en charge. Il en est résulté une résurgence des comportements à risque et, dans certains cas, une augmentation du nombre des nouvelles infections à VIH. Dans de telles situations, les efforts de traitement et de prise en charge doivent s'accompagner d'activités de prévention accrues et intégrées.

Prévention stratégique

L'épidémie mondiale de VIH/SIDA est composée d'un grand nombre d'épidémies différentes qui évoluent en tandem, souvent au sein d'un même pays.

Une prévention efficace du VIH associe des stratégies portant sur l'ensemble de la société, en ciblant

particulièrement les groupes de la population les plus exposés.

Quelle que soit l'ampleur de la propagation de l'épidémie, les jeunes doivent être au centre de toutes les stratégies contre le VIH — notamment parce que la plupart des infections à VIH se pro-

duisent au cours de l'adolescence ou peu après. Les stratégies efficaces associent :

- l'éducation aux compétences essentielles sur le SIDA ;
- la communication par les médias ;
- l'accès aux préservatifs ;
- le conseil et le test volontaires ainsi que les services d'orientation-recours ;
- le traitement des infections sexuellement transmissibles ;

- la participation des parents et des autres adultes ; et

- des efforts destinés à améliorer le statut social et économique des jeunes.

Dans les situations à faible prévalence, une épidémie concentrée tend tout d'abord à être associée à certains contextes de risque — généralement le commerce du sexe, la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels entre hommes. Habituellement, ces activités font aussi l'objet d'une forte stigmatisation. Mais les personnes expo-

S'opposer aux normes sexospécifiques dangereuses

Les programmes doivent s'efforcer de s'opposer aux normes sexospécifiques dangereuses qui engendrent la coercition sexuelle et l'exploitation des femmes et des filles (voir « Le Point : le SIDA et les droits de l'homme »). Avec l'aide des médias, des campagnes d'information du public, des arts, des écoles et des groupes de discussion communautaires, ces programmes doivent :

- encourager le débat sur la manière dont les garçons et les filles sont élevés et sur ce qu'on attend de leur comportement ;
- mettre en question les concepts de masculinité et de féminité fondés sur l'inégalité et sur des stéréotypes agressifs et passifs ;
- encourager les hommes et les garçons à parler entre eux et avec leurs partenaires des questions sexuelles, de la violence, de la consommation de drogues et du SIDA ;
- apprendre aux femmes à s'affirmer et à négocier dans leurs relations, leurs rapports sexuels et les questions de reproduction ;
- enseigner aux hommes la responsabilité sexuelle et reproductive et l'encourager ;
- enseigner et encourager le respect et la responsabilité à l'égard des femmes et des enfants ;
- enseigner et promouvoir l'égalité dans les relations et dans les sphères privée et publique ;
- soutenir les actions susceptibles de réduire la violence masculine, y compris la violence sexuelle et la violence au foyer ;
- encourager les hommes à être des dispensateurs de soins et de soutien dans la famille et la communauté ; et
- encourager la compréhension et l'acceptation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Figure 19

sées dans ces contextes ne forment pas des groupes isolés; elles se mêlent aux autres populations, comme le confirme la surveillance des comportements. Cependant, des interventions précoces à grande échelle dans ces groupes permettraient d'éviter une épidémie potentielle.

Dans les situations à forte prévalence, l'épidémie se répand beaucoup plus largement dans l'ensemble de la population. Plus les taux nationaux de prévalence du VIH

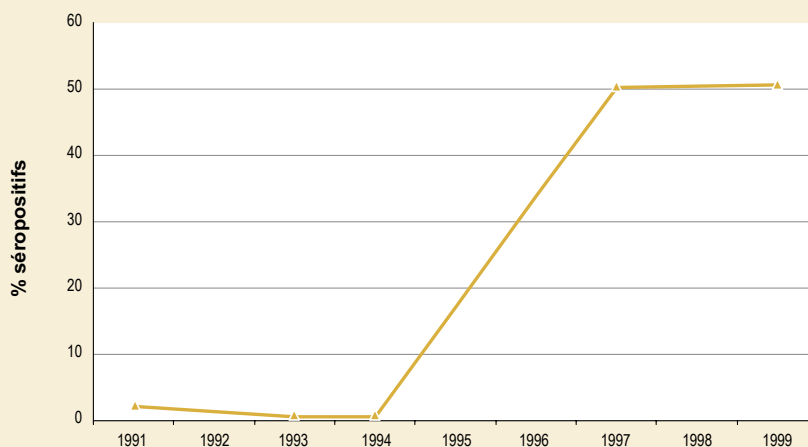
sont élevés, plus la proportion des personnes qui doivent adopter un comportement plus sûr augmente si l'on veut pouvoir maîtriser l'épidémie. Il devient alors crucial d'obtenir une couverture très importante au moyen d'interventions à l'efficacité avérée.

Mais dans les régions à faible ou à forte prévalence, la clé d'une prévention efficace, c'est l'application de stratégies essentielles de prévention aux réalités de l'épidémie, aux niveaux local, national ou même régional.

L'illusion d'une faible prévalence nationale du VIH

Vingt ans après le début de l'épidémie de VIH/SIDA, la majorité des pays du monde continuent d'enregistrer des taux nationaux de prévalence du VIH inférieurs à 1%, car l'épidémie mondiale en est encore à ses débuts. Il y a deux décennies, aucun pays du monde n'avait un taux national de prévalence du VIH chez l'adulte supérieur à 1%; aujourd'hui on en compte près de 50 et, dans 12

Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables à Katmandou, Népal : 1991-1999



Source : Peak A. et al. (1995) ; *AIDS*. Gurubacharya RL et al. (1998) ; 12^e Conférence mondiale sur le SIDA, résumé 23246. Oelrichs RB et al. (2000) *J. Virol.*

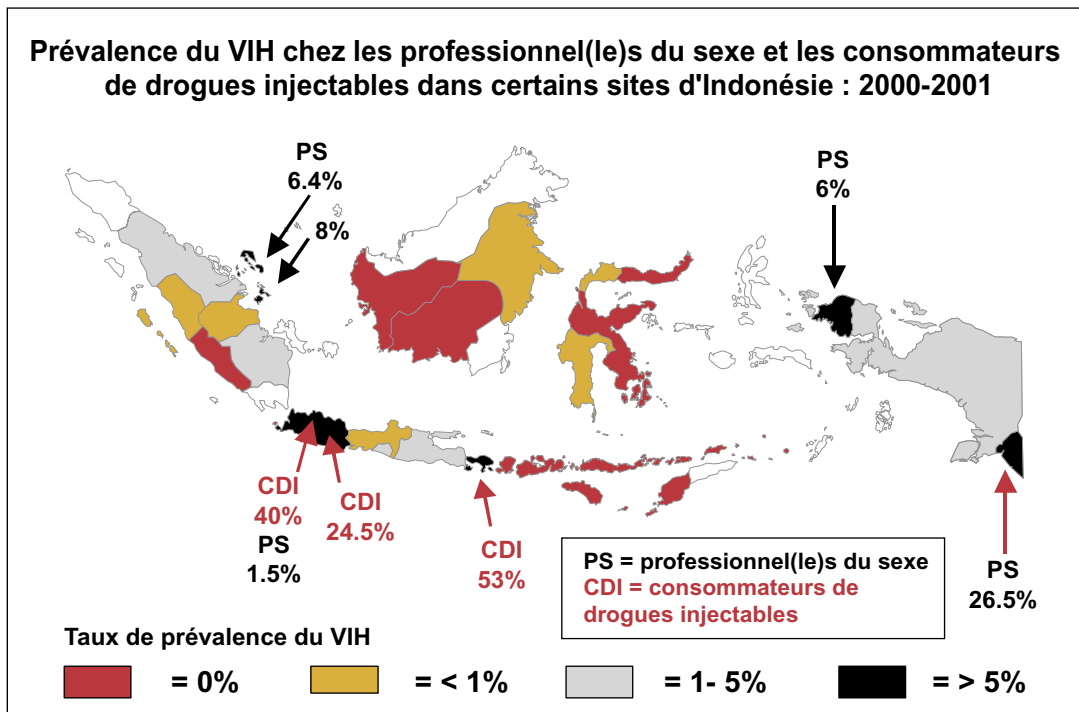
d'entre eux, la prévalence du VIH chez l'adulte sur le plan national est estimée à plus de 10%.

Les taux de VIH, notifiés sous la forme d'une moyenne nationale, peuvent être trompeurs. Dans les pays très peuplés, une prévalence du VIH chez l'adulte de 2 à 3% peut pourtant signifier des millions d'infection. Les taux nationaux de prévalence du VIH peuvent aussi masquer la nature concentrée des épidémies de VIH dans certaines parties du pays ou dans certaines populations particulières.

Les épidémies à grande échelle commencent toujours par être des flambées localisées avant de se répandre plus largement dans les régions et les communautés. A Nairobi, Kenya, la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe a fait un bon de 4% en 1981 à 61% en 1985, tandis que la prévalence parmi les femmes enceintes passait de 0% en 1981 à 2% seulement en 1985, avant de s'élever brusquement par la suite.

Les signaux avertissant de l'apparition imminente d'une épidémie sont maintenant familiers, mais le

Figure 20



Source : Commission nationale SIDA d'Indonésie (2001) *HIV/AIDS and other sexually transmitted infections in Indonesia : challenges and opportunities for action*

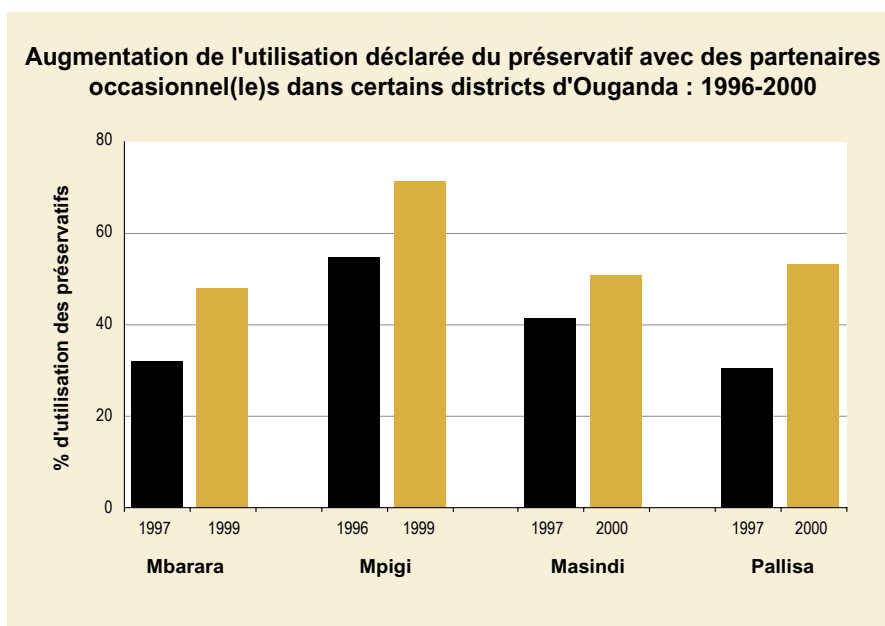
rythme exact de la croissance de l'épidémie ne peut encore être prédit avec certitude. En Thaïlande, par exemple, le virus a été détecté pour la première fois en 1984, mais n'a commencé à se répandre de manière agressive parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients que cinq ans plus tard. De la même manière, dans la ville de Katmandou, au Népal, l'utilisation commune des seringues était courante au début des années 1990, pourtant les infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables sont restées négligeables pendant six ou sept ans, avant d'exploser jusqu'au point où, en 1997, près de la moitié des consommateurs étaient infectés.

En Indonésie, le dépistage anonyme du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe a commencé en 1988 et, pendant presque une décennie, on n'a observé pratiquement aucune infection à VIH. Ces résultats étaient surprenants car d'autres recherches avaient montré que le commerce du sexe était répandu, l'utilisation du préservatif

très limitée et les autres infections sexuellement transmissibles très courantes. L'absence d'une épidémie de VIH peut avoir été partiellement due au fait que les professionnel(le)s du sexe en Indonésie ont un nombre relativement faible de partenaires — environ sept par semaine en moyenne, par rapport à plus de 30 par semaine en Thaïlande au plus fort de la propagation du VIH dans ce pays.

Mais de nouvelles données suggèrent qu'il s'est produit une augmentation de l'infection à VIH parmi les professionnel(le)s du sexe dans certaines villes d'Indonésie. La Figure 20 montre les provinces dans lesquelles des taux élevés d'infection à VIH ont maintenant été enregistrés parmi les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues. L'importante migration qui s'est produite à la suite de la crise économique de 1997-1998 et l'instabilité politique et la violence dans certaines régions du pays peuvent aussi expliquer l'augmentation de la vulnérabilité.

Figure 21



Source : Programme de lutte contre les IST/le SIDA, Ouganda (2001) *HIV/AIDS Surveillance Report*

Prévention et préservatifs

Le préservatif est la clé de la prévention de la propagation du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles, tout comme le sont l'abstinence sexuelle, le report du début de l'activité sexuelle et la fidélité mutuelle. Les succès remportés par l'Ouganda en matière de ralentissement de la propagation du VIH peuvent être attribués aux modifications du comportement, notamment à une réduction du nombre des partenaires sexuels des individus et au report des débuts sexuels parmi les jeunes. La baisse des taux d'infection parmi les jeunes était due principalement à l'élévation de deux ans de l'âge médian lors du premier rapport sexuel — de 15 à 17 ans. Mais l'augmentation de l'utilisation du préservatif (voir Figure 21) et le traitement des infections sexuellement transmissibles ont joué un rôle important.

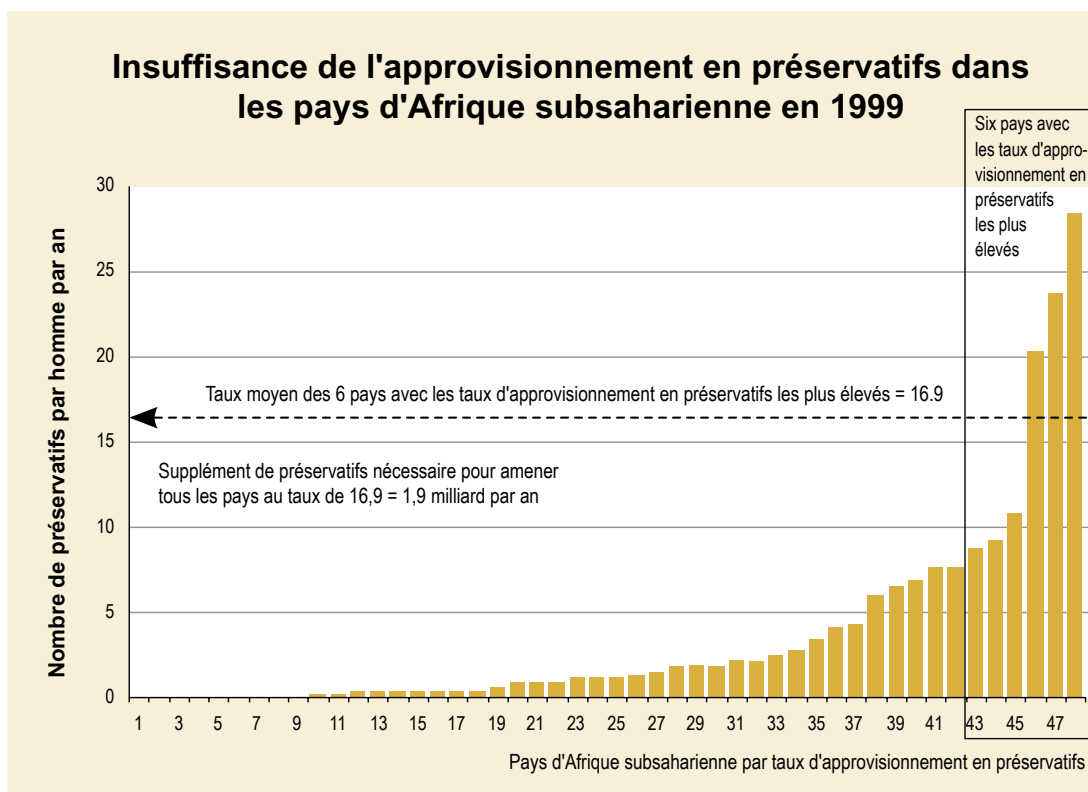
Les Instituts nationaux de la santé et les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis ont procédé à l'examen approfondi des études disponibles et ont confirmé que le préservatif, lorsqu'il est utilisé correctement, constitue un moyen efficace d'éviter l'infection à VIH chez les hommes et les femmes et la gonorrhée chez les hommes. Si l'accès au préservatif n'est pas garanti, un grand nombre des autres stratégies de prévention (par exemple la communication en faveur des changements comportementaux et l'éducation sexuelle et reproductive dans les écoles, sans mentionner les campagnes de planification familiale) perdent une grande partie de leur potentiel d'efficacité.

qu'il est utilisé correctement, constitue un moyen efficace d'éviter l'infection à VIH chez les hommes et les femmes et la gonorrhée chez les hommes. Si l'accès au préservatif n'est pas garanti, un grand nombre des autres stratégies de prévention (par exemple la communication en faveur des changements comportementaux et l'éducation sexuelle et reproductive dans les écoles, sans mentionner les campagnes de planification familiale) perdent une grande partie de leur potentiel d'efficacité.

Le manque de préservatifs

On estime que 6 à 9 milliards de préservatifs sont distribués chaque année (ce qui comprend les préservatifs vendus dans le commerce) — soit considérablement moins que les 8 à 24 milliards de préservatifs qu'on estime nécessaires pour que toutes les populations soient en mesure de se protéger du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. En Afrique subsaharienne seulement, le manque de préservatifs a été estimé à 2 milliards par année (voir Figure 22).

Figure 22



Source : Shelton JD, Johnston B (2001) Condom gap in Africa : evidence from donor agencies and key informants, *British Medical Journal*

Pour remédier à cette insuffisance de l'approvisionnement, les Nations Unies (par l'intermédiaire du Fonds des Nations Unies pour la Population, de l'Organisation mondiale de la Santé et du Secrétariat de l'ONUSIDA) collaborent avec les organisations non gouvernementales internationales, les institutions spécialisées et les donateurs publics et privés. Le coût est un problème majeur. Le Fonds des Nations Unies pour la Population estime que le nombre de préservatifs nécessaires pour prévenir le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles va plus que doubler au cours des 15 prochaines années. Les coûts passeront de 239 millions de dollars en 2000 à quelque 557 millions en 2015. Dans ce total ne figurent pas les coûts de distribution, de formation ou de conseil. Les pays à faible revenu devront élaborer

des plans pour résoudre ces problèmes d'approvisionnement et obtenir une augmentation régulière du soutien des donateurs pour couvrir les coûts des préservatifs.

En améliorant l'accessibilité et la disponibilité des préservatifs, on peut en augmenter l'utilisation. Au Brésil, on a noté une hausse massive des achats de préservatifs lorsque les prix ont chuté au début des années 1990. Lorsque Ford Afrique du Sud a intégré la distribution en masse des préservatifs dans sa stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et placé des distributeurs de préservatifs dans toutes les toilettes sur les lieux de travail, l'utilisation s'est multipliée par 25.

Mais l'approvisionnement n'est pas l'élément déterminant de l'utilisation du préservatif. Presque par-

tout, les jeunes sexuellement actifs (en particulier les jeunes femmes) se voient refuser l'information concernant le préservatif. Au Kenya, des chercheurs rapportent que 54% des jeunes ne croient pas que le préservatif protège de l'infection à VIH. Là, comme dans bien d'autres pays, les efforts des pouvoirs publics et des organisations non gouvernementales pour promouvoir l'utilisation du préservatif se sont heurtés aux oppositions de certaines organisations religieuses qui prétendent que les préservatifs favorisent la promiscuité. Mais l'opinion religieuse n'est pas monolithique. En Ouganda, par exemple, un dialogue instauré entre l'Association médicale islamique et les autorités religieuses musulmanes a donné naissance à une déclaration de ces dernières selon laquelle l'éducation sur l'utilisation responsable du préservatif était acceptable dans le cadre de l'enseignement islamique et nécessaire pour préserver les communautés du SIDA.

Une analyse récente des données d'une étude réalisée dans huit pays d'Afrique subsaharienne a révélé

que les attitudes relatives à l'utilisation du préservatif dépendaient aussi de la nature des relations. Dans les relations conjugales et régulières, les gens disent souvent ne pas utiliser de préservatif parce qu'ils « font confiance à leur partenaire » ; dans les relations régulières et dans les relations occasionnelles, les gens font fréquemment mention d'une aversion pour les préservatifs. Ceci indique que les messages de promotion des préservatifs doivent être adaptés au contexte : les couples qui ont des relations régulières devront être convaincus que l'utilisation du préservatif est un des principaux moyens de prendre soin mutuellement de sa santé.

La voie à suivre

Les programmes de promotion des préservatifs sont le plus efficaces lorsqu'ils font partie d'un ensemble complet d'interventions comprenant l'éducation sur le VIH/SIDA, la santé sexuelle et la sexualité humaine, et la formation en matière de sensibilité sexospécifique.

4

Le préservatif féminin : quelques progrès...

Les programmes pilotes effectués au cours de ces dernières années ont montré que le préservatif féminin est une option de prévention du VIH viable pour les femmes (et, dans certains contextes, pour les hommes).

Fabriquée en polyuréthane, il n'a besoin d'aucune mesure de stockage particulière. Il peut être inséré dans le vagin plusieurs heures avant les rapports et peut être utilisé avec des lubrifiants à base huileuse ou aqueuse. Pour ces raisons, le préservatif féminin peut être précieux pour la prévention du VIH parmi les professionnelles du sexe.

Au Viet Nam, une étude d'acceptabilité effectuée à Hanoi en 2000 a déterminé que sur 428 femmes qui avaient essayé le préservatif féminin, 320 avaient déclaré vouloir continuer à l'utiliser, à condition qu'il soit gratuit ou financièrement abordable. C'est parmi les professionnelles du sexe que l'acceptabilité a été la meilleure, 84% d'entre elles ayant déclaré vouloir continuer à utiliser le préservatif féminin.

Depuis 1999, l'ONUSIDA collabore étroitement avec le fabricant du préservatif féminin, la Female Health Company, afin de susciter davantage d'intérêt pour les programmes concernant ce type de préservatif auprès des institutions gouvernementales et non gouvernementales. Le Ghana est l'un des pays disposant maintenant d'un programme national de promotion de l'utilisation du préservatif féminin, y compris un engagement politique de haut niveau (en la personne notamment de l'ancienne Première Dame, Nana Konadu Agyeman Rawlings), la commercialisation à but social et la distribution tant par le secteur public que par le secteur privé.

Depuis son introduction par les autorités de la santé publique dans la province de Ratchaburi, le programme thaïlandais novateur d'utilisation du préservatif à 100% dans le commerce du sexe s'est fait connaître comme l'une des mesures de prévention du VIH les plus efficaces jamais introduites. Le programme exigeait que les préservatifs soient utilisés dans *tous* les établissements pratiquant le commerce du sexe — une tactique qui a contribué à éviter que les clients ne se déplacent dans des établissements où le préservatif n'était pas exigé. Après avoir été adopté comme politique nationale par le Premier Ministre en 1991 et élargi à tout le pays, en 1994 plus de 90% des rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe étaient protégés par des préservatifs (par rapport à un taux de 14% avant l'introduction du programme). Le programme a été accepté par les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les autorités sanitaires et la police et a reçu le soutien des patrons de maisons de passe. Dans le même temps, le gouvernement thaïlandais a lancé des campagnes à grande échelle de sensibilisation au SIDA dans les médias. Les évaluations récentes du programme reconnaissent qu'il a « contribué de manière significative à une réduction à grande échelle de la transmission du VIH dans le pays ». Des stratégies analogues ont été adoptées au Cambodge et pour des interven-

tions locales dans des pays comme le Cameroun, le Myanmar et la République dominicaine.

La commercialisation à but social — c'est-à-dire l'utilisation des techniques commerciales comme la recherche de marché, la distribution de masse et la communication pour réaliser un objectif social — a rencontré un certain succès. Au Cambodge, la commercialisation à but social du préservatif est encouragée depuis 1994. Les préservatifs de marque « Number One » sont commercialisés auprès des jeunes adultes, des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients et des membres de l'armée et de la police. Les ventes de préservatifs au Cambodge ont augmenté de manière spectaculaire, passant de 99 000 à plus de 16 millions en 2001, avec un système de distribution dans la totalité des 24 provinces et municipalités.

Toutefois, ce type d'intervention doit être étayé par des politiques qui, idéalement, encouragent, mais en tout cas ne limitent pas, la distribution et l'utilisation des préservatifs. Malheureusement, les lois et pratiques dans de nombreux pays rendent encore l'accès des préservatifs difficiles pour les jeunes et admettent que la possession de préservatifs soit utilisée comme preuve pour poursuivre des professionnel(le)s du sexe.

Lutter contre les infections sexuellement transmissibles

L'Organisation mondiale de la Santé estime que plus de 300 millions de personnes sont touchées chaque année par des infections sexuellement transmissibles guérissables, dont une large proportion se produit parmi les jeunes. La présence de ces infections peut décupler le risque de transmission du VIH au cours des rapports sexuels non protégés (car l'infection crée de nouveaux points d'entrée pour le virus ou facilite la répllication virale).

Un grand nombre de ces infections (y compris les quatre les plus courantes — syphilis, gonorrhée,

chlamydiae et trichomonase) se soignent relativement facilement au moyen d'antibiotiques. Mais le manque de services, la pénurie de médicaments, l'accès limité au diagnostic ainsi que les attitudes désobligeantes des dispensateurs de soins sont des obstacles à une meilleure efficacité de la détection et du traitement des infections sexuellement transmissibles dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA.

Ces obstacles peuvent être surmontés. On sait maintenant comment rendre ces services plus conviviaux

et les adapter à des groupes particuliers. En outre, les recherches dans des pays à faible et moyen revenus ont confirmé l'efficacité de la prise en charge par syndrome dans les situations où les ressources sont insuffisantes. La prise en charge syndromique repose sur la reconnaissance des signes cliniques et des symptômes du patient (ou syndrome) et la prescription d'un traitement pour les principales causes de ce syndrome. Elle permet aux agents de santé qui n'ont ni compétences spécialisées ni accès à des tests de laboratoires perfectionnés de traiter efficacement la plupart des infections symptomatiques lors de la première visite du patient.

Une étude de la prise en charge syndromique à base communautaire des infections sexuellement transmissibles à Mwanza, République-Unie de Tanzanie, a montré que le nombre des nouvelles infections à VIH dans la population étudiée a été réduit de 42%. Cependant, une autre intervention, fondée sur le traitement systématique des infections sexuellement transmissibles au moyen d'antibiotiques dans le district du Rakai, en Ouganda, n'a entraîné aucune baisse de l'incidence du VIH. Ces résultats suggèrent que les efforts déployés pour traiter et combattre les infections sexuellement transmissibles ont plus de chance de réduire également la transmission du VIH s'ils font partie d'un programme de prévention du VIH/SIDA complet et élargi.

Plusieurs études récentes montrent l'importance probable du virus de l'herpès simplex-2 (HSV-2) comme cofacteur de la susceptibilité au VIH. Une étude en Afrique du Sud a révélé que le HSV-2 constituait le facteur le plus important associé au VIH parmi les hommes comme parmi les femmes, et que les hommes infectés par le HSV-2 étaient sept fois plus susceptibles d'être séropositifs au VIH que ceux qui ne l'étaient pas. L'apparition simultanée du HSV-2 et du VIH indique que la lutte contre le HSV-2 (prévention et traitement) pourrait être un élément important de la prévention du VIH. Mais un grand nombre d'obstacles doivent d'abord être surmontés. Il n'existe pas de remède contre le HSV-2 et les vaccins en sont encore aux essais de Phase II, ce qui implique que l'infection dure toute la vie et que les ulcères réapparaîtront périodiquement pendant toute la vie d'une personne infectée. Le traitement des ulcères exige des médicaments relativement coûteux, dont un seul (acyclovir) peut être obtenu sous forme générique. En outre, le dépistage du HSV-2 est difficile dans les pays pauvres, car les trousseaux de dépistage financièrement abordables ne sont pas aussi précises que les tests de laboratoires utilisés dans les pays plus riches. Dans de telles conditions, l'éducation sexuelle précoce et la promotion de l'utilisation régulière du préservatif demeurent les meilleures méthodes de prévention.

Atteindre ceux qui en ont besoin

Dans de nombreux pays, les épidémies de VIH/SIDA sont concentrées dans des populations particulières qui sont souvent marginalisées et vulnérables à toute une série de problèmes sanitaires et psychologiques en plus du VIH/SIDA. Des facteurs complexes et interdépendants influencent la vulnérabilité. Premièrement les circonstances socio-économiques (la pauvreté, le manque d'éducation, la mobilité, la séparation de la famille, etc.) peuvent entraver la capacité des individus à se

protéger et réduire leur accès à l'information sur la prévention du VIH et la prise en charge, aux services et aux produits. Deuxièmement, la prévalence du VIH au sein de leurs réseaux sociaux peut être plus élevée que dans la population générale. Troisièmement, il leur arrive d'avoir des comportements à haut risque, par exemple l'utilisation commune du matériel d'injection ou les rapports sexuels non protégés avec des personnes dont l'état sérologique est inconnu.

Dans ces populations, on trouve des consommateurs de drogues injectables, des professionnel(le)s du sexe (et leurs clients), des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des détenus, des jeunes marginalisés, des réfugiés et des personnes déplacées, des personnes soumises à des trafics, des populations autochtones socialement exclues et des travailleurs itinérants et mobiles (par exemple marins, routiers et travailleurs saisonniers). Pour le succès d'une riposte contre le SIDA, il est

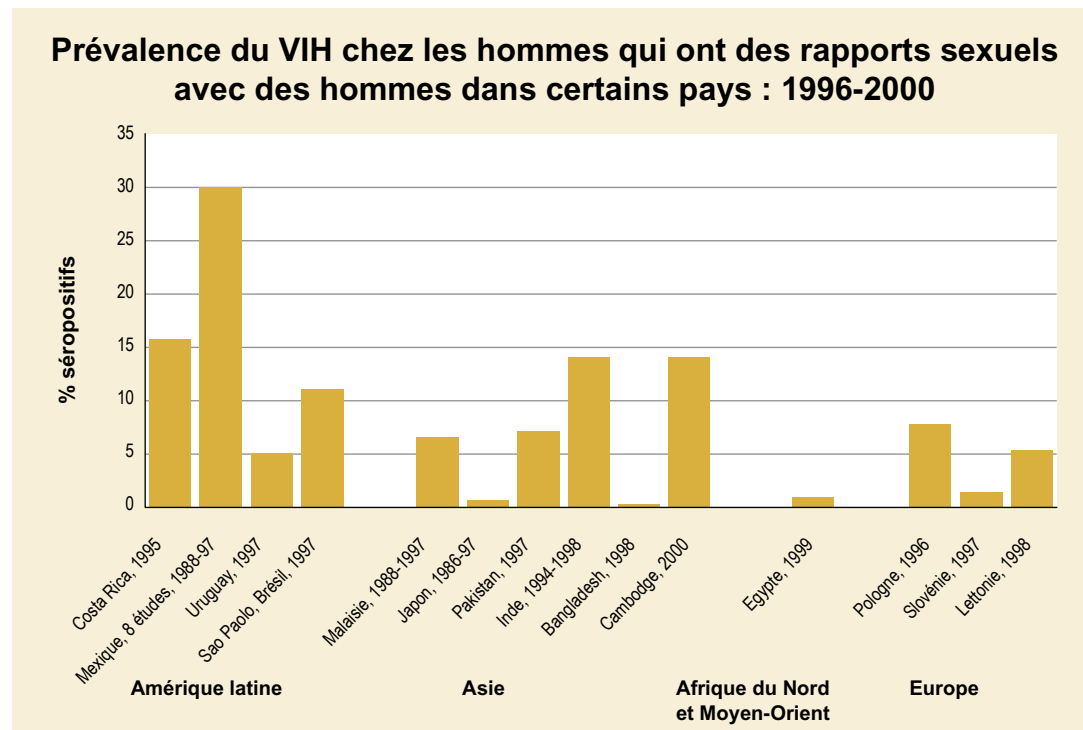
vital d'atteindre ces groupes. Etant donné qu'un grand nombre de ces populations n'ont pas accès aux services généraux sur le VIH/SIDA, il faut utiliser des approches extra-institutionnelles et des réseaux de pairs pour apporter ces services là où ces personnes travaillent, vivent et se rencontrent. Les interventions et programmes les plus efficaces sont ceux qui sont adaptés aux réalités et aux besoins particuliers des personnes auxquelles ils sont destinés.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

A des degrés divers, la transmission du VIH entre hommes est un facteur dans toutes les épidémies de VIH. Elle a constitué le principal mode de transmission dans la plupart des pays à revenu

élevé. Aux Etats-Unis, les rapports sexuels entre hommes ont représenté la plus grande proportion (42%) des nouvelles infections annuelles en 2000, alors qu'en Australie, ils représentaient 85%

Figure 23



Sources : Données nationales recueillies par le Bureau du Recensement des Etats-Unis (1996-2000) ; Données relatives au Cambodge déclarées dans : *Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) : the status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific (2001)*

des infections cette même année. Une prévalence élevée du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels entre eux a été observée partout dans le monde, comme le montre la Figure 23.

Lorsque les rapports sexuels entre hommes sont interdits par la loi ou par de fortes sanctions sociales, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont particulièrement exposés au risque d'infection à VIH, car ils sont plus difficiles à identifier et les services de prévention ont de la peine à les contacter. La lutte contre la discrimination — et la violence — subie par les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est par conséquent un élément crucial d'une riposte efficace au SIDA.

Clandestins, mais pas isolés

Des données fiables recueillies dans des pays aussi divers que le Brésil, la Colombie, l'Inde, le Mexique, le Pakistan et la Thaïlande confirment qu'un grand nombre des hommes qui ont des rapports sexuels non protégés avec des hommes ont également des rapports sexuels non protégés avec des femmes. En Amérique latine et aux Caraïbes, la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est très variée, un grand nombre d'entre eux ont également des rapports avec des femmes, les taux de VIH sont importants et, en conséquence, l'épidémie atteint progressivement leurs partenaires féminines. Une récente étude de la Commission nationale sénégalaise sur le SIDA, à Dakar, a rapporté que 88% des hommes échantillonnés qui ont des rapports sexuels avec des hommes avaient aussi des rapports sexuels avec des femmes et que 15% d'entre eux étaient mariés. Seuls 14% ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels. En outre, 37% des hommes de l'enquête ont rapporté qu'ils avaient été violés au cours de l'année précédente, certains d'entre eux par des policiers.

Les communautés gay des pays à revenu élevé sont en première ligne de la riposte au VIH/SIDA et

elles ont mis en place des activités de prévention très efficaces, même si une résurgence des rapports sexuels non protégés entre hommes (voir le chapitre « Survol de l'épidémie dans le monde ») a montré qu'il est nécessaire de renouveler et de renforcer en permanence ces activités. Dans une grande partie de l'Afrique et de l'Asie, toutefois, les efforts de prévention parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont à peine ébauchés. Dans un grand nombre des pays à faible et moyen revenus, les rapports sexuels entre hommes et la transmission du VIH ont tendance à être absents des statistiques et sont officiellement démentis. Dans une bonne partie de l'Afrique, par exemple, les rapports sexuels entre hommes ne sont pratiquement pas admis, même si des groupes qui s'identifient comme gay existent depuis plusieurs années en Afrique du Sud et au Zimbabwe. Des groupes analogues ont récemment été constitués au Kenya et au Sénégal.

La Société de bien-être social Bandhu (à Dhaka, Bangladesh) et Sahodaran (à Chennai, Inde) sont des organisations communautaires qui fournissent des services extra-institutionnels et des services à leur siège aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des « espaces de sécurité » dans les bureaux du siège offrent aux hommes stigmatisés et marginalisés une occasion de rencontrer d'autres personnes et d'obtenir toute une série de services. La Société de bien-être social Bandhu a mis en place un système novateur de dispensaires pour le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles et Sahodaran a beaucoup contribué au plaidoyer au niveau national. De manière analogue, on a pu voir au cours des dernières années une série de projets de prévention mis en place en Europe orientale et en Asie centrale par des organisations gay, en collaboration avec les autorités locales et avec le soutien des Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA. Les projets sont implantés à Minsk, Bélarus; Bishkek, Kirghizistan; Karaganda et Almaty, Kazakhstan; et Tachkent, Ouzbékistan.

Professionnels du sexe

On trouve des hommes prostitués dans toutes les régions du monde, mais le phénomène est souvent délibérément ignoré ou fortement réprimé. Un grand nombre des hommes qui vendent leurs services ont des partenaires commerciaux et non commerciaux, masculins et féminins ; ils constituent donc un potentiel de transmission tant hétérosexuelle qu'homosexuelle. Il est important de noter que parfois, ils ne se considèrent ni comme homosexuels ni comme professionnels du sexe.

Malgré ces obstacles considérables, des programmes de prévention peuvent être efficaces dans ce groupe particulièrement vulnérable, comme l'a montré l'Association de lutte contre le SIDA (ALCS) du Maroc. Comme dans de nombreux autres pays, le commerce masculin du sexe au Maroc est généralement associé au tourisme, mais c'est une erreur. En fait, il est aussi répandu parmi les Marocains, même dans des villes de petite taille, en dépit du fait que l'homosexualité au Maroc soit un délit punissable. Une recherche de l'ALCS a découvert que deux tiers environ des professionnels du sexe comptaient sur des rapports sexuels payés comme source principale de revenus et que plus d'un tiers (du total) ne pratiquaient leur commerce qu'avec d'autres Marocains. Sur la base de cette information, l'ALCS a créé un centre d'accueil et des projets extra-institutionnels, qui offrent des programmes d'éducation par les pairs, des préservatifs et des services d'orientation-recours vers les centres de santé locaux pour le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles ainsi que pour le test VIH et le conseil. Les enquêtes ont alors montré que 93% des hommes préféraient obtenir des préservatifs auprès des travailleurs de proximité et que l'utilisation systématique du préservatif augmentait. Davantage d'hommes ont également utilisé les services de conseil et de test volontaires.

Comme dans les pays à revenu élevé, la solidarité de personnes influentes ou célèbres peut être très utile pour combattre la stigmatisation à laquelle est confrontée cette population vulnérable. En Haïti, par exemple, la Première Dame du pays a récemment

apporté son soutien public au GRASADIS (Groupe de recherches et d'action anti-SIDA et anti-discrimination sexuelle) qui offre des activités extra-institutionnelles et une éducation par les pairs aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Consommateurs de drogues injectables

Au cours des 25 dernières années, le commerce des drogues illicites s'est transformé en une industrie brassant des milliards de dollars et couvrant toute la planète. A la fin de 1999, la consommation de drogues injectables était notifiée dans 136 pays ; dans 114 d'entre eux, des cas de VIH imputables à la consommation de drogues injectables avaient été annoncés. Le trafic de drogue est maintenant un phénomène planétaire, qui touche quelque 170 pays et territoires. On estime que 10 millions de personnes dans le monde s'injectent des drogues.

On estime que c'est l'Asie qui compte le plus grand nombre de cas de VIH associés à la consommation de drogues injectables. Cette consommation est également un facteur important dans les épidémies de VIH en Amérique du Nord, en Europe occidentale et dans certaines régions d'Amérique latine, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Dans certains pays d'Europe orientale, notamment les pays de l'ex-Union soviétique, la consommation de drogues injectables est le moteur des grandes épidémies de VIH/SIDA parmi les jeunes et de nombreux programmes extra-institutionnels observent

Le cas de Temirtau

Dans certaines parties d'Europe orientale et d'Asie centrale, les soubresauts des changements socio-économiques, marqués par un fort taux de chômage, ont suscité le désespoir de millions de personnes, y compris les jeunes.

Il y a une génération, la ville kazakhe de Temirtau était le siège d'une aciérie qui était l'un des plus grands producteurs d'acier de l'ex-URSS. En 1995, l'aciérie a été vendue, la production considérablement réduite et des milliers d'ouvriers ont été licenciés. Leurs moyens de subsistance ont disparu et les services (y compris les écoles et les hôpitaux) ont été fermés. La consommation de drogues injectables est montée en flèche, en même temps que se produisaient des flambées de VIH/SIDA. En 2000, on estimait que sur les 32 000 jeunes (15-29 ans) de la ville, 3000 s'injectaient des drogues. A la fin des années 1990, le Gouvernement du Kazakhstan et plusieurs institutions des Nations Unies ont mis en place un programme multisectoriel à Temirtau et dans la région environnante du Karaganda, afin d'inverser les niveaux de consommation de drogues et de réduire le VIH. En 2000, les effets étaient devenus visibles, les études de surveillance montrant que l'infection à VIH parmi les consommateurs récents de la ville avait passé de 15% en 1997 à 5%.

une augmentation du nombre des consommateurs de drogues adolescents sexuellement actifs.

Les consommateurs de drogues font partie de la société

Les épidémies de VIH associées aux drogues injectables restent limitées aux consommateurs de drogues injectables seulement. La plupart d'entre eux sont jeunes, de sexe masculin et sexuellement actifs. Il est probable qu'ils contractent ou transmettent le VIH non seulement par l'utilisation commune de leur matériel d'injection mais également par leurs rapports sexuels avec des partenaires réguliers ou occasionnels. La consommation de drogues injectables et le commerce du sexe se recoupent aussi d'une manière importante, les utilisateurs payant souvent pour leurs rapports sexuels ou se vendant pour financer leur dépendance. En 2000 à Hanoi, Viet Nam, 20% des professionnelles du sexe travaillant dans la rue indiquaient une récente consommation de drogues injectables, alors que 23% des consommateurs de drogues injectables de sexe masculin payaient leurs rapports sexuels; au Bangladesh, les chiffres correspondants étaient de 14% et de 50-75% respectivement.

Prévenir l'infection à VIH

Mettre fin à la propagation du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables exige une approche globale, qui comprend le traitement des dépendances et la réadaptation ; l'éducation sur le VIH/SIDA ; l'accès à des aiguilles et des seringues stériles et aux préservatifs ; des services juridiques et sociaux ; et le test VIH et le conseil volontaires ainsi qu'un soutien psychosocial. Il faut également des actions pour empêcher que les individus (en particulier les jeunes) ne commencent à consommer des drogues injectables.

Il y a tout lieu de penser qu'un traitement efficace et humain de la toxicomanie non seulement réduit l'abus des drogues mais diminue également le risque de VIH. Un principe éthique fondamental veut que les politiques de lutte contre la drogue doivent réduire et non augmenter le risque de VIH auquel les consommateurs de drogues sont confrontés et que les activités de prévention du VIH ne doivent pas, par inadvertance, encourager l'abus de drogues.

Les efforts de prévention modestes et isolés parviennent peut-être à ralentir l'épidémie, mais pas

Réfuter le mythe selon lequel l'échange des seringues accroît la consommation de drogues

Déterminer si la distribution d'aiguilles et de seringues permet de limiter la propagation du VIH ou si elle ne fait qu'encourager la consommation de drogues est l'un des problèmes les plus attentivement étudiés de l'histoire des programmes de prévention du VIH. Les données penchent en faveur de l'efficacité plutôt que de l'augmentation de la consommation.

Lorsque la Californie a offert des services de distribution de seringues stériles dans les années 1990, le pourcentage des nouveaux initiés à la consommation de drogues injectables a chuté (de 3% à 1%), les consommateurs réguliers se sont injectés moins fréquemment et l'utilisation commune des seringues a baissé de plus de 70%.

Un examen mondial des programmes d'échange de seringues réalisé entre 1988 et 1993 a révélé que, dans 29 villes disposant de programmes d'échange, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables était tombée en moyenne de 5,8% par année et que le nombre des consommateurs n'avait pas augmenté. Par contraste, dans 52 villes ne disposant pas de tels programmes, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables s'était accrue de près de 6% chaque année.

Des recherches effectuées au Canada ont mis en lumière les limites de certains programmes d'échange de seringues. Par exemple, des études à Vancouver et à Montréal, où l'injection de cocaïne est très répandue, ont montré l'importance de l'adaptation des programmes aux conditions locales. Les utilisateurs de cocaïne par injection ont tendance à s'injecter beaucoup plus fréquemment que les utilisateurs d'héroïne et ils ont par conséquent besoin de quantités beaucoup plus grandes d'aiguilles et de seringues stériles que celles généralement offertes par la plupart des programmes d'échange.

Une autre limite importante des programmes d'échange et des autres interventions axées sur les consommateurs de drogues touche au fait que, souvent, ils n'atteignent pas les consommateurs occasionnels ou récréatifs. Il s'agit là d'une question d'une importance croissante, notamment parmi les jeunes, car cette population n'est pas touchée par les nombreux programmes axés sur des personnes qui s'identifient comme consommateurs de drogues injectables.

pour longtemps, comme l'expérience du Népal l'a démontré. Les programmes d'échange des seringues dans ce pays ont commencé en 1991 déjà ; en 1995, certains chercheurs affirmaient que les interventions avaient permis d'éviter une épidémie de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Mais, en 1997, près de la moitié des consommateurs testés à Katmandou étaient infectés par le VIH. Le programme d'échange de seringues était trop limité et trop circonscrit pour avoir un impact suffisant et durable. Il devait être élargi. Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ont aussi été élargis ailleurs, notamment dans

certains pays d'Europe et en Australie. En 2000, en Angleterre et au pays de Galles, on comptait 420 programmes de distribution de seringues, fournissant 27 millions de seringues, soit l'équivalent de 180 à 540 seringues par consommateur de drogues injectables par année

Qu'en est-il de la loi ?

Des données obtenues dans les pays à revenus élevé et faible montrent que des programmes efficaces de prévention et de prise en charge peuvent être mis en place malgré la marginalisation, la stigmatisation sociale et le contexte juridique de pénalisation

qui entourent l'existence des consommateurs de drogues. Mais c'est lorsque les lois et les pratiques de la police facilitent le travail extra-institutionnel et la fourniture de services aux consommateurs de drogues injectables que ces programmes semblent rencontrer le plus de succès.

Pendant de nombreuses années, Manipur, en Inde, a été emblématique d'une région aux prises avec une épidémie croissante de VIH associée à la consommation de drogues injectables. A la fin des années 1990, on estimait déjà à 40 000 le nombre des consommateurs de drogues injectables à Manipur dont près de 60% étaient séropositifs au VIH. Pour de nombreux observateurs, la cause semblait perdue. Mais, après que des études eurent révélé que la plupart des consommateurs partageaient le matériel d'injection parce qu'ils craignaient d'être arrêtés s'ils étaient trouvés en possession d'aiguilles et de seringues, la Société pour le VIH/SIDA et Lifelines Operation (SHALOM) ont courageusement lancé un programme d'échange d'aiguilles et de seringues dans la ville de Churachandpur. La police a été consultée et persuadée de ne pas harceler les agents de SHALOM et les consommateurs trouvés avec du matériel d'injection. L'incidence du VIH parmi les consommateurs a chuté de près de 77% en 1997 à un peu moins de 59% en 2001 — un taux encore élevé, mais une baisse marquée. Convaincu de l'efficacité du programme, le Ministre d'Etat pour la Santé du Manipur a intégré l'intervention dans la politique officielle de l'Etat sur le SIDA.

Des obstacles officiels plus grands encore ont été levés en Ukraine lorsque, en 1998, le parlement a ajouté à sa loi sur le VIH/SIDA la garantie que l'Etat s'efforcerait de faciliter la mise en place de services d'échange de seringues aux consommateurs de drogues injectables. Cette réforme remportée de haute lutte a également aboli le dépistage obligatoire des consommateurs. L'opinion politique et publique avait dans un premier temps craint que les changements n'encouragent la consommation de

drogues et les autres problèmes sociaux. Mais une vaste campagne d'information et un débat public général ont peu à peu convaincu les électeurs et les législateurs de ce que les réformes finiraient par profiter à l'ensemble de la société. Actuellement, en 2002, 37 projets d'échange de seringues sont appliqués dans le pays et on estime qu'ils atteignent environ 20% de tous les consommateurs.

Au Brésil, une loi a été approuvée par le Congrès en 2002, autorisant le Ministère de la Santé à élaborer des politiques nationales sur des programmes VIH spécifiques axés sur les consommateurs de drogues injectables (même si des responsables de la santé publique pragmatiques les avaient déjà mis en œuvre depuis de nombreuses années). Une enquête nationale parmi les consommateurs de drogues injectables a montré que l'utilisation régulière du préservatif dans cette population avait augmenté de 42% en 1999 à 65% en 2000. Au cours de la même période, l'utilisation commune des seringues avait baissé de 70% à 41%. En conséquence, entre 1996 et 2000, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a chuté dans plusieurs villes. A Santos, dans l'Etat de Sao Paulo, la baisse a été de 65% à 42%; à Salvador, de 49% à 7%; et à Rio de Janeiro, de 25% à 8%.

Changer les habitudes

Des programmes de substitution, ainsi qu'une série d'autres services de santé et d'orientation-recours, ont été introduits avec succès dans certains pays. On peut citer en exemple l'organisation non gouvernementale mexicaine, Companeros AC, qui dirige des programmes depuis le milieu des années 1990 et encourage la désintoxication et la réadaptation dans le cadre d'activités spécifiques de prévention du VIH axées sur les consommateurs de drogues injectables. Le programme aide les consommateurs de drogues injectables à introduire des changements comportementaux réalistes pour eux et susceptibles d'être maintenus — de la cessation absolue de la consommation à l'adoption d'habi-

tudes moins dangereuses. Un travail de terrain est effectué dans les prisons ainsi que dans la communauté générale. Des brochures d'information sont distribuées ainsi que des emballages contenant des préservatifs, du désinfectant et des dépliants d'in-

formation. Les services de réadaptation utilisent en outre des traitements complémentaires tels que l'acupuncture et la phytothérapie. Education et soutien sont apportés aux familles et aux partenaires des consommateurs de drogues injectables.

Prévention parmi les détenus

Ecartés de la société, les détenus sont particulièrement exposés au risque d'infection à VIH — principalement par la consommation de drogues injectables, les rapports sexuels volontaires ou forcés, les pratiques de tatouage sans hygiène et le manque d'information, d'éducation et de services sur la prévention du VIH.

De nombreux pays admettent que des drogues injectables sont consommées dans les prisons. Dans ces situations, il est très difficile d'obtenir des seringues, c'est pourquoi l'utilisation en commun du matériel est particulièrement répandue et le potentiel de propagation du VIH est important. En Australie, environ un quart des détenus s'injectent des drogues derrière les barreaux, selon une étude effectuée en 2000. Une étude portant sur 3200 consommateurs de drogues injectables incarcérés dans sept pays de l'Union européenne (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Portugal et Suède) a révélé que 45% d'entre eux s'étaient injectés des drogues en prison et que 7% d'entre eux avaient commencé à s'injecter des drogues pendant leur incarcération. Il est moins facile d'obtenir des statistiques comparables dans les pays à faible et moyen revenus. Mais certains résultats récents confirment des données anecdotiques indiquant que le risque d'infection à VIH par consommation de drogues injectables peut y être important. Dans la République islamique d'Iran, par exemple, 10 prisons ont notifié des cas d'infection à VIH parmi des consommateurs de drogues injectables en 2001, un site annonçant même une prévalence de 63%. La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues

injectables incarcérés dans une prison de Bali, Indonésie, se montait à 53% en 2000.

Dans un environnement destiné à appliquer le châtiment de la loi, il n'est pas surprenant que la consommation de drogues chez les détenus soit accueillie par d'autres punitions. Pourtant l'échec n'est pas rare et la consommation de drogues injectables peut même augmenter parmi les prisonniers. Une recherche portant sur le dépistage obligatoire des drogues dans les prisons du Royaume-Uni a montré que les détenus passaient de la consommation de marijuana (qui est détectable dans l'urine pendant plusieurs semaines) à l'injection d'héroïne (qui disparaît dans l'urine après un ou deux jours). Les pays qui, dans le passé, ont tenté d'interrompre la transmission du VIH dans les prisons par le dépistage obligatoire et l'isolement des détenus séropositifs au VIH revoient aujourd'hui ces politiques. L'Ukraine, par exemple, a récemment introduit une nouvelle politique fondée sur l'éducation, l'introduction du conseil et du test volontaires, l'intégration des détenus séropositifs au VIH et la confidentialité concernant la sérologie VIH.

Certains systèmes pénitentiaires vont au-delà de la fourniture d'information sur les risques de VIH pour offrir des moyens de rendre plus sûre la consommation de drogues injectables en distribuant du désinfectant pour stériliser les aiguilles et les seringues, en mettant à disposition du matériel stérile et en offrant des traitements à la méthadone. Les programmes s'occupant des besoins spécifiques des consommateurs de drogues injectables ont également été complétés par la fourniture de préservatifs afin de réduire la transmission sexuelle du VIH.

Le sexe en milieu carcéral

Les rapports sexuels — consentis ou forcés — entre détenus sont une autre source potentielle d'infection à VIH, en particulier dans les pays où la propagation du VIH est déjà importante. Dans une enquête réalisée parmi 1100 détenus de sexe masculin en Fédération de Russie, seuls 10 à 15% d'entre eux déclaraient n'avoir eu aucun contact sexuel pendant leur incarcération. Une enquête au Brésil a montré que 73% des détenus de sexe masculin avaient eu des rapports sexuels avec des hommes dans les institutions pénitentiaires. Les rapports sexuels contraints étaient très répandus. Les rapports sexuels consentis et forcés avec des hommes sont aussi vécus par un grand nombre

de femmes détenues. Des détenues participant à une étude dans les prisons et les maisons d'arrêt de l'Etat de New York, par exemple, ont signalé de fréquents rapports sexuels non protégés en prison, y compris entre des gardiens de sexe masculin et des détenues.

La fourniture de préservatifs aux détenus est rare, sauf en Europe. En 2000, 16 pays à revenu élevé (ainsi que le Brésil et le Costa Rica) distribuaient des préservatifs dans les prisons. En Europe, la proportion des systèmes pénitentiaires qui mettent des préservatifs à la disposition des détenus a passé de 53% en 1989 à 81% en 1997. La plus récente enquête indique que des préservatifs sont maintenant disponibles dans tous les systèmes pénitentiaires à l'exception de quatre.

Réduire le risque derrière les barreaux

Les programmes d'échange de seringues sont encore rares, mais en augmentation. Depuis la création en 1992 du premier programme d'échange de seringues dans la maison d'arrêt d'Oberschönggrün, en Suisse, des études portant sur des programmes analogues ont confirmé leur efficacité. L'utilisation commune des seringues a considérablement baissé, aucun détenu n'a contracté le VIH, l'hépatite B ou C dans le cadre de ces programmes, et aucune conséquence involontaire grave n'a été observée. En 2001, des seringues stériles étaient distribuées dans sept prisons suisses. Les autorités pénitentiaires allemandes et espagnoles ont avec succès introduit des programmes d'échange des seringues dans plusieurs prisons, alors que la Grèce, l'Italie et le Portugal envisagent des initiatives analogues. La prévalence du VIH parmi les détenus espagnols a baissé de 23% en 1996 à 17% en 2001, en grande partie grâce aux programmes novateurs visant à prévenir la propagation du VIH parmi les détenus. Les prisons espagnoles offrent des programmes de substitution pour les consommateurs d'héroïne (programmes de distribution de méthadone), alors que neuf prisons du pays ont commencé la mise en place de programmes d'échange des seringues. L'éducation, le conseil et la distribution de préservatifs complètent ces activités.

Les professionnel(le)s du sexe et leurs clients

Dans la plupart des sociétés, le commerce du sexe est clandestin et illégal, c'est pourquoi il est difficile d'évaluer le nombre des personnes concernées. Mais il s'agit d'un phénomène planétaire et d'un puissant facteur social et économique dans de nombreux pays. Selon les estimations de l'Organisation inter-

nationale du Travail, le commerce du sexe représentait plus de 2% du produit intérieur brut de quatre pays de l'Asie du Sud-Est à la fin des années 1990.

Dans les pays où les rapports sexuels hétérosexuels sont le mode principal de transmission du VIH, les

4

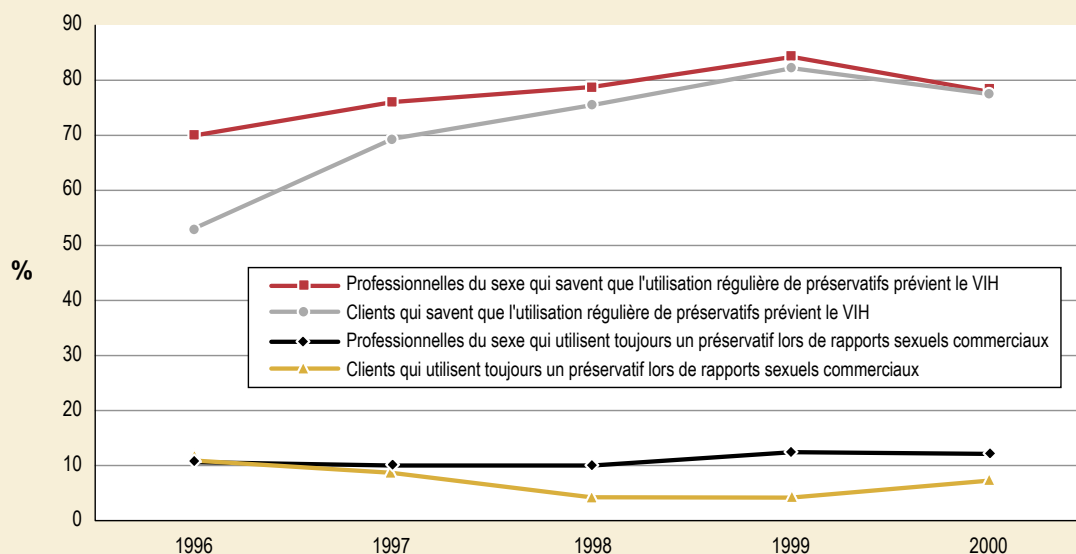
épidémies de VIH tendent à être concentrées tout d'abord parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients avant de s'établir dans la population générale. Une forte augmentation de la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe constitue un signal d'alarme indiquant que les taux de VIH dans la population générale risquent d'augmenter — à moins que des efforts de prévention efficaces soient introduits. A Abidjan, Côte d'Ivoire, par exemple, les taux de prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe ont passé de 38% en 1987, à 69% en 1990 et à 80% entre 1992 et 1994. L'évolution de la prévalence du VIH parmi les femmes en consultations prénatales a été décalée d'environ une demi-décennie par rapport à ces chiffres, passant de 3% en 1986 à 13,8% en 1999.

Lorsque le commerce du sexe est répandu mais clandestin, le phénomène est souvent le reflet

d'inégalités sexospécifiques bien établies. Dans ces endroits, le statut social, économique et politique des hommes éclipse celui des femmes, les inégalités encouragent les partenaires multiples pour les hommes, mais pas pour les femmes et les possibilités limitées des femmes en matière d'éducation et de moyens de subsistance en contraignent un grand nombre à une forme ou une autre de commerce du sexe. Si les nécessités économiques sont souvent la principale motivation d'un grand nombre de personnes dans le commerce du sexe, elles ne sont pas nécessairement la seule. Les recherches dans l'industrie du sexe aux Philippines, par exemple, ont révélé que certain(e)s professionnel(le)s du sexe qui travaillent dans des bars ou des clubs avaient occupé un emploi en bonne et due forme (et avaient encore cette option) mais avaient plutôt choisi les revenus légèrement inférieurs et les risques du commerce

Figure 24

Connaissances et comportements des professionnelles du sexe et de leurs clients à Djakarta, Surabaya et Manado, Indonésie : 1996-2000



Source : FHI (2001) *What drives HIV/AIDS in Asia ? A Summary of Trends in Sexual and Drug-Taking Behaviours*

du sexe plutôt que les longues heures du travail à la chaîne. D'autres avaient été contraint(e)s au commerce du sexe par la violence, les dettes ou le trafic.

Le fossé entre savoir et agir

Il peut être difficile voire impossible pour les professionnel(le)s du sexe d'insister pour avoir des rapports protégés. Les clients récalcitrants peuvent réagir avec violence ou simplement choisir une autre personne prête à ne pas utiliser un préservatif. Une récente analyse de l'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe à Kolkata, Inde, a montré que les clients étaient prêts à payer près de deux fois le prix pour avoir des rapports sans préservatif.

Dans certaines parties de l'Indonésie, la recherche a montré que presque toutes les professionnelles du sexe savent ce qu'est le VIH/SIDA et plus de trois quarts d'entre elles savent qu'il est possible de l'éviter en utilisant des préservatifs. Pourtant, comme le montre la Figure 24, il y a une sérieuse différence entre ce que ces femmes savent et ce qu'elles pratiquent. La probabilité que les clients utilisent

systématiquement des préservatifs avec les professionnelles du sexe est encore plus faible, même si la plupart d'entre eux savent que les préservatifs peuvent les protéger du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Les différences sont sensiblement les mêmes dans l'ensemble du pays.

Faire une bonne prévention

Une prévention efficace du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe doit porter sur l'environnement social, économique et juridique dans lequel ils/elles vivent et travaillent. Ces projets doivent s'assurer la participation des professionnel(le)s du sexe et leur donner les moyens d'agir. Ils doivent aussi obtenir la coopération et le soutien des éléments de contrôle de l'industrie du sexe, par exemple les patrons des maisons de passe et des bars, les souteneurs et la police. Il est essentiel de s'attaquer aux préjugés que doivent endurer les professionnel(le)s du sexe et intégrer d'autres préoccupations dans les programmes, par exemple la prise en charge de leur famille et de leurs enfants.

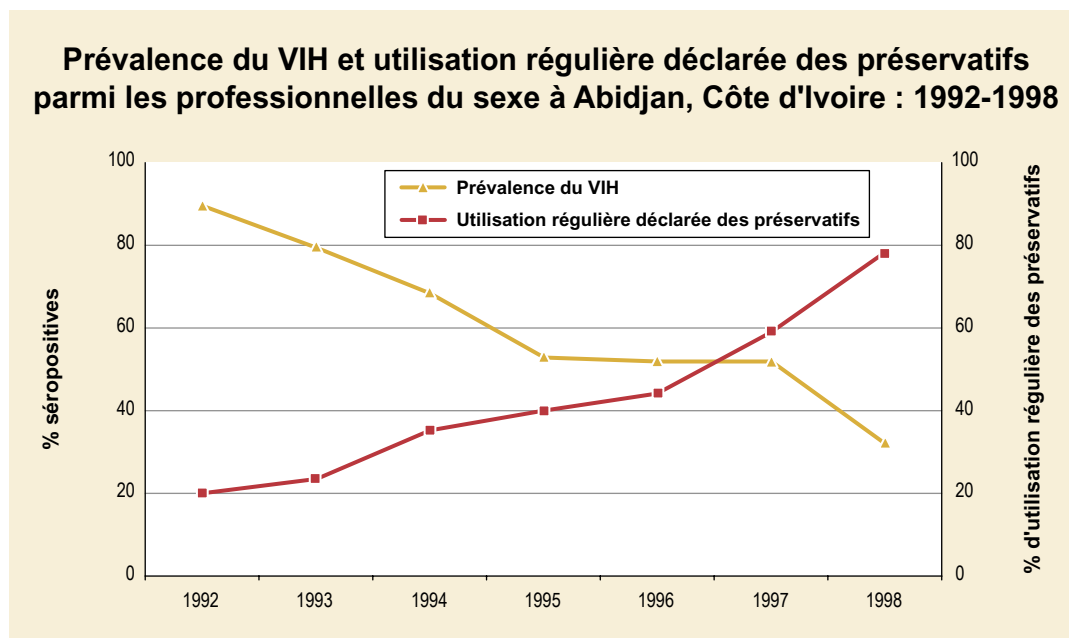
4

Education par les pairs parmi les professionnelles du sexe

En Afrique de l'Ouest, des programmes assez importants basés sur l'éducation par les pairs ont montré des signes de succès. A Abidjan, Côte d'Ivoire, le « Programme de prévention et de prise en charge des MST/SIDA chez les femmes libres et leurs partenaires » collabore étroitement avec la Clinique de Confiance depuis 1991. Les résultats récemment publiés des enquêtes communautaires montrent que 91% des professionnelles du sexe déclaraient avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent par rapport à 63% en 1991. Les éducateurs pour les pairs ont également orienté d'autres professionnelles du sexe vers la Clinique de Confiance pour des services confidentiels tels que le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles, ainsi que le dépistage du VIH, le conseil et l'éducation pour la santé. La prévalence globale de l'infection à VIH parmi les femmes venant pour la première fois à la Clinique a baissé de 89% en 1992 à 32% en 1998 alors que la notification de l'utilisation systématique du préservatif a passé de 20% à 78%.

Mais on peut obtenir des taux plus élevés d'utilisation du préservatif dans le commerce du sexe. Les résultats récemment publiés d'une étude parmi les professionnelles du sexe à Cotonou, ville à faible prévalence du VIH au Bénin, montrent une augmentation importante de l'utilisation du préservatif (de 6% en 1993 à près de 81% en 1998-1999) et une baisse considérable de la prévalence de toutes les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH, qui a passé de 53% en 1993 à un peu plus de 40% en 1998-1999). C'est à la décennie de travail de prévention de la communauté parmi les professionnelles du sexe que peuvent être attribués ces succès.

Figure 25



Source : Ghys PD et al. (2002) *AIDS*

Le projet pour les professionnelles du sexe de Sonagachi, à Kolkata, Inde, reste une référence de ce type d'approche. Environ un tiers des 5000 professionnelles du sexe qui y travaillent viennent du Bangladesh et du Népal. La plupart travaille dans des maisons de passe. Des enquêtes détaillées ont été faites auprès des professionnelles du sexe, de leurs clients, de leurs amis et de leurs enfants. Elles ont elles-mêmes participé à la conception et à la réalisation du projet. Progressivement, la portée et l'impact du projet se sont accrus, au fur et à mesure que les groupes féminins, les organisations juridiques et certaines institutions gouvernementales ont soutenu les efforts faits par les professionnelles du sexe pour réformer le système social dans lequel elles travaillent.

Sonagachi a été reproduit dans 30 des quartiers chauds pour atteindre plus de 31 000 professionnelles du sexe dans l'Etat du Bengale occidental et couvrir la quasi-totalité de l'Etat. Le principe Sonagachi s'est élargi au Bangladesh où des prostituées travaillant dans les maisons de passe et dans

la rue ont été mobilisées. De plus en plus, dans tous ces sites, les collectivités de professionnelles du sexe ont été impliquées dans le développement communautaire, l'éducation non officielle, les programmes bancaires de la communauté, la formation professionnelle et la scolarité des enfants.

Protéger les droits, fournir des programmes

Lorsque la prostitution est illégale, elle est repoussée dans la clandestinité et les efforts de prévention deviennent plus difficiles. Les professionnel(le)s du sexe (contrairement à leurs clients, généralement) peuvent subir le harcèlement de la police et le fait de posséder des préservatifs peut entraîner l'arrestation, des amendes et l'emprisonnement.

Toutefois, des victoires importantes ont été remportées dans le domaine de la protection des droits humains des professionnel(le)s du sexe. Des professionnel(le)s du sexe participant au projet SHAKTI, au Bangladesh ont contribué à obtenir

une importante décision de justice reconnaissant le commerce du sexe comme une forme légale de production de revenus. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le projet Transex a associé le lobbying et l'activisme pour changer les attitudes de la police locale, réduisant son pouvoir sur la vie des professionnel(le)s du sexe et les empêchant de bloquer le projet.

A Caracas, Venezuela, l'Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia Reciproca améliore la vie et protège les droits civils et politiques des prostituées depuis 1995. Recrutées et formées comme animatrices de santé, un groupe de 40 prostituées ont offert à d'autres femmes une éducation dans les domaines des droits de la personne, de la santé

sexuelle et reproductive et de la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Elles sont aussi devenues le moteur d'un programme à long terme regroupant les patrons de clubs, d'hôtels et de bars dans la commercialisation à but social des préservatifs et la distribution d'information. L'association a en outre offert un conseil juridique et psychologique, mis en place un système permettant de transmettre les plaintes des prostituées pour harcèlement sexuel à d'autres organisations non gouvernementales susceptibles de les recevoir. Depuis le début des activités de l'association, le harcèlement policier a diminué et les patrons de bars et de clubs vendent maintenant des préservatifs dans leurs établissements à des prix abordables.

Services en uniforme

Les services nationaux et internationaux en uniforme, y compris les forces de maintien de la paix et les observateurs, les forces armées nationales et de défense civile, figurent parmi les groupes de la population les plus touchés par les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/

SIDA. En temps de paix, les taux d'infections sexuellement transmissibles dans les forces armées sont généralement deux à cinq fois plus élevés que dans la population générale. En temps de guerre, la différence peut être beaucoup plus grande, les taux d'infection étant multipliés par 50.

Déclaration d'engagement

D'ici à 2003, mettre en place des stratégies nationales visant à lutter contre la propagation du VIH parmi les effectifs des services nationaux en uniforme [...] et examiner les moyens d'utiliser les membres du personnel de ces services qui ont reçu une formation en ce qui concerne la prévention du VIH/sida et la sensibilisation dans ce domaine, pour participer à des activités d'information et de prévention [...] (paragraphe 77).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Le milieu militaire

Plusieurs aspects du milieu militaire contribuent à rendre plus vulnérables les membres des forces armées, notamment le fait que la plupart des soldats sont dans une tranche d'âge particulièrement exposée à l'infection à VIH (15 à 24 ans) et que le milieu

militaire est caractérisé par un ensemble d'attitudes de prise de risques. Mais l'un des facteurs qui contribuent le plus à accroître le risque d'infection, c'est la pratique qui consiste à envoyer le personnel dans des postes éloignés de leur communauté et de leur famille. Cette pratique libère d'une part les soldats de la discipline à laquelle leur propre communauté

pourrait les soumettre et d'autre part elle les éloigne de leur épouse ou de leur partenaire sexuelle régulière. La solitude, le stress et la tension sexuelle qui en résultent augmentent la prise de risque. Une étude parmi des soldats néerlandais participant à une mission de maintien de la paix de cinq mois au Cambodge a montré que 45% d'entre eux avaient eu des contacts sexuels avec des prostituées ou d'autres membres de la communauté locale pendant leur mission.

Dans certains cas, le niveau élevé de VIH/SIDA dans l'armée sape sa capacité opérationnelle, accroissant ainsi le risque d'insécurité. Les Ministres de la Défense des pays d'Afrique subsaharienne rapportent des prévalences moyennes du VIH de 20 à 40% au sein de leurs services armés et des taux de 50 à 60% dans les pays où le VIH/SIDA existe depuis plus d'une décennie. Selon un document du Conseil national du renseignement des Etats-Unis, c'est dans les forces armées les plus modernisées d'Afrique subsaharienne, et en particulier parmi les officiers que le coût militaire du SIDA risque d'être le plus élevé. Au fur et à mesure qu'un nombre accru d'officiers et de personnels essentiels tomberont malades, la capacité au combat de ces forces militaires pourrait se détériorer.

Le VIH/SIDA compromet aussi les familles et les communautés des personnels militaires. Dans de nombreux pays, un grand nombre de jeunes hommes se portent volontaires ou sont conscrits dans les forces armées. Lorsque les forces militaires ou civiles sont démobilisées, la propagation du SIDA risque de s'étendre.

Se défendre contre le SIDA

Les militaires et les autres services en uniforme doivent s'attaquer au VIH/SIDA dans leurs rangs et dans les populations qu'ils sont chargés de protéger. Changer la perception et le comportement des soldats, des policiers, des gardes-frontières et des douaniers peut procurer des avantages importants pour la population générale. C'est particulièrement le cas dans les pays touchés par la guerre ou les conflits civils. Les services en uniforme représentent aussi une occasion unique d'apporter des programmes d'éducation et de prévention du VIH à un auditoire « captif » et influent — notamment les nouvelles jeunes recrues qui représentent un important groupe de pairs tant au sein des services en uniforme que dans leur propre communauté élargie.

Un nombre croissant de pays (dont le Botswana, le Chili, les Philippines, la Thaïlande et la Zambie)

Le Botswana montre l'exemple

L'ONUSIDA estime que les personnels militaires dont le test VIH est positif doivent continuer à remplir les tâches pour lesquelles ils ont été formés et qu'ils sont encore en mesure d'exécuter. En outre, les forces armées doivent apporter une prise en charge et un soutien aux personnels et aux membres de leur famille vivant avec le VIH/SIDA, y compris le maintien de la prise en charge lorsqu'ils retournent à la vie civile.

Parmi les services en uniforme qui ont adopté cette position se trouve la Force de Défense du Botswana. Elle traite ses personnels séropositifs au VIH de la même manière que ceux qui ne le sont pas. Ils sont déployés dans le pays et ne sont pas rendus à la vie civile tant qu'ils parviennent à maintenir certaines normes de performance. Alors, ils bénéficient, ainsi que les personnes à leur charge, de toutes les prestations médicales. Le test VIH est volontaire et confidentiel et les soldats choisis pour une formation dans des pays exigeant le dépistage du VIH peuvent refuser cette formation sans conséquences pour le développement de leur carrière. En outre, tous les membres de la Force de Défense du Botswana et leur famille ont accès au conseil et à l'éducation en matière de prévention du VIH.

ont mis en place avec succès des mesures de prévention au sein de leurs forces armées. En février 2000, le Ministère de la Défense de l'Ukraine a lancé un programme de prévention afin d'améliorer les connaissances et les compétences relatives au VIH et de modifier le comportement de son personnel militaire. Une formation et un conseil en matière de prévention ont été donnés à plus de 200 psychologues de l'armée, qui ont à leur tour informé 20 000 soldats et officiers ; des matériels ont été élaborés à l'intention des institutions d'enseignement militaire ; et 180 000 préservatifs ont été distribués aux soldats et aux officiers. Le Département de la Défense des Etats-Unis, dans le cadre du projet « LIFE », s'est également montré un acteur clé en encourageant la sensibilisation au SIDA parmi les personnels de ses services en uniforme, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population et le Secrétariat de l'ONUSIDA.

Une des premières mesures importantes à prendre pour se défendre du SIDA est d'instituer un climat de non-stigmatisation et de non-discrimination. Pour cela, il faut commencer par garantir la confidentialité absolue du dépistage du VIH — mesure qui n'est pas soutenue par tous les pays. Cependant, un Tableau d'experts réuni par le Directeur exécutif de l'ONUSIDA au début de 2002 a conclu que le dépistage obligatoire n'était pas un moyen efficace de prévenir la transmission du VIH dans le contexte des opérations de maintien de la paix et que les tests VIH, en eux-mêmes, n'étaient pas en mesure de prévenir efficacement la transmission du virus. Le groupe a souligné que le conseil et le test volontaires devraient être offerts aux personnels des opérations de maintien de la paix dans le cadre d'un ensemble complet de services intégrés de prévention et de prise en charge du VIH.

Nouvelles techniques de prévention

Certaines technologies actuellement à l'examen donnent aussi l'espoir de changer radicalement le contexte de la prévention du VIH/SIDA. Parmi elles, les microbicides et les vaccins figurent au premier plan.

Les microbicides : le summum de la prévention contrôlée par la femme ?

Les microbicides, en tant que « préservatif chimique » auto-administré, pourraient offrir une option de plus aux femmes et aux hommes qui trouvent difficile ou impossible d'imposer l'utilisation du préservatif à leurs partenaires. Des études d'acceptabilité conduites en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe indiquent que les femmes qui n'utilisent le préservatif que rarement ou jamais pourraient réduire leur risque global d'infection si elles avaient accès à un microbicide efficace et peu coûteux.

Appliqué dans le vagin ou le rectum, le microbicide est destiné à prévenir l'infection à VIH et, peut-être, d'autres infections sexuellement transmissibles bactériennes et virales. Il peut être produit sous la forme d'un gel, d'une crème, d'un suppositoire, d'une éponge ou sous d'autres formes et pourrait même posséder des propriétés contraceptives (spermicides).

Après la déception de l'essai de Phase III du gel de nonoxynol-9, on estime à 56 le nombre des nouveaux produits à divers stades de développement, des tests pré-cliniques aux essais d'efficacité de Phase III. Si aucune des grandes compagnies pharmaceutiques n'a jusqu'ici investi dans la mise au point d'un microbicide, les recherches portant sur cette option de prévention ont récemment été stimulées par plusieurs dons de la Fondation Bill et Melinda Gates. Le Groupe de travail international sur les microbicides, qui compte parmi ses membres des institutions publiques du monde

Déclaration d'engagement

Encourager une augmentation des investissements dans la recherche concernant le VIH/sida aux niveaux national, régional et international, en vue notamment de mettre au point des technologies de prévention durables et d'un coût abordable, comme les vaccins et les bactéricides, et promouvoir l'élaboration proactive de plans financiers et logistiques visant à faciliter un accès rapide aux vaccins lorsqu'ils deviendront disponibles (paragraphe 89).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

entier continue à encourager et faciliter la mise au point de microbicides.

Se préparer à l'arrivée des vaccins

Les recherches en vue de trouver un vaccin contre le VIH ont fait des progrès constants au cours des 10 dernières années. Malheureusement, « constant » n'est pas suffisant pour toutes les personnes susceptibles d'en bénéficier. Même si les efforts actuellement déployés pour accélérer les processus de recherche et si les programmes d'introduction des vaccins sont efficaces, il y a peu de chances pour que la vaccination anti-VIH soit disponible à grande échelle avant la fin de la décennie.

Pourquoi est-ce si difficile de trouver un vaccin contre le VIH ?

On estime que 400 à 500 millions de dollars sont actuellement affectés chaque année à la recherche d'un vaccin anti-VIH, la plus grande partie de ces sommes étant destinées à la recherche fondamentale. Parmi les institutions participant à l'action mondiale en faveur d'un vaccin contre le VIH, on peut noter les Instituts nationaux de la santé des Etats-Unis, l'Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA (IAVI), les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, l'Agence nationale française de recherche sur le SIDA (ANRS), la Communauté européenne (par le biais du programme EUROVAC) et plusieurs compagnies biotechnologiques et pharmaceutiques. Des programmes nationaux de recherche sur un vaccin contre le SIDA sont en cours en

Australie, au Canada, aux Etats-Unis, au Japon, au Royaume-Uni et en Suède. Des pays à faible et moyen revenus (dont l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, Cuba, Haïti, l'Inde, le Kenya, l'Ouganda, la Thaïlande et la Trinité-et-Tobago) participent aussi activement à la mise au point et aux essais des vaccins. L'OMS et l'ONUSIDA soutiennent activement ces programmes nationaux.

Malgré toute cette activité, les particularités du VIH rendent la mise au point d'un vaccin difficile et coûteuse. Le VIH diffère de la plupart des maladies infectieuses en ce que le virus attaque directement les globules blancs qui sont essentiels pour organiser les défenses immunitaires de l'organisme, ce qui les rend incapables de contrôler l'infection ou d'empêcher la maladie. Les vaccins « classiques », fondés sur des micro-organismes entiers (virus ou bactéries) qui ont été tués ou inactivés, ne sont pas assez sûrs contre le VIH, car ils pourraient provoquer une infection à VIH. Les vaccins anti-VIH expérimentaux sont par conséquent construits principalement à partir d'éléments du virus, ce qui rend la mise au point d'un vaccin encore plus difficile.

Les multiples variantes du VIH constituent une difficulté supplémentaire. Dix sous-types du virus VIH-1 ont été identifiés et sont répartis dans les diverses régions du monde. Les chercheurs ne savent pas encore s'il sera possible de composer un vaccin largement protecteur ou s'il faudra un vaccin différent pour chacun des sous-types. Les sous-types les plus courants du VIH sont le A et le C, présents dans plusieurs régions d'Afrique, mais la majorité des vaccins actuellement à l'essai sont préparés sur

le profil génétique du sous-type B — qui est le plus répandu dans les pays à revenu élevé.

Enfin, la recherche sur un vaccin anti-VIH reste un investissement « à haut risque et à faible retour sur investissement » pour l'industrie privée. Ceci n'est que partiellement dû au fait que ce sont les pays à faible revenu qui ont le plus grand besoin d'un vaccin. La compréhension scientifique insuffisante des mécanismes grâce auxquels le virus échappe aux défenses immunitaires naturelles de l'organisme constitue un obstacle plus important encore — du moins actuellement. En conséquence, on ne sait pas exactement quel type de réponse immunitaire il faut susciter pour prévenir et contrôler l'infection à VIH.

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

La mise au point d'un vaccin contre le VIH est un processus complexe. Les vaccins expérimentaux sont tout d'abord testés sur des animaux et les meilleurs candidats vaccins sont alors choisis pour d'éventuels essais sur l'être humain. Ces essais sont effectués sur des volontaires en bonne santé en trois phases. Les essais de Phase I sont réalisés sur 20 à 40 volontaires, afin de confirmer l'innocuité du vaccin et de déterminer s'il suscite une réponse immunitaire spécifique au VIH. Les essais de Phase II regroupent des centaines de volontaires afin de poursuivre le contrôle de l'innocuité et d'évaluer l'importance de la réponse immunitaire. Les essais de Phase III peuvent durer jusqu'à quatre ans et comprennent des essais sur le terrain avec des milliers de volontaires dont certains reçoivent le vaccin alors que d'autres constituent un groupe contrôle. Ces essais, qui sont extrêmement complexes sur les plans logistique, scientifique et éthique, évaluent les capacités protectrices du vaccin contre l'infection à VIH ou le déclenchement du SIDA.

Les résultats définitifs des premiers essais de Phase III d'un candidat vaccin fabriqué au moyen de la gp120 (une protéine externe du VIH) sont attendus en 2003. Le premier essai de Phase III comprenant

5400 volontaires d'un vaccin basé sur le sous-type B est en cours aux Etats-Unis, au Canada et aux Pays-Bas depuis 1998. Le second essai de Phase III a commencé en Thaïlande en 1999 avec 2500 volontaires et le vaccin est basé sur les sous-types B et E communs dans ce pays. Des projets sont en cours pour lancer un essai de Phase III d'une autre approche en Thaïlande en 2003 et d'autres candidats vaccins entrent dans les essais de Phases I et II.

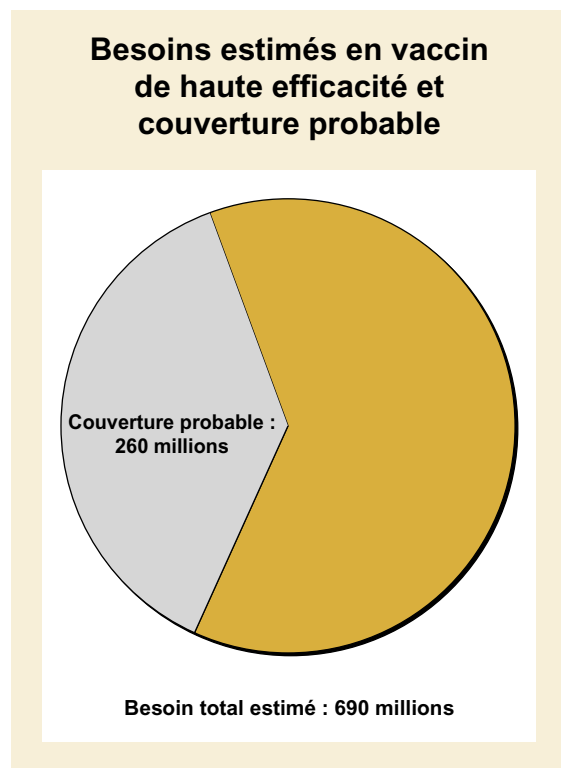
Un Programme africain pour un vaccin contre le SIDA, annoncé à Nairobi en juin 2000, rassemble des chercheurs, des gouvernements et des institutions africains. Il vise à achever au moins un essai d'efficacité d'ici à 2007.

Fourniture du vaccin

Si nous sommes encore loin de disposer d'un vaccin utilisable, des discussions ont commencé concernant la manière de mettre en œuvre des programmes de vaccination lorsque le vaccin existera. Généralement, les vaccins n'arrivent dans les pays à faible et moyen revenus que de nombreuses années après qu'ils ont récupéré leurs coûts de développement dans les pays à revenu élevé. On ne peut permettre que ce phénomène se reproduise pour les vaccins anti-VIH, qui devront être rapidement disponibles et financièrement abordables pour tous ceux qui en ont besoin.

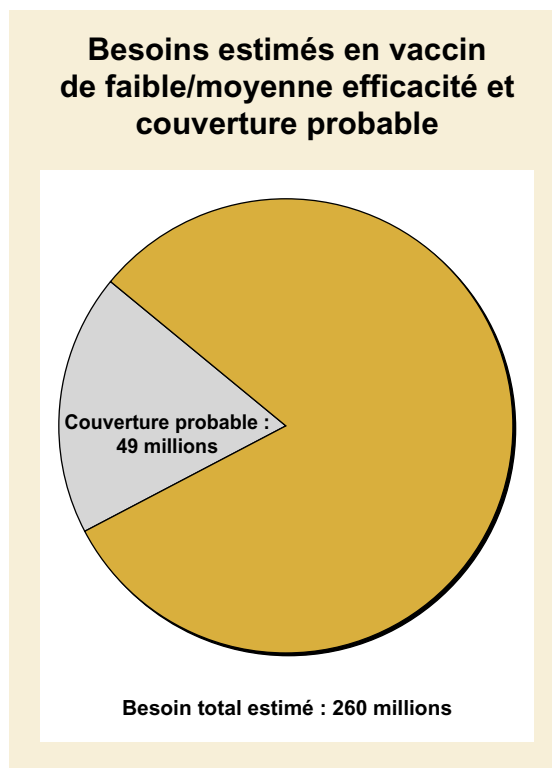
Des mécanismes assurant un accès simultané aux vaccins contre le SIDA dans les pays riches et pauvres doivent être mis en place bien avant que le vaccin soit mis au point, afin de faire en sorte que ceux qui en ont besoin y aient rapidement accès. L'Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA et d'autres groupes proposent des changements importants dans les approches actuellement utilisées dans la production, l'homologation, la fixation des prix, l'achat et la distribution des vaccins. Parmi les problèmes à résoudre, on note la nécessité d'harmoniser les réglementations nationales et les principes directeurs internationaux relatifs à l'approbation et à l'utilisation des vac-

Figure 26



Source : ONUSIDA/OMS, 2002

Figure 27



Source : ONUSIDA/OMS, 2002

cins. La mise en place des capacités de production nécessaires et le maintien de ces capacités par des estimations fiables concernant des vaccins particuliers constituent un important défi technique.

Un grand nombre des problèmes qui se posent pour faire en sorte qu'un vaccin soit disponible — et financièrement abordable — sont semblables à ceux rencontrés pour élargir l'accès aux médicaments antirétroviraux. La fixation de prix différenciés, ainsi que le soutien financier des donateurs, seront certainement nécessaires pour les pays à faible revenu, tout comme l'assistance technique et la coordination des institutions internationales. Mais il existe aussi des énigmes stratégiques. Etant donné que la vaccination ne sera pas immédiatement disponible pour chacun, il faudra calculer les rapports coûts/avantages, afin de déterminer où commencer les interventions.

Les responsables de l'élaboration des politiques doivent également décider ce qu'il conviendra de faire si le premier vaccin disponible n'est que marginalement efficace ou s'il s'accompagne d'effets secondaires importants.


L'OMS, l'ONUSIDA et l'IAVI ont collaboré à une étude visant à estimer les besoins et le degré d'acceptation probable de vaccins préventifs à partir de deux scénarios possibles : un vaccin de faible/moyenne efficacité (efficace à 30-50%) et un vaccin de haute efficacité (efficace à 80-90%). Un programme de vaccination utilisant un vaccin de faible/moyenne efficacité devra être accompagné d'un conseil intensif sur les comportements positifs, de manière à ne pas saper les activités de prévention en cours. En outre, il offrira probablement le maximum d'avantages si la vaccination est ciblée sur les populations les plus vulnérables

à l'infection à VIH. Un vaccin de haute efficacité pourrait être distribué dans des groupes plus importants de la population générale.

Bien qu'il soit difficile de prévoir le degré d'acceptation des vaccins, sans connaître le coût du vaccin lui-même et les conditions de sa distribution (par exemple si un vaccin a besoin d'être stocké à basse température, s'il peut être administré par voie orale ou par injection, etc.), l'étude a conclu que le degré probable d'acceptation serait très inférieur à l'estimation des besoins, tant dans le cas d'un vaccin de faible/moyenne efficacité que dans celui d'un vaccin de haute efficacité.

La stigmatisation exceptionnelle entourant le VIH/SIDA pourrait bien ralentir l'acceptation de la vaccination contre le VIH, lorsque celle-ci sera

disponible. La discrimination à laquelle doivent faire face les communautés les plus vulnérables à l'infection par le VIH pourrait empêcher les individus de se présenter à la vaccination, notamment si les programmes ne sont axés que sur les personnes qui pourraient être particulièrement exposées au risque d'infection.

Lorsqu'un vaccin anti-VIH efficace sera disponible, la communauté internationale et les pays touchés auront bien des décisions cruciales à prendre sur la manière de l'utiliser. Il faudra augmenter les investissements dans la prévention du VIH/SIDA et dans la lutte contre l'épidémie. Pourtant, en dernière analyse, ce supplément d'investissement pourrait bien se révéler payant après quelques années et avoir enfin pour effet le recul de l'épidémie. 

Le Point : le SIDA et le monde du travail

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, renforcer la lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail, en établissant et en appliquant des programmes de prévention et de soins dans le secteur public, le secteur privé et le secteur informel, et prendre des mesures pour faire en sorte que les personnes atteintes du VIH/sida trouvent un soutien sur leur lieu de travail (paragraphe 49).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

4

Problème crucial sur le lieu de travail, le SIDA a de graves conséquences sur l'ensemble des économies nationales et régionales (voir le chapitre « L'impact grandissant »). Dans tous les pays, il représente une menace pour les moyens de subsistance et les droits fondamentaux au travail, sape les efforts accomplis pour assurer aux hommes et aux femmes un travail productif satisfaisant. La discrimination à l'égard des personnes séropositives au VIH (ou simplement supposées telles) consiste par exemple à imposer un dépistage obligatoire avant une embauche, une promotion ou une assurance santé. Mais le monde du travail est aussi un endroit idéal pour combattre le SIDA. C'est en fonction de cette réalité que l'Organisation internationale du Travail (OIT) devint en octobre 2001 le huitième organisme coparrainant de l'ONUSIDA.

Le Code de l'OIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail

En juin 2001, l'Organisation internationale du Travail a adopté un Code de bonne pratique sur le VIH/SIDA et le monde du travail. Ce code est l'œuvre d'un groupe d'experts de toutes les régions, composé de représentants des gouvernements, des travailleurs et des employeurs. Le but essentiel est d'aider à assurer des conditions décentes de travail et la protection de leurs droits et de leur dignité aux travailleurs et à toute personne vivant avec le VIH/SIDA.

Fondé sur des normes internationales, le Code veut contribuer à mettre un terme à l'extension de l'épidémie, atténuer son impact sur les travailleurs et leur famille, apporter prise en charge et soutien, y compris une protection sociale. Pour les principales parties prenantes — gouvernements, organisations d'employeurs et de travailleurs — il constitue un guide pratique de mise en place pour des politiques et des programmes nationaux dans le monde du travail, tout en reconnaissant la contribution que peuvent apporter d'autres éléments de la société civile.

Le Code propose toute une gamme d'actions préventives — programmes d'information, d'éducation et de lutte contre les inégalités entre les sexes. Il traite des droits des travailleurs, y compris la sécurité de l'emploi, l'égalité des sexes, le droit aux prestations et la non-discrimination. Il aborde également les soins et l'appui.

Programmes sur le lieu de travail

Ces dernières années, des organisations d'employeurs et de syndicats ouvriers de plus en plus nombreux ont lancé des programmes sur les lieux de travail. Les plus efficaces impliquent, dans les processus de planification et de suivi, des représentants des travailleurs et des directions d'entreprises, des services de santé et des communautés locales. Les éléments constitutifs d'un programme SIDA sur le lieu de travail doivent comporter :

- des politiques équitables faisant l'objet d'une large communication et mises en œuvre avec rigueur qui combattent la stigmatisation et la discrimination ;
- une éducation préventive permanente, formelle et informelle, pour tous les membres du personnel, qui recourt de préférence à l'éducation par les pairs ;
- la promotion et la distribution de préservatifs ;
- le diagnostic, le traitement et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles pour les salariés et leurs partenaires sexuels ;
- des activités de conseil et dépistage volontaires pour le VIH/SIDA.

De plus en plus souvent, lorsque les ressources le permettent, les programmes incluent des services de soins et d'appui envers les employés séropositifs et leur famille.

Adapter les programmes aux conditions locales

Il est indispensable d'adapter les programmes sur le lieu de travail aux conditions locales et de tirer parti des forces et des opportunités existantes. Au Kenya, par exemple, toutes les entreprises appartenant à l'Association des Planteurs de Thé ont des coordonnateurs et des comités SIDA et certaines offrent sur place conseil et dépistage volontaires.

Une caractéristique particulière de ces comités est le recrutement sur chaque lieu de travail d'une « maman préservatif » ou d'un « papa préservatif ». Il s'agit de personnes qui jouissent déjà de la confiance de leurs collègues et auxquelles ceux-ci peuvent facilement s'adresser pour obtenir des conseils ou des préservatifs.

Dans la mesure où peu de syndicats d'employeurs ou de travailleurs ont leur propre expertise en matière de VIH/SIDA, il est bon, lors de la mise en place d'un programme SIDA sur le lieu de travail, de s'assurer la collaboration d'organisations non gouvernementales spécialisées ou d'autorités sanitaires. Aux Philippines, la Fondation Remedios SIDA a lancé plusieurs programmes SIDA au sein de grandes entreprises. La première a été la Pilipinas Shell Petroleum Company qui a inauguré ses efforts de lutte contre le VIH/SIDA sur les lieux de travail en 1993 à l'occasion d'un programme de santé professionnelle. La Fondation a aidé à l'élaboration de la politique de l'entreprise et à la formation des travailleurs, dans laquelle l'éducation par les pairs a pris une part importante. De même, en Côte d'Ivoire, le Centre de Recherches et Soins biocliniques d'Abidjan assure aux employeurs une formation à la prévention depuis la fin des années 1990. Les premiers clients du Centre étaient des institutions gouvernementales (y compris l'armée et la police) mais il a travaillé par la suite avec d'autres instances du secteur privé et notamment la compagnie des télécommunications, Ivoire Télécom.

La plupart des entreprises ont jusqu'ici décidé qu'elles ne pouvaient assumer le coût des médicaments antirétroviraux ; mais elles pourraient modifier leur point de vue si ce coût baissait sen-

Le Swaziland prône le dépistage volontaire sur le lieu de travail

Dans les zones ou les industries à forte prévalence, où les travailleurs sont particulièrement exposés, conseil et dépistage volontaires sont de la plus haute importance. Cela a été compris au Swaziland où s'est mise en place une coalition anti-SIDA d'employeurs (Swazi Business Coalition) dont font partie non seulement les grandes entreprises (qui généralement ne rencontrent pas de difficultés pour mettre en place des programmes VIH/SIDA lorsqu'elles ont décidé d'y consacrer des ressources suffisantes) mais aussi les petites et moyennes entreprises. Cette coalition a fait sien un slogan destiné à encourager le conseil et le test volontaires parmi les travailleurs : « Connaissez votre statut ; plus tôt vous le connaîtrez, plus vite nous pourrons vous aider. » Elle a fait appel à des organisations non gouvernementales qui assurent conseil et dépistage volontaires ainsi que la distribution de préservatifs. La Coalition a également produit à l'usage de tous ses membres une déclaration de politique d'une page qui repose sur les 10 principes-clés du Code de bonne pratique de l'OIT.

siblement (voir le chapitre « Traitement, prise en charge et soutien »). Le Code de bonne pratique de l'OIT encourage les employeurs à fournir information, conseil et, dans la mesure du possible, des médicaments à meilleur marché ; il encourage les gouvernements à considérer la prise en charge comme un des éléments d'un système plus étendu de protection sociale. L'association d'employeurs Business South Africa signale qu'un nombre croissant de ses membres offrent des médicaments pour traiter les maladies opportunistes, ainsi que des programmes « Vie saine » qui dispensent une information en matière de nutrition, d'exercice physique et de lutte contre le stress, en tant qu'éléments d'une approche positive pour les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.

Dépasser le cadre de l'économie formelle

Les efforts pour la santé publique ignorent souvent les personnes qui travaillent en dehors de l'économie formelle. Pourtant, dans de nombreux pays à faible ou moyen revenu, l'économie informelle emploie bien plus de gens que les secteurs formels, tant public que privé. Le plus souvent ces travailleurs n'ont ni revenus sûrs ni assurance santé ou autres avantages et ils ne bénéficient que rarement d'une protection juridique au travail.

Etant donné les difficultés qu'elles rencontrent sur le marché de l'emploi formel, les femmes constituent la majorité de cette main-d'œuvre du travail informel, ce qui les rend plus vulnérables encore aux effets économiques de l'épidémie.

Dans l'économie informelle, les entreprises sont le plus souvent de petite taille et font un appel intensif aux ressources humaines, reposant sur un ou quelques éléments. Lorsqu'un travailleur tombe malade, ou meurt, il peut être très difficile pour ces petites entreprises de se maintenir sur le marché. La précarité de ce type d'emploi, jointe à l'absence de protection sociale et à un accès restreint aux services de santé, aggrave l'impact de l'épidémie sur les individus.

Dans l'économie informelle, les travailleurs sont souvent organisés en groupes ou associations et l'OIT travaille en liaison avec certains d'entre eux. De plus en plus souvent, cette assistance comporte une formation à la prévention du VIH/SIDA et des mesures de protection sociale comme par exemple une assurance maladie. Le travail auprès de petites et micro-entreprises inclut un programme de sensibilisation aux entreprises pour les professionnel(le)s du sexe et un programme « Start and Improve your Business [Commencez et améliorez votre entreprise] » qui intègre les problèmes de VIH/SIDA dans

la formation en Afrique. D'autres programmes apportent un appui technique à l'établissement et au renforcement de dispositifs locaux de micro-assurance afin d'améliorer l'accès aux services de santé. Un projet pilote en cours de mise en place au Burkina Faso retient cette approche face aux besoins liés au VIH/SIDA.

Atteindre des groupes spécifiques

Les activités de prévention doivent souvent être façonnées « sur mesure » pour des populations spécifiques. Cela est également vrai dans le monde du travail où les mineurs, les chauffeurs routiers, les travailleurs migrants et les membres des forces en uniforme sont particulièrement vulnérables au VIH/SIDA. Le lieu de travail est aussi un endroit propice pour atteindre des jeunes qui gagnent leur vie. Ce peut être le lieu non seulement d'une éducation par les pairs mais aussi d'une pression positive des pairs pour inciter à des changements de comportement. Le Comité Jeunesse de la Confédération des Travailleurs du Mexique a, par exemple, mis en place des programmes de santé reproductive, d'utilisation du préservatif et de prévention du VIH/SIDA à l'intention des jeunes travailleurs mais aussi, et c'est là une innovation intéressante, des enfants de travailleurs.

Programmes novateurs dans les mines d'or d'Afrique du Sud

Des programmes VIH/SIDA sur le lieu de travail ont davantage d'efficacité lorsqu'ils prennent pleinement en compte la réalité de la vie des travailleurs et des communautés. Les districts des mines d'or d'Afrique du Sud en sont un bon exemple. Ces zones attirent des milliers de travailleurs, venant souvent de régions pauvres et lointaines, dont la plupart vivent séparés de leur famille, dans des foyers. Le commerce du sexe prospère autour de nombreuses mines et des taux élevés de prévalence du VIH y sont fréquents. Ces dernières années, des compagnies minières ont travaillé avec les syndi-

cats, les organisations non gouvernementales et les autorités sanitaires pour mettre en œuvre des programmes de prévention pour les mineurs. Il y a eu notamment des distributions massives de préservatifs, des soins médicaux et des traitements pour les maladies sexuellement transmissibles ainsi que des campagnes de sensibilisation. Mais les conditions sociales et les conditions de travail n'ont pas permis d'abaisser de façon durable les taux de VIH et autres infections sexuellement transmissibles.

S'adresser aux seuls mineurs, c'est ne faire que la moitié du chemin. La collaboration entre Family Health International et la Compagnie minière Harmony Gold Mining dans la province de l'Etat libre d'Orange a montré que l'on pouvait également protéger la santé des mineurs en fournissant soins et traitement pour les infections sexuellement transmissibles et autres services de santé aux professionnel(le)s du sexe et aux femmes des communautés environnantes. Les résultats ont en effet été spectaculaires. La prévalence des infections sexuellement transmissibles chez les personnes ayant bénéficié de ces services a été réduite d'au moins 85% en neuf mois. Dans le même temps, les examens médicaux pratiqués chaque année chez les mineurs ont montré une baisse de 43% du nombre de gonorrhées ou de chlamydies et de 73% pour les ulcères génitaux. Pour s'attaquer aux causes profondes des comportements sexuels à risque, les syndicats ouvriers du secteur des mines négocient désormais avec les employeurs la fourniture de logements aux familles. Ce programme a été repris dans d'autres communautés minières d'Afrique du Sud par différents partenaires, parmi lesquels Goldfields Ltd, Joel Mine, des filiales du Syndicat national des Mineurs ainsi que des structures sanitaires locales, au niveau des Etats ou nationales.

Encourager des approches multisectorielles

Les instances de coordination nationales prennent également conscience de la nécessité de renforcer

Mettre à profit les points forts des entreprises

Au cours des cinq dernières années, le Secrétariat de l'ONUSIDA et certains de ses organismes coparrainants ont travaillé en liaison étroite avec Music Television (MTV) pour être entendu des jeunes en parlant, dans leur langage, de problèmes qui les intéressent et les concernent. Ce partenariat original s'appuie sur les points forts de MTV en tant que réseau mondial de télévision et de leader dans le domaine des multimédias pour la jeunesse. Le réseau de distribution MTV a permis de faire parvenir des messages sur le VIH/SIDA à près de 900 millions de foyers dans le monde. Ce partenariat a comporté la production d'une série qui a été primée : *Staying Alive [Rester vivants]*, sur la vie de jeunes adultes touchés par le VIH/SIDA de par le monde. Cette série a non seulement été diffusée sur toutes les chaînes de MTV mais a été offerte gratuitement aux stations d'émission et diffusée par plusieurs des principaux réseaux, notamment la Télévision centrale de Chine [China Central Television], la Corporation de Radiodiffusion d'Afrique du Sud [South African Broadcasting Corporation] et Star TV pour n'en citer que quelques-uns. En accord avec l'ONUSIDA, MTV a encouragé des célébrités à enregistrer des messages de prévention qui ont été largement diffusés et utilisés dans des communiqués émanant des pouvoirs publics dans de nombreux pays. Une brochure intitulée *Talking about AIDS [Parler du SIDA]* a également vu le jour à l'intention des présentateurs et des célébrités.

la riposte sur le lieu de travail et de recourir à des organisations expertes en ce domaine. Récemment, l'Organisation nationale de Lutte contre le SIDA (NACO), en Inde, a mis en place un groupe de ressources techniques auprès de l'Institut d'Etudes sur le Travail V.V. Giri afin de mettre au point la recherche et les outils de formation pour les programmes SIDA sur le lieu de travail. L'Institut compte parmi ses partenaires des syndicats ouvriers, des organisations d'employeurs, des entreprises, des organisations non gouvernementales responsables d'initiatives VIH dans le secteur informel (en particulier auprès des chauffeurs routiers et des travailleurs migrants), des organisations de lutte contre le SIDA au niveau des Etats ou des districts ainsi que l'OIT.

Collaboration internationale


Dans un nombre croissant de pays, des entreprises ont constitué des alliances pour mettre en commun des ressources et s'entraider pour mieux faire face aux crises sur les lieux de travail et dans les communautés. Cela s'est également produit à l'échelle internationale, avec la création en 1997 du Conseil mondial des Entreprises contre le VIH/SIDA. Ce

Conseil apporte aux entreprises une aide dans la lutte contre le SIDA, afin que celles-ci assurent tout d'abord protection et soutien aux travailleurs, qu'elles utilisent leur force commerciale pour donner plus d'efficacité aux programmes existants de lutte contre le SIDA et qu'elles jouent un rôle d'avant-garde dans la sensibilisation aux problèmes du VIH/SIDA. Le Conseil a produit diverses publications, conduit des campagnes médiatiques et mène directement des efforts de sensibilisation pour que le VIH/SIDA s'inscrive en première ligne des préoccupations nationales et internationales. Ce Conseil regroupe 32 entreprises qui participent à son financement ; il reçoit également des fonds de l'Open Society Institute, de la Fondation des Nations Unies, de la Fondation Bill et Melinda Gates et du Secrétariat de l'ONUSIDA.

Fin 2001, le Conseil a publié un ensemble de directives *Employees and HIV/AIDS: Action for Business Leaders [Employés et VIH/SIDA : ce que peuvent faire les chefs d'entreprise]*, qui appelle les entreprises à mettre en œuvre de vastes programmes de prévention, de conseil et dépistage volontaires et de prise en charge. A partir d'exemples

concrets de programmes lancés en Afrique, en Asie et en Amérique latine, ces directives s'adressent aux dirigeants des entreprises, démontrant que les programmes VIH pour les salariés sont des actes de bonne gestion, rentables et réalisables.

Les syndicats ouvriers participent également aux ripostes mondiales par le biais de leurs structures internationales. La Fédération internationale des Travailleurs des Transports a lancé ses propres initiatives et, après une étude approfondie, a conçu un projet centré sur la prévention qui vise les chauffeurs routiers en Ouganda. Cette initiative comporte des mesures nouvelles comme de négocier avec les autorités gouvernementales une réduction des formalités aux frontières afin de diminuer l'attente des routiers et donc le risque de les voir occuper cette attente à des activités sexuelles tarifées. Dans le même temps, la Confédération internationale des Syndicats libres

mobilise contre le SIDA les centres des syndicats nationaux par le canal de ses bureaux régionaux tandis que d'autres initiatives sont lancées dans certaines branches industrielles. On peut citer à titre d'exemple le travail accompli par Education International, fédération internationale des enseignants et travailleurs dans le domaine de l'éducation. Le Secrétariat de cette fédération a lutté contre le SIDA depuis 1993 en instaurant un partenariat avec l'OMS, l'UNESCO, le Secrétariat de l'ONUSIDA et d'autres institutions. En réponse aux demandes de matériel éducatif émanant des syndicats et des gouvernements, ce Secrétariat a consulté l'OMS et des enseignants dans huit pays différents pour mettre au point son *Training and Resource Manual on School Health and HIV/AIDS Prevention* [Manuel de formation et d'information sur la prévention de l'infection à VIH/SIDA en milieu scolaire]. 

Le Point : le SIDA et les populations mobiles

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, élaborer et commencer à appliquer, aux niveaux national, régional et international, des stratégies qui facilitent l'accès aux programmes de prévention du VIH/sida pour les migrants et les travailleurs mobiles, notamment en fournissant des informations sur les services sanitaires et sociaux (paragraphe 50).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

4

Les migrations et la mobilité jouent un rôle important dans l'épidémie de VIH/SIDA. Mais leur interrelation est complexe. Ce ne sont pas tous les migrants ni toutes les personnes en déplacement qui courent un risque particulier d'infection. Les liens entre mobilité et SIDA sont cependant évidents dans la majorité des régions du monde comme le montrent les exemples suivants :

- **Travailleurs migrants :** Parmi les Philippins vivant avec le VIH/SIDA, 28% sont des travailleurs qui sont rentrés chez eux après avoir travaillé à l'étranger. Près de 41% des Bangladeshi séropositifs ont été des travailleurs migrants.
- **Professions mobiles :** Les recherches effectuées sur cinq sites où s'arrêtent les routiers sud-africains ont révélé une prévalence générale de 56%, bien plus que le taux national chez les adultes.
- **Professionnelles du sexe migrantes et victimes de trafic :** Des recherches effectuées dans la région du Terai au Népal ont montré que les 17% des professionnelles du sexe qui avaient travaillé en Inde représentaient trois quarts des cas d'infection à VIH. Près de 30% ont affirmé avoir été forcées ; les tests ont montré que ces femmes avaient trois fois plus de risque d'être infectées par le VIH que les autres femmes.
- **Partenaires de travailleurs migrants :** Le début de l'épidémie dans les zones rurales du Mexique trouve son origine dans le retour des travailleurs journaliers agricoles après leur séjour aux Etats-Unis d'Amérique.

Comprendre la migration

Jamais auparavant dans l'histoire autant de personnes n'ont été mobiles. Des estimations récentes suggèrent que près de 150 millions de migrants (c'est-à-dire des personnes qui deviennent résiden-

tes d'un autre pays ou qui y séjournent de façon prolongée) vivent hors du pays dont ils sont ressortissants. Un dixième de cette population correspondrait à des réfugiés ou à des demandeurs d'asile. Un nombre encore plus élevé de personnes se déplacent à l'intérieur de leur pays chaque année. En fait, la

migration économique des zones rurales vers les zones urbaines est sans doute de loin la catégorie la plus vaste de migration contemporaine.

L'Organisation internationale pour les Migrations (OIM) a élaboré un cadre conceptuel très utile pour la recherche et la programmation en matière de VIH/SIDA où la migration est représentée comme un *processus* en quatre étapes. Une réponse efficace en matière de VIH/SIDA doit donc se pencher sur chaque stade :

- **La source** : d'où les gens viennent, pourquoi ils partent et quelles relations il conservent avec leur foyer quand ils sont loin.
- **Le transit** : les endroits que les gens traversent, comment ils voyagent et leur comportement durant le voyage.
- **La destination** : où les gens vont, les attitudes qu'ils rencontrent et leurs nouvelles conditions de vie et de travail.
- **Le retour** : les changements survenus dans leur vie et les conditions de vie qui les attendent à leur retour.

Les gens migrent pour toutes sortes de raisons — volontaires ou pas. La migration économique est largement (mais pas entièrement) un problème d'offre et de demande. Les pays riches, notamment en Amérique du Nord, en Europe occidentale et dans les États du Golfe, attirent les personnes à la recherche de travail ; d'autres pays, dans des régions plus pauvres, dépendent dans une large mesure des revenus des travailleurs partis à l'étranger. Aux Philippines, par exemple, 8% des citoyens vivent à l'étranger, surtout des femmes, sur une population totale de 77,1 millions.

Une grande partie des mouvements de population contemporains est malheureusement involontaire, notamment en ce qui concerne les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays qui sont chassées de leur foyer par un conflit ou une catastrophe naturelle. Le Haut

Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés estime qu'actuellement près de 40 millions de personnes dans le monde ont été chassées de chez elles par des urgences liées à des catastrophes naturelles comme des tremblements de terre, la sécheresse ou des inondations, ou par une guerre ou des troubles civils, et qui vivent en tant que réfugiés dans un pays étranger ou personnes déplacées dans leur propre pays. Certaines sont dans cette situation précaire depuis 20 ans ou davantage et les camps où ils se sont réfugiés sont devenus des installations plus ou moins permanentes.

Les personnes qui ont été victimes de trafic, pour la prostitution ou le travail forcé, sont également en déplacement involontaire. Il y en aurait 1 à 2 millions chaque année selon certaines estimations. Les femmes et les enfants en constituent une écrasante majorité. Ce trafic est probablement l'une des plus grandes sources de profit pour le crime organisé après la drogue et les armes à feu.

Mobilité et vulnérabilité

La vulnérabilité est souvent liée à un stade particulier de la migration. Certains migrants sont plus vulnérables sur leur lieu de destination, par exemple les hommes qui travaillent loin de chez eux dans des camps ou des foyers pour hommes seuls. Pour d'autres, le risque est maximal lors du transit, notamment pour les femmes qui sont amenées à échanger des faveurs sexuelles contre leur survie ou la poursuite du voyage.

Les partenaires de ceux qui s'infectent alors qu'ils travaillent au loin sont également vulnérables, particulièrement les femmes mariées. Leur vulnérabilité s'aggrave encore lorsqu'elles n'ont ni le droit ni la capacité de refuser un rapport sexuel ou d'exiger l'utilisation d'un préservatif même si elles soupçonnent leur partenaire d'avoir pris des risques pendant son absence.

Il ne faut pas pour autant estimer que les migrants amènent généralement le SIDA avec eux. La com-

paraison des migrations forcées en Afrique montre que, dans certains cas comme celui des réfugiés somalis en Éthiopie, la prévalence chez les migrants est inférieure à celle de la population hôte. Il en va de même pour les migrations de main-d'œuvre. En Inde, les États plus industrialisés du Maharashtra, du Gujarat et de l'Andra Pradesh attirent des travailleurs des deux sexes en provenance de tout le pays, mais surtout des États à plus faible revenu. Certains de ces États à faible revenu ont des niveaux d'infection à VIH plus faibles que les États de destination. Le fait que les hommes migrants laissent généralement leur femme et leur famille derrière eux accroît la probabilité qu'ils aient recours à des professionnelles du sexe pendant leur séjour — un facteur de risque à la fois pour eux-mêmes et pour leur famille lors de leur retour.

Besoins en recherche-action

Les efforts visant à étudier le lien entre migration et SIDA sont compliqués par le fait que peu de pays recueillent des données ou entreprennent des recherches sur les besoins spécifiques des migrants en matière de VIH/SIDA. Ceci est vrai même dans les pays qui ont mis en œuvre des ripostes efficaces à l'épidémie. Par exemple, ni l'Ouganda ni la Thaïlande n'ont recueilli de données au sein de leurs populations de migrants forcés, pourtant substantielles. Pourtant, l'Ouganda abrite près de 185 000 réfugiés et la Thaïlande environ 188 000 et tous deux comptent de nombreux migrants irréguliers. La majorité des connaissances sur ces populations émane de recherches conduites par des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux.

La réponse à ce problème consiste donc en grande partie, et bien avant la programmation d'activités de prévention ou de soins, à recueillir des informations. Il existe des méthodes d'évaluation rapide de la situation. L'étude en cours sur l'industrie maritime dans le port thaïlandais de Ranong et conduite par CARE, Family Health International,

la Thailand Business Coalition on AIDS et World Vision Thailand, en est un exemple. Après avoir identifié les facteurs de risque d'infection à VIH et d'usage de substances dans cette zone, les chercheurs ont pu trouver l'opportunité d'adapter les interventions aux différentes flottes de pêche, aux itinéraires et aux types de bateaux.

La prévention commence à la maison ... mais ne peut pas s'arrêter là

L'une des règles de base de la prévention du VIH est qu'il vaut mieux commencer tôt. Cela signifie atteindre les gens avant qu'ils ne partent travailler outre-mer ou loin de chez eux.

Les Philippines constituent un bon exemple de ce qui peut être fait. Le niveau des connaissances sur le VIH/SIDA est maintenant relativement élevé chez les travailleurs migrants philippins par comparaison à ceux d'autres pays. Ceci est en partie imputable à des programmes nationaux comme les séminaires d'orientation avant le départ qui abordent notamment la question des IST et du SIDA. Une étude récente a montré que les employées de maison philippines travaillant en Malaisie connaissaient bien le risque de SIDA et la manière de l'éviter. Par contre, la même étude a découvert que le niveau de connaissances des femmes bangladaïshes était faible.

De tels résultats ont amené CARAM Asia (Coordination de la recherche-action sur le SIDA et la mobilité), un partenariat de sept organisations non gouvernementales de la région, à relier les programmes existant dans le pays d'origine et dans le pays de destination. CARAM Bangladesh offre maintenant une formation préalable au départ aux femmes qui se rendent en Malaisie avec la collaboration de migrants revenus chez eux. À leur arrivée, CARAM Malaisie leur propose un soutien en matière de santé reproductive. Le même type d'arrangement existe entre CARAM Cambodge et CARAM Viet Nam.

Prévention le long des axes de migration en Afrique de l'Ouest

Le programme de l'USAID, Prévention du SIDA sur les axes migratoires d'Afrique de l'Ouest, initialement lancé le long de l'axe très fréquenté reliant Abidjan en Côte d'Ivoire et Ouagadougou au Burkina Faso, s'étend à présent sur quatre pays, notamment ceux qui ont les prévalences les plus élevées de la région. Les stratégies utilisées par le projet comprennent le marketing social, les campagnes médiatiques et le recours à l'éducation par les pairs au sein des groupes cibles, notamment les routiers, les professionnel(le)s du sexe et les travailleurs migrants saisonniers dans les plantations. Les évaluations suggèrent une augmentation des pratiques sexuelles à moindre risque depuis le début de l'intervention en 1998. La comparaison des résultats de deux études réalisées en 1997 et en 2000 au Burkina Faso a montré que le taux de routiers affirmant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le) était passé de 69% à 90%.

Prévention à destination

Dans le cas des migrations internationales, les pays hôtes estiment souvent que les migrants sont particulièrement difficiles à atteindre par les programmes VIH/SIDA et imputent ces difficultés à la barrière de la langue, aux différences culturelles, à leur défiance vis-à-vis des autorités, notamment des services de santé, et à des préoccupations relatives à leur statut juridique. Il paraît cependant plus raisonnable de reconnaître que certaines communautés de migrants doivent être atteintes d'une manière différente.

Comme pour les autres groupes vulnérables, les autorités sanitaires doivent peser soigneusement les avantages d'une programmation plus ciblée par rapport à une programmation destinée à la population générale. Une approche qui évite l'écueil de la stigmatisation consiste à cibler les situations et les zones géographiques où de nombreux migrants vivent, travaillent et ont une vie sociale plutôt que de cibler des personnes ou des groupes spécifiques. Par exemple, un programme destiné non pas aux travailleurs agricoles migrants mais aux communautés vivant autour des fermes, est capable de toucher non seulement les migrants mais également les professionnel(le)s du sexe, les commerçants et les vendeurs ainsi que les hommes et femmes du pays qui vivent et travaillent dans la région. (A ce sujet, l'expérience de l'Afrique du Sud dans les communautés entourant les mines d'or est instructive ; voir « Le Point : le SIDA et le monde du travail »).

A Paris, Ikambere (« la maison de la bienvenue » en kinyarwanda, langue du Rwanda) constitue un bon exemple de partenariat. Depuis 1997, il fournit un local où des femmes d'Afrique subsaharienne séropositives (responsables de cette initiative) peuvent offrir un soutien mutuel et un échange d'informations et travailler ensemble à la fabrication d'objets qu'elles vendent. Ikambere coopère également avec les hôpitaux et les centres de consultation où les gens de leur communauté se font soigner et les aident à accroître leurs activités communautaires.

Soins et appui

Bien que les autorités des pays hôtes puissent initialement être réticentes à l'idée de soigner des ressortissants étrangers, les migrants ont cependant les mêmes droits que les autres citoyens. Le SIDA se nourrit de l'exclusion ; par contre, faire bénéficier les personnes vulnérables de toutes les réponses disponibles est une façon d'accroître la résistance de toute la société à l'épidémie. Comme pour d'autres populations, le conseil et le test volontaires constituent un excellent point d'entrée aux soins à condition qu'ils soient proposés aux migrants dans leur langue et dans une absolue confidentialité.

La fourniture de soins et d'appui aux travailleurs et aux communautés de migrants, tout comme les activités de prévention, requièrent une formation spécifique pour les autorités du pays hôte. Il en

va de même pour le personnel de santé, ainsi que pour les services sociaux et les services d'immigration ; tous doivent être sensibilisés aux perceptions qu'ont les migrants du VIH/SIDA et à leurs préoccupations, notamment d'ordre juridique.

Les efforts des organismes internationaux pour offrir des services de santé reproductive aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ont considérablement augmenté ces dernières années. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés dirige les efforts visant à offrir des services de santé reproductive aux réfugiés. Le Fonds des Nations Unies pour la Population s'est également montré actif, particulièrement en abordant les besoins sanitaires des adolescents.

Politique et environnement juridique

Certaines lois et certains règlements qui régissent les populations en déplacement peuvent avoir un impact désastreux sur la santé publique. Les personnes qui pénètrent dans un pays en tant que migrants ou comme travailleurs sont souvent soumis à un test VIH obligatoire bien que ceci ne

constitue pas une forme efficace de prévention. Les règlements destinés à empêcher l'entrée des personnes séropositives au VIH persistent dans certains pays bien qu'il ait été démontré que ces restrictions n'avaient pas de justification en termes de santé publique (voir l'encadré « Restrictions à l'entrée et à la résidence basées sur le statut VIH »).

Certains groupes de migrants et d'immigrants se mobilisent efficacement autour des questions de VIH/SIDA. Au Royaume-Uni, l'African Policy Network fait pression sur les responsables du gouvernement pour changer la législation et les politiques discriminatoires vis-à-vis des demandeurs d'asile séropositifs au VIH. Le Réseau effectue son travail en collaboration avec d'autres organisations comme le Terrence Higgins Trust, le National AIDS Trust et le Groupe parlementaire multipartis sur le SIDA.

Réponses régionales : en développement

Sachant que les réponses en matière de VIH/SIDA chez les migrants doivent s'adapter à chaque étape

VIH et migration en Europe : accès et soins en évidence

Des données épidémiologiques émanant d'Europe montrent que la proportion de nouveaux diagnostics de SIDA chez des ressortissants étrangers augmente. En France, par exemple, où le nombre de nouveaux cas de SIDA a diminué depuis 1996, les taux ont diminué plus lentement chez les étrangers vivant en France. Les femmes représentent un quart des nouveaux cas parmi les étrangers contre seulement 16% des cas parmi les ressortissants français. Il en est de même en Suisse où les données sur les infections à VIH nouvellement diagnostiquées montrent la vulnérabilité particulière des femmes d'Afrique subsaharienne.

Les migrants n'ont pas bénéficié au même degré que les résidents nationaux de l'accès aux antirétroviraux et aux autres soins. Des données émanant de Belgique, de France et du Royaume-Uni montrent clairement que les migrants ont tendance à solliciter un test et des soins plus tardivement que le reste de la population. En France, une enquête a montré que les femmes d'origine nord-africaine recevaient moins de conseil en matière de VIH en consultation prénatale que la population générale (alors que leur niveau de connaissances était reconnu comme inférieur) et avaient besoin de davantage d'information. L'enquête a également montré que les femmes migrantes étaient plus souvent testées à leur insu.

Restrictions à l'entrée et à la résidence basées sur le statut VIH


Les restrictions à l'entrée et à la résidence basées sur le statut VIH devraient être abrogées ou modifiées en se basant sur le guide *Les directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, publiées en 1998 par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et par le Secrétariat de l'ONUSIDA. Ces directives stipulent que : « L'argument de la santé publique ne justifie pas que la liberté de circuler ou de choisir sa résidence soit limitée au motif de l'infection à VIH [...] Si les Etats interdisent à des personnes touchées par le VIH/SIDA un séjour de longue durée par souci des dépenses que cela pourrait entraîner, ils ne devraient pas réserver ce traitement à l'infection à VIH/SIDA [...] et devraient [montrer] que ces dépenses seraient forcément engagées pour un étranger isolé demandeur de séjour. Dans l'examen des demandes d'admission, les considérations humanitaires comme le regroupement familial et la nécessité d'accorder asile devraient l'emporter sur les considérations économiques. »

du processus — origine, transit, destination et retour — la programmation doit franchir les frontières. Les principales initiatives régionales en matière de VIH/SIDA et de migrants sont les suivantes :

- L'Equipe interpayes de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre se consacre particulièrement à la mobilité avec cinq programmes qui se recoupent en partie : pays d'Afrique de l'Ouest, pays côtiers du Golfe de Guinée, bassin du Lac Tchad, bassin du fleuve Congo et Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA.
- Le Projet VIH et migration en Amérique centrale et au Mexique, organisé par l'Institut national de santé publique du Mexique, avec différentes organisations non gouvernementales, institutions gouvernementales et autres, travaille dans 11 lieux de transit au Belize, au Costa Rica, en El Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Mexique, au Nicaragua et au Panama.
- Le projet européen « SIDA et mobilité » a des points focaux nationaux dans 14 pays et

favorise la coopération entre les organisations communautaires, gouvernementales et non gouvernementales.

- L'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) élabore un plan de travail quinquennal pour lutter contre le VIH chez les populations mobiles. Ce plan régional comprendra deux éléments : l'un se consacrera aux marins et aux routiers (et comprendra les pays du Grand Mékong), l'autre se focalisera sur la prévention du VIH/SIDA chez les travailleurs migrants.

Toutes ces initiatives recourent à toute une gamme d'approches, notamment la recherche ethnographique, la cartographie et les enquêtes. Elles se focalisent sur la compréhension des dynamiques de mouvements de population spécifiques entre pays ou régions, l'impact des mouvements transfrontaliers sur les communautés d'origine et de destination, les facteurs de vulnérabilité ou de résilience au VIH et les politiques relatives à la migration et à la santé dans les régions d'origine et de destination. Toutes mettent beaucoup l'accent sur les liens, la création de réseaux et la mise en commun des connaissances. 

A la croisée de la prévention et de la prise en charge



A la croisée de la prévention et de la prise en charge

La prévention et la prise en charge sont des éléments inextricablement liés d'une riposte efficace. L'un sans l'autre affaiblit les chances de succès, mais ensemble ils créent une puissante synergie. Le conseil et le test volontaires (CTV) et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (TME) sont des exemples qui montrent à quel point les interventions essentielles dans le domaine du VIH/SIDA peuvent être efficaces lorsqu'elles sont intégrées.

Le conseil et le test volontaires

Le conseil et le test VIH volontaires sont des éléments essentiels des programmes de prévention et de prise en charge. Dans le cadre de la prévention, le CTV aide les individus à apprendre comment se transmettre le VIH, à pratiquer une sexualité à moindre risque, à effectuer un dépistage du VIH et, selon les résultats, à prendre des mesures pour éviter d'être infecté ou d'infecter les autres. Dans le cadre de la prise en charge, les résultats du dépistage du VIH et des séances de conseil qui suivent permettent aux individus d'être orientés vers les services adéquats de prise en charge et de soutien, par exemple pour un traitement de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles, la planification familiale et, le cas échéant, pour le traitement des infections opportunistes, la thérapie antirétrovirale et la prévention de la transmission mère-enfant. En outre, un meilleur accès au CTV peut amener à une plus grande transparence autour du VIH/SIDA et à une réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

Essentiel à la prévention

Le CTV est une stratégie de prévention avérée qui devrait faire partie intégrante des programmes de

prévention du VIH dans tous les pays. Par exemple, dans un récent essai randomisé portant sur des individus et des couples en Afrique et aux Caraïbes, un total de 3120 individus et 586 couples au Kenya, à la Trinité-et-Tobago et en République-Unie de Tanzanie ont été attribués de manière aléatoire soit à un groupe recevant le CTV, soit à un groupe d'éducation sanitaire de base, avec l'option de bénéficier du CTV un an plus tard. Les membres du groupe CTV ont eux-mêmes annoncé une baisse de 35% des rapports sexuels non protégés avec leurs partenaires réguliers et occasionnels au cours de l'année suivant le test et le conseil initiaux, par rapport à une baisse de 13% dans le groupe ayant bénéficié de l'éducation sanitaire de base. Les individus du groupe contrôle, qui avaient accepté le conseil et le test lors de la première visite de suivi ont ensuite fait état d'une réduction du niveau des rapports sexuels sans protection égal à celui du groupe CTV initial après une année.

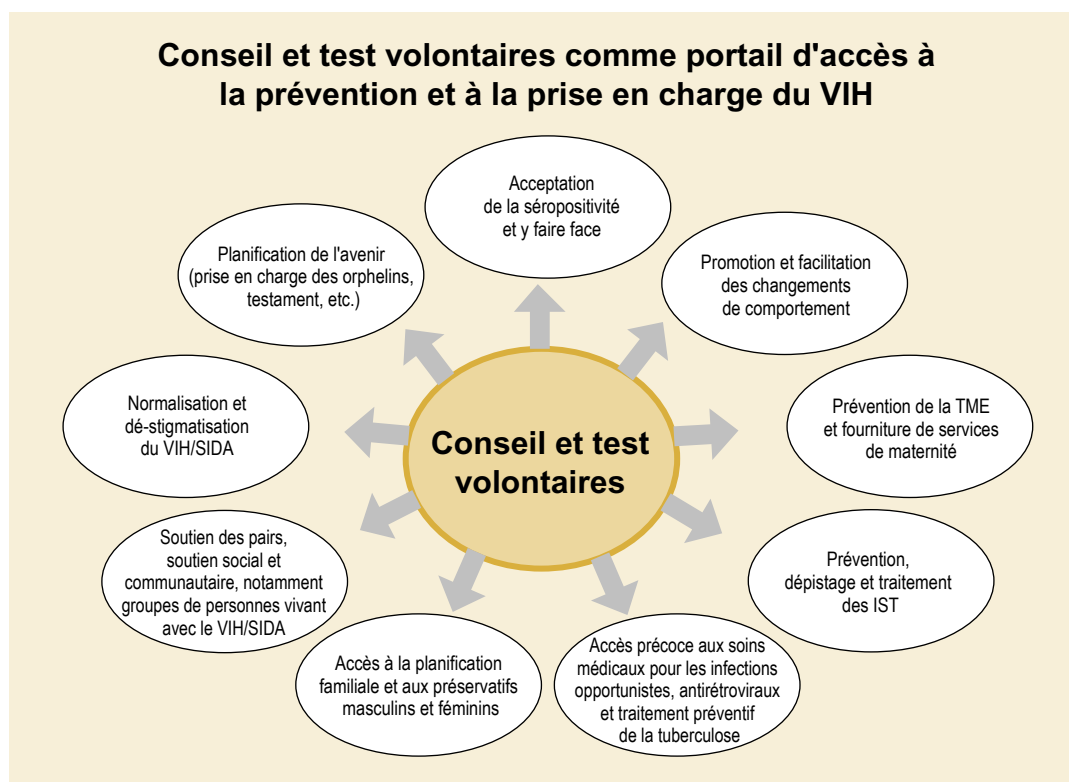
Il convient de souligner que l'accès au CTV est considéré comme une stratégie cruciale pour riposter au VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus, comme dans les pays à revenu élevé disposant de systèmes de santé de pointe. Aux

Etats-Unis, où l'on estime que 25% des personnes séropositives au VIH ne connaissent par leur statut sérologique, les Centers for Disease Control and Prevention ont fait du CTV la pierre angulaire de leur plan stratégique 2001-2005 de prévention du VIH. L'objectif est d'augmenter le nombre des dispensateurs de services offrant systématiquement le CTV dans les structures sanitaires (p. ex. dispensaires pour les infections sexuellement transmissibles, programmes de traitement de l'abus de substances, dispensaires de planification familiale, centres de secours d'urgence, centres de santé communautaires), ainsi que dans des lieux non médicalisés (p. ex. centres sociaux, programmes d'assistance publique, programmes extra-institutionnels).

Etant donné le nombre et la complexité des problèmes associés au test VIH dans les opérations de

maintien de la paix de l'ONU, et pour répondre aux préoccupations exprimées par les membres du Conseil de Sécurité des Nations Unies, le Secrétariat de l'ONUSIDA, en étroite collaboration avec le Département des Opérations de maintien de la paix des Nations Unies, a entamé l'examen détaillé de la politique des Nations Unies dans ce domaine. Le Tableau d'experts de l'ONUSIDA sur le dépistage du VIH dans les opérations de maintien de la paix a été créé pour contribuer à cette activité. Les experts ont recommandé à l'unanimité le conseil et le test volontaires comme le moyen le plus efficace de prévenir la transmission du VIH parmi les personnels de maintien de la paix, leurs conjoints et partenaires et les populations hôtes. Ils ont souligné que le CTV devrait être offert aux personnels de maintien de la paix dans le cadre d'un ensemble de mesures

Figure 28



Source : ONUSIDA (2002)

intégrées de prévention et de prise en charge du VIH. Ils ont également noté que le CTV s'était révélé plus efficace que le dépistage obligatoire du VIH pour promouvoir les comportements sexuels sans danger et réduire les autres risques associés à la transmission du VIH.

Le principal portail d'accès aux services de prise en charge

Comme le montre la Figure 28, le CTV constitue le principal portail d'accès aux services de prise en charge et de soutien. De plus, étant donné les projets d'expansion de l'accès aux médicaments (tant pour le traitement que pour la prévention de la transmission mère-enfant) dans de nombreux pays, la demande de CTV va s'accroître dans les programmes hospitaliers et communautaires de prise en charge. En effet, les antirétroviraux ne sont guère utiles si les individus ne connaissent pas leur sérologie VIH. En outre, le conseil en continu sera nécessaire pour faire en sorte que les personnes qui prennent des antirétroviraux soient soutenues, suivent correctement leur traitement et puissent faire face à d'éventuels effets secondaires indésirables. Le conseil pour les familles et les couples sera particulièrement bénéfique pour l'observance du traitement et le soutien dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant. Il est donc d'autant plus important de faire en sorte que le dépistage soit renforcé par un conseil efficace donné par des conseillers convenablement formés, dans des lieux conviviaux garantissant la confidentialité.

L'expansion des programmes est nécessaire — et possible

S'il existe de nombreux exemples de services de CTV de bonne qualité dans les pays à faible et moyen revenus, la plupart d'entre eux sont concentrés dans les principales zones urbaines et n'ont qu'une faible couverture. Cela signifie qu'actuellement, la grande majorité des populations qui

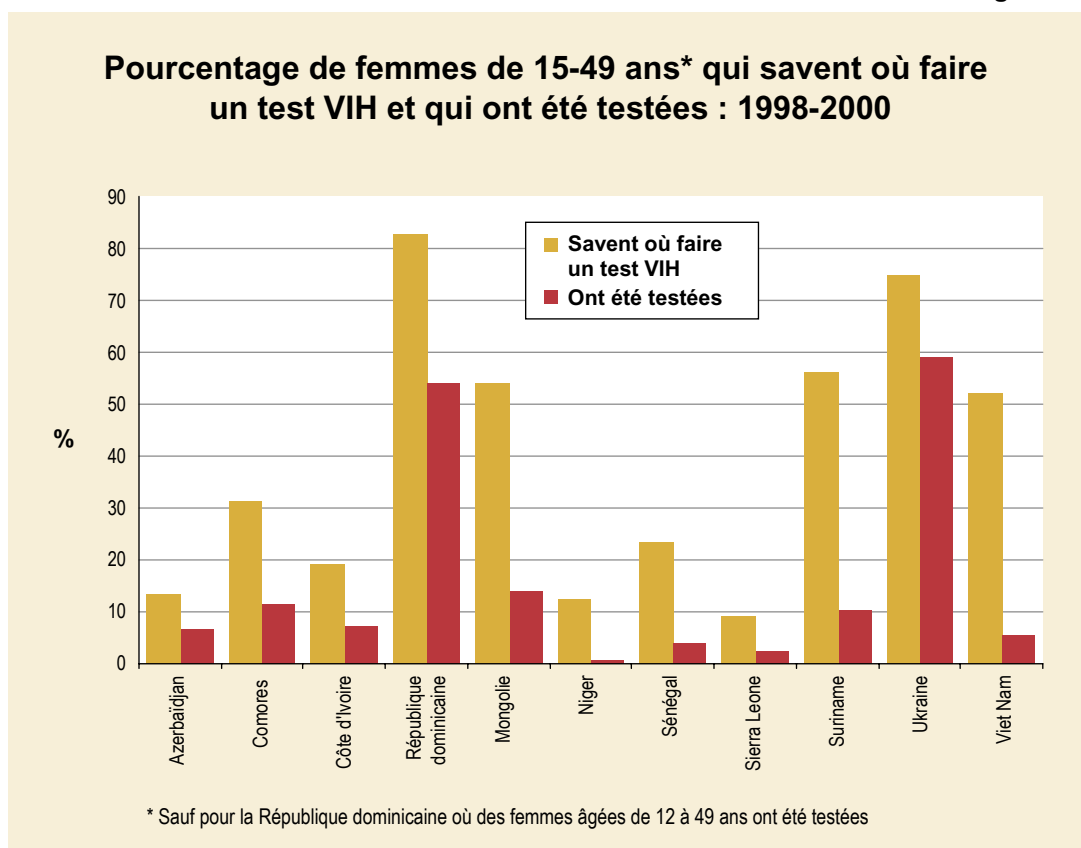
pourraient en bénéficier n'y ont pas accès. Le développement des services de CTV constitue donc une des pierres angulaires du Plan stratégique du système des Nations Unies sur le VIH/SIDA pour 2001-2005 et des objectifs de l'UNGASS qui souhaitent réduire la prévalence du VIH parmi les jeunes et les enfants d'ici à 2005.

Outre l'élargissement des services de CTV, il convient d'encourager les populations à utiliser ces services là où ils existent déjà. Comme c'est le cas pour d'autres interventions de prévention et de prise en charge du VIH, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont un rôle important à jouer dans la conception et le développement des services de CTV, où qu'ils soient mis en place. Comme le montre la Figure 29, seul un petit nombre de femmes dans divers pays africains ont été dépistées, en dépit du fait qu'un pourcentage considérablement plus important d'entre elles savaient où ces services étaient offerts.

Il existe aujourd'hui des tests VIH rapides qui peuvent être effectués par un personnel ne possédant pas de formation académique en matière de techniques de laboratoire. Ceci permet de surmonter l'un des obstacles à l'élargissement des services en zone rurale et dans les sites de petite taille ne disposant pas d'installations de laboratoire. De nombreux pays développent actuellement le CTV dans le cadre des systèmes de santé publique. Pourtant, le contrôle de la qualité et une solide surveillance externes demeurent essentiels pour garantir la bonne qualité des services de dépistage.

Le Centre d'information SIDA (AIC) de l'Ouganda est un exemple d'expansion réussie : il a passé d'un site unique en 1990 à 51 en 2001 et a testé plus d'un demi-million de personnes. Depuis 1997, il offre le dépistage rapide en un jour, ainsi que des services connexes tels que la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles, la thérapie préventive de la tuberculose, la planification familiale et l'orientation vers et à partir d'autres organisations de lutte contre le SIDA. Les

Figure 29



Source : UNICEF (2000) Enquête par grappes à indicateurs multiples 2

coûts sont subventionnés et, un jour par semaine au moins, le CTV est gratuit. L'AIC a montré que le dépistage pour les couples peut être mis en œuvre si l'approche est précautionneuse et cohérente. La proportion des personnes demandant le CTV en couple a passé de 8% de l'ensemble des clients en 1992 à près d'un tiers en 2001, un quart environ des couples demandant un dépistage du VIH avant le mariage. Globalement, les taux de fréquentation masculine et féminine sont les mêmes.

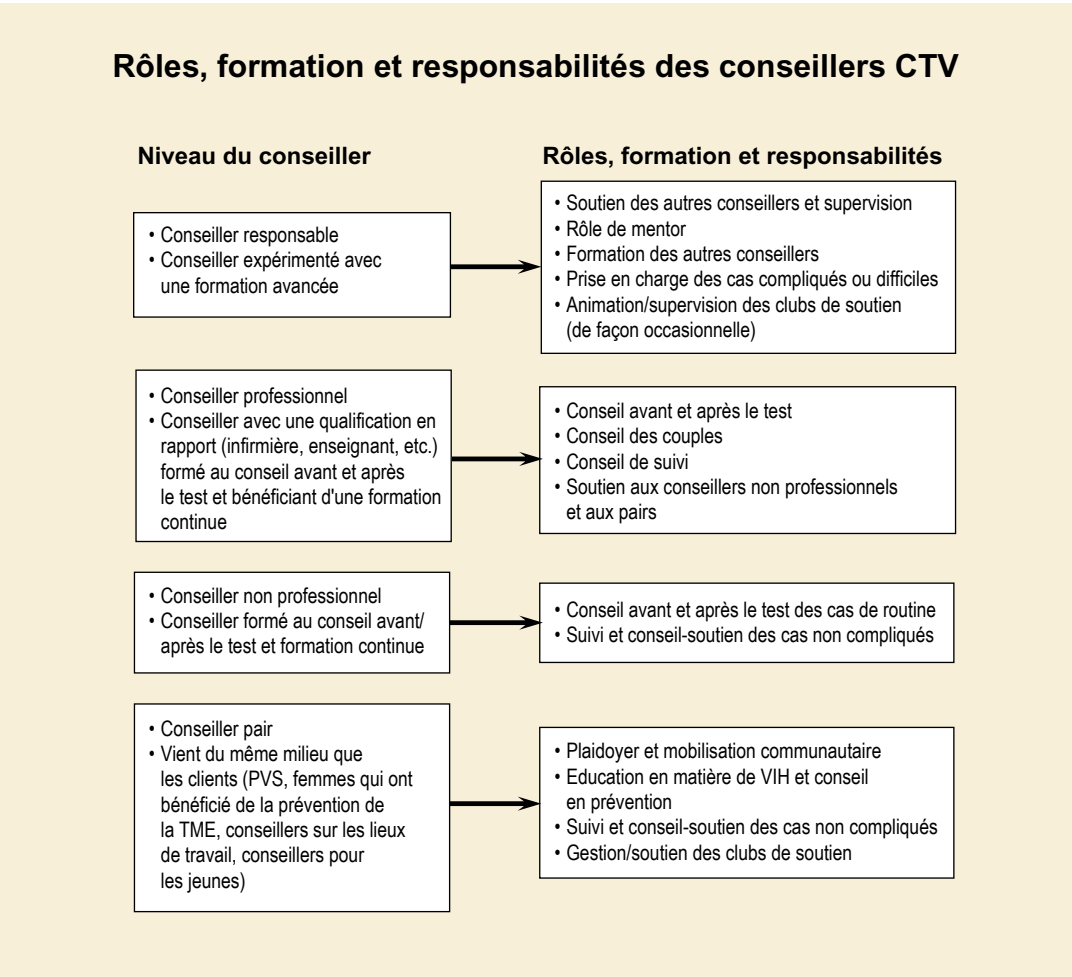
Stratégies d'expansion des services

Un des obstacles majeurs à l'expansion des services de CTV peut être de trouver suffisamment de conseillers qualifiés, mais des approches novatrices

peuvent contribuer à le surmonter. Dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du Botswana, par exemple, le conseil en groupe dans les dispensaires, des sessions de vidéo et l'utilisation de conseillers « non professionnels » et de services de conseil communautaires sont employés pour tenter de réduire la durée des sessions individuelles avant le test.

Les besoins en matière de personnel ne doivent pas être sous-estimés lorsqu'on souhaite élargir des services de CTV. Les antécédents, la formation, les rôles et les responsabilités des personnes qui offrent le conseil avant et après le test varient considérablement. Dans de nombreux projets de CTV, la plupart des conseillers sont des infirmier(ère)s

Figure 30



Source : ONUSIDA (2001) Rapport de la Consultation technique OMS/ONUSIDA sur le conseil et le test VIH volontaires

ou des assistant(e)s sociaux(ales) qui ont reçu un supplément de formation comme conseillers VIH. Cependant, étant donné la pénurie de personnel infirmier et social, il faut aussi employer des conseillers venus d'autres milieux. La Figure 30 présente un exemple d'un modèle des différents rôles et responsabilités et de la formation. Il est utile de disposer de conseillers expérimentés qui peuvent soutenir et encadrer les autres conseillers et prendre en charge les cas plus complexes qui leur seront référés. La continuité du soutien et de l'encadrement des conseillers, quels que soient leurs

antécédents, est nécessaire pour fournir un conseil de haute qualité et éviter l'épuisement psychologique et des rotations de personnel excessives.

Il peut se révéler utile d'associer les services axés sur le VIH à des services connexes, notamment ceux qui portent sur les soins prénatals, la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles (voir le chapitre « Prévention ») et la tuberculose. Par exemple, un traitement efficace de la tuberculose peut considérablement améliorer la qualité de vie ainsi que la longévité, et contribuer à contrôler la maladie dans la communauté

générale. L'initiative ProTEST de l'Organisation mondiale de la Santé (qui associe les programmes sur le VIH et la tuberculose aux services généraux de santé) encourage le conseil et le test VIH pour lutter contre la tuberculose dans les situations où la prévalence du VIH est élevée. Plusieurs sites efficaces de l'initiative ProTEST ont été mis en place en Afrique subsaharienne et d'autres sont en cours de développement en Asie. L'évaluation indique que cette approche est très efficace. Le site ProTEST du District central en Afrique du Sud, par exemple, a observé une acceptabilité à 95% du test VIH à la suite d'une session de conseil avant le test parmi toutes les personnes participantes.

L'une des approches récentes les plus novatrices pour offrir des services de CTV est la commercialisation à but social, dans laquelle des « produits sociaux » (notamment des préservatifs) sont offerts. Au Zimbabwe, par exemple, le programme New Start utilise un système de franchise pour apporter des services de CTV et créer un réseau national de CTV disposant d'un logo et d'un nom communs, qui fait l'objet d'une promotion dans les médias et dans les campagnes d'information. La Commission nationale du SIDA a lancé le programme New Start en 1998 avec l'aide de Population Services International (PSI) et de l'USAID. Des services de conseil et de test de bonne qualité sont offerts dans les centres du programme, et dans la plupart des cas, les résultats peuvent être obtenus le jour même. Tous les sites utilisent un protocole de conseil et de test standardisé conforme aux directives du Ministère de la Santé du Zimbabwe. Les services sont offerts gratuitement aux clients qui ne sont pas en mesure de payer les tarifs forfaitaires.

Cibler le CTV

La généralisation des services de CTV est importante, mais ces services ne peuvent pas réellement atteindre toutes les populations qui en ont besoin. Des programmes ciblés, utilisant des installations indépendantes ou offerts dans le cadre de cam-

pagnes de communication, sont nécessaires pour les groupes particuliers, tels que les jeunes et les couples ainsi que pour les populations vulnérables comme les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe.

Le CTV destiné aux jeunes existe dans de nombreux pays (voir l'encadré « Le CTV pour les jeunes : le Fonds de formation et de conseil Kara »). Une récente étude au Kenya et en Ouganda a montré que les jeunes appréciaient le volet conseil du CTV. La plupart des jeunes testés ont fait connaître les résultats de leur test à quelqu'un et avaient l'intention de pratiquer une sexualité à moindre risque. L'étude a également découvert que la vaste majorité des jeunes qui n'étaient pas testés souhaitaient l'être. Toutefois les raisons invoquées par les jeunes pour participer au CTV et leurs besoins à la suite du test peuvent être différents de ceux des autres groupes d'âge. Des conseillers doivent être formés pour être en mesure de communiquer avec les jeunes et de saisir leurs préoccupations spécifiques en rapport avec l'infection à VIH et avec la prévention. Pour les jeunes qui n'ont pas atteint leur majorité, le consentement des parents et la divulgation des résultats du test VIH sont des questions qui doivent être abordées lorsqu'on fournit des services de CTV.

La prise en charge et le soutien des professionnel(le)s du sexe est une autre approche importante de la prévention du VIH (voir le chapitre « Prévention »). A Kinshasa, République démocratique du Congo, un programme offrant aux professionnel(le)s du sexe le CTV, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, des discussions de groupes sur la prévention et des préservatifs gratuits a permis d'augmenter l'utilisation du préservatif et de réduire l'incidence du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles parmi les professionnel(le)s du sexe. D'autres programmes ont efficacement utilisé les éducateurs/conseillers pour les pairs pour offrir des services de conseil à d'autres professionnel(le)s du sexe.

Le CTV pour les jeunes : le Fonds de formation et de conseil Kara, Zambie

Le Fonds de formation et de conseil Kara est une organisation non gouvernementale zambienne qui a ouvert en 1989 un centre d'accueil fournissant des informations et un conseil sur le VIH au grand public. Il a en outre été à l'origine du premier groupe de soutien à l'intention des personnes vivant avec le VIH en Zambie et il joue encore un rôle important dans le plaidoyer et l'éducation sur le VIH et dans la lutte contre la stigmatisation et le déni. En 1992, des services de CTV confidentiels ont été introduits dans l'un des établissements du Fonds. Les tests rapides offrant des résultats le jour même ont été introduits en 1996. La majorité des clients du CTV sont des jeunes entre 18 et 29 ans.

Le Fonds s'attache à améliorer l'utilisation des services de CTV par les jeunes, y compris les services de soutien après le test. Pour y parvenir, l'organisation fournit :

- des activités extra-institutionnelles axées sur les jeunes, afin de les informer et de les mobiliser ;
- un accès au conseil et au test avec leurs partenaires ou avant le mariage à l'intention des jeunes couples ;
- des services de CTV à l'écoute des jeunes ;
- des clubs « post-test » à l'écoute des jeunes et offrant un conseil permanent ; et
- une recherche opérationnelle concernant le CTV et les jeunes.

Les activités extra-institutionnelles aident souvent les jeunes à décider de se rendre dans un service de CTV. Elles les sensibilisent à l'existence de ces services, expliquent le processus et les font participer à des discussions concernant les avantages et les inconvénients. Le Fonds poursuit deux approches du travail de proximité dans la communauté en organisant un programme extra-institutionnel avec des jeunes séropositifs au VIH (ciblé plutôt sur les groupes), ainsi qu'un programme de mobilisation communautaires (axé sur les individus).

Le CTV peut donner aux consommateurs de drogues injectables l'occasion de connaître leur sérologie VIH et de recevoir un conseil concernant la sécurité des pratiques d'injection et la sexualité à moindre risque. Dans une étude portant sur

5644 personnes fréquentant un centre d'échange de seringues et de désintoxication en Californie, la fréquentation des services de CTV s'est révélée le facteur le plus étroitement associé à une cessation de l'utilisation commune des seringues.

Transmission de la mère à l'enfant (TME)

On estime que 200 millions de femmes dans le monde deviennent enceintes chaque année, dont environ 2,5 millions sont séropositives au VIH. L'un des plus grands défis consiste à permettre aux presque 99% de femmes enceintes qui n'ont pas été infectées par le virus de demeurer séronégatives. Ce défi est totalement

lié à la grande diversité des efforts déployés pour prévenir la transmission du VIH des mères à leurs enfants.

L'approche adoptée sur le plan international pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant comprend plusieurs stratégies : 1) la prévention primaire du VIH parmi les futurs parents ; 2) la

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, réduire de 20 p. cent, et d'ici à 2010, de 50 p. cent, la proportion de nourrissons infectés à VIH en veillant à ce que 80 p. cent des femmes enceintes consultant pour des soins prénatals reçoivent des informations, des conseils et autres moyens de prévention de l'infection à VIH, et en faisant en sorte que les femmes et les nourrissons infectés par le VIH aient accès à un traitement efficace, afin de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant [...] (paragraphe 54).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives au VIH ; et 3) la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La prise en charge et le traitement des mères séropositives au VIH dans le contexte la transmission mère-enfant sont maintenant également reconnus comme un impératif éthique et des mesures sont prises pour fournir cette prise en charge en parallèle avec les interventions de prévention.

C'est en améliorant considérablement l'accès des femmes en âge de procréer et de leurs partenaires aux services de prévention du VIH, de santé reproductive et de planification familiale et aux dispensaires prénatals et maternités que la prévention de la transmission mère-enfant et la fourniture d'un traitement et d'une prise en charge aux mères et à leurs nourrissons auront le plus de chances de réussir. Ces services devraient faire en sorte que les femmes puissent choisir de connaître ou non leur sérologie VIH ; contrôler leur fécondité ; mettre un terme à une grossesse, si le procédé est sûr et légal ; et bénéficier des médicaments de prévention de la TME et des autres interventions si elles sont séropositives au VIH et enceintes.

Des médicaments antirétroviraux moins coûteux et plus faciles à administrer peuvent être utilisés dans les situations où les ressources font défaut. Ces traitements pourraient réduire jusqu'à 50% la transmission du VIH. Il est crucial d'élargir la

distribution de ces médicaments, étant donné le fait que, en 2001 seulement, quelque 800 000 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH — dans une très grande mesure par la transmission mère-enfant. L'expansion devrait être possible, étant donné les succès remportés par les projets à petite échelle et l'engagement accru — sur le plan international comme de la part des gouvernements des pays à faible et moyen revenus — en faveur des interventions de prévention de la TME.

Réduire le risque de transmettre le VIH aux nourrissons

Il est possible et relativement peu coûteux de prévenir la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant. Lorsqu'une femme se sait séropositive, elle dispose de certaines options d'intervention, notamment l'utilisation d'anti-rétroviraux préventifs, la césarienne électorale et l'alimentation de substitution. Une autre approche peu coûteuse, qui profite à toutes les femmes enceintes et qui pourrait réduire la transmission mère-enfant que la sérologie VIH soit connue ou non, consiste à éviter les techniques invasives inutiles au cours du travail et de l'accouchement.

La thérapie de brève durée à la zidovudine est largement appliquée dans les projets pilotes de prévention de la TME dans les pays à faible et

Allaitement et transmission de la mère à l'enfant

En l'absence de toute intervention, environ un tiers de la transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être attribuée à l'allaitement. Il devient aussi toujours plus manifeste que l'allaitement au sein limite l'effet protecteur du traitement antirétroviral administré pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'Equipe spéciale interinstitutions des Nations Unies sur la transmission mère-enfant du VIH recommande que lorsque l'alimentation de substitution est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, les mères infectées par le VIH devraient éviter tout allaitement. Dans les autres cas, l'allaitement exclusif est recommandé au cours des premiers mois de la vie du nouveau-né.

La plupart des pays qui disposent d'une politique nationale relative au VIH et à l'alimentation du nourrisson suivent les directives des Nations Unies, mais les adaptent en fonction des ressources et des conditions locales. Les meilleures politiques sont celles qui offrent un véritable choix à la mère. Au Botswana et en Côte d'Ivoire, ainsi que dans plusieurs sites pilotes en Afrique du Sud, plus de 70% des femmes choisissent l'alimentation de substitution lorsqu'on les informe des diverses options d'alimentation du nourrisson. Les femmes reçoivent gratuitement les préparations pour nourrisson nécessaires. Au Brésil et en Thaïlande, on conseille à toutes les femmes séropositives au VIH de ne pas allaiter et on leur offre des préparations gratuites.

Malheureusement, dans de nombreux pays à faible et moyen revenus, l'alimentation de substitution ne constitue pas une option viable. La vaste majorité des femmes allaitent leurs bébés, soit par choix soit parce qu'elles n'ont pas accès à des substituts sûrs, acceptables ou pratiques. Même lorsque les substituts du lait maternel sont fournis gratuitement, de sérieux obstacles peuvent encore survenir, par exemple le manque d'eau potable et de conditions d'hygiène, la confusion concernant l'utilisation de ces produits et les reproches de la famille ou de la communauté (étant donné l'association de l'alimentation de substitution à l'infection à VIH).

moyen revenus et les taux d'acceptation se sont accrus au cours des dernières années par rapport à ce qu'ils étaient au moment où ces programmes ont été lancés. Récemment, un grand nombre de programmes ont choisi d'utiliser la névirapine sur la base des résultats de l'étude HIVNet 012 en Ouganda. Administrée en une seule dose à la mère au moment de l'accouchement et en une seule dose à l'enfant dans les 72 heures suivant la naissance, la névirapine montre une efficacité analogue à celle de la zidovudine en thérapie brève, apportant une réduction de risque allant jusqu'à 50% chez les mères allaitantes. Des essais cliniques ont démontré l'innocuité et la tolérance à court terme de la névirapine en dose unique. Les recherches n'ont montré aucune différence significative dans l'importance de la toxicité ou des autres effets

entre la névirapine et les schémas thérapeutiques de brève durée à la zidovudine ou à la zidovudine/lamivudine.

Le traitement à la névirapine exige un minimum de surveillance et il est particulièrement avantageux pour les femmes qui se présentent en consultation vers la fin de leur grossesse ou qui ont reçu des doses prénatales sub-optimales de zidovudine. Une résistance aux médicaments a été rapportée chez certaines femmes exposées à la névirapine et à d'autres schémas thérapeutiques antirétroviraux de brève durée utilisés pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant. Les implications de cette résistance sont encore incertaines et doivent être prises en compte dans le contexte d'une intensification de l'accès au traitement antirétroviral des malades des pays en développement.

Une Consultation technique de l'OMS en octobre 2000 a conclu que les avantages retirés d'une baisse de la TME grâce à ces prophylaxies aux antirétroviraux dépassaient largement les préoccupations relatives à l'apparition d'une résistance aux médicaments.

Le CTV dans le cadre des programmes de prévention de la TME

Le CTV constitue le point de départ essentiel des programmes de prévention de la TME, mais un nombre encore insuffisant de programmes l'ont compris. Un récent rapport de l'UNICEF illustre ce phénomène en s'appuyant sur des données recueillies dans neuf pays africains (Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe). Dans les situations où la prévention de la TME a été intégrée, 62% en moyenne des femmes en consultations prénatales reçoivent un conseil et environ 70% d'entre elles acceptent le test : toutefois, la fréquentation du CTV varie énormément entre les pays et les sites, passant de 22% de femmes conseillées et 65% de femmes testées en Zambie à 82% de femmes testées au Rwanda et 100% de femmes conseillées.

De nombreux facteurs affectent la fréquentation. Certains, par exemple la formation et l'encadrement du personnel, sont des problèmes internes aux programmes ; d'autres ont trait à la société, notamment la stigmatisation, le manque d'engagement des hommes, la violence des partenaires et le rejet des femmes séropositives au VIH. Etant donné que les hommes peuvent jouer un rôle important pour augmenter l'acceptation et la fréquentation, il faut rechercher des moyens novateurs pour encourager leur participation au CTV et à la prévention de la TME. Une récente étude du CTV dans cinq sites a montré que le fait d'encourager davantage d'hommes à accepter

le test VIH était un premier pas important pour les amener à prendre davantage de responsabilités dans la prévention de la transmission mère-enfant, par exemple en utilisant le préservatif au cours de la grossesse et en soutenant les choix des femmes séropositives en matière d'alimentation du nourrisson. Enfin il est manifeste que lorsque les besoins émotionnels et sanitaires des mères sont pris en compte, la fréquentation s'accroît.

Prise en charge des mères séropositives au VIH : « TME-Plus »

En plus de dissuader les femmes de participer aux programmes de prévention de la TME, le manque de prise en charge des mères séropositives dans le contexte de la prévention de la transmission à leur nourrisson soulève des préoccupations éthiques graves. Les responsables de fondations philanthropiques du monde entier ont rencontré en décembre 2001 le Secrétaire général des Nations Unies Kofi Annan et annoncé le financement à grande échelle d'un projet de démonstration sur cinq ans en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Surnommée « TME-Plus », l'initiative va s'efforcer d'élargir les services à l'intention des femmes séropositives, y compris la prise en charge de base pour la prévention et/ou le traitement des infections opportunistes et, le cas échéant, le traitement au moyen d'antirétroviraux. On espère plus tard inclure dans l'initiative les membres séropositifs de la famille des mères participantes et de leurs enfants. Des campagnes d'information destinées à améliorer la sensibilisation au niveau international seront intégrées dans l'initiative, ainsi que l'achat et la distribution des médicaments pour prévenir la TME, le plaidoyer en faveur de l'élimination des lois et règlements qui retardent l'accès aux médicaments ainsi que des programmes d'éducation et de formation. TME-Plus sera fondée au départ sur une extension des programmes existants de prévention de la TME et sera axée initialement sur l'Afrique subsaharienne.

Elargir la couverture des programmes relatifs à la transmission mère-enfant

Malgré la complexité et les difficultés logistiques que présentent les interventions de prévention de la TME, il n'existe plus aucune raison technique pour les limiter à des projets pilotes ou des situations de recherche. Cependant, ces interventions commencent seulement à être intégrées dans la prise en charge prénatale systématique des mères dans un grand nombre de pays à faible et moyen revenus. La Thaïlande, le Brésil et le Botswana (voir l'encadré « Le programme national de prévention de la TME au Botswana ») sont les chefs de file dans ce domaine, car ils ont élargi les interventions de prévention de la TME à l'ensemble du pays. Parmi les pays qui ont commencé à élargir la couverture au-delà des sites pilotes, on peut noter la Côte d'Ivoire, le Honduras, l'Inde, le Kenya, le Myanmar, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Rwanda, la Zambie et le Zimbabwe.

En Afrique du Sud, en avril 2002, les provinces du Cap-Ouest et du KwaZulu-Natal ont élargi les programmes de prévention de la TME à l'ensemble de la province. Le procès historique intenté en Afrique du Sud par la Campagne d'action en faveur du traitement et d'autres groupes devrait avoir pour résultat un début d'expansion analogue des programmes dans d'autres provinces. Et même s'il est limité à deux sites par province, le programme pilote national actuel de l'Afrique du Sud pour la prévention de la TME est peut-être le plus important d'Afrique subsaharienne. Chaque mois, le programme fournit des services (y compris le traitement à la névirapine) à quelque 6090 femmes enregistrées dans les consultations prénatales, ce qui représente environ 9% du total national. Lorsque ce nombre est ajouté à ceux de plusieurs sites de recherche opérationnelle et aux programmes provinciaux, le total national des femmes ayant accès à la prévention de la TME se situe probablement entre 12 et 15%. Le taux auquel les femmes acceptent de faire un test VIH est actuellement de 51% dans les sites nationaux,

Le programme national de prévention de la TME au Botswana


En 1999, le Botswana est devenu le premier pays d'Afrique à lancer un programme intégré CTV/TME administrant de la zidovudine aux femmes enceintes testées positives dans le cadre des consultations prénatales. Le programme a été introduit dans les villes de Gaborone et de Francistown. Cependant, lorsqu'une enquête sentinelle prénatale en 2000 a montré une prévalence de 38,5% (ce qui signifie 26 nouveau-nés infectés chaque jour), le gouvernement a décidé d'élargir le programme à l'ensemble du pays dans tous les établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile. Entre avril 1999 et novembre 2001, le programme a atteint 31 971 femmes, dont 17 732 (55%) ont bénéficié du conseil et 9422 (53%) ont été testées.

En décembre 2001, le programme avait été mis en œuvre dans la totalité des 24 districts sanitaires du Botswana. Environ 81% des femmes qui s'inscrivent dans les centres de santé publique sont aujourd'hui conseillées en matière de TME ; 57% d'entre elles sont testées et, sur celles qui se révèlent séropositives au VIH, 58% reçoivent un traitement à la zidovudine. Les plans d'accélération du programme prévoient la formation, le renforcement des capacités de gestion, l'amélioration de la qualité du soutien aux conseillers, le renforcement de la prise en charge et des services de soutien, et la mobilisation communautaire et sociale. En outre, le Botswana étudie d'autres améliorations y compris l'utilisation des associations thérapeutiques antirétrovirales et diverses pratiques d'alimentation du nourrisson.

où quelque 3133 femmes enceintes sont testées chaque mois. Toutefois le taux de dépistage des sites nationaux varie énormément entre les provinces et les sites et se situe entre 17 et 90%.

Dans la plupart des sites d'Afrique subsaharienne, le pourcentage global des femmes contactées et traitées est actuellement très bas — moins de 20%. Parmi les exceptions, on peut noter le site Kichikura au Rwanda et les sites soutenus par la Fondation Elizabeth Glaser pour le SIDA pédiatrique (EGPAF). (Le projet Appel à l'action de la Fondation, lancé en septembre 1999, dispose de sites dans 70 lieux de 11 pays africains et en Thaïlande.) La fréquentation globale au Rwanda et dans les sites soutenus par l'EGPAF en Afrique est estimée à 40%. Par contraste, le pourcentage

global des femmes contactées et traitées au Brésil et en Thaïlande est supérieur à 70%.

Les Nations Unies et des organisations telles que l'EGPAF, Médecins sans Frontières, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, Family Health International et Population Council/Horizons soutiennent actuellement le développement et l'expansion d'un grand nombre de projets dans les pays à faible et moyen revenus. En 2001, par l'intermédiaire de l'UNICEF, le Groupe spécial interinstitutions des Nations Unies a élargi son soutien de 11 à 16 pays, comptant quelque 79 sites d'exécution. La Banque mondiale intègre maintenant le financement des programmes nationaux de prévention de la TME dans tous les nouveaux Projets multipays sur le VIH/SIDA. 

Le Point : le SIDA et les orphelins

Déclaration d'engagement

Elaborer, d'ici à 2003, et mettre en œuvre, d'ici à 2005, des politiques et stratégies nationales visant à: rendre les gouvernements, les familles et les communautés mieux à même d'assurer un environnement favorable aux orphelins et aux filles et garçons infectés et affectés par le VIH/sida, notamment en leur fournissant des services appropriés de consultation et d'aide psychosociale, en veillant à ce qu'ils soient scolarisés et aient accès à un logement, à une bonne nutrition et à des services sanitaires et sociaux sur un pied d'égalité avec les autres enfants; offrir aux orphelins et aux enfants vulnérables une protection contre toutes formes de mauvais traitements, de violence, d'exploitation, de discrimination, de traite et de perte d'héritage (paragraphe 65).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

On estime que 14 millions d'enfants qui ont perdu un de leurs parents ou les deux à cause du SIDA vivent aujourd'hui dans le monde. Environ 80% de ces enfants — 11 millions — vivent en Afrique subsaharienne. Cependant, la crise des orphelins n'est pas limitée à cette région. On estime à 1,8 million le nombre d'orphelins vivant en Asie du Sud et du Sud-Est, à 85 000 en Asie de l'Est et dans le Pacifique, à 330 000 en Amérique latine, à 250 000 dans les Caraïbes et à 65 000 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient.

Au fur et à mesure que le nombre des adultes qui meurent du SIDA augmentera au cours de la prochaine décennie, un nombre croissant d'orphelins grandiront privés des soins et de l'amour de leurs parents et de leurs droits fondamentaux à un toit, à l'alimentation, à la santé et à l'éducation. Déjà, on estime à 1 million le nombre d'orpe-

lins vivant au Nigéria, par exemple, à 890 000 au Kenya et à 780 000 au Zimbabwe. Ailleurs dans le monde, un nombre considérable d'enfants ont aussi perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA, comme c'est le cas de 290 000 enfants en Thaïlande, 200 000 en Haïti et 32 000 au Guatemala. Tragiquement, ce nombre va augmenter avec l'évolution de l'épidémie. Les prévisions indiquent que le nombre d'enfants rendus orphelins par le SIDA augmentera considérablement au cours des 10 à 20 prochaines années, notamment en Afrique australe. Rien qu'en Afrique du Sud, on estime que d'ici à 2010, 1,5 million d'enfants seront orphelins en raison du SIDA. Dans d'autres pays, où l'épidémie est relativement nouvelle mais augmente rapidement, l'impact d'un grand nombre d'orphelins n'a pas encore été ressenti. Mais on ne peut ignorer l'avenir et il faut s'y préparer dès maintenant.

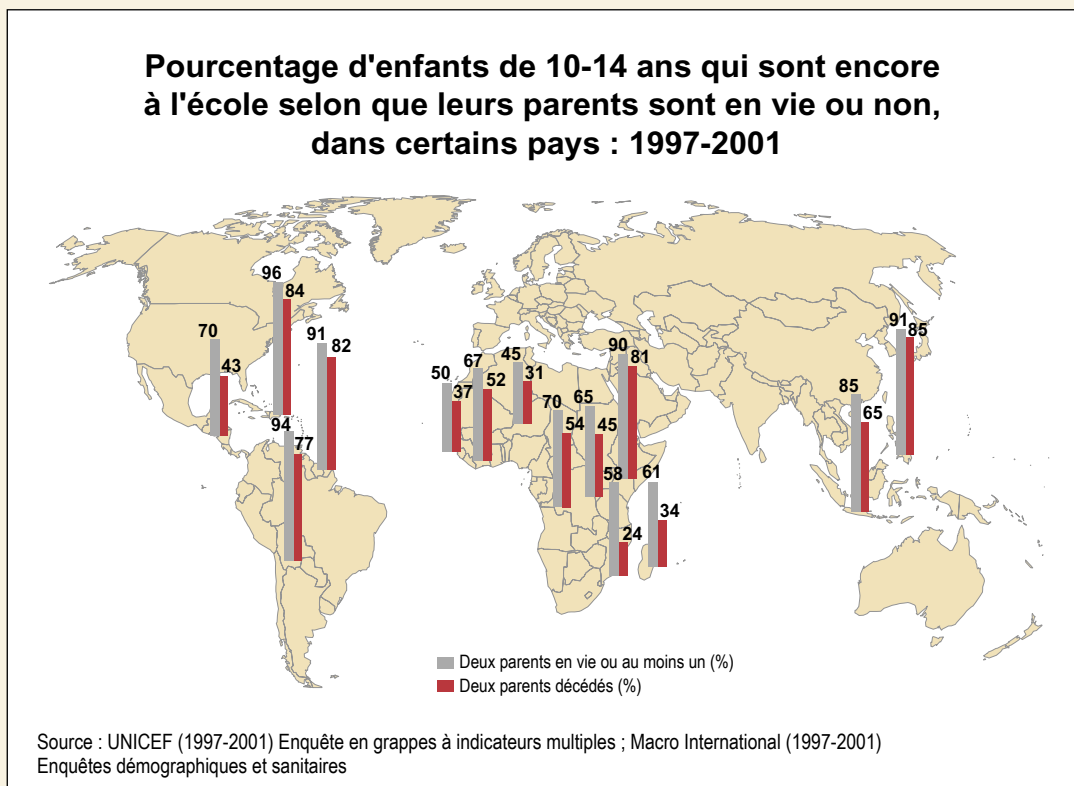
Répondre à des besoins complexes par des actions sensibles

Les programmes ne doivent pas être axés uniquement sur les orphelins du SIDA, car cibler des catégories particulières d'enfants est susceptible d'encourager une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination. Cependant, devenir orphelin à cause du SIDA crée réellement des circonstances particulières — et pas uniquement parce que ces enfants ont plus de risques que d'autres orphelins de perdre leurs deux parents, souvent presque coup sur coup. (Lorsqu'un des parents a été infecté par le VIH, il est fort probable que l'autre le devienne aussi.) De très jeunes enfants rendus orphelins par le SIDA ont parfois

aussi contracté le VIH ; et les orphelins du SIDA ont plus de risques que d'autres orphelins d'être confrontés à la stigmatisation et à l'ostracisme.

La vulnérabilité des orphelins du SIDA et de leur famille commence bien avant le décès de leurs parents. L'angoisse morale des enfants commence avec la souffrance et l'évolution de la maladie de leurs parents. Elle est aggravée lorsque la maladie provoque des changements dramatiques de la structure familiale et des difficultés économiques importantes qui exigent des enfants qu'ils deviennent des soignants et des soutiens de famille et exacerbent des

Figure 31



conflits à la suite de la stigmatisation, des reproches et du rejet. Enfin, les enfants souffrent de la mort de leurs parents et du traumatisme psychologique qui y est lié. Ils doivent alors s'adapter à une nouvelle situation, sans soutien ou presque, et il arrive qu'ils subissent exploitation et abus.

Lorsque le SIDA détruit la structure familiale, l'un des meilleurs moyens d'aider les enfants est d'apporter à leurs parents malades l'assistance nécessaire pour prolonger leur vie en leur donnant les médicaments, la nourriture et les soins appropriés à la maison, attendu que de nombreux parents décèdent d'infections opportunistes qui peuvent être soignées au moyen de médicaments peu coûteux. Les soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont un moyen de s'occuper non seulement de la santé des personnes malades, mais aussi des besoins économiques et psychosociaux de leurs enfants.

Des données récentes montrent que les orphelins qui ont perdu leurs deux parents ont encore plus de risques d'être contraints de quitter l'école et de devoir travailler que les enfants qui ont perdu un seul parent. Etant donné qu'il est probable que la famille se soit appauvrie avant le décès des parents, les enfants se retrouvent souvent dans l'indigence lorsque leurs parents ne sont plus là. Une analyse de la situation des orphelins du SIDA en Côte d'Ivoire a montré que les structures traditionnelles de la famille ivoirienne (qui a jusqu'ici toujours été en mesure de faire face aux nombreuses difficultés sociales et économiques) sont confrontées à de graves problèmes avec le SIDA. La recherche,

effectuée par la Banque mondiale en collaboration avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, montre que la famille élargie a davantage de problèmes pour trouver des parents de substitution aux orphelins du SIDA qu'aux enfants devenus orphelins pour d'autres raisons et pour couvrir les coûts de leur éducation et de leur entretien. De plus, les enfants ont tendance à moins accepter l'autorité familiale dans ces conditions difficiles.

En outre, la possibilité de rester à l'école — si cruciale pour l'avenir d'un enfant — est sérieusement compromise lorsqu'un enfant perd l'un de ses parents ou les deux. A la fin des années 1990, une enquête portant sur 646 orphelins et 1239 non orphelins au Kenya a montré que 52% des enfants rendus orphelins par le SIDA n'étaient plus à l'école, par rapport à 2% des enfants non orphelins. Parmi les orphelins, 56% des filles et 47% des garçons avaient quitté l'école dans l'année suivant le décès de l'un des parents. Les filles quittent souvent l'école car elles deviennent responsables des soins aux parents malades et elles doivent s'occuper du ménage à leur place, y compris de leurs frères et sœurs plus jeunes. D'autres enfants quittent l'école car ils sont confrontés à la discrimination, sont psychologiquement perturbés ou ne peuvent payer les frais de scolarité.

Un grand nombre d'enfants échappent totalement aux dispositifs de protection sociale et finissent dans des ménages ne comportant plus aucun adulte ou dans la rue. Il est préoccupant de penser que ces enfants pourraient constituer une « génération perdue » de jeunes qui ont été marginalisés et exclus pendant une grande partie de leur vie.

Déclaration d'engagement

Garantir la non-discrimination et la jouissance entière et égale de tous les droits fondamentaux de la personne par la promotion d'une politique active et visible pour faire cesser la stigmatisation des enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH/sida (paragraphe 66).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Les meilleures solutions sont à portée de main

Pour lutter contre la stigmatisation à laquelle les orphelins du SIDA sont souvent confrontés, les efforts entrepris devraient s'adresser aux besoins de tous les enfants vulnérables d'une communauté touchée par l'épidémie. Les régions fragilisées par le VIH/SIDA peuvent et doivent être ciblées mais, dans ces communautés, les résidents et les pouvoirs publics locaux doivent fournir une assistance aux enfants et aux ménages les plus vulnérables, quelles que soient les causes particulières de leur vulnérabilité. L'expérience montre que les programmes efficaces sont ceux qui sont axés sur l'enfant, la famille et la communauté et qui respectent et protègent les droits de l'enfant.

Grandissant dans des communautés perturbées par l'épidémie, les orphelins ont de meilleures chances de faire face s'ils peuvent vivre dans un milieu qui est aussi familial, stable et enrichissant que possible. On s'accorde à penser que les orphelins devraient être pris en charge dans des unités familiales par l'intermédiaire des réseaux de la famille élargie, de familles d'accueil ou par l'adoption. Il faudrait au moins que les frères et sœurs ne soient pas séparés et que les enfants demeurent dans leur

communauté ou à proximité. Même les ménages dirigés par des enfants peuvent être des options viables, bien que loin d'être idéales, s'ils bénéficient d'un soutien communautaire et étatique suffisant.

Si l'Afrique en est encore au début de la crise des orphelins, un grand nombre d'enfants et de communautés font face et leurs capacités d'adaptation et leur courage ne doivent pas être sous-estimés. Des millions d'orphelins ont déjà été absorbés dans les réseaux des familles élargies, même dans les communautés les plus pauvres. Des systèmes d'accueil formels et informels sont également répandus dans certains pays. En fait, de nombreuses sociétés en Afrique ont conservé les structures et l'éthique de la prise en charge communautaire des orphelins — traditions qui les ont aidées à s'adapter aux calamités du passé.

D'autre part, les institutions officielles telles que les orphelinats se sont révélées être une partie infime et inadéquate de la riposte. Le coût financier du placement d'un enfant dans une de ces institutions dépasse celui de toutes les autres formes de prise en charge, faisant des orphelinats une option qui n'est pas viable. En outre, ces institutions ne donnent

Améliorer la prise en charge institutionnelle

« Step forward...for the world's children » est un programme créé et financé par le Fonds des Laboratoires Abbott, afin d'améliorer la vie des enfants rendus orphelins et vulnérables par le SIDA dans le monde. Il est implanté dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, en partenariat avec des organisations non gouvernementales, des institutions locales et des gouvernements.

L'un des projets de Step Forward se trouve en Roumanie, où de nombreux enfants séropositifs au VIH ont été abandonnés et grandissent dans des institutions ou des établissements de santé. Par exemple, les enfants abandonnés vivant dans l'aile pédiatrique de l'hôpital municipal de Constanta ne bénéficient pas d'une vie de famille structurée et ne suivent pas régulièrement l'école. Grâce à un don de Step Forward, une maison familiale a été achetée et rénovée, permettant à 10 des orphelins et enfants abandonnés de l'hôpital municipal de vivre dans un environnement plus chaleureux. Dans la maison, qui s'est ouverte en août 2001, les enfants sont élevés par des « mères sociales » et fréquentent les écoles locales.

pas toujours aux enfants les compétences sociales et culturelles dont ils ont besoin pour devenir des adultes accomplis. Cependant, les orphelinats peuvent constituer un dernier recours — soit comme solution temporaire, soit comme solution pour les enfants pour lesquels il n'existe aucune autre alternative. Là où existent des orphelinats, il convient d'enregistrer correctement les enfants et de contrôler la qualité de la prise en charge.

Soutenir les familles élargies et les communautés touchées

La famille élargie ne pourra être un élément de la solution au nombre élevé d'orphelins que si elle est soutenue de manière adéquate par l'Etat, le secteur privé et la communauté qui l'entoure. Ce besoin de soutien est vital dans les régions les plus touchées, les capacités des familles se réduisant en raison du déclin économique et de l'accroissement de la pauvreté. Au Zimbabwe, presque tous les participants à une récente étude portant sur des ménages touchés par le SIDA ont déclaré qu'ils avaient de plus en plus de difficultés à faire face au soutien nécessaire aux enfants et aux autres besoins du ménage après le décès d'une mère. Plus de la moitié des participants vivant en zones urbaines et plus d'un tiers de ceux des zones

rurales ont imputé ce phénomène à l'aggravation des conditions économiques. Plus d'un cinquième ont déclaré qu'ils devaient déjà lutter pour faire face aux effets de la maladie et des décès. Dans le district à forte prévalence du VIH de Kweneng, au Botswana, une opération d'enregistrement des orphelins réalisée au milieu de l'an 2000 a révélé que 22,1% seulement des personnes enregistrées en tant que responsables d'orphelins avaient un emploi. Les autres n'avaient aucun emploi productif et 40% d'entre elles étaient les grands-parents ou des membres âgés de la famille.

Mais il est aussi manifeste que les familles sont prêtes à accueillir un orphelin si elles reçoivent un soutien. Le soutien aux orphelins et aux autres enfants défavorisés est une obligation de l'Etat selon la Convention relative aux droits de l'enfant. Ce soutien peut prendre de nombreuses formes : gratuité des soins de santé et d'éducation (ou subventions pour les frais de scolarité), subsides ou suppléments alimentaires, amélioration de l'accès au micro-crédit et autres formes de soutien financier.

Le Programme alimentaire mondial élargit son programme d'alimentation à l'école dans différentes régions d'Afrique, afin de soutenir les familles et les enfants rendus vulnérable par le SIDA. Dans le district de Mbeere au Kenya, région d'insécurité

Aider les communautés et les dispensateurs de soins

L'Institut François-Xavier Bagnoud fournit un appui aux orphelins et aux enfants vulnérables, ainsi qu'à ceux qui s'en occupent, en Afrique, Amérique latine, Asie et Europe orientale. En Ouganda, par exemple, le projet de l'Institut à l'intention des orphelins et des enfants à risque dans le district de Luwero contribue à placer les orphelins dans des familles d'accueil ; discute avec les écoles primaires locales pour obtenir la gratuité de l'inscription de ces enfants (par exemple en échange d'articles dont les écoles ont besoin) ; et il a organisé des projets générateurs de revenus, par exemple dans l'agriculture, l'apiculture ou la couture, pour les familles d'accueil. Le projet a aidé jusqu'ici plus de 3000 enfants vulnérables à s'inscrire dans plus de 50 écoles primaires dans la région de leur domicile et a contribué à créer plus de 800 projets producteurs de revenus pour les familles d'accueil. Grâce à ce système d'échange, les écoles ont pu recevoir des matériels tels que du bois de charpente, des outils et des fournitures, ainsi que des articles nécessaires pour les projets scolaires générateurs de revenus, par exemple des élevages de volaille ou de vaches, de la couture, la culture des bananes ou du maïs et l'apiculture.

alimentaire chronique et de très forte prévalence du VIH, le Programme distribue des rations alimentaires à emmener à la maison à environ 90 000 orphelins et aux personnes qui s'en occupent, ce qui permet à ces enfants de poursuivre l'école. Une autre approche est la micro-assurance. Le programme STEP de l'OIT (stratégies et outils contre l'exclusion sociale et la pauvreté) s'efforce d'élargir ce type d'assurance aux individus et aux familles touchés par le VIH/SIDA, y compris aux personnes qui s'occupent d'orphelins.

Certains partenariats entre les pouvoirs publics, les organisations non gouvernementales et les compagnies du secteur privé organisent aussi des actions

novatrices. Au Burkina Faso, par exemple, l'Initiative privée et communautaire contre le SIDA au Burkina Faso travaille en partenariat avec le gouvernement central, l'Alliance internationale sur le VIH/SIDA et l'Initiative Step Forward. Les programmes de l'Initiative à Ouagadougou et dans les environs de la ville apportent leur appui financier et technique aux évaluations effectuées dans la communauté. Ils offrent également un soutien psychosocial aux orphelins et aux enfants vulnérables par l'intermédiaire d'un réseau de volontaires communautaires et ils contribuent à satisfaire les besoins fondamentaux par des activités de prise en charge et de soutien à domicile. En outre, des programmes d'assurance consolident les finances des familles touchées.

Elément de solution

Donner aux enfants affectés les moyens dont ils ont besoin signifie tout d'abord les considérer comme des participants actifs plutôt que comme de simples victimes. Un grand nombre d'enfants sont déjà chefs de famille et dispensateurs de soins. Ils sont un élément crucial de la solution et devraient être soutenus dans la planification et la

réalisation des activités qu'ils entreprennent pour atténuer l'impact du VIH/SIDA sur leur famille et leur communauté. Par exemple, l'organisation communautaire Humuliza en République-Unie de Tanzanie a créé un programme impressionnant intitulé Vijana Simama Imara (ce qui signifie en swahili *Les adolescents tiennent bon*) qui aide les

Les livres du souvenir

Dans de nombreux pays, les livres du souvenir sont devenus un moyen important de contribuer à la communication sur le VIH au sein des familles et, en particulier, d'aider les mères séropositives au VIH à parler de leur état sérologique avec leurs enfants. Les parents en phase terminale et leurs enfants travaillent en commun à la préparation du livre du souvenir, qui est souvent un album contenant des photos, des anecdotes, et d'autres souvenirs de famille.

En Ouganda, l'Organisation d'aide aux malades du SIDA (TASO) a été l'une des premières à lancer le concept des livres du souvenir au début des années 1990. Depuis 1998, l'Association nationale des femmes vivant avec le SIDA a encouragé cette approche à une plus large échelle, avec l'aide de PLAN Ouganda. L'Association a découvert que les mères infectées par le VIH avaient beaucoup de peine à parler de leur maladie avec leurs enfants et que les livres du souvenir étaient un bon moyen d'introduire la notion de VIH dans la vie de leurs enfants et de discuter de son impact. Le livre est pour les enfants un rappel de leurs racines, afin qu'ils ne perdent pas leur sentiment d'appartenance. Il encourage aussi la prévention du VIH, parce que les enfants voient et comprennent l'épreuve que vivent leurs parents et souhaitent ne pas subir le même sort.

orphelins à acquérir des compétences et à les utiliser afin de gagner leur autonomie. Le programme reçoit le soutien financier de Humuliza, mais il est entièrement dirigé par les jeunes, les orphelins plus âgés servant de soutien aux plus jeunes.

Les enfants vivant dans des familles dont les parents sont malades devraient également participer aux décisions qui sont prises pour leur futur placement. Cette participation est essentielle dans la planification de la succession, qui aide les parents (qui se savent séropositifs au VIH) à préparer l'avenir de leurs enfants avec le soin et l'appui nécessaires. Les « livres » ou les « boîtes du souvenir » sont une aide psychologique précieuse ; ils contiennent généralement des informations et des souvenirs importants pour la famille et sont habituellement préparés en commun par les parents et les enfants.

Bien des mesures peuvent être prises pour assurer les droits juridiques et humains des orphelins et des enfants vulnérables. Un grand nombre de communautés rédigent aujourd'hui des testaments pour protéger les droits des femmes et des enfants à l'héritage. Au Malawi, une activité en cours du CORE Group on the Wills and Inheritance Act (Groupe CORE sur la loi relative aux testaments et aux héri-

tages) a organisé dans tout le pays des consultations avec les veuves, les veufs, les enfants orphelins ou non, les juges et d'autres responsables ainsi que les chefs traditionnels. L'une des pratiques abordées est la mainmise sur des terres et des propriétés (lorsque des adultes peu scrupuleux tentent de dérober la propriété des orphelins quand les enfants n'ont aucun parent pour protéger leurs droits).

Une initiative communautaire novatrice est née dans les zones rurales de l'est de la Zambie, où les coutumes d'héritage traditionnel protègent les femmes et les enfants en leur permettant de demeurer sur leurs terres après la mort du mari ou du père. Le projet pour les orphelins de Kanyanga a décidé d'améliorer les compétences agricoles et la nutrition des familles et des enfants vulnérables en leur fournissant des semences, des engrais et des outils. Lorsqu'il s'est avéré que les familles ne disposaient pas des connaissances nécessaires pour améliorer leur production alimentaire, le projet a recruté un agronome pour améliorer les techniques et les rendements agricoles. Le projet a dépassé toutes les espérances et il constitue maintenant une source importante de revenu familial, notamment pour couvrir les frais de scolarité.

Les communautés en première ligne

Le Camp de l'Armée du Salut à Masiye, Zimbabwe, travaille depuis plusieurs années avec des enfants vivant avec le SIDA ou touchés par la maladie, notamment en apportant un soutien psychosocial. Un grand nombre de ces enfants n'ont pas acquis les compétences essentielles requises et manifestent des troubles psychosomatiques, de la dépression, une très faible estime de soi, un comportement social troublé et du désespoir. L'expérience de ces enfants confirme que le décès d'un parent (ou, pire encore, des deux parents comme c'est souvent le cas avec le SIDA) entraîne de graves traumatismes susceptibles de ralentir le développement des enfants.

Toutefois les capacités d'adaptation de ces enfants peuvent être améliorées grâce à un soutien psychosocial relativement simple, direct et culturellement approprié. Depuis le début du projet en 1998, plus de 3000 enfants touchés par le SIDA ont participé aux camps sur les compétences essentielles de Masiye. La documentation fondée sur les cas des enfants participant à ces camps a montré qu'ils avaient un effet important sur la capacité d'adaptation des enfants. De même, lorsque les jeunes sont invités à offrir un soutien et une prise en charge psychosociale aux orphelins, ils ont eux-mêmes davantage tendance à adopter des comportements plus sûrs.

Certains gouvernements se mobilisent (en particulier en Afrique australe) et la coopération régionale est aussi en hausse. L'Initiative régionale en faveur du soutien psychosocial des enfants touchés par le SIDA, un réseau de ressources techniques, est un bon exemple de la manière dont les succès régionaux peuvent être partagés et rapidement élargis. Elle a été lancée au milieu de 2001 en rassemblant des individus et des groupes de cinq pays au Camp de l'Armée du Salut pour les enfants vulnérables à Masiye, Zimbabwe. Depuis, le projet a mobilisé des millions de dollars pour l'élaboration de matériels de base (p. ex. un « Manuel sur l'art d'être parent et adolescent à l'intention des ménages dirigés par des enfants »), pour des activités de renforcement des capacités, pour des programmes de développement à l'intention des jeunes, pour le plaidoyer et pour des dons directs.

Plus généralement, ce sont les communautés qui sont en première ligne pour créer tous les programmes destinés à assurer que les enfants vulnérables ont accès à la prise en charge et au soutien. La plupart de ces projets et programmes existent grâce aux efforts de groupes féminins, de groupes religieux et d'organisations non gouvernementales.


Le défi de demain

On commence à s'attaquer plus largement qu'auparavant au défi consistant à faire face au nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables (p. ex. en apportant des soins à leurs parents séropositifs au VIH). Ces initiatives doivent être soigneusement exécutées, avec un maximum d'attention

pour les intérêts des enfants et des familles concernées, ainsi que pour les besoins de la société. Au cours des deux années écoulées, le système des Nations Unies, sous l'égide de l'UNICEF, a élaboré une série de principes et de stratégies visant à guider les programmes, tout en protégeant les droits des orphelins et des enfants vulnérables. Ces principes soulignent notamment la nécessité de :

- renforcer les capacités de protection, de prise en charge et d'adaptation au sein des familles élargies et des communautés ;
- renforcer la capacité des enfants à satisfaire leurs propres besoins ;
- prêter attention aux rôles des filles et des garçons et s'attaquer à la discrimination sexospécifique ;
- faire en sorte que les gouvernements fournissent les services essentiels ; et
- réduire la stigmatisation et la discrimination.

L'UNICEF réunit régulièrement des consultations et des groupes de discussion sur ces principes et sur les stratégies visant à faciliter l'échange d'information, la collaboration et le suivi.

Les interventions de prise en charge et de soutien à l'intention des enfants et des communautés doivent tenir compte de la nature à long terme des problèmes liés au VIH et de leur impact. Des millions d'enfants ont déjà perdu au moins un parent à cause de l'épidémie et des millions d'autres seront dans le même cas au cours des années à venir. Le défi à relever consiste à protéger leurs droits et leur permettre de réaliser leur potentiel. 

Prise en charge,
traitement et soutien
des personnes vivant
avec le **VIH/SIDA**



Prise en charge, traitement et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA

La Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 constitue un événement historique dans la lutte contre le VIH/SIDA. Pour la première fois, le traitement et la prise en charge, y compris l'accès aux médicaments antirétroviraux, ont été spécifiquement reconnus par tous les gouvernements du monde comme un élément essentiel de la riposte à la pandémie mondiale de VIH/SIDA.

La prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA comprend plusieurs éléments importants, au-delà d'une augmentation de la fourniture d'antirétroviraux. Ces éléments comprennent les points suivants sans être exhaustifs :

- des services de conseil et de test volontaires (CTV) disponibles et accessibles ;
- la prévention et le traitement de la tuberculose et d'autres infections ;
- la prévention et le traitement des maladies liées au VIH ;
- les soins palliatifs ;
- la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- la prévention de la transmission du VIH, grâce aux technologies existantes (p. ex. les préservatifs masculins et féminins, les aiguilles et seringues stériles) et l'utilisation des techniques d'avenir (p. ex. les vaccins et les microbicides) ainsi que les modifications du comportement ;
- la planification familiale ;
- une bonne alimentation ;
- un soutien social, spirituel, psychologique et le soutien des pairs ;

- le respect des droits de la personne humaine ; et
- la réduction de la stigmatisation associée au VIH/SIDA.

L'intégration totale de la planification et des interventions en matière de prévention et de traitement est l'un des éléments centraux d'une stratégie globale de prise en charge du VIH/SIDA. La prévention et le traitement ne peuvent plus être considérés comme des stratégies distinctes.

Des recherches sont nécessaires pour ancrer une riposte globale efficace au VIH/SIDA. Des analyses rigoureuses des résultats des recherches fondamentales, cliniques, épidémiologiques et socio-comportementales doivent être faites pour guider la mise en œuvre des programmes de prévention, de traitement et de prise en charge.

Malgré les importants progrès accomplis au cours des deux dernières années, la vaste majorité des plus de 38 millions de personnes vivant avec le virus dans les pays à faible et moyen revenus à la fin de 2001 est restée largement privée des médicaments les plus essentiels pour traiter les maladies liées au VIH et atténuer la douleur.

Plusieurs facteurs contribuent à ce phénomène. Premièrement, les tests diagnostiques du VIH (composante des services élargis de conseil et

de test volontaires) ne sont pas universellement disponibles et la majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA ne connaissent toujours pas leur sérologie VIH. Deuxièmement, malgré les récentes baisses du prix des médicaments antirétroviraux, les prix les plus bas offerts actuellement dépassent encore de loin les dépenses de santé annuelles par habitant de la plupart des pays à faible et moyen revenus. Troisièmement, les sys-

tèmes de santé de ces pays sont mal équipés pour dispenser un traitement efficace du VIH/SIDA et des maladies qui lui sont associées. Enfin, là où ces services sont disponibles, la crainte et la stigmatisation liées au VIH/SIDA et les violations des droits des personnes vivant avec le virus contribuent toujours au manque d'enthousiasme manifesté par un grand nombre de personnes pour le dépistage et le traitement.

Déclaration d'engagement

D'ici à 2003, veiller à ce que des stratégies nationales, appuyées par des stratégies régionales et internationales, soient mises au point [...] afin de renforcer les systèmes de soins de santé et de s'attaquer aux facteurs affectant la fourniture de médicaments contre le VIH, dont les médicaments antirétroviraux, notamment leur accessibilité et leur prix, y compris la fixation de prix différenciés, et les capacités techniques et en matière de soins de santé [...] (paragraphe 55).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Le traitement pour tous ? Un début

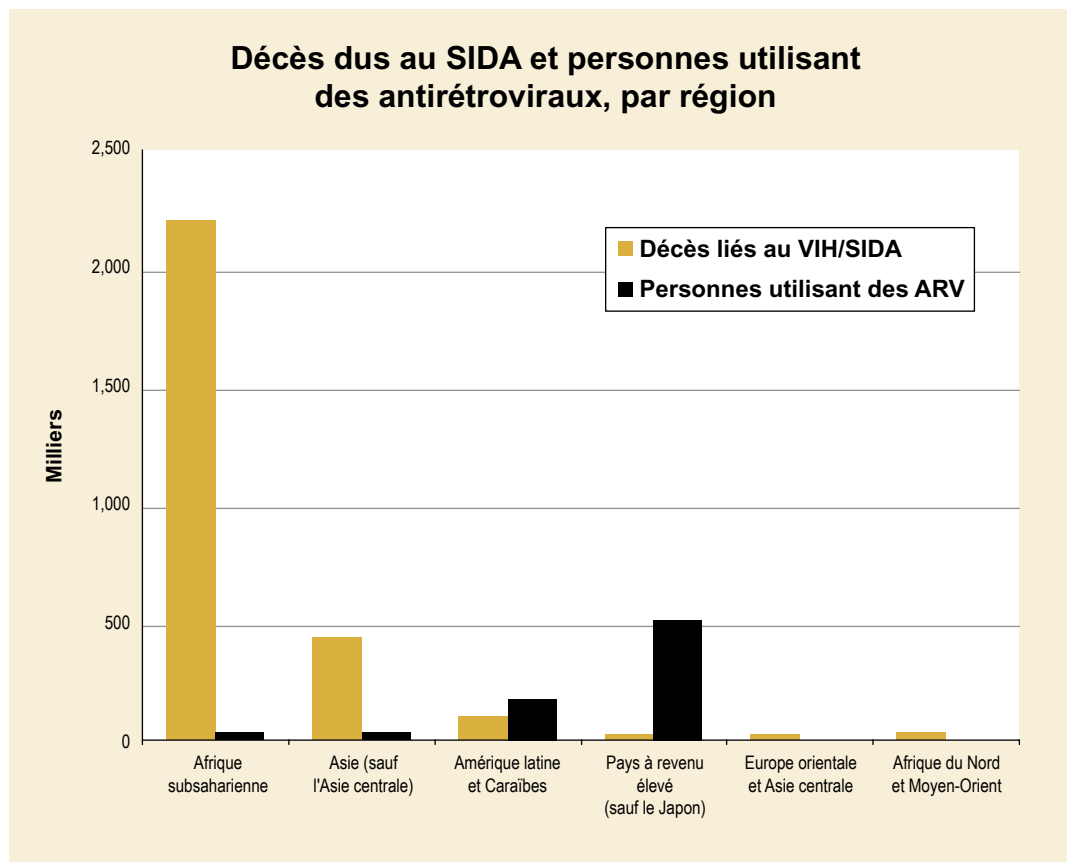
Améliorer l'accès aux médicaments antirétroviraux constitue une priorité mondiale. L'augmentation du nombre des médicaments provoquera une amélioration des systèmes de prestations des soins. A leur tour ces systèmes améliorés de prestations des soins favoriseront une meilleure capacité à fournir une technologie médicale abordable.

Lorsqu'on compare le nombre actuel des décès attribuables au VIH/SIDA avec le nombre de personnes utilisant des médicaments antirétroviraux dans les différentes régions du monde, les inégalités actuelles en matière de traitement sont criantes (voir Figure 32). Pourtant, dans le même temps, cela illustre l'impact considérable que pourrait avoir un élargissement de l'accès au traitement sur la vie de certaines personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Dans les pays à revenu élevé où les polythérapies aux antirétroviraux sont largement disponibles depuis 1996, la mortalité associée au SIDA a nettement chuté pendant deux ou trois ans, puis elle a atteint un plateau.

Les deux dernières années ont vu des progrès importants dans la disponibilité et l'utilisation des antirétroviraux et des autres médicaments essentiels dans certains pays à faible et moyen revenus. L'amélioration des tendances de la mortalité et de la morbidité due à la disponibilité des antirétroviraux est particulièrement remarquable au Brésil et devrait devenir apparente au cours des quelques prochaines années dans d'autres pays d'Amérique latine, des Caraïbes et d'Asie.

Figure 32



Source : ONUSIDA/OMS, 2002

Chute des prix des médicaments

Après l'introduction des polythérapies en 1996, l'opinion générale était d'avis que ces traitements demeureraient, dans un avenir prévisible, hors de la portée tant financière que logistique de la plupart des personnes séropositives au VIH dans les pays à faible et moyen revenus.

Pour contester cette croyance générale, l'ONUSIDA et l'OMS ont créé en 1998 l'Initiative relative à l'accès aux médicaments composée de projets pilotes en Côte d'Ivoire et en Ouganda et, plus tard, au Chili et au Viet Nam. Cette initiative a examiné les difficultés — techniques, administratives et financières — liées à l'utilisation de la thérapie antirétrovirale dans les milieux sans res-

sources. Un nombre restreint de personnes a participé aux projets (p. ex. 1600 en Ouganda), mais des leçons importantes ont pu être tirées pour ce qui est des directives relatives au traitement fondées sur l'expérience, de l'observance des traitements, de la gestion des stocks et des systèmes d'orientation-recours. Ces données ont été très précieuses pour élargir la prise en charge, le traitement et le soutien dans le domaine du SIDA, maintenant que les prix ont considérablement baissé.

En 2000, une application large du principe de la fixation de prix différenciés pour les médicaments contre le SIDA, fondée sur les besoins du pays et ses capacités de paiement, a fait chuter considérablement les prix proposés aux pays à faible et moyen revenus. Au début de 2000, le prix de la

Progrès en matière d'accès au traitement

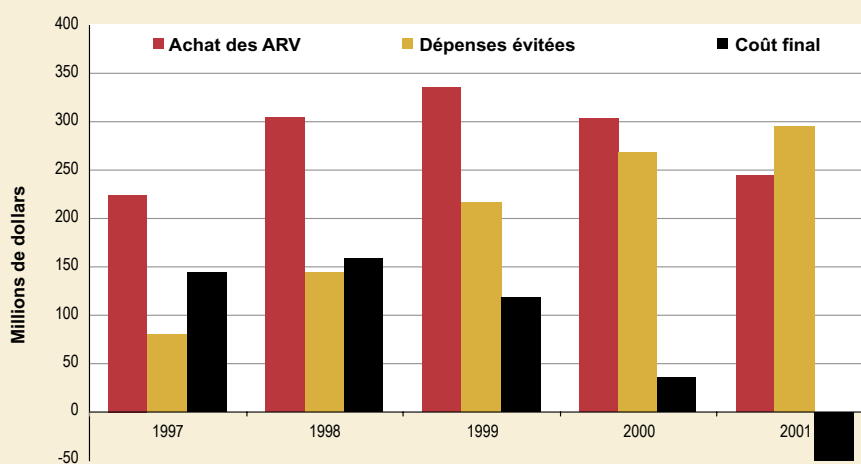
L'Amérique latine et les Caraïbes sont désormais en tête des pays offrant des traitements antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Sur les 24 pays de la région examinés en 2001, 11 disposent de politiques, de réglementations ou de lois qui garantissent l'accès à la thérapie antirétrovirale.

Le Brésil s'est depuis longtemps engagé à offrir à sa population l'accès universel aux antirétroviraux. Mais dans de nombreux autres pays de la région, grâce aux courageux efforts de plaidoyer de toute une série d'organisations non gouvernementales et de personnes vivant avec le VIH/SIDA, un engagement de plus en plus vigoureux à fournir l'accès aux antirétroviraux s'est fait jour. A la fin de 2001, quelque 170 000 personnes de la région recevaient un traitement antirétroviral — y compris 105 000 au Brésil, où les efforts de prévention sont complétés par un vaste programme de traitement et de prise en charge qui garantit une thérapie aux ARV financée par l'Etat à toute personne vivant avec le VIH/SIDA. En réduisant la morbidité associée au VIH/SIDA, le programme de traitement et de prise en charge du Brésil pourrait avoir évité 234 000 hospitalisations entre 1996 et 2000.

En 2002, le secteur public en Argentine, au Costa Rica, à Cuba et en Uruguay fournissait également un accès gratuit et universel au traitement par les ARV. Pourtant, il existe encore de grandes disparités dans la qualité et l'ampleur des programmes ARV des différents pays. Des rapports récents font en outre état d'une pénurie de médicaments en Argentine, en raison de la crise économique et politique actuelle du pays.

Des pays comme le Honduras et le Panama offrent également l'accès aux traitements. A la demande des chefs d'Etat des Caraïbes, les pays de la région (sous les auspices de la CARICOM et dans le cadre du Partenariat Pan-Caraïbe) mettent en place une stratégie régionale commune pour accélérer et élargir l'accès au traitement et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des pays comme Saint-Kitts-et-Nevis, la Barbade et la Grenade ont lancé la mise en œuvre de nouveaux programmes nationaux pour améliorer la prise en charge et le traitement.

Coût de l'achat des antirétroviraux, dépenses évitées et coût final pour le Ministère de la Santé du Brésil : 1997-2001*



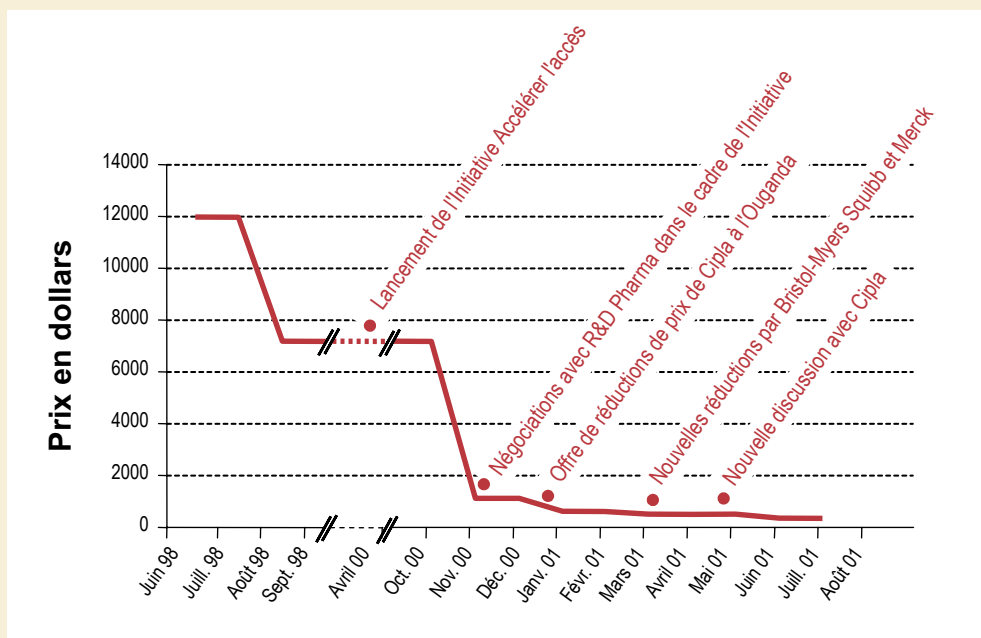
* Estimations

Figure 33

Source : Ministère de la Santé du Brésil, 2001

Figure 34

Prix (dollars/an) d'un protocole antirétroviral de première intention en Ouganda : 1998-2001



Source : OMS/ONUSIDA, 2002

polythérapie antirétrovirale pour traiter un malade pendant un an se situait généralement presque partout entre 10 000 et 12 000 dollars. A la fin de 2000, des prix de 500 à 800 dollars étaient négociés par les pays à faible et moyen revenus pour des thérapies utilisant des médicaments de marque et des médicaments génériques. En décembre 2001, certaines associations génériques étaient proposées à 350 dollars par personne et par an.

Des réductions de prix de cette importance ont, par eux-mêmes, un effet considérable sur l'accessibilité de la thérapie. Une analyse réalisée par McKinsey and Company sur l'amélioration de l'accès aux antirétroviraux en Ouganda a souligné à quel point le coût des médicaments limite gravement la capacité d'un pays à augmenter ses

prestations de traitement. Avec un coût annuel de quelque 2400 dollars, environ 5000 personnes peuvent être soignées. Si le coût annuel des médicaments par personne tombe à 600 dollars, environ 50 000 personnes peuvent être traitées.

Pour des pays à moyen revenu avec une prévalence relativement faible du VIH, les réductions de prix ramènent le coût de l'accès universel aux antirétroviraux à des proportions du produit intérieur brut analogues à celles observées dans les pays riches. Des prix réduits permettraient de réduire les dépenses au Chili, au Maroc et en Roumanie à moins de 1% du produit intérieur brut. Ces pays disposent déjà d'infrastructures sanitaires capables de distribuer les médicaments. Cependant, dans les pays à faible revenu avec une prévalence élevée

du VIH, une proportion beaucoup plus importante de la production économique sera nécessaire pour fournir les antirétroviraux à ceux qui en ont besoin.

Les baisses obtenues au cours de 2001 sur le prix des traitements antirétroviraux dans les pays à faible et moyen revenus sont le résultat d'une convergence de forces. Les organisations d'activistes et les personnes vivant avec le VIH/SIDA partout dans le monde ont beaucoup contribué à mettre les problèmes d'accès aux traitements en tête des ordres du jour. Parmi les autres facteurs qui ont

influé sur les réductions de prix à grande échelle, on peut noter le dialogue entre les gouvernements nationaux, les organisations internationales et les grandes compagnies pharmaceutiques ; la concurrence des fabricants de médicaments génériques ; et l'action juridique et diplomatique aux niveaux national et international.

Plusieurs organisations non gouvernementales, y compris OXFAM et Médecins sans Frontières, ont donné la priorité aux activités de plaidoyer visant à assurer la baisse des prix des antirétroviraux pour améliorer l'accès au traitement dans les pays

Accélérer l'accès

La création d'un cadre international — un partenariat public/privé sur l'accélération de l'accès — a été un élément important des activités entreprises sur le plan international pour obtenir une baisse des prix des médicaments antirétroviraux. Ce partenariat a été lancé en 2000 entre le système des Nations Unies (UNICEF, FNUAP, OMS, Banque mondiale et Secrétariat de l'ONUSIDA) et cinq des grandes compagnies pharmaceutiques s'occupant de produits, de recherche et de développement dans le domaine du VIH/SIDA (Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck & Co., Inc. et F. Hoffmann-La Roche), auxquelles se sont joints plus tard les Laboratoires Abbott. Le but du partenariat est d'améliorer l'accès à la prise en charge, au traitement et au soutien liés au VIH/SIDA. Les négociations ont suivi deux voies différentes : premièrement, le dialogue avec l'industrie pharmaceutique pour rendre les médicaments de haute qualité (y compris les génériques) plus abordables pour les pays à faible et moyen revenus ; et, deuxièmement, la collaboration technique avec les pays pour élargir leurs capacités à fournir prise en charge, traitement et soutien.

Le groupe de contact de l'ONUSIDA sur l'Accélération de l'accès à la prise en charge du VIH/SIDA relève du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA. Il constitue un important forum d'échange d'information et d'expérience entre les pays et les régions. Ce groupe comprend les gouvernements des pays donateurs et des pays à faible et moyen revenus, des représentants de la société civile, le secteur privé et plusieurs organisations multilatérales.

En mai 2000, un accord sur une série de principes fondamentaux destinés à guider la collaboration a contribué à des accords sur des prix préférentiels que les gouvernements pourraient négocier de manière individuelle. Un élan supplémentaire a été donné à cette action en mai 2001, lorsque le Secrétaire général de l'ONU a rencontré des représentants des principales compagnies pharmaceutiques pour les convaincre de progresser dans le domaine des prix différenciés. Lorsque tous ces éléments ont été mis en place, la situation s'est rapidement améliorée.

Depuis ces percées concernant le principe de la fixation de prix différenciés pour les médicaments contre le SIDA dans les pays à faible et moyen revenus, l'attention s'est tournée vers la question des accords d'achat entre les pays (ou groupes de pays) et les fabricants de médicaments.

à faible et moyen revenus. En outre, l'Alliance internationale sur le VIH/SIDA, une organisation non gouvernementale basée au Royaume-Uni, a trouvé les ressources indispensables pour aider les organisations communautaires à améliorer l'accès au traitement du VIH/SIDA.

Dans le même temps, les fabricants de médicaments génériques des pays à faible et moyen revenus (notamment au Brésil, en Inde et en Thaïlande) se sont mis à produire leur propre version de certains antirétroviraux et les offrent sur leurs propres marchés et dans certains cas sur les marchés étrangers. La coopération « Sud-Sud » sur l'accès aux médicaments est en hausse. En avril 2001, l'Afrique du Sud et l'Inde ont signé une déclaration d'intention en vue d'une coopération dans plusieurs domaines de la santé, notamment le transfert de technologie et l'importation de médicaments peu coûteux associés au VIH/SIDA. La Thaïlande, qui a énormément d'expérience tant dans la production des médicaments génériques que dans les soins communautaires, a signé un accord analogue avec le Ghana. A la fin de 2001, le fabricant indien de médicaments génériques, Cipla Ltd., a convenu de fournir au Ministère de la Santé du Nigéria une thérapie antirétrovirale associant trois médicaments pour 350 dollars par malade et par année. Dans le cadre d'un programme pilote à hauteur de 4 millions de dollars, quelque 10 000 adultes et 5000 enfants seront soignés dans des hôpitaux choisis dans l'ensemble du pays. Les personnes bénéficiant du traitement paieront 120 dollars par an et le gouvernement assumera le reste des frais.

Progrès à l'échelon pays

En mars 2002, 36 des 78 pays ayant manifesté leur intérêt à collaborer avec l'ONUSIDA sur l'accès à la prise en charge et au traitement (voir encadré « Accélérer l'accès ») avaient achevé ou bien avancé l'élaboration de leurs plans nationaux de prise en charge et de traitement, avec l'assistance technique

des Nations Unies. Dix-huit de ces pays — Barbade, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Chili, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Honduras, Jamaïque, Mali, Maroc, Ouganda, Roumanie, Rwanda, Sénégal et Trinité-et-Tobago — ont conclu des accords avec des compagnies pour obtenir des réductions importantes du prix des médicaments. Certaines compagnies ont en outre annoncé avoir conclu des accords avec quatre autres pays — Botswana, Malawi, République démocratique du Congo et Tchad. Les mécanismes de financement utilisés vont des subsides directs du gouvernement aux malades (Chili, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Roumanie, Sénégal et Trinité-et-Tobago) au système adopté par l'Ouganda dans lequel le malade assume tous les coûts du traitement.

Au cours des premiers mois de fonctionnement, on a déjà noté une augmentation marquée de l'accès au traitement dans les pays où les plans commençaient à être mis en œuvre. Dans les 11 premiers pays, en décembre 2001, quelque 22 000 personnes avaient pu accéder à la thérapie antirétrovirale, ce qui représente une multiplication par sept du nombre des malades pris en charge. Même si ces chiffres sont modestes, ne représentant qu'une fraction de ceux qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale, ils constituent néanmoins une réussite, étant donné le fait que dans ces pays personne ou presque n'avait jusqu'ici bénéficié d'un traitement. Depuis la fin de 2001, ces chiffres ont continué à augmenter.

En quête d'une « nouvelle donne »

Il est important de faire en sorte que les activités futures de recherche et de développement sur des thérapies nouvelles et améliorées contre le VIH ne soient pas compromises par la baisse des prix des médicaments existants. En l'absence d'un remède et d'un vaccin et considérant le grave risque de résistance des antirétroviraux actuels, l'innovation est cruciale. Historiquement, la protection de la

propriété intellectuelle par les brevets garantit à l'industrie pharmaceutique que les bénéfices obtenus leur reviennent afin qu'ils récupèrent les investissements consentis en matière de recherche et de développement. Cependant, si la protection des brevets a profité aux actionnaires et aux sociétés des pays à revenu élevé, elle n'a guère fonctionné dans les pays plus pauvres, où se trouvent 95% environ de la population mondiale vivant avec le VIH/SIDA.

En 2001, l'ONUSIDA a lancé un appel en faveur d'une « nouvelle donne » avec l'industrie pour faire en sorte que les nouvelles formes de traitement contre le VIH soient mises aussi rapidement que possible à la disposition des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenus comme dans les pays riches. De multiples approches sont nécessaires, y compris :

- un système de prix différenciés, fixés en fonction des revenus relatifs des pays ;
- la concurrence entre fournisseurs pour réduire les prix ;
- des systèmes d'achats régionaux pour obtenir des baisses de prix par des achats en gros ;
- des accords de licence entre les compagnies détentrices des brevets et les fabricants des pays à faible et moyen revenus ;
- le renforcement des garanties sanitaires dans les accords commerciaux, par exemple les licences obligatoires pour la fabrication de médicaments brevetés dans les pays où le VIH/SIDA constitue une urgence nationale ; et
- de nouveaux mécanismes privés et publics de financement pour contribuer à financer les traitements dans les pays les plus pauvres du monde.

Doha clarifie la question des ADPIC

L'Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) a été le sujet de grands débats concernant son impact sur la santé publique en général et sur l'accès aux médicaments en particulier. La Conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du Commerce à Doha, Qatar, est pourtant parvenue à un large consensus international sur le fait que les ADPIC doivent participer d'une action nationale et internationale élargie visant à résoudre les graves problèmes de santé publique, y compris l'épidémie de SIDA, dans les pays à faible et moyen revenus. En novembre 2001, les 142 Etats Membres de l'Organisation mondiale du Commerce ont approuvé la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique. Ce document souligne que l'Accord sur les ADPIC « peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ».

Si elle reconnaît l'importance de la protection de la propriété intellectuelle pour la découverte de nouveaux médicaments et technologies, la Déclaration de Doha a néanmoins accordé aux pays définis comme les moins développés une extension générale de 10 ans (de 2006 et 2016) pour qu'ils se conforment aux exigences de l'Accord en matière de brevets dans le secteur pharmaceutique.

La Déclaration de Doha affirme explicitement que « les crises de santé publique, y compris celles associées au VIH/SIDA, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies, peuvent constituer une urgence nationale » pour lesquelles les gouvernements peuvent émettre une licence obligatoire autorisant, sous certaines conditions, l'utilisation de produits brevetés.

Parallèlement à l'application de ces approches pour élargir l'accès aux traitements dans les pays à faible et moyen revenus, les pays à revenu élevé devront continuer à défendre la protection de la propriété intellectuelle et les systèmes de financement qui permettent à l'industrie pharmaceutique d'obtenir un retour sur investissement pour poursuivre la recherche et le développement.

Mécanismes de financement

En dépit des baisses du prix des antirétroviraux, les gouvernements nationaux ont des décisions difficiles à prendre en matière d'affectation des ressources insuffisantes dont ils disposent pour améliorer l'accès au traitement du VIH/SIDA. Plusieurs nouvelles sources de financement sont apparues pour soutenir les pays à faible et moyen revenus dans leurs achats d'antirétroviraux.

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a examiné en avril 2002 une première série de demandes de financement et annoncé une première répartition des fonds. Les ressources à la disposition du Fonds pour 2002 se montent à quelque 800 millions de dollars et le Fonds a fait du financement de l'accès au traitement l'une de ses activités essentielles (voir le chapitre « Répondre aux besoins »).

Le programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS) de la Banque mondiale a approuvé un ensemble de prêts et de subides pour plusieurs pays des Caraïbes et convenu qu'une partie de ces prêts pourrait être affectée à l'achat de médicaments antirétroviraux. La Barbade est le premier pays ayant satisfait aux critères exigés et utilisé ces fonds pour financer l'accès aux antirétroviraux. La deuxième phase du PPS s'occupera plus directement de l'accès au traitement.

Initiatives de l'industrie privée

Plusieurs initiatives ont été prises par des compagnies pharmaceutiques individuelles pour con-

tribuer à améliorer la riposte des pays à faible et moyen revenus à l'épidémie de VIH/SIDA. On peut noter par exemple l'Initiative Abbott en faveur de l'accès aux médicaments en République-Unie de Tanzanie, le Projet « Assurer l'avenir » de Bristol-Myers Squibb, l'offre de Boehringer Ingelheim de fournir gratuitement la névirapine aux programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les projets lancés par GlaxoSmithKline, Hoffmann-La Roche et Merck & Co..

Des partenariats public/privé tentent aussi d'obtenir des résultats. Le Partenariat global sur le VIH/SIDA du Botswana (action commune du Gouvernement du Botswana, de la Fondation de la compagnie Merck et de la Fondation Bill et Melinda Gates) a fait de grands progrès en faveur de l'amélioration de la prise en charge et du traitement au Botswana. Les contributions en espèces se montent à 100 millions de dollars sur cinq ans et Merck fournit gratuitement au Gouvernement du Botswana les antirétroviraux produits par la compagnie.

Des médicaments contre les infections opportunistes et la douleur

La prise en charge du VIH/SIDA exige toute une série de médicaments essentiels, en plus des antirétroviraux. Lorsqu'ils sont disponibles, ces médicaments efficaces et relativement peu coûteux peuvent prévenir ou traiter un grand nombre des maladies courantes associées au VIH qui sont responsables de la plus grande partie du fardeau de morbidité et de mortalité dans les pays à forte prévalence.

Jusqu'ici, les accords entre les pays et les compagnies pharmaceutiques individuelles, au titre de l'Initiative en faveur de l'accélération de l'accès, ne couvrent que huit médicaments — tous antirétroviraux. Même lorsqu'il existe des alternatives moins coûteuses, un grand nombre de ceux qui essayent d'acheter des médicaments n'ont accès ni

à des prix comparatifs ni à l'identité des fabricants susceptibles de fournir ces médicaments. Pour tenter de résoudre ce problème, un partenariat entre Médecins sans Frontières, l'UNICEF, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA publie depuis 2000 des rapports semestriels sur les sources et les prix des médicaments. Ces rapports, fondés sur des enquêtes réalisées auprès de plus de 200 compagnies pharmaceutiques dans 40 pays du monde, apportent des informations sur les meilleurs prix disponibles pour aider les organismes d'achats à prendre des décisions informées concernant les lieux où acheter les médicaments.

La compagnie pharmaceutique Pfizer a fait don de son médicament anti-fongique Diflucan (fluconazole) à des malades du SIDA sud-africains à faible revenu souffrant de méningite à cryptocoques et de candidose œsophagienne — deux infections opportunistes couramment liées au SIDA. Grâce à un partenariat avec le Ministère de la Santé sud-africain, 6000 malades avaient été traités au fluconazole dans les neuf provinces en septembre 2001. À la fin de 2001, Pfizer a commencé à élargir au-delà de l'Afrique du Sud son Programme de partenariat sur le Diflucan, qui comprend également une formation médicale pour les hôpitaux de soins secondaires et tertiaires dans le domaine du traitement des infections opportunistes liées au SIDA et la compagnie a déclaré son engagement à œuvrer en faveur de l'accès au fluconazole dans tous les pays les moins développés.

L'amélioration de la prise en charge de la tuberculose doit être liée au traitement du VIH

Environ un tiers des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont également infectées par *M. tuberculosis*, et 70% d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne. La tuberculose est également la principale cause de décès parmi les personnes infectées par le VIH et le VIH est responsable

d'une augmentation mondiale du nombre des cas de tuberculose active.

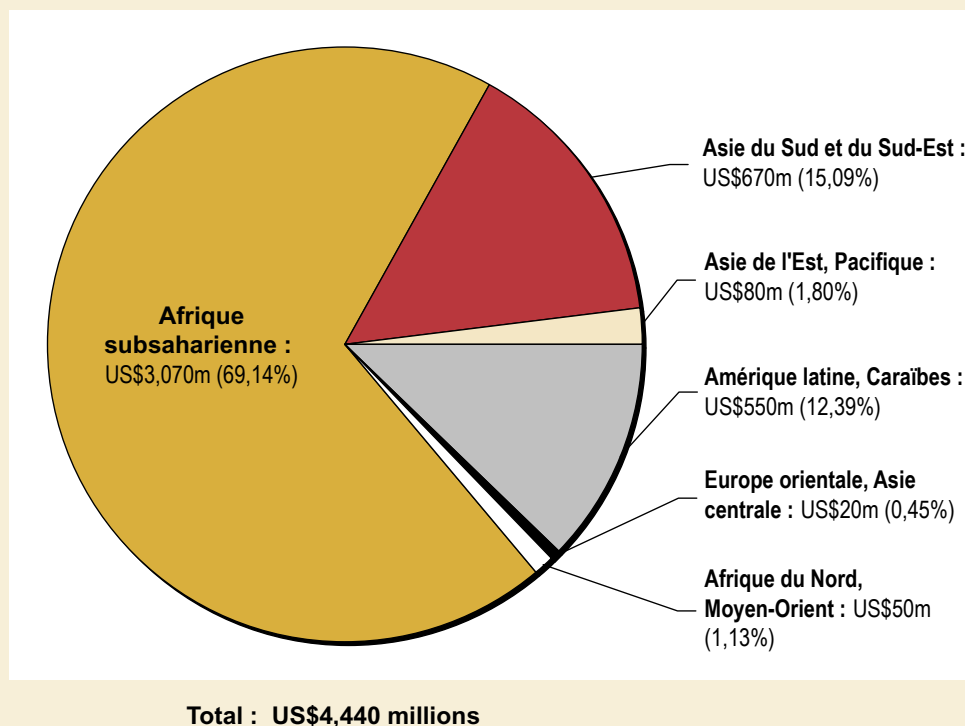
Le traitement de la tuberculose active est aussi efficace chez les personnes vivant avec le VIH qu'il l'est chez les personnes séronégatives. Toutefois, en l'absence de thérapie antirétrovirale, la thérapie antituberculeuse n'a pas d'effets à long terme sur la progression de la morbidité ou de la mortalité liées au VIH. Il est donc crucial que l'amélioration de la prise en charge et de la lutte contre la tuberculose aille de pair avec l'amélioration de la fourniture des antirétroviraux et des autres traitements du VIH. L'initiative ProTEST de l'OMS vise à encourager le conseil et le test VIH volontaires pour tenter de parvenir à une stratégie plus cohérente de traitement, de prise en charge et de soutien pour le VIH et la tuberculose dans les pays à forte prévalence du VIH.

L'infrastructure doit soutenir le traitement et la prise en charge clinique

Le prix des médicaments n'est que l'un des nombreux obstacles à une amélioration de l'accès aux médicaments liés au VIH/SIDA. L'efficacité des traitements dépend de la capacité des services de santé généraux à se procurer, à stocker, à diagnostiquer, à sélectionner et à administrer les médicaments nécessaires et à fournir les traitements, la prise en charge et les services de diagnostic nécessaires pour contrôler l'état de santé et les réactions au traitement. Lorsque des centres de santé et des hôpitaux de district existent et sont accessibles, le diagnostic des infections et complications courantes liées au VIH/SIDA (p. ex. tuberculose, pneumonie, diarrhées, candidose de la bouche et de la gorge) est généralement possible et ces infections peuvent être traitées ou atténuées avec des antibiotiques efficaces et peu coûteux et des soins infirmiers de base. Cependant, de nombreuses communautés n'ont

Figure 35

Projection des exigences annuelles pour la prise en charge du VIH/SIDA (soins et soutien) d'ici à 2005, par région



Source : Schwartlander B et al. (2001) Resource needs for HIV/AIDS, *Science*

accès à aucune installation sanitaire de ce type et la prise en charge clinique la plus élémentaire est impossible. Il faudra donc trouver des alternatives au système conventionnel de prestations de santé — p. ex. utilisation des services de santé sur le lieu de travail pour soutenir les prestations lorsque les systèmes locaux sont insuffisants (une approche encouragée par l'OIT).

Deux initiatives de l'OMS ont pour but d'améliorer les capacités des pays à faible et moyen revenus à assurer le contrôle de la qualité des médicaments essentiels contre le VIH/SIDA et à orienter leur utilisation dans toutes sortes de situations. La Phase I du projet Accès à des médicaments et produits diagnostiques de qualité liés au VIH/SIDA

s'est achevée en mars 2002 avec la publication d'une liste de 16 médicaments, y compris 11 anti-rétroviraux, des produits pharmaceutiques tant génériques qu'issus de la recherche, correspondant aux normes recommandées par l'OMS. Tous ces produits satisfont aux critères de qualité et de conformité des bonnes pratiques de fabrication. Treize autres fabricants et 100 produits sont actuellement à l'examen. L'OMS et l'UNICEF utiliseront cette liste pour conseiller les pays dans leurs achats de médicaments liés au VIH/SIDA.

En plus d'évaluer la qualité des médicaments liés au SIDA, l'OMS a élaboré des principes directeurs relatifs aux normes minimum de surveillance en laboratoire des traitements par des médicaments

contre le VIH, des principes directeurs relatifs à l'utilisation des antirétroviraux ainsi que des programmes de formation et d'évaluation de la qualité à l'intention des agents de santé, pour assurer une utilisation correcte des tests diagnostiques. Il est crucial que les directives relatives au traitement du VIH à l'intention des pays à faible et moyen revenus soient claires, concises et rapidement applicables.

L'expansion de la fourniture des antirétroviraux dans les communautés les plus touchées par l'épidémie pourrait modifier radicalement le paysage de la prise en charge du SIDA en réduisant considérablement la nécessité de traiter les infections opportunistes et le temps passé à dispenser des soins à domicile et à l'hôpital. La nécessité de mettre en place et d'améliorer les infrastructures pour soutenir le traitement antirétroviral devient encore plus urgente, étant donné la perspective d'une augmentation de la demande pour ce type de traitement. En plus d'un personnel qualifié, il serait important que des installations élémentaires soient disponibles pour surveiller la toxicité éventuelle des médicaments et pour mesurer l'efficacité du traitement antirétroviral. Bien que le prix des médicaments ait chuté, la plupart des tests systématiquement utilisés pour contrôler les antirétroviraux sont coûteux et ne sont pas largement disponibles. Les tests de la charge virale (qui mesurent la virémie, soit la quantité de VIH dans le sang) coûtent en moyenne 100 dollars, sans compter le matériel et les installations de laboratoire. Le moins coûteux des analyseurs-trieurs de cellules en flux permettant le suivi du nombre des cellules CD4⁺ (globules blancs qui jouent un rôle crucial dans le fonctionnement du système immunitaire) coûte entre 75 000 et 100 000 dollars, sans compter les fonds nécessaires au recrutement et à la formation du personnel technique, à l'entretien ou à la réparation du matériel ou à l'envoi et au stockage des échantillons.

Lorsqu'ils commenceront à accroître la fourniture des antirétroviraux et autres traitements liés au VIH, la plupart des pays à faible et moyen revenus devront s'appuyer sur des mesures moins coûteuses du pronostic, par exemple le comptage des lymphocytes totaux et les mesures classiques des fonctions du foie et des reins.

Il est urgent de chercher à développer et mettre en œuvre des techniques peu coûteuses, localement appropriées, pour améliorer la capacité à surveiller efficacement les antirétroviraux et les autres traitements liés au VIH dans les pays à faible et moyen revenus.

Le coût considérable de l'amélioration de la prise en charge et du soutien pour le VIH est présenté dans la Figure 35. Les coûts de l'infrastructure nécessaire pour fournir un traitement efficace du VIH ne sont pas inclus.

Les problèmes d'observance du traitement, de résistance et de toxicité

L'un des problèmes fréquemment mentionnés lorsqu'on parle d'élargir la distribution des antirétroviraux dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à faible et moyen revenus est la capacité des systèmes de santé à garantir l'adhésion du patient à des schémas thérapeutiques antirétroviraux complexes — en d'autres termes à faire en sorte que les malades prennent tous leurs médicaments, comme ils leur ont été prescrits.

L'observance du traitement est un grave problème dans tous les pays, en raison de l'apparition possible d'une résistance du VIH aux médicaments. Aux États-Unis, une enquête nationale a révélé que 14% des cas de nouvelles infections à VIH étaient fortement résistants à l'un au moins des médicaments contre le VIH et que 5,5% étaient résistants à deux médicaments ou davantage. En

1995-1998, les chiffres correspondants étaient de 3,5% et 0,4%.

Pour tenter de résoudre ces problèmes, un Projet mondial de suivi de la résistance aux médicaments contre le VIH a été récemment mis en place par l'OMS et la Société internationale du SIDA afin de surveiller les schémas régionaux de résistance aux médicaments parallèlement à l'amélioration des programmes de traitement par les antirétroviraux.

L'observance du traitement est également un facteur critique dans l'échec ou le succès des antirétroviraux dans l'abaissement de la virémie à des niveaux indétectables. Une étude aux Etats-Unis, par exemple, a montré que le succès de la suppression virale par l'utilisation de la polythérapie antirétrovirale était fortement associé à une observance de 95% (c'est-à-dire que les individus prennent leurs médicaments comme le médecin les a prescrits plus de 95% du temps), et que l'échec d'une suppression de la virémie augmentait considérablement avec la baisse de l'observance du traitement. La même étude a révélé que deux des variables modifiables associées à l'échec étaient significatives : la dépression active et l'abus de substances, y compris l'alcool. La dépression et l'abus de substances se sont révélés d'importants indicateurs d'une mauvaise observance du traitement dans plusieurs études réalisées dans les pays à revenus élevés. Ces résultats soulignent la nécessité d'un soutien psychosocial permanent avant et pendant le traitement.

Les problèmes pratiques liés aux schémas thérapeutiques antirétroviraux eux-mêmes, y compris le nombre de doses par jour, le nombre de comprimés par dose et les restrictions diététiques, contribuent également à la capacité d'observance des patients. Récemment, cependant, des progrès ont été faits pour mettre en place des schémas thérapeutiques plus faciles à gérer et moins compliqués.

En Ouganda, un observateur informé a noté les problèmes complexes et extrêmement humains qui ont poussé 15 à 20% des malades bénéficiant

d'une thérapie antirétrovirale à abandonner leur traitement en 2001 : « Charges financières excessives, impossibilité de conserver des revenus élevés, dépréciation de la monnaie locale, lassitude des parents et amis donateurs, imprévisibilité des sources étrangères. Au-delà de ces aspects financiers de la viabilité, l'observance du traitement reste une préoccupation essentielle : les patients très malades ne peuvent pas faire face à la complexité du traitement antirétroviral, l'amélioration de la santé réduit la motivation à prendre ses comprimés et un nombre trop élevé de personnes dans la famille tendent à conseiller des thérapies alternatives. »

Aucun de ces problèmes n'est fondamentalement insoluble, comme l'ont montré plusieurs projets à petite échelle. Un projet bien connu sur les hauts plateaux haïtiens, implanté à la Clinique du Bon Sauveur et lié à l'Université Harvard, a rapporté des réactions favorables au traitement antirétroviral, les malades étant en mesure de reprendre le travail et de s'occuper de leurs enfants. Médecins sans Frontières, dans neuf projets de traitement aux ARV à petite échelle en Afrique, Asie et Amérique latine, a également trouvé qu'il était possible de dispenser des traitements efficaces.

A court et long termes, des effets toxiques ont été observés dans les pays à revenu élevé, ce qui complique encore l'administration du traitement du VIH. Si les effets secondaires à court terme, tels que la diarrhée, les nausées, la fatigue et les éruptions cutanées, peuvent être contrôlés par une surveillance relativement stricte des réactions du malade au traitement, les toxicités à plus long terme demandent des techniques de surveillance complexes et d'autres interventions thérapeutiques. Parmi ces complications éventuelles à long terme du traitement antirétroviral, on observe en particulier des déséquilibres dans les lipides sanguins, les fonctions du foie et des reins et du diabète. Les toxicités éventuelles du traitement antirétroviral rendent plus importante encore la nécessité de disposer d'infrastructures sanitaires bien développées.

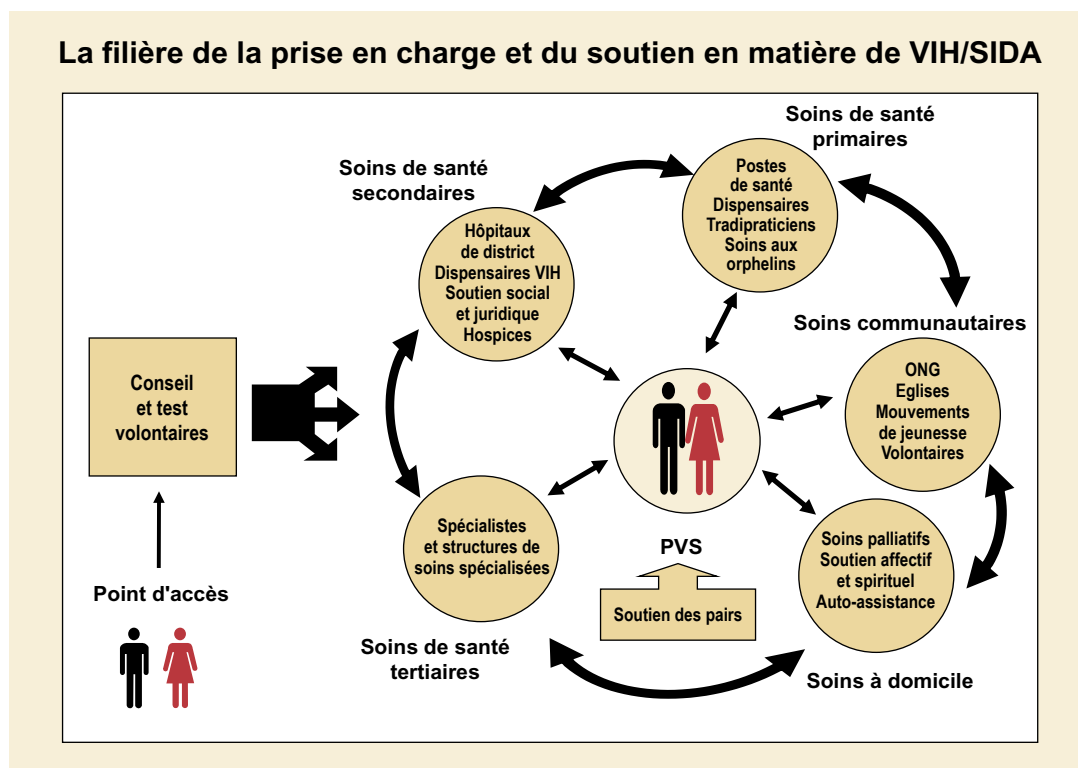
Nécessité d'une filière de prise en charge et de soutien

Le traitement sous forme de médicaments est un outil essentiel pour lutter contre la morbidité et la mortalité imputables au VIH/SIDA. Cependant, ce n'est pas le seul. Pour être à même de faire face avec succès au VIH/SIDA, les personnes vivant avec le virus doivent avoir accès à toute une série d'options de traitement, de prise en charge et de soutien, dans le cadre d'une filière continue. Cette filière des soins doit pouvoir couvrir les besoins des individus au fur et à mesure de l'évolution de leur état et de la progression vers les différents stades de l'infection à VIH.

Comme la montre la Figure 36, la prise en charge doit être accessible à différents points de la

filrière — au niveau des services de CTV, des services de santé (primaires, secondaires et tertiaires) et des services sociaux, jusqu'au soutien communautaire et aux soins à domicile. Les services de santé officiels peuvent orienter des clients vers des organisations de prise en charge communautaire qui, à leur tour, peuvent orienter leurs clients vers les services de santé, le cas échéant. Dans une circonscription hospitalière, un système efficace d'orientation-recours entre les services de CTV, les hôpitaux de première ligne et les centres de santé et les services de soins à domicile devrait être mis en place sous forme de partenariats entre les organisations et les institutions.

Figure 36



Source : OMS/ONUSIDA (2000) *Key Elements in HIV/AIDS Care and Support*. Projet de document de travail

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, élaborer des stratégies globales en matière de soins et réaliser des progrès sensibles dans leur mise en œuvre pour renforcer les soins de santé aux niveaux familial et communautaire, notamment ceux dispensés par le secteur informel, et les systèmes de prestations sanitaires, afin de soigner les personnes atteintes du VIH/sida et de les suivre, en particulier les enfants infectés, et de soutenir les personnes, les ménages, les familles et les communautés affectés par le VIH/sida [...] (paragraphe 56).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Soins à domicile et prise en charge communautaire

Les soins à domicile et la prise en charge communautaire ont été et demeurent un élément essentiel de la riposte à l'épidémie. Des groupes de prise en charge et de soutien communautaires ont surgi presque partout où une épidémie apparaissait — dans les pays les plus riches comme dans certains des pays les plus pauvres — et ils ont manifesté une créativité et une ténacité extraordinaires dans le soutien et l'espoir qu'ils ont apportés aux personnes vivant avec le VIH SIDA ou affectées par le virus.

Soutenir les personnes qui dispensent des soins à domicile et dans la communauté

Il est nécessaire d'apporter un soutien aux familles qui supportent le fardeau de la prise en charge, afin d'éviter qu'elles ne se désintègrent et de donner aux soignants la possibilité de remplir d'autres tâches essentielles en plus des soins. Selon les ressources disponibles et la prévalence du SIDA dans un pays donné, ce soutien peut être intégré dans les dispositifs de protection sociale existants ou il peut exiger la création de nouveaux mécanismes de financement (voir le chapitre « Répondre aux besoins »). Mais certains pays n'ont guère de dispositifs de protection sociale au-delà de ceux qui sont financés par les ressources des familles, ce qui entrave gravement leur capacité à absorber les ressources nouvelles qui pourraient être mises à leur disposition.

Dans les cas où la responsabilité de ces services est décentralisée au niveau communautaire, les exigences administratives liées à la répartition des fonds aux organisations communautaires ont souvent retardé la mise en œuvre. Plusieurs méthodes novatrices de financement sont maintenant appliquées pour surmonter ces problèmes. Au Zimbabwe, par exemple, pour accélérer la répartition des fonds et faire en sorte qu'ils atteignent les bénéficiaires voulus, les fonds du National AIDS Trust Fund sont maintenant distribués aux Comités SIDA des districts après que leurs plans ont été approuvés par le Conseil national du SIDA. Les fonds sont alors transférés sur les comptes bancaires des Comités SIDA de la circonscription. Toutes les circonscriptions ont ouvert des comptes bancaires sur lesquels trois des membres ont la signature : le conseiller du district ou de la municipalité, le chef traditionnel et le directeur de l'école locale. Les trois signataires ont des postes à responsabilité, et ils sont chargés de faire en sorte que les ressources du National AIDS Trust Fund atteignent les personnes appropriées.

Si l'on veut que les soins à domicile et la prise en charge communautaire deviennent un élément véritablement important de la filière des soins, il est essentiel de fournir davantage d'appui aux organisations non gouvernementales et communautaires qui offrent une prise en charge. Des approches telles que celles du programme en faveur des initiatives SIDA en Equateur (Programa de Iniciativas Frente al SIDA) se sont révélées inestimables pour renforcer la capacité

des projets communautaires et des organisations non gouvernementales. Le programme relie et soutient des programmes communautaires de prévention et de prise en charge du VIH dans l'ensemble du pays. Il aide aussi les organisations non gouvernementales et communautaires qui collaborent avec des groupes féminins et dans le domaine du développement local (mais qui n'ont pas d'expérience dans le domaine du SIDA) à évaluer les besoins de leurs communautés dans le domaine du SIDA et à lancer ou à reprendre des activités dans ce domaine. Par exemple, il a aidé une organisation non gouvernementale importante dans le domaine de la santé reproductive en Equateur à intégrer la prévention des infections sexuellement transmissibles et le VIH dans les programmes d'éducation et de conseil en planification familiale de ses dispensaires. D'autres organisations ont reçu une aide en vue d'améliorer leur capacité en matière de collecte de fonds ou de gestion — qui sont souvent le maillon faible des organisations communautaires.

La dernière décennie nous a appris que les ripostes nationales au VIH/SIDA ne peuvent atteindre l'échelle nécessaire, maintenir la qualité ou fournir suffisamment de souplesse en travaillant dans le cadre de programmes centralisés. Cependant, lorsque les programmes nationaux travaillent en partenariat avec les organisations non gouvernementales

et communautaires, de grandes choses peuvent être accomplies. Un exemple d'une telle collaboration est le projet de filière des soins dans l'Etat de Manipur, en Inde. Son approche coopérative met en contact les organisations non gouvernementales et communautaires (notamment World Vision, Sneha Bhavan, Manipur Network of Positive People et Kripa Society) et les services de santé du gouvernement et il permet à de nombreuses personnes (en particulier celles qui sont difficiles à atteindre) d'accéder à des services qu'elles ne connaîtraient pas nécessairement ou qu'elles auraient même tendance à éviter.

Collaborer avec les praticiens et les pharmaciens

Un grand nombre de personnes ne se tournent pas vers les systèmes officiels de santé pour se faire soigner, c'est pourquoi il est important de trouver les moyens d'intégrer de manière plus positive les soins de santé alternatifs dans la filière de la prise en charge. En Afrique, on estime que 80% environ de la population font confiance à la médecine traditionnelle pour satisfaire leurs besoins en matière de soins de santé, tant en zone urbaine qu'en zone rurale. De nombreux experts de la santé publique en ont conclu qu'il est donc logique d'établir une collaboration entre les systèmes officiels de santé et

Praticiens traditionnels et modernes : ensemble contre le SIDA

En Ouganda, deux organisations non gouvernementales, le Ministère de la Santé et la Commission nationale du SIDA participent depuis le début des années 1990 à une initiative intitulée « Praticiens traditionnels et modernes, ensemble contre le SIDA ». Elle a pour but de former les guérisseurs traditionnels en leur fournissant un enseignement portant non seulement sur les infections sexuellement transmissibles et le SIDA, mais également sur les croyances et pratiques culturelles, le conseil, le leadership, la sexualité, et les questions sexospécifiques et juridiques. L'initiative a été élargie à six districts des zones rurales de l'Ouganda. Une évaluation en 1997-1998 a montré que 60% des tradipraticiens formés déclaraient distribuer des préservatifs (par rapport à 9% des tradipraticiens non formés). D'autres avantages ont été relevés, par exemple une initiation à la tenue des dossiers, le lancement de groupes de soutien des malades et une amélioration de la collaboration avec les praticiens de la santé biomédicale.

Déclaration engagement

D'ici à 2003, veiller à ce que des stratégies soient élaborées au niveau national, afin de fournir un soutien psychosocial aux personnes, aux familles et aux communautés affectées par le VIH/sida (paragraphe 57).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

les tradipraticiens. En Afrique comme en Asie, de tels projets de collaboration ont été, avec succès, élaborés, organisés, mis en œuvre et évalués.

La collaboration avec les guérisseurs traditionnels peut aussi contribuer à dissiper les nombreux mythes qui ont cours dans certains pays à faible et moyen revenus concernant les causes du VIH/SIDA et à contrer les affirmations erronées concernant « les remèdes miracles contre le SIDA ».

Une stratégie souvent utilisée a été de former un groupe de base de tradipraticiens, qui reçoivent ensuite un soutien pour éduquer les communautés ou former leurs pairs.

Un grand nombre de personnes dans les pays à faible et moyen revenus consultent leur pharmacien lorsqu'elles ressentent les symptômes d'une infection opportuniste. Mais les compétences et la formation des pharmaciens sont très variables. Au Cambodge, on sait qu'un grand nombre de personnes séropositives vont directement dans les pharmacies pour obtenir des médicaments.

Environ quatre Cambodgiens sur cinq vivent dans les zones rurales — bien loin des deux hôpitaux de Phnom Penh qui dispensent un traitement contre le VIH/SIDA aux personnes atteintes du SIDA dans le pays — et bien peu d'entre eux peuvent se permettre d'aller dans une clinique privée. Mais on compte des milliers de pharmacies dans les petites villes et les villages. (Phnom Penh en compte environ 300.) Sachant cela, l'organisation internationale à but non lucratif PATH a collaboré avec le Gouvernement cambodgien, l'Association nationale des pharmaciens et les organisations non gouvernementales locales pour donner aux pharmaciens les moyens d'identifier les infections sexuellement transmissibles et de dispenser les traitements, le conseil et les médicaments nécessaires. Un programme pilote a également été mis en place dans le cadre duquel les pharmaciens peuvent fournir aux malades des bons leur donnant accès à une consultation dans une structure de soins, ce qui établit un lien direct avec le système médical officiel.

Montrer la voie

Parmi les nombreux projets novateurs de soins à domicile figure celui de Hua Rin, un temple bouddhiste situé près de Chiang Mai, Thaïlande, qui accueille un groupe de 35 femmes vivant avec le VIH/SIDA. L'abbé de ce temple, Phra Athikarn Thanawat Technopanyo, a créé ce projet de groupe d'appui en 1993 pour informer les villageois sur le VIH/SIDA avec l'aide des enseignements du Dharma, et pour atténuer la stigmatisation des familles touchées. Connues sous le nom de groupes Prasarnjai, les femmes organisent divers projets qui, par exemple, aident des grands-parents à prendre soin de leurs petits-enfants orphelins ou fournissent de petits travaux aux veuves et aux femmes infectées. Dans le même temps, les moines diffusent des connaissances et des informations sur le VIH/SIDA dans l'ensemble de la communauté, favorisent des activités productrices de revenus et s'occupent des besoins physiques et spirituels de la population.

Soutien psychosocial : un élément crucial de la filière des soins

Le conseil, le soutien spirituel, un appui pour se sentir prêt à divulguer sa séropositivité et pour adopter une sexualité à moindre risque ou l'abstinence, l'observance des traitements médicaux, le soutien en fin de vie et lors d'un deuil ainsi qu'une assistance économique concrète sont autant d'éléments du soutien psychologique aux personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. Dans le passé, l'atténuation de l'impact dévastateur du SIDA sur la vie des individus, sur leurs interactions sociales et leurs revenus a été une raison suffisante pour fournir un tel appui. Pourtant le soutien psychosocial est également crucial pour le succès d'un traitement médical — une question dont l'importance s'accroît au fur et à mesure de l'augmentation du nombre des personnes séropositives au VIH ayant accès aux antirétroviraux.

La participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GIPA) est cruciale pour apporter ce type de soutien psychosocial et cette participation devrait faire partie intégrante des programmes de prise en charge et de soutien. Les programmes de soutien par les pairs séropositifs au VIH ont démontré avec succès, partout dans le monde et à peu de frais pour les systèmes de soins de santé, leurs capacités à fournir un appui psychosocial aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. En Asie du Sud-Est comme dans de nombreuses autres régions, les preuves abondent des avantages psychologiques apportés par les groupes d'auto-assistance aux personnes infectées et affectées par le VIH. Ces clubs, comme d'autres groupes de soutien, peuvent également être très utiles pour fournir ou recommander un soutien social et économique, sous forme notamment de formation professionnelle, de petits projets et de financement de l'assurance maladie individuelle. L'Organisation ougandaise d'aide aux malades du SIDA (TASO) est devenue un leader mondial dans ce domaine. Son club de jeunesse « Défi au SIDA » est un projet de préven-

tion et de prise en charge du SIDA par les pairs qui fournit des conseils et d'autres services de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Améliorer la nutrition

La nutrition est un élément vital de tout ensemble de prise en charge du VIH. L'intérêt porté actuellement à l'amélioration de l'accès aux médicaments antirétroviraux dans les pays à faible et moyen revenus ne doit pas faire oublier le fait que, pour une grande partie de la population mondiale vivant avec le VIH, les besoins alimentaires demeurent la priorité dominante.

La nutrition et le SIDA avancent en tandem — au niveau de l'individu comme de la société. Pour les individus, les carences nutritionnelles rendent les personnes infectées par le VIH plus vulnérables aux maladies et infections de toutes sortes. Et la malnutrition est l'une des manifestations cliniques majeures de l'infection à VIH.

Au niveau des ménages, le VIH/SIDA et la sécurité alimentaire sont étroitement liés : un ménage touché par le VIH risque une augmentation de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition en raison de la baisse de son temps de travail, du revenu et du temps disponible pour la prise en charge des enfants plus jeunes et en raison de l'augmentation des dépenses de santé. L'insécurité alimentaire peut à son tour accroître encore le risque d'exposition au VIH et la vulnérabilité du ménage à l'impact croissant du virus au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

La nutrition est également liée au traitement. Avec l'amélioration de l'accès aux antirétroviraux, il faut offrir un approvisionnement en eau potable et une alimentation suffisante dans le cadre d'un ensemble global de traitement, de prise en charge et de soutien.

Depuis 10 ans, TASO distribue de la nourriture à ses clients dans le cadre d'une action extra-institutionnelle communautaire globale en Ouganda.

L'assistance alimentaire s'est révélée un moyen efficace pour encourager les clients à accepter d'autres services liés au VIH, y compris le conseil et le test volontaires. En outre, cette forme d'assistance a considérablement facilité le conseil et l'éducation nutritionnels aux clients de TASO dans l'ensemble du pays. Le Programme alimentaire mondial utilise l'aide alimentaire pour

encourager les enfants à poursuivre l'école ; s'appuyant sur la réussite de ses projets de rations alimentaires à rapporter à la maison et de nutrition à l'école pour les filles, il met en œuvre une stratégie analogue pour les orphelins. Le programme dirige déjà des projets à l'intention de ces enfants au Cambodge, au Kenya, en Ouganda et en Zambie.

Améliorer le traitement, la prise en charge et le soutien : le chemin à suivre


Pour assurer la stabilité et la sécurité de la planète, les instances les plus élevées des pouvoirs politiques et économiques commencent à admettre la nécessité d'intensifier massivement les interventions destinées à améliorer la santé des pauvres du monde entier. Des efforts importants ont été déployés pour évaluer ce qui est nécessaire, comment procéder et le coût de ces interventions.

Cette vague de fond d'opinion politique et économique converge avec la détermination croissante des décideurs et des communautés de porter un coup décisif à l'épidémie mondiale de VIH/SIDA en prêtant autant d'attention à la prévention qu'à la prise en charge du VIH.

Une grande partie des obstacles existants qui s'opposent à l'amélioration des systèmes de santé et à l'amélioration de l'accès à la prise en charge du VIH dans les pays les plus pauvres du monde peuvent être surmontés par une augmentation des ressources. Parmi ces obstacles, on peut noter les niveaux actuellement faibles des dépenses de santé dans les pays à faible et moyen revenus, le nombre insuffisant de personnels de santé qualifiés, la faiblesse des infrastructures, l'insuffisance de l'approvisionnement en médicaments, etc. Il est crucial d'augmenter les fonds pour assurer le succès des programmes de traitement, de prise en charge et de soutien en matière de VIH/SIDA partout dans le monde.

Au fur et à mesure de l'augmentation des ressources destinées à améliorer le traitement, la prise en charge et le soutien, les dépenses devront être étroitement associées à des preuves de bonne gouvernance, y compris le respect des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA. La corruption, le non-respect de la primauté du droit et les conflits armés figurent parmi les plus importants obstacles au transfert des ressources vers ceux qui en ont besoin.

L'élaboration de plans d'action sur le traitement, la prise en charge et le soutien par les organes de coordination de différents pays, en collaboration avec d'autres régions, ainsi que les efforts déployés par les organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales, contribuent à améliorer la riposte au VIH/SIDA. L'augmentation ininterrompue du nombre des décès liés au SIDA est un rappel constant de l'urgence de la tâche — une tâche qui exige une action simultanée dans les domaines du conseil technique, du soutien politique, de la mobilisation des ressources, du renforcement des infrastructures et du développement des capacités humaines.

Mais avant tout, l'engagement indéfectible des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des gens qui les soutiennent assure que les demandes exprimées partout dans le monde pour accéder à des traitements, à une prise en charge et à un soutien efficaces ne resteront pas lettre morte. 

Répondre aux besoins



Répondre aux besoins

L'épidémie de SIDA ne connaît pas de limites. Elle défie les frontières internationales et transcende les divisions socio-économiques, politiques, ethniques et autres. Cette menace mondiale demande une riposte à l'échelle mondiale — en particulier pour faire en sorte que les communautés et les pays les plus durement atteints obtiennent des ressources suffisantes. Pour l'instant on est très visiblement loin du compte.

A la mi-2002, les projections des dépenses pour le VIH/SIDA dans les pays à revenus faible et moyen atteignaient 3 milliards de dollars pour l'année 2002, somme en grande partie assurée par l'aide internationale. Dans la région la plus lourdement atteinte (l'Afrique subsaharienne), les dépenses internationales pour la lutte contre le VIH/SIDA ont largement dépassé les 165 millions de dollars enregistrés en 1998 — une tendance qui devrait se poursuivre en 2002. Au cours des dernières années, les dépenses locales pour la lutte contre le VIH/SIDA ont elles aussi sérieusement augmenté dans de nombreux pays.

Mais il faut en faire beaucoup plus. Le décalage entre les besoins et les fonds disponibles représente l'un des obstacles majeurs dans la lutte contre l'épidémie. La plupart des pays pauvres pourront

difficilement encore accroître leurs dépenses — ne fût-ce qu'à des niveaux qui ne correspondent pas, et de loin, aux besoins. Si les tendances budgétaires actuelles se maintiennent, le soutien apporté par les donateurs en 2003 sera toujours de loin inférieur au minimum requis pour mettre en place des programmes élémentaires de prévention.

Bien que l'épidémie appauvrisse encore davantage des millions de personnes vivant avec le SIDA (voir le chapitre « L'impact grandissant »), nombreuses sont celles parmi ces personnes qui doivent payer leurs traitements de leurs propres deniers. Il est pratiquement certain que les sommes dépensées par les individus (sommes qui représentaient en 2000 22% de l'ensemble des dépenses relatives au VIH/SIDA dans les huit pays étudiés par le projet SIDALAC) comptent pour une proportion signi-

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, atteindre, par étapes successives, un montant annuel de dépenses globales de 7 à 10 milliards de dollars des Etats-Unis pour la lutte contre l'épidémie dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ainsi que dans les pays qui connaissent ou risquent de connaître une propagation rapide du VIH/sida, aux fins de la prévention de la maladie, des soins, du traitement et du soutien à apporter aux personnes atteintes, et de la réduction des incidences du VIH/sida [...] (paragraphe 80).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

Dépenses en Amérique latine et aux Caraïbes

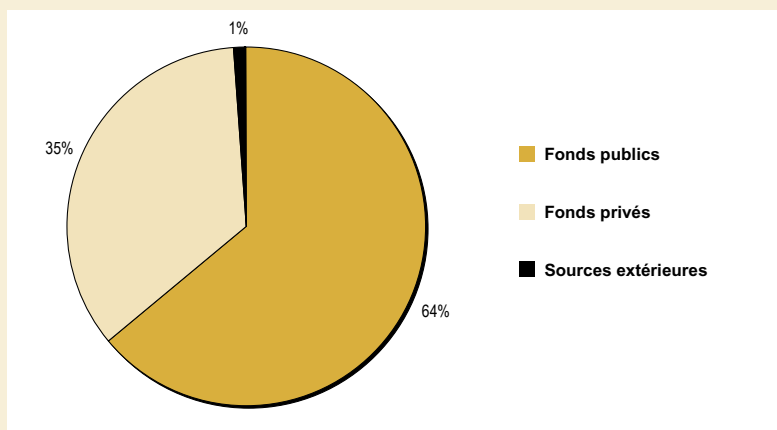
L'initiative SIDALAC, soutenue par l'ONUSIDA, l'Union européenne et d'autres donateurs, a rassemblé des données sur les dépenses liées au VIH/SIDA dans huit pays des Amériques (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica, Mexique, Pérou et Uruguay) qui ensemble représentent 70% de la population de l'Amérique latine et des Caraïbes. En l'an 2000, ces pays ont dépensé un total de 1,8 milliard de dollars contre le VIH/SIDA... soit moins de 0,1% de leur produit intérieur brut combiné, d'une valeur de 2759 milliards de dollars.

Le Brésil, un pays connu pour la riposte multisectorielle de son secteur public à l'épidémie, a dépensé un petit peu moins de 3 dollars par habitant en 2000 pour les traitements antirétroviraux — soit un peu moins que les 4 à 5 dollars par habitant dépensés par l'Argentine et le Chili.

Pour l'ensemble des huit pays, les dépenses consacrées aux médicaments antirétroviraux ont représenté un peu plus de la moitié de la dépense totale pour le VIH/SIDA ; les autres services de santé personnels à celles et ceux qui vivent avec le VIH/SIDA en ont représenté 30% et les efforts de santé publique et de prévention 17%. Si ce pourcentage peut sembler faible compte tenu des avantages bien connus de la prévention et de la santé publique, il convient de noter par exemple que les autorités fédérales du Gouvernement des Etats-Unis n'ont consacré à la prévention que 7,8% des dépenses entreprises pour lutter contre le VIH/SIDA en 2000.

La portion des dépenses VIH/SIDA dévolue au budget public a varié d'un pays à l'autre, de 2% seulement en Bolivie à un taux beaucoup plus élevé de 57% en Argentine, 68% au Costa Rica, 79% au Brésil et 86% au Mexique. Le VIH/SIDA n'a néanmoins pas exagérément grevé les budgets des ministères de la santé dans ces pays. Pour l'Argentine et le Brésil, la lutte contre le VIH/SIDA a consommé 2 à 3% du budget de la santé publique. Dans les autres pays, ce pourcentage a été de 1,5% tout au plus.

Financement VIH/SIDA public, privé et venant des donateurs dans certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes* : 2000



* Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica, Mexique, Pérou et Uruguay

Source : FUNSALUD, SIDALAC, ONUSIDA, 2001

Figure 37

ficative de l'ensemble des dépenses liées au SIDA, et plus spécialement parmi les pauvres. Le Brésil constitue une exception notoire : l'importance des subventions publiques fait que ce type de dépenses ne dépasse pas 6% de l'ensemble.

Par contre, la dépense privée non remboursée représentait en 1998-1999 93% de l'ensemble des dépenses liées au VIH/SIDA pour le Rwanda, par exemple, les fonds du gouvernement et des donateurs ne représentant que 7%. L'importance de ces paiements directs non remboursés, surtout quand

ce sont les pauvres qui paient, constitue une grave cause d'inquiétude. Il faudra absolument trouver de nouvelles méthodes pour diminuer la proportion de la dépense totale liée au SIDA qui est assurée par les plus pauvres. On pourrait par exemple stimuler le soutien aux activités de santé publique et aux autres services sociaux au sein d'une programmation élargie visant la réduction de la pauvreté ; ceci, à son tour, souligne la nécessité d'une distribution plus équitable des ressources — non seulement sur le plan national mais encore sur le plan mondial.

La mesure du fossé

Une équipe internationale réunie par le Secrétariat de l'ONUSIDA a procédé à une estimation détaillée des besoins financiers à prévoir pour la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à revenus faible et moyen et est arrivée à un total de 9,2 milliards de dollars pour 2005. Cette somme représente plusieurs fois la valeur des projections de dépenses pour 2002 dans les pays à revenus faible et moyen. Il faudra donc assurer une croissance soutenue — avec une dépense annuelle passant progressivement à un total de 9,2 milliards de dollars d'ici à l'an 2005. Sur cette somme, 5,4 milliards de dollars seront requis pour les pays dont le produit intérieur brut est inférieur à 2000 dollars par personne. Cette augmentation projetée et progressive des dépenses postule que de nombreux pays ne pourront pas immédiatement mettre en place la totalité des activités requises. En fait, la

plupart des pays devraient consacrer plusieurs années à élaborer les compétences financières et humaines que requerrait la programmation de ripostes élargies. Ces projections sont fondées sur des estimations prudentes des coûts pour chacun des 18 types de services de prévention, de traitement et de prise en charge repris dans le calcul des besoins globaux et ne tiennent pas compte des coûts de mise en place de l'infrastructure.

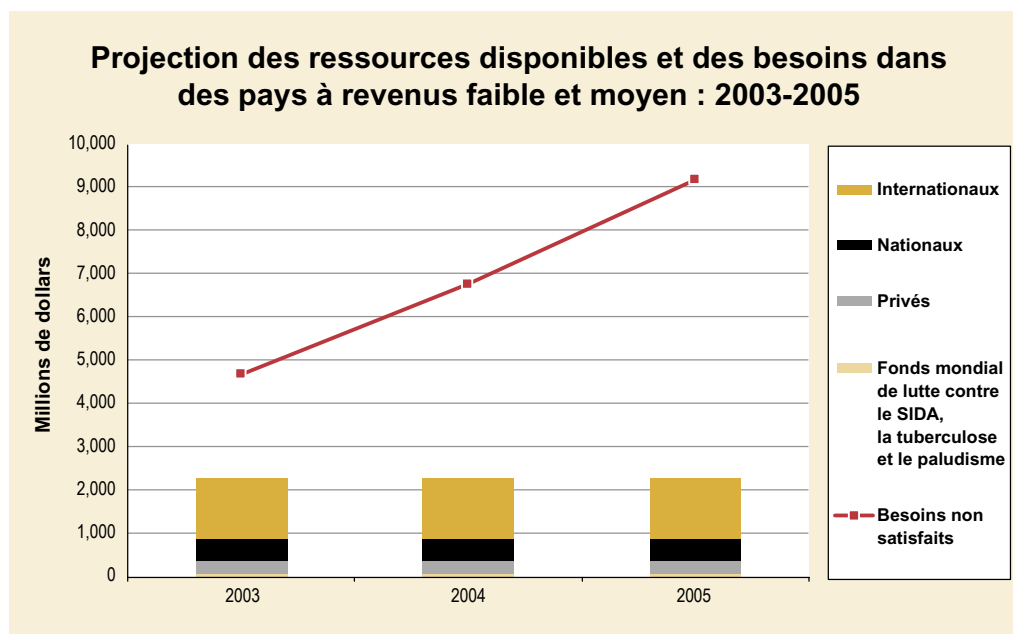
Si les dépenses liées au SIDA devaient se maintenir aux niveaux actuels, le déficit de financement à prévoir atteindrait au moins 7 milliards de dollars d'ici à 2005 (voir Figure 38) à moins que des fonds importants ne viennent s'ajouter aux ressources actuelles. (Les contributions indiquées sur ce graphique sont fondées sur les tendances et les engagements actuels.)

Répondre aux besoins

On estime que, dans l'ensemble, les fonds privés et publics d'origine nationale pourraient fournir entre le tiers et la moitié des fonds requis. La responsabilité et l'appartenance nationales constituent sans aucun doute des ingrédients vitaux pour la riposte au SIDA et la liste des pays qui consacrent

des sommes importantes à la lutte contre l'épidémie s'est sensiblement allongée au cours des dernières années. En outre, la Déclaration d'Abuja, adoptée lors du Sommet spécial de l'Organisation de l'Unité africaine sur le SIDA en 2001, comporte un engagement selon lequel

Figure 38



Source : Adapté d'une présentation conjointe OMS/ONUSIDA, 27 janvier 2002, Genève

15% des budgets nationaux seraient consacrés aux dépenses de santé. La Figure 39 montre que pour plusieurs pays ceci demanderait une augmentation marquée des dépenses.

Parmi les plus atteints, on compte néanmoins plusieurs des pays les plus pauvres du monde, qui seraient bien en peine de financer la totalité de leurs efforts de lutte contre le VIH/SIDA à partir de leurs ressources propres. Les responsables nationaux de programmes SIDA, les directeurs de la santé et les ministres de la santé de 14 pays d'Afrique subsaharienne ont mis en évidence en 2001 les déficits de financement auxquels leurs pays devraient faire face. Pour six pays (le Kenya, le Lesotho, le Malawi, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe), ce déficit allait de 50 à 200 millions de dollars. Compte tenu de la faiblesse de l'assise fiscale et du revenu de ces pays, ces déficits soulignent la nécessité d'une aide accrue de la part des donateurs. Le financement international devra apporter jusqu'à 80% des ressources requises pour l'Afrique subsaharienne

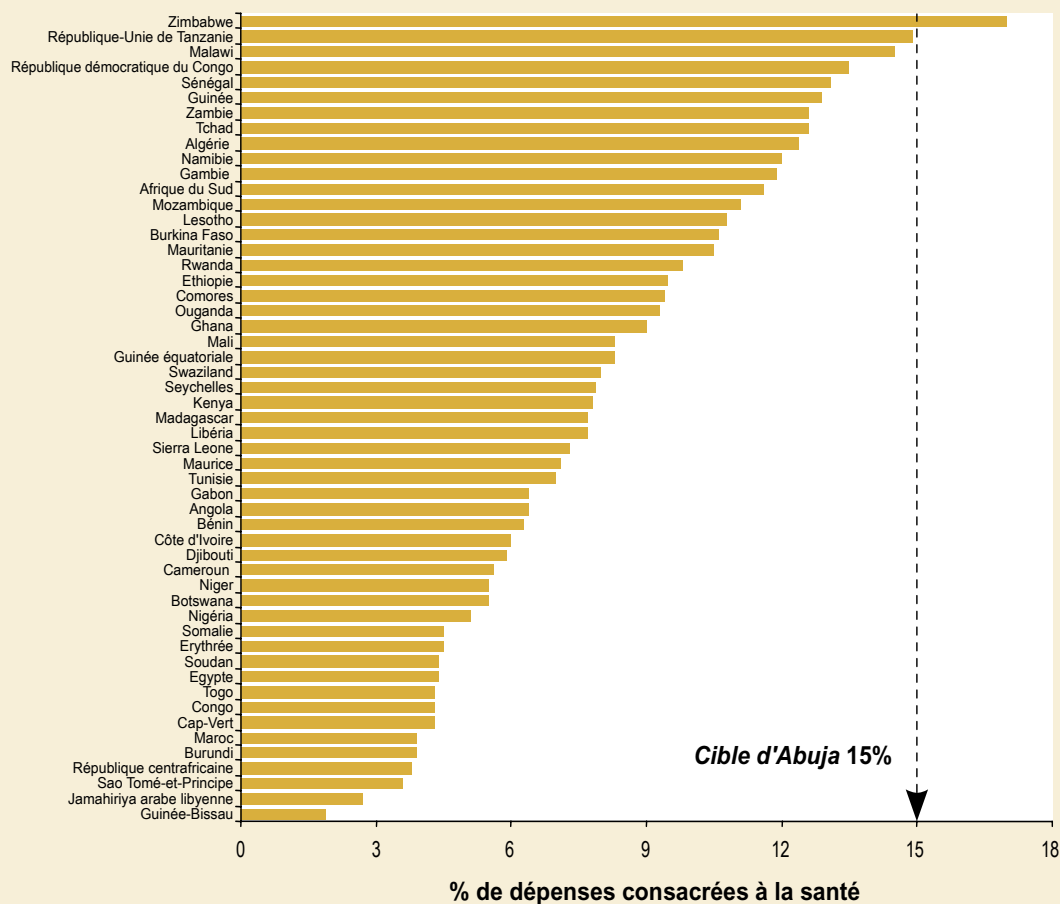
et l'Asie du Sud et du Sud-Est, et ce déficit devra provenir de plus d'une source. Parmi les différents secteurs qui peuvent apporter une riposte au SIDA, chacun a un avantage spécifique.

Les donateurs internationaux apportent les deux tiers des dépenses prévues pour le VIH/SIDA en 2002 dans les pays à revenus moyen et faible, pour l'essentiel sous forme d'Aide officielle au Développement. Outre les fonds qu'ils apportent, de nombreux pays donateurs apportent aussi des ressources techniques et s'efforcent de développer la solidarité entre leurs propres communautés nationales et celles du pays bénéficiaire — en faisant par exemple appel au réseau des organisations sans but lucratif. La Figure 40 résume les prévisions de dépenses liées au VIH/SIDA en 2002 émanant de diverses sources internationales.

Les organisations multilatérales constituent un autre réseau important d'aide internationale. Elles sont bien placées pour veiller à ce que l'on applique des normes techniques et scientifiques internatio-

Figure 39

Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses nationales dans les pays africains : 1998



Source : OMS (2001) *Rapport sur la santé dans le monde*

nales, pour encourager un consensus sur les approches efficaces et pour aider les programmes SIDA à atteindre progressivement la pérennité financière à long terme. Des organismes comme le FNUAP, le PNUD et l'UNICEF, par exemple, permettent par ailleurs de transférer les financements en provenance des donateurs bilatéraux dans les pays où

ces donateurs ne disposent pas des compétences nécessaires à la programmation.

Toute une série d'importantes fondations internationales ont considérablement accru leur soutien aux activités liées à la population — qui est passé de 99,3 millions de dollars en 1995 à une somme

Figure 40

estimée à 539 millions de dollars en 2000. Leurs activités se rapportent souvent à l'éducation sexuelle, à la fourniture de préservatifs et à d'autres activités liées à la lutte contre le VIH/SIDA. Les Fondations Bill et Melinda Gates, Rockefeller, Marie Stopes, Kaiser, et des Nations Unies, ainsi que l'Open Society Institute, parmi bien d'autres, sont actives dans la programmation contre le VIH/SIDA.

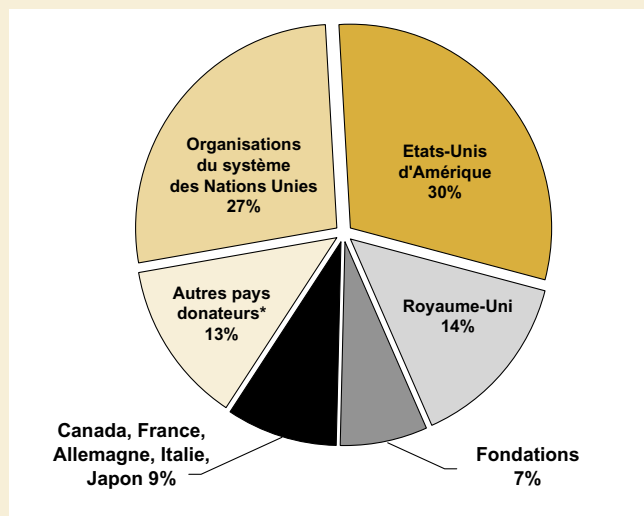
La source de financement la plus récente est le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui a pour lui de permettre la répartition rapide de ressources nouvelles vers des programmes qui ont le plus de chances de réussir au sein des pays qui en ont le plus besoin.

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

En activité depuis janvier 2002, Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a été mis en place en tant qu'instrument de financement destiné à compléter le financement existant pour les programmes qui visent le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds centre son activité sur l'obtention de ressources supplémentaires et l'attribution de ces ressources aux niveaux des pays et des communautés.

En tant que partenariat entre le secteur privé et le secteur public, le Fonds compte des représentants officiels des pays (du Nord et du Sud) ainsi que des représentants du secteur des affaires, des organisations non gouvernementales et des communautés directement affectées par l'épidémie. Le

Ressources internationales disponibles et documentées pour le VIH/SIDA : 2002



*Membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE

Source : ONUSIDA, 2002

Secrétariat de ONUSIDA et deux de ses organismes coparrainants (l'OMS et la Banque mondiale) font partie du Comité du Fonds, sans droit de vote. Le Fonds coordonne ses activités avec les gouvernements, la société civile, les organisations non gouvernementales, l'ONUSIDA, le secteur privé et les donateurs.

En date d'avril 2002, les promesses au Fonds s'élevaient en tout à un peu moins de 2 milliards de dollars. La plupart des fonds engagés provenaient des budgets officiellement destinés par les pays donateurs à l'aide au développement et des apports d'importantes organisations philanthropiques. La Figure 41 résume les promesses des donateurs en date d'avril 2002. Dans ses premières subventions, annoncées ce même mois, le Fonds a engagé plus de 616 millions de dollars sur deux ans pour appuyer des programmes de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme dans plus de 30 pays. Près de 60% de ces fonds soutiendront des programmes de prévention et de traitement

du VIH/SIDA, et la plupart de ces subventions comprennent spécifiquement un financement pour l'achat de traitements antirétroviraux. Encore 15% des fonds seront consacrés à des programmes destinés à combattre le SIDA, ainsi que le paludisme et/ou la tuberculose.

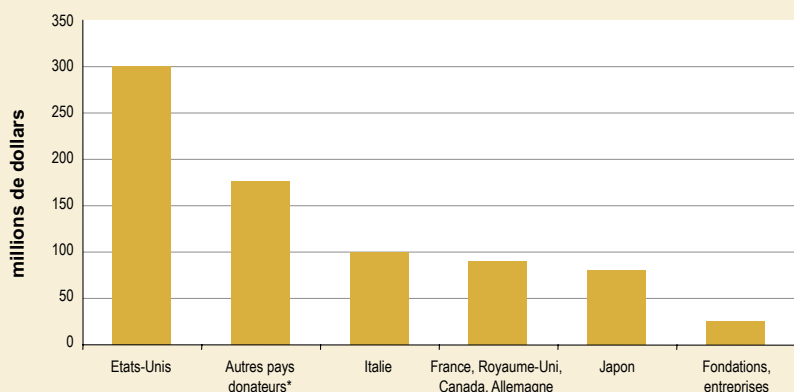
Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique

Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique, géré par la Banque mondiale, a été mis en place en 2001. Le Programme offre aux gouvernements des prêts sans intérêt d'un montant important sur plusieurs années — prêts qui sont transmis aux organisations et aux communautés et à la société civile sous forme de subventions. Ces fonds sont essentiellement destinés à améliorer et à accroître l'accès aux programmes de prévention, de traitement, de soutien et de prise en charge du VIH/SIDA (en insistant particulièrement sur les groupes vulnérables), afin d'atténuer l'impact de l'épidémie. La première étape, financée à hauteur de 500 millions de dollars, a été approuvée par la Banque mondiale en septembre 2001 et vient actuellement en aide à 13 pays d'Afrique subsaharienne. En février 2002, la Banque a apporté 500 millions de plus, ce qui devra venir en aide à 12 ou 15 autres pays. Outre les activités au niveau des pays, le Fonds devra soutenir des initiatives sous-régionales et transfrontalières, par exemple les initiatives visant les principales voies de transport comme le corridor routier Abidjan-Lagos (voir « Le Point : le SIDA et les populations mobiles »).

Une initiative du même ordre est en cours à l'heure actuelle dans les Caraïbes. Pour un montant total de 155 millions de dollars, l'Initiative

Figure 41

Ressources identifiées disponibles pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, par source, en date d'avril 2002



* Autres pays membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement économiques) et de l'Union européenne

Source : Présentation conjointe OMS/ONUSIDA, 27 janvier 2002, Genève

plurinationale de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA dans les Caraïbes fonctionne comme un programme de prêt sur cinq ans qui permet aux pays d'obtenir des crédits ou des prêts individuels destinés à financer leurs projets nationaux de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA. En date d'avril 2002, les projets à la Barbade et en République dominicaine avaient reçu une allocation globale de 40 millions de dollars.

Allègement de la dette publique

L'allègement des charges entraînées par la dette publique permet aussi de renforcer la riposte au SIDA là où celle-ci fait le plus défaut. La dette publique des 38 pays pauvres très endettés (PPTE) (dont 33 se trouvent en Afrique) est dans l'ensemble plus de quatre fois supérieure au montant annuel du revenu de leurs exportations. Ces dettes ont pour conséquence que le service annuel de la dette peut affecter gravement les dépenses des pays dans le domaine social, notamment les dépenses que requerrait la mise en place des programmes VIH/SIDA et le secours aux orphelins. En 2001, 16 gouvernements de pays

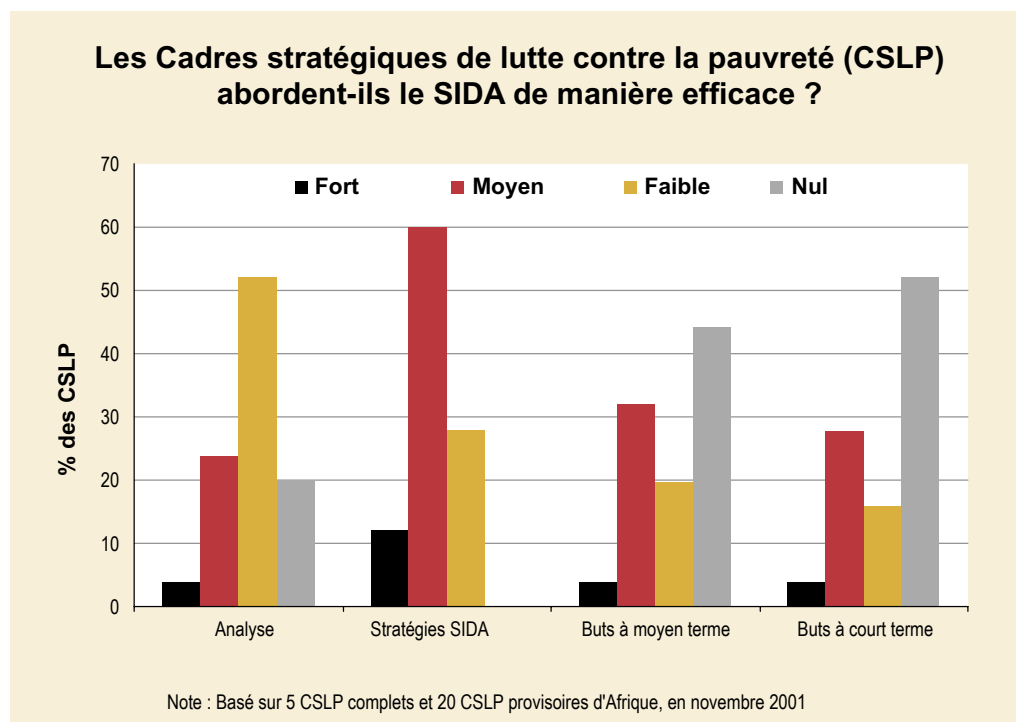
africains devaient consacrer plus d'argent au service de la dette qu'à la santé de leurs concitoyens. L'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés mise en place par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international constitue une tentative pour assouplir ces contraintes et permettre aux pays de consacrer des ressources plus importantes au développement social. Aux termes de l'Initiative, les pays qui peuvent y prendre part se voient accorder une remise de dette pour autant qu'ils satisfassent à certaines conditions, notamment l'adoption d'aménagements économiques et l'élaboration de stratégies de réduction de la pauvreté qui accordent la priorité aux dépenses sociales. L'Initiative encourage les pays candidats à inclure les programmes VIH/SIDA au sein de ces stratégies. L'ONUSIDA et ses Coparrainants s'efforcent d'apporter une assistance technique et d'autres types d'aide pour permettre aux pays

d'intégrer la lutte contre le VIH/SIDA au sein de leurs stratégies de réduction de la pauvreté.

Très peu de pays avaient mis en place la totalité d'une stratégie PPTE au début de 2002, mais 24 pays avaient atteint la première étape du processus (le « point de décision ») qui leur permet d'être pris en compte pour une réduction de la dette. Pour ces pays, une réduction de la dette pourrait libérer des sommes importantes pour les dépenses de soins de santé publique.

Selon les premières indications, les PPTE devraient dépenser environ 25% de leur remise provisoire de dette pour les soins de santé. En ce qui concerne le SIDA, les données en provenance de 10 pays africains à faible revenu de ce groupe (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zambie) font

Figure 42



Source : Hecht R. et al. (2002) Making AIDS Part of the Global Development Agenda, *Finance and Development*

penser qu'en 2001 l'ensemble de ces pays envisageait un budget de quelque 32 millions de dollars pour les activités liées au SIDA, soit environ 5% des fonds libérés par l'Initiative PPTE.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA a examiné une première série de 25 Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté tant complets que provisoires, préparés par des pays de l'Afrique subsaharienne, afin de voir dans quelle mesure ces propositions constituaient une riposte adéquate au problème du VIH/SIDA (voir Figure 42). Cet examen se fonde sur quatre critères :

- l'analyse de la relation entre pauvreté et SIDA ;
- le niveau d'intégration des principales stratégies du plan national SIDA dans les Cadres stratégiques de réduction de la pauvreté ;
- le recours à des buts définis à moyen terme pour la prévention et la prise en charge du SIDA et à des indicateurs de suivi de la pauvreté ;
- l'intégration d'initiatives à court terme pour combattre le VIH/SIDA qui peuvent faire l'objet d'un suivi.

Toutefois, dans d'autres PPTE l'argent en provenance des processus d'allègement de la dette n'a que peu ou pas été consacré spécifiquement au VIH/SIDA. En outre, plusieurs pays à revenus faible et moyen et qui souffrent de graves épidémies de VIH/SIDA ne peuvent pas accéder à cette source de financement. Pour l'instant, 16

pays où la prévalence du VIH chez les adultes dépassait 1,5% in 2001 ne peuvent prétendre à un allègement de leur dette, dont plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne où cette prévalence dépasse 20%.

Le secteur des affaires

Le secteur des affaires a aussi un rôle important à jouer dans le financement d'une riposte élargie. Environ 7% des ressources à prévoir concernent les programmes de prévention sur les lieux du travail, que les entreprises privées peuvent financer. L'échelle et la diversité des engagements de la communauté des affaires contre le SIDA ne représentent encore qu'une fraction de leur engagement potentiel. Il existe néanmoins des initiatives VIH/SIDA pionnières où le monde des affaires met à profit les forces essentielles de ce secteur dans la lutte contre le SIDA. Ainsi, l'ONUSIDA collabore avec MTV pour apporter aux jeunes du monde entier une meilleure conscience des problèmes liés au SIDA. En Asie, le Conseil thaïlandais des Entreprises [Thai Business Council] s'est associé à la Croix-Rouge thaïlandaise et d'autres partenaires afin d'intégrer le VIH/SIDA dans le matériel d'apprentissage standard offert aux écoles de la marine marchande. Au Botswana, Debswana a encouragé la prévention, le traitement et la prise en charge pour ses employés et leurs conjoints, avec pour conséquence une diminution effective de l'incidence de l'infection à VIH, en particulier parmi les travailleurs les plus jeunes (Voir « Le Point : le SIDA et le monde du travail »).

Image d'ensemble

Ce type d'innovations aide les pays à améliorer leurs ripostes au SIDA de façon significative. Mais leur impact risque d'être limité à plus long terme si la distribution mondiale des ressources et des possibilités économiques reste aussi inéquitable qu'elle l'est de nos jours.

Malheureusement, les transferts de ressources en direction des pays à faible et moyen revenus continuent à diminuer. Il faudra que la circulation de l'aide s'accroisse considérablement si l'on veut que les pays les plus pauvres puissent élaborer et maintenir des ripostes élargies au SIDA, et pour-

Déclaration d'engagement

Demander instamment à la communauté internationale de s'associer aux efforts déployés par les pays en développement qui allouent une part croissante de leurs ressources nationales à la lutte contre l'épidémie de VIH/sida en augmentant l'assistance internationale au développement, notamment pour les pays les plus gravement touchés par le VIH/sida [...] (paragraphe 84).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

tant l'Aide officielle au Développement est à son niveau le plus bas depuis 20 ans. En 2000, quatre pays seulement ont honoré l'engagement pris en 1970 — à savoir de faire passer le niveau de l'aide au développement à 0,7% de leur produit national brut. Pour la plupart des pays riches, ce niveau était inférieur à 0,3%, voire 0,1% dans un cas, comme le montre la Figure 43. L'aide à l'Afrique a diminué de façon dramatique — de 36 dollars par personne en 1990 à seulement 20 dollars en 1999. Les estimations du PNUD montrent que l'aide aux 28 pays les plus sérieusement atteints par le SIDA (prévalence de l'infection à VIH supérieure à 4% chez les adultes) est tombée d'un tiers entre 1992 et 2000. La Banque mondiale estime qu'il faudrait chaque année un supplément de 40 à 60 milliards de dollars en aide extérieure, accompagnée d'améliorations de la politique et des institutions, pour permettre aux pays d'atteindre les cibles économiques esquissées parmi les objectifs du développement du millénaire d'ici à 2015.

D'autres approches pourront venir en aide à la riposte mondiale contre le SIDA et faciliter la correction des circonstances qui laissent les popu-

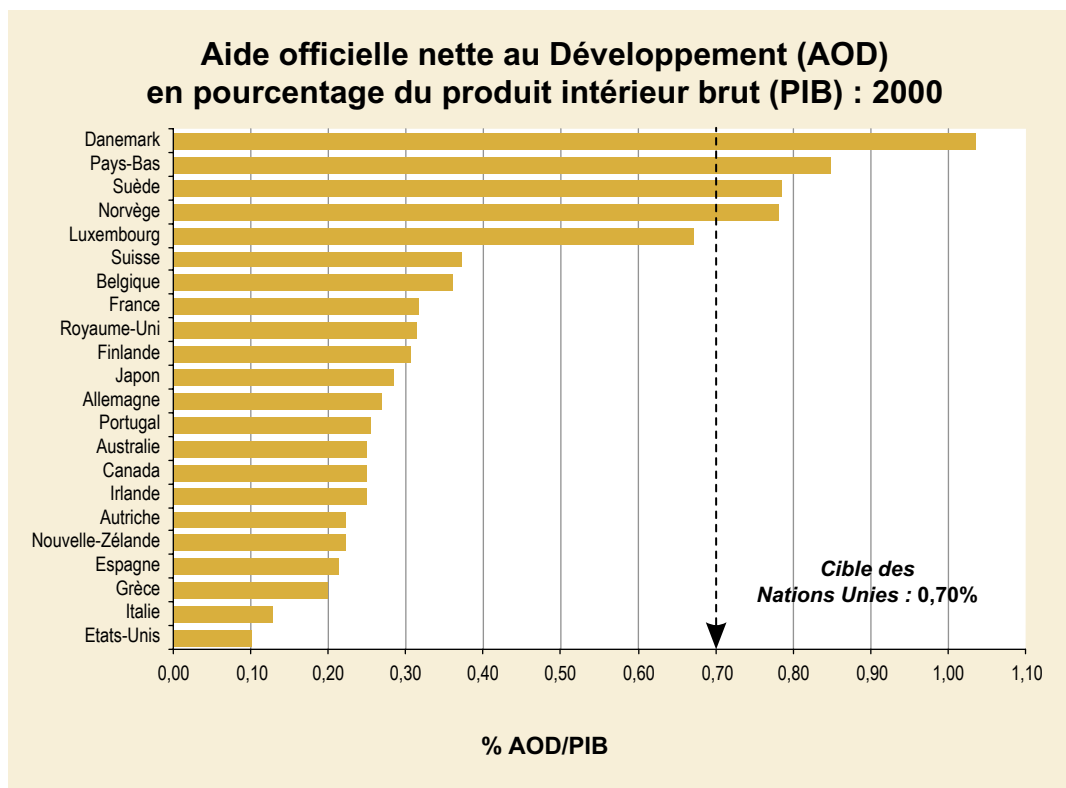
lations vulnérables à l'épidémie et à ses conséquences. Les créditeurs économiques, notamment les donateurs multilatéraux, peuvent remettre une proportion beaucoup plus importante des dettes que doivent assurer les pays pauvres, dont plusieurs ont déjà remboursé des sommes largement supérieures au capital initialement emprunté. Des modifications positives apportées aux systèmes de régulation multilatéraux pourront permettre des relations commerciales plus justes au niveau mondial et offrir aux biens et aux services des pays à revenus faible et moyen un accès plus étendu aux marchés mondiaux. On pourra aussi encourager les efforts des pays pour stimuler leur économie et améliorer leur situation socio-économique en encourageant une circulation plus juste et moins fluctuante de la circulation des capitaux. En 2000, par exemple, l'apport de capitaux d'investissement étranger direct au bénéfice de l'Afrique subsaharienne n'a représenté que 0,4% du total de ces investissements, contre 0,6% en 1999. Il y a donc bien des possibilités de venir en aide aux pays et de leur permettre de poursuivre des stratégies de développement durable qui correspondent aux besoins essentiels de leurs citoyens.

Pour que cela compte

La plupart des pays à revenus faible et moyen ont à l'heure actuelle des plans détaillés de lutte contre le SIDA, et presque tous ces pays ont établi un budget pour ces activités. Pour assurer le succès

de ces plans, il faudra que les investissements financiers accrus soient accompagnés d'investissements équivalents en ressources humaines et en compétences institutionnelles. Il faudra aussi une


Figure 43



Source : Pour les données du PIB, OCDE, Comptes nationaux des pays de l'OCDE, volume 1 ; pour les données relatives à l'AOD, OCDE

maîtrise plus efficace et une plus grande efficacité en ce qui concerne les mécanismes de transfert des ressources pour permettre aux dépenses consacrées au SIDA de circuler de façon effective vers les niveaux où ces dépenses seront les plus nécessaires (voir le chapitre sur les « Actions nationales »).

D'innombrables communautés sont prêtes à passer à l'action. Les innovations en cours

en matière de financement nous rappellent que les capacités mondiales de lutte contre le VIH/SIDA sont loin d'être épuisées. Compte tenu cependant des besoins colossaux auxquels il faudra répondre, il faudra multiplier ce type d'efforts par plusieurs ordres de grandeur si le monde veut venir à bout de la faille entre ressources et besoins. 

Les actions nationales et de l'engagement aux actes



Les actions nationales : de l'engagement aux actes

Après deux décennies de VIH/SIDA, une expérience considérable a été rassemblée sur les manières les plus efficaces de lutter contre l'épidémie. Au niveau national, les chefs d'Etat s'engagent avec leurs administrations à lutter contre le SIDA à tous les niveaux, notamment jusqu'aux associations de voisinage et aux communautés. Cet engagement politique se traduit en actes à mesure que les structures institutionnelles sont réorganisées et mobilisées pour la lutte. Davantage de ressources sont déployées. Et les efforts nationaux s'associent à travers les frontières.

L'engagement politique : joindre les gestes à la parole

Il y a six ans à peine, alors que l'ONUSIDA démarrait son travail de plaidoyer avec des gouvernements aux quatre coins du monde, il était souvent difficile de susciter l'intérêt des responsables politiques de haut niveau vis-à-vis du VIH/SIDA. La pression à laquelle les soumettaient de nombreuses autres priorités et le manque criant d'informations faisaient que l'épidémie était considérée avant tout comme un problème médical à gérer par les ministères de la santé.

Maintenant, cependant, les présidents et les premiers ministres de toute l'Afrique, des Amériques,

des Caraïbes, d'Asie et d'Europe orientale expriment publiquement leur engagement personnel dans la lutte contre le SIDA. Ils ont admis que le SIDA ne se limitait pas à un problème de santé ; c'est une question fondamentale en matière de développement, de progrès et de sécurité. En Afrique, par exemple, les chefs d'Etat de plusieurs pays — notamment l'Afrique du Sud, le Mali, le Nigéria, l'Ouganda et le Rwanda — se sont unis pour créer AIDS Watch Africa. Cette initiative, qui constitue un exemple d'éducation par les pairs au plus haut niveau, permet à ses membres d'alerter d'autres chefs d'Etat à propos de la menace que

Déclaration d'engagement

D'ici à 2003, concevoir et mettre en œuvre des stratégies nationales multisectorielles et financer des plans de lutte contre le VIH/sida qui s'attaquent directement à l'épidémie [...] (paragraphe 37).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

constitue le SIDA vis-à-vis de leur développement et de les encourager à affronter l'épidémie.

Cet engagement politique au plus haut niveau a acquis un poids qui n'est pas seulement symbolique. Des progrès rapides ont été accomplis dans plusieurs pays quand les présidents et les premiers ministres ont pris le contrôle de la riposte au SIDA, en présidant souvent les Comités de coordination nationaux chargés de la lutte contre l'épidémie. Mais la valeur

symbolique des déclarations d'engagement retentissantes est également importante, parce qu'elle sonne l'alarme, contribue à inciter les gens à agir et redonne l'espoir à ceux qui auraient pu se sentir marginalisés par une maladie dont on parlait peu publiquement. Le Président ukrainien Leonid Kuchma, par exemple, a considérablement fait progresser la lutte dans son pays en déclarant 2002 « Année contre le SIDA » dans son pays.

Agir à travers les frontières

Le fait de reconnaître le SIDA comme un problème de sécurité humaine, ainsi que les préoccupations générales relatives aux effets négatifs de la mondialisation, ont fait passer à tous les gouvernements le message que le SIDA était réellement un problème mondial appelant des ripostes mondiales. L'engagement politique se fait non seulement au niveau national mais également régional.

Le Partenariat Pan-Caraïbe sur le VIH/SIDA en constitue un exemple. Lancé lors de la réunion des chefs d'Etat de la région en février 2001, il unit les ressources des gouvernements et de la communauté internationale à celles de la société civile pour stimuler les actions nationales et régionales. Fonctionnant comme un élément du Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), il inclut des partenaires régionaux comme le Réseau de personnes vivant avec le VIH/SIDA des Caraïbes, la Banque de Développement des Caraïbes et l'Université des Indes occidentales.

A travers l'océan, le Partenariat international contre le VIH/SIDA en Afrique réunit les forces de cinq groupes de parties prenantes — les gouvernements, les donateurs bilatéraux, la société civile, le secteur privé et les Nations Unies — pour plaider en faveur de l'élargissement et de la coordination des efforts dans la lutte contre la maladie. Le Partenariat encourage la création de « forums de partenariat » ouverts à tous dans chaque pays et il a été l'instrument de manifestations à l'échelle continentale, comme par exemple les discussions sur le SIDA lors du Forum 2000 pour le Développement de l'Afrique ou le sommet d'Abuja en 2001.

Le Partenariat de l'océan Indien contre le SIDA, de la même façon, rassemble les pays insulaires des Comores, de Madagascar, de Maurice, des Seychelles et le département français de la Réunion. Centrés sur la Commission de l'océan Indien, les partenaires ont décidé notamment de mobiliser des ressources communes, de plaider en faveur de l'accomplissement des objectifs de la Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, d'intégrer les programmes VIH/SIDA dans les instruments de développement national et de renforcer les capacités des organisations non gouvernementales.

Les organisations non gouvernementales forment également des liens régionaux et internationaux. En Asie, la Coalition des réseaux régionaux Asie-Pacifique sur le VIH/SIDA (connue sous le nom de Sept Sœurs) rassemble des réseaux représentant — ou travaillant avec — certains des groupes les plus affectés ou les plus vulnérables de la région, en collaboration avec les prestataires de services et autres professionnels travaillant dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA.

Rompre le silence

La participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA est cruciale si l'on veut surmonter les obstacles de la stigmatisation, de la discrimination et du déni. Mais si elles doivent opter pour la transparence plutôt que pour le secret, les personnes vivant avec le virus ont besoin d'un environnement protecteur. Pour l'obtenir, les chefs d'Etat doivent sauvegarder les droits humains fondamentaux. Ceci peut signifier l'obligation de revoir et d'améliorer les instruments juridiques et de faciliter l'accès du public à l'information et aux services juridiques (voir « Le Point : le SIDA et les droits de l'homme »). Aux Philippines, par exemple, la Loi nationale de 1997 sur le SIDA a été élaborée en consultation avec une large gamme de partenaires par le Ministère de la Justice. Plus récemment, le Partenariat de l'océan Indien (voir l'encadré « Agir à travers les frontières ») affirme de façon explicite la nécessité de respecter les droits de l'homme pour que les stratégies de lutte contre le SIDA réussissent.

L'engagement des plus hauts responsables politiques doit s'exprimer à tous les niveaux du gouvernement. C'est dans cet ordre d'idées que la Réunion annuelle des parlementaires francophones de mai 2001 a rédigé un document servant de cadre conceptuel pour guider les juridictions d'Afrique de l'Ouest à contribuer de façon efficace aux actions nationales. De l'autre côté du continent, au milieu de l'année 2001, 80 membres du parlement de la République-Unie de Tanzanie ont créé la Coalition des parlementaires tanzaniens sur le SIDA pour plaider à la fois au sein du parlement et à l'extérieur.

L'engagement politique à un niveau plus local est également important. Au Bélarus, le Conseil national SIDA a des partenaires aux niveaux régional et municipal. Chacun est assuré d'avoir une influence sur la politique grâce au fait qu'un député, membre du gouvernement local, préside les conseils locaux. Ces conseils décentralisés contribuent déjà à mettre le SIDA en tête des priorités locales.

Mobiliser tous les secteurs de la société

Un des rôles majeurs du gouvernement est d'ouvrir la voie à tous les secteurs de la société afin qu'ils puissent participer à la riposte. Les pays qui ont eu recours à une approche multisectorielle ont vu leur riposte nationale soutenue par l'implication des associations et des groupes religieux, culturels et communautaires, des employeurs, des syndicats et des organisations non gouvernementales.

En Afrique tout particulièrement, il est devenu habituel d'inclure de nombreux ministères ainsi que des représentants de la société civile et d'autres partenaires du développement dans des structures de coordination politique de haut niveau. Le Togo en a fourni un exemple récent quand son Président a créé et présidé un Conseil national SIDA qui comprend désormais des représentants de plusieurs ministères, de la société civile et du secteur privé. Cet exemple se répète dans d'autres pays. Dans les Caraïbes, par exemple, le Gouvernement de Saint-Kitts-et-Nevis a récemment ouvert son Comité consultatif national sur le SIDA à des syndicats, des organisations non gouvernementales, des organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, des groupements religieux et au secteur privé.

Le fait que de plus en plus de conseils, commissions ou autres organismes nationaux soient dirigés par des présidents, des premiers ministres ou des vice-présidents reflète la menace que fait planer le SIDA sur le développement de chaque pays. Ce leadership de haut niveau non seulement démontre l'engagement politique mais il incite également les ministères autres que celui de la santé à élaborer des activités de lutte contre le SIDA dans le cadre de leurs programmes habituels.

Il faut cependant être prudent. La mobilisation politique et les organismes qui élaborent les politiques doivent être gérés soigneusement afin d'éviter la confusion au sein des institutions existantes qui

Tableau 3

| Nombre de Conseils nationaux SIDA, de Commissions ou d'autres organismes dirigés par des présidents, des premiers ministres ou leurs adjoints | | | |
|---|---|---|---|
| Afrique (13) | Asie (5) | Europe orientale & Asie centrale (5) | Caraïbes (4) |
| Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Mozambique, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal, Swaziland, Togo | Chine, Mongolie, Népal, Thaïlande, Viet Nam | Bélarus, Kazakhstan, Kirghizistan, Tadjikistan, Ukraine | Barbade, Haïti*, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis |
| * En Haïti, c'est la Première Dame qui préside l'organisme. | | | |

mettent déjà en œuvre des activités liées au SIDA. Les ministres de la santé, par exemple, ont traditionnellement été à la tête de la programmation en matière de SIDA, généralement par l'intermédiaire de programmes nationaux de lutte. Une manière d'éviter les conflits potentiels consiste à établir des responsabilités claires pour la coordination, le plaidoyer et l'élaboration de politiques d'une façon qui ne compromette pas le mandat des ministres de la santé ou d'autres structures existantes. Au Kenya, par exemple, le Conseil national de lutte contre le SIDA se charge de la coordination et de l'évaluation de toutes les activités relatives au SIDA tandis que le Ministère de la Santé continue à gérer les interventions qui sont surtout liées à la santé. Une assistance à grande échelle comme le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique de la Banque mondiale a fourni un financement aussi bien au Conseil national de lutte contre le SIDA (pour soutenir le travail de coordination et pour canaliser les fonds vers les autres ministères et vers les acteurs non gouvernementaux) qu'au Ministère de la Santé.

Au sein d'un cadre bien coordonné, de plus en plus de pays démontrent comment chaque ministère peut intégrer le SIDA dans son mandat, souvent en

coordination avec d'autres ministères et organismes. A Sri Lanka, par exemple, le Ministère de l'Emploi, le Bureau de l'Education pour la Santé et le Ministère de la Condition féminine se sont attelés au problème des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA dans les zones de libre-échange. En effet, l'attraction exercée par ces zones sur les travailleurs migrants nationaux et étrangers et les modifications de leurs revenus augmentent le risque de VIH/SIDA non seulement à l'intérieur de ces zones mais également aux alentours. Les ministères coopèrent avec des organisations non gouvernementales pour offrir des services de prévention aux travailleurs migrants dans ces zones. Et dans le secteur des transports, les Ministères des Chemins de fer de Chine et de Mongolie ont lancé des programmes destinés aux jeunes migrants voyageant dans leurs pays respectifs.

Comme le SIDA est un problème qui concerne la société dans son ensemble, la riposte à l'épidémie doit être liée aux enjeux de développement du pays (comme le travail et le commerce) et aux instruments de développement comme les Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté. En Afrique, par exemple, 10 pays ont consacré près de 5% de l'épargne de la dette aux activités SIDA

grâce au programme d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) (voir le chapitre « Répondre aux besoins »).

Pendant ce temps, le Huitième Plan national de développement social et économique de la Thaïlande, qui tient compte du SIDA dans la stratégie globale de développement du pays, traite le SIDA comme inséparable des autres problèmes de développement. Cette attitude reflète l'accent du plan sur le caractère holistique du développement et le renforcement des capacités à long terme — une approche qui a été adoptée dans toute la planification relative au SIDA pendant cette période.

Construire la société civile et s'appuyer sur elle

Les approches multisectorielles ont un autre intérêt : elles sont la clé d'un renforcement des capacités de la société civile et permettent aux individus et aux groupes d'être des participants actifs plutôt que des cibles passives de la programmation. Les organisations de la société civile jouent des rôles importants en matière de plaidoyer, de participation à l'élaboration de politiques et de programmes et dans leur mise en œuvre, et dans la prestation de services, particulièrement au niveau communautaire.

La contribution des organisations confessionnelles

Les organisations confessionnelles jouent un rôle important dans la riposte au VIH/SIDA. En Afrique, les hôpitaux et dispensaires religieux ont été parmi les premiers à soigner les malades du SIDA. Elles ont également un rôle majeur à jouer dans le plaidoyer et la prévention.

En Asie du Sud-Est, les moines et moniales bouddhistes du Cambodge, de la Thaïlande et du Viet Nam offrent soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, tout en travaillant dans la prévention. L'organisation catholique Caritas International a conduit depuis de longues années une réflexion théologique sur le VIH/SIDA tandis que de nombreuses Caritas nationales prodiguent soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux orphelins. En Afrique, par exemple, l'USAID offre des subventions destinées à la planification stratégique et aux activités programmatiques de divers réseaux religieux comme la Conférence des Eglises de toute l'Afrique, l'Organisation des Eglises d'institution africaine, l'Association médicale islamique d'Ouganda, l'Eglise de la Province d'Afrique australe (anglicane) et l'Alliance interconfessionnelle d'Ouganda. De même, la Conférence épiscopale latino-américaine travaille avec le bureau régional de l'UNICEF à l'organisation d'ateliers et de cours de formation sur le VIH/SIDA destinés aux travailleurs pastoraux de toute la région.

Les organisations confessionnelles ont une influence énorme sur les normes culturelles qui guident les comportements individuels et communautaires et affectent la perception de l'information relative au SIDA. Certaines élèvent des objections à l'utilisation de préservatifs, préférant prôner la fidélité et l'abstinence comme mesures de prévention. Cet enseignement peut contribuer à modifier positivement les comportements si les gens acquièrent la capacité d'y adhérer dans leur vie quotidienne. D'autres organisations religieuses, comme la Communauté islamique d'Ouganda, ont publiquement admis que l'éducation à une utilisation responsable des préservatifs était acceptable. De même, le plan d'action récent de l'Alliance œcuménique pour la défense de causes de paix et de justice cite l'éducation sexuelle comme un outil fondamental de la prévention du VIH et insiste sur le fait que le public a besoin d'informations factuelles sur l'anatomie des organes génitaux, la physiologie et la psychologie sexuelles pour pouvoir choisir l'abstinence ou la fidélité.

Au Brésil, par exemple, une grande partie des succès en matière de prévention du VIH est redevable aux plus de 600 organisations non gouvernementales et organisations communautaires. Pendant les 10 dernières années, voire plus, ces organisations ont mis en place des programmes d'échange de seringues, distribué des préservatifs, géré des groupes de soutien et fourni des services de conseil. Elles ont également fait en sorte que le VIH/SIDA soit constamment sous les projecteurs pour le public et exercé les pressions politiques essentielles si nécessaire. En 1999, quand le Ministère de la Santé a été confronté à des réductions budgétaires affectant notamment le SIDA, la tuberculose et d'autres maladies, ces groupes se sont mobilisés. Leurs activités, notamment les manifestations de rue, ont été largement couvertes par la presse et ont reçu le soutien de certains membres du parlement. Le financement a finalement été restauré. Une société civile solide s'épanouit dans un environnement où l'Etat autorise la participation de telles organisations non gouvernementales. Sur un mode militant, les organisations de la société civile doivent avoir la compétence — à la fois grâce à une reconnaissance juridique et à leur pratique quotidienne — d'organiser, de publier et de recueillir l'information, tout en pouvant avoir recours aux tribunaux et, le cas échéant, la possibilité de manifester. En tant que participants actifs à la conception et à la mise en œuvre des politiques et des programmes, elles doivent siéger à la table de réunion dès le début.

L'élaboration récente de la politique nationale relative au SIDA en République-Unie de Tanzanie, par exemple, s'est basée sur une consultation très large de tous les ministères et de toutes sortes d'organisations de la société civile. Un domaine qui a particulièrement bénéficié de cette participation de la société civile — dans le cas présent, du monde des affaires — a été celui de la riposte au SIDA sur les lieux de travail. Des représentants du Ministère de l'Emploi et d'organisations d'employeurs et de tra-

vailleurs ont collaboré à la création de politiques basées sur le Code de bonne pratique de l'OIT.

D'importantes initiatives financières récentes ont également impliqué la société civile dans leur conception et leur mise en œuvre. Le Programme plurinational de lutte contre le SIDA en Afrique de la Banque mondiale vise ouvertement à recourir à des organisations non gouvernementales comme partenaires de la mise en œuvre à hauteur d'environ 50% des fonds. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, récemment créé, exige que les propositions émanant des différents pays passent par des « mécanismes de coordination nationaux » qui devraient impliquer la société civile.

Le principe de participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GIPA) reste la pierre angulaire des ripostes multisectorielles. Historiquement, dans des pays comme l'Australie, le Brésil, la Côte d'Ivoire, la France, la Norvège, l'Ouganda, le Royaume-Uni et la Thaïlande, les organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA ont contribué à la rédaction des plans nationaux et à leur adaptation aux conditions de terrain. Ceci se passe dans un nombre croissant de pays avec des résultats encourageants. Au Cambodge, par exemple, la création d'un Réseau national de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2001 reflète un environnement social positif très différent de ce qu'il était il y a deux ans encore. La légitimité de ce réseau a été confirmée par la décision récente du gouvernement d'inclure des représentants des personnes vivant avec le VIH/SIDA au sein du mécanisme de coordination national. Sur le plan politique, cette décision se reflète dans le nouveau « Cadre stratégique national pour une riposte globale et multisectorielle au VIH/SIDA 2001-2005 », qui reconnaît ouvertement le GIPA comme un principe majeur de l'action nationale. De nombreux autres exemples viennent d'Afrique, où le GIPA a bénéficié d'une promotion vigoureuse (voir le chapitre « Prévention »).

Structures institutionnelles : les fondements de la riposte

Diverses structures institutionnelles et divers modes de fonctionnement doivent être en place pour permettre à l'engagement politique et à la participation multisectorielle de se traduire en programmation effective. Les Plans stratégiques nationaux constituent les principaux outils nécessaires à l'établissement de priorités et à la budgétisation des activités VIH/SIDA d'un pays puisqu'ils fournissent un cadre opérationnel où investir des ressources financières nouvelles et existantes. Ils servent également de carte pour mettre en place des structures et montrent où les capacités humaines et institutionnelles doivent être renforcées.

Planification stratégique et mise en œuvre

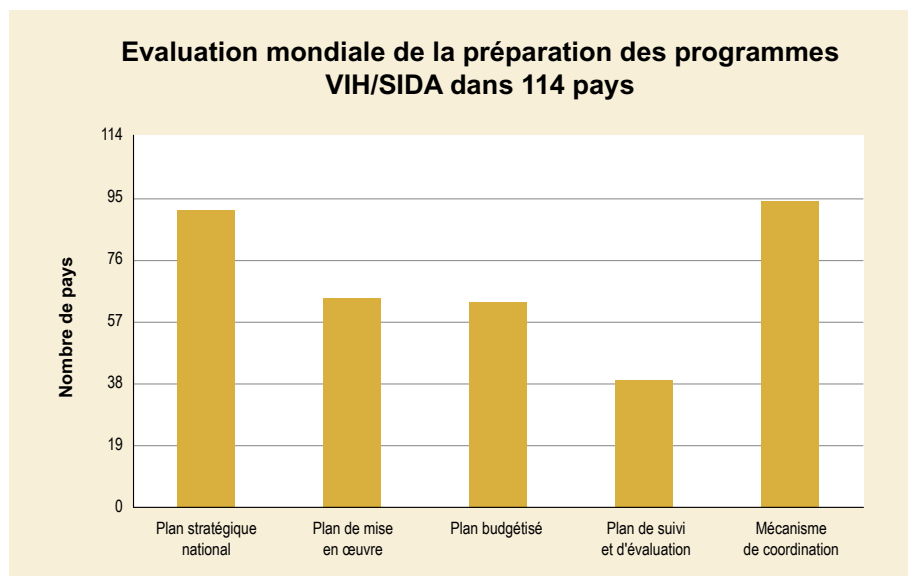
En janvier 2001, l'ONUSIDA a effectué une évaluation de l'état de préparation de plusieurs

pays de façon à déterminer comment appliquer un niveau de financement plus élevé aux programmes VIH/SIDA. Les 114 pays évalués appartenaient à toutes les régions. Leur « préparation » a été évaluée en fonction de cinq composants :

- l'existence d'un plan stratégique SIDA ;
- la capacité de mettre en œuvre ce plan ;
- un budget détaillé du plan ;
- une stratégie de suivi et d'évaluation ; et
- l'existence de mécanismes de coordination entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales, le système des Nations Unies et les donateurs bilatéraux.

Les résultats de cette évaluation sont résumés dans le Figure 44. Le nombre relativement élevé de plans stratégiques nationaux et de mécanismes

Figure 44



Source : Présentation conjointe OMS/ONUSIDA, 27 janvier 2002, Genève

de coordination reflète les progrès accomplis en termes de leadership politique et d'engagement des gouvernements à mobiliser la riposte au SIDA. Près de 100 pays ont été capables de rédiger des propositions destinées au Fonds mondial en six semaines, surtout grâce à l'existence de plans stratégiques et de comités de coordination qui pouvaient facilement être adaptés aux exigences du Fonds.

En Afrique, il ne reste plus qu'une poignée de pays dépourvus de riposte au SIDA. Mais dans de nombreux pays, les plans ne sont qu'à un stade précoce et la budgétisation et le suivi sont encore en cours d'élaboration. En Asie, la planification est généralement bien avancée ; les rares exceptions correspondent généralement à une faible priorité des activités SIDA reflétant une prévalence du VIH encore faible. En Europe, les ripostes varient. Dans certains cas, les programmes se préparent à affronter l'augmentation brutale et récente de l'incidence du VIH. Dans les Amériques, les ripostes au SIDA sont généralement déjà anciennes et exhaustives même si certains pays sont encore à la traîne.

D'une manière générale, peu de pays disposaient de plans budgétisés et moins encore de systèmes de suivi et d'évaluation destinés à faciliter la gestion et à ajuster la mise en œuvre des activités. Ces résultats mettent en lumière la nécessité de se concentrer sur le renforcement des capacités de gestion des programmes dans le monde entier.

Si l'examen s'est concentré sur le niveau de préparation, il ne faut cependant pas en conclure que les ressources ne doivent aller qu'aux pays les mieux préparés : dans certains cas, le besoin est justement plus grand parce que le pays est mal préparé à affronter les défis que représente le SIDA.

Coordination nationale

Une action nationale basée sur la planification stratégique et les approches multisectorielles n'est cependant pas une solution magique à tous les défis potentiels. En fait, elle pourrait même susciter

des complications nouvelles comme des querelles de territoire, une division floue des responsabilités, une compétition pour l'attribution des budgets et des incohérences entre les ministères ou les différents secteurs. Il est donc essentiel de disposer au préalable de structures nationales solides qui coordonnent la prise de décisions au plus haut niveau avec des organismes d'exécution opérationnels.

Au cours des deux dernières années, plusieurs pays ont fait des progrès substantiels en créant des structures institutionnelles pour mieux coordonner et gérer leurs actions nationales. Chaque pays l'a fait à sa manière. La Côte d'Ivoire a créé un Ministère du VIH/SIDA tandis que le Cambodge dispose d'une Autorité nationale, c'est-à-dire d'un organisme inter-ministériel, comprenant 15 ministres, la Croix-Rouge cambodgienne et les gouvernements provinciaux. L'Unité nationale de coordination du Brésil, située au sein du Ministère de la Santé, a servi de modèle à plusieurs pays tandis que d'autres ont suivi l'approche mise en œuvre en Thaïlande au début des années 1990 en nommant des conseils ou des commissions dans le bureau du Président ou du Premier Ministre. Dans plusieurs pays d'Afrique, ce sont le président, le premier ministre ou leurs adjoints qui président les conseils nationaux. Certains pays d'Asie centrale ont adopté le même modèle. Le Kazakhstan, par exemple, dispose à la fois de comités transsectoriels centraux et régionaux présidés respectivement par le Vice-Premier Ministre et par les Vice-Gouverneurs. Quel que soit le type d'organe créé, il a besoin d'expertise technique et de ressources durables et il doit être mis en place avec un mandat et des domaines de responsabilité clairement définis et un personnel approprié.

L'expérience de l'Éthiopie illustre le mode d'expansion des dispositifs de coordination du niveau national au niveau local. Le gouvernement dispose d'un Conseil national VIH/SIDA multisectoriel dirigé par le Président et comprenant des membres du gouvernement, des ministres, des organisations

Quatre actions nationales prometteuses

On trouve des actions nationales solides dans toutes les régions du monde, comme le montrent les exemples suivants, chacun à sa manière. Bien que l'épidémie soit à un stade différent dans chaque pays et que les conditions socio-économiques soient également différentes, il existe des similitudes évidentes, à savoir un engagement politique de haut niveau, de bons mécanismes de coordination, une planification détaillée et une mobilisation efficace des ressources.

- Au cours des dernières années, la Barbade a riposté avec vigueur à une épidémie en croissance rapide. En septembre 2000, la coordination du Programme national SIDA a été déplacée dans le bureau du Premier Ministre. Le pays finance lui-même la majorité de son programme VIH/SIDA, mais a également obtenu un prêt de 15,5 millions de dollars de la Banque mondiale pour le VIH/SIDA grâce à ses dispositifs très solides de planification et de mise en œuvre.
- Le Botswana affronte une des épidémies les plus graves du monde. Sous le leadership de son Président, qui dirige le Conseil national SIDA, le Botswana est l'un des premiers pays d'Afrique à adopter une planification de deuxième génération en passant d'une stratégie orientée avant tout vers le système de santé à une approche multisectorielle large. En dépit du coût élevé de cette riposte, le gouvernement en finance une large part lui-même.
- Le Cambodge est encore en cours de reconstruction après des décennies de conflit et fait face à un déficit considérable en termes d'infrastructures et de ressources. Il a cependant fait des progrès dans sa lutte contre le SIDA. Au cours des deux dernières années, il a en effet réduit la prévalence chez les adultes (voir le chapitre « Survivance de l'épidémie dans le monde ») et a également montré sa détermination sur le front de la politique avec une nouvelle loi relative au SIDA et fondée sur les droits de l'homme, qui doit être mise en œuvre en 2002.
- L'Ukraine affronte une épidémie en expansion rapide en même temps qu'elle essaie de gérer la transition vers l'économie de marché. Grâce à un leadership solide du Président et une implication croissante de la société civile, une riposte détaillée est cependant en cours de mise en œuvre. Des ressources importantes sont consacrées à la prévention chez les jeunes et les populations vulnérables, et les différents ministères ainsi que les services de la défense et les services pénitentiaires apportent une riposte vigoureuse.

religieuses, des organisations non gouvernementales, du secteur privé et des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ce Conseil bénéficie du soutien d'un Secrétariat au sein du bureau du Premier Ministre ainsi que de comités consultatifs et de comités de révision, et divers sous-comités. Des structures similaires existent dans chaque région, au niveau du district (*Woreda*) et au niveau local (*Kebele*). Les secrétariats régionaux et locaux coordonnent et facilitent la mise en œuvre quotidienne du Programme VIH/SIDA tandis qu'une Unité

de coordination du projet est située au sein du Conseil national VIH/SIDA. Les ressources partent de cette unité vers les régions et les *Woredas*, mais un Fonds d'urgence VIH/SIDA assure une souplesse suffisante. Il peut en effet faire parvenir de l'argent directement dans les régions et les *Woredas* en cas de nécessité.

Le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA constitue un autre mécanisme de coordination utile qui essaie d'améliorer la cohé-

rence des différents partenaires impliqués dans les ripostes gouvernementales. Les groupes thématiques sont le premier canal et le premier instrument du soutien collectif du système des Nations Unies vis-à-vis des pays et de sa collaboration avec ces pays. Depuis leur mise en place dans quelques pays en 1996, de nombreux Groupes thématiques ont évolué du stade de forums de mise en commun des informations à celui d'instrument de mobilisation de l'engagement politique ou de facilitation des partenariats entre partenaires nationaux et internationaux. En Asie centrale et en Europe orientale, par exemple, 26 Groupes thématiques ont été créés notamment au Kosovo, au Monténégro et en Serbie. Ils se sont révélés particulièrement utiles dans la mise en rapport des initiatives comptant des partenaires multiples comme le Groupe interinstitutions régional sur la santé, le développement et la protection des jeunes.

De même, les conseils de coordination des organisations non gouvernementales ont contribué à éviter les répétitions, à établir des priorités pour l'action, et à renforcer le travail de plaidoyer. L'Uruguay a désormais un Forum national des organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine du SIDA, apte à fournir une plus grande cohérence aux activités des organisations non gouvernementales dans le pays. Ce Forum maintiendra des liens étroits avec l'Unité nationale de coordination du Ministère de la Santé. Des structures similaires sont en cours d'élaboration en Argentine et au Paraguay.

Décentralisation et réponses locales

Outre l'élaboration de mécanismes de coordination, les pays ont besoin de mécanismes efficaces de décentralisation des services pour s'assurer que les ripostes sont effectives à travers tout le pays tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Les ripostes au niveau des districts se sont avérées des outils de décentralisation majeurs. Dans les

pays où le district est l'unité administrative la plus proche des communautés, il sert de pont entre les efforts communautaires et la planification stratégique nationale, ainsi que de site de planification multisectorielle.

Le Mali, par exemple, a ainsi approuvé un plan d'action 2000-2001 visant à renforcer les capacités des districts. Sa stratégie consiste à établir des partenariats locaux avec les prestataires de services qui aboutiront à l'initiative « Un cercle, une ONG » sur le VIH/SIDA (le cercle est le terme malien pour le district). L'initiative espère, d'ici à 2006, couvrir les 702 communes du pays dont chacune disposera d'un plan d'action et des partenariats requis pour sa mise en œuvre.

Le Zimbabwe a adopté une approche innovante en matière de décentralisation des fonds en reliant sa taxe sur le SIDA au processus de Plan SIDA du district. La taxe a été créée en 1999 pour compléter le financement dont disposait le Ministère de la Santé et de l'Aide à l'Enfance pour le VIH/SIDA et d'autres activités. Cette taxe oblige les personnes et les sociétés à verser 3% de leurs revenus et de l'impôt sur les sociétés à un Fonds national spécial SIDA administré par le Conseil national SIDA. Ce dernier a dans un premier temps reversé ces fonds aux organisations travaillant dans le domaine du VIH/SIDA mais il a réalisé que ce système bénéficiait en premier lieu aux organisations bien installées. En 2001, un processus a été mis en place afin de créer des plans d'action communautaires dans chacun des 55 districts du pays en collaboration avec les Comités d'action SIDA au niveau du district, de l'arrondissement et du village. Les décaissements seraient faits sur des comptes bancaires communautaires et seraient basés sur les priorités communautaires, expliquées en détail lors du processus de planification. A la fin de 2001, chaque district avait reçu du Conseil national SIDA un versement initial d'environ 90 000 dollars (à peu près l'équivalent de 5 millions de dollars du Zimbabwe à cette date).

La République-Unie de Tanzanie, où les ripostes au niveau du district ont bénéficié d'une promotion depuis plusieurs années, montre comment de tels programmes peuvent être affinés et améliorés. En juin 2001, la Commission SIDA de Tanzanie a accepté d'effectuer une évaluation des capacités des districts qui contribuerait au développement de mécanismes de planification, de coordination et de financement aux niveaux du district et de la communauté. L'étude a notamment recommandé une utilisation accrue des dirigeants locaux dans la lutte contre le SIDA, une amélioration des mécanismes de financement permettant de s'assurer que les fonds arrivent bien jusqu'aux villages et aux communautés, et davantage d'activités de communication à destination des villages et com-

munautés rurales. C'est à la suite de cette étude que les directives destinées aux Comités SIDA de district vont être reformulées.

Développement des capacités

Il est crucial de développer les capacités de mise en œuvre et de gestion des programmes nécessaires. Dans certains endroits, une absence générale de capacités entrave les activités de développement, surtout dans les sociétés qui émergent d'un conflit ou d'un changement politique majeur.

Cependant, il existe presque partout un certain niveau de capacité en matière de prévention, de traitement, de soins et d'atténuation de l'impact. Et cette capacité peut être améliorée. Les besoins

Riposte au niveau du district au Burkina Faso : problème de démarrage ou erreur de conception ?

L'expérience du district de Gaoua, dans la province de Poni, au Burkina Faso, révèle à la fois le potentiel et les pièges des initiatives VIH/SIDA au niveau du district. Le plan multisectoriel de Gaoua (GMP), animé par l'ONUSIDA et financé initialement par l'agence de coopération technique allemande GTZ, a démarré en 1997 par une analyse de situation basée sur une très large consultation. Le plan biennal de prévention et de prise en charge du SIDA qui en a résulté a été accepté par un groupe de donateurs en 1999, notamment par plusieurs Coparrainants de l'ONUSIDA. Ce plan couvrirait non seulement les problèmes de santé proprement dits, mais également des domaines plus vastes comme le type de profil migratoire contribuant à la propagation du virus dans le district. Ce plan a également bénéficié d'un soutien massif de la population locale.

Dès 2000 cependant, des problèmes sont survenus. Moins d'une année d'activités a finalement été financée et les médicaments ainsi que les nécessaires de tests ne sont jamais arrivés, compromettant la majeure partie des activités de conseil et de soins aux patients. Les causes de ces problèmes étaient liées au système national d'achats, à la complexité des procédures de commande et de débours, à des conflits d'appartenance entre le niveau national et local, à la difficulté de répondre aux exigences de si nombreux donateurs et à la rotation permanente des responsables et des administrateurs du gouvernement. Cette situation a induit un ressentiment considérable vis-à-vis des donateurs et des autorités nationales.

Une nouvelle initiative plus large baptisée « Projet pilote » a maintenant remplacé le plan initial avec le financement d'un seul donateur, la Banque mondiale. Cette nouvelle initiative s'étend à plus de 500 villages dans la province de Poni. Les procédures comptables permettent à chaque village et aux huit secteurs de Gaoua d'avoir un compte bancaire afin de financer leurs propres projets de prévention et de soins conçus sur place. Le succès de cette nouvelle initiative va dépendre du sentiment d'appartenance local et de la possibilité d'assurer des ressources suffisantes et durables.

les plus grands se situent en Afrique subsaharienne. Il existe plusieurs initiatives visant à répondre à ces besoins, notamment des programmes du PNUD et de la Banque mondiale destinés à améliorer l'administration publique à grande échelle et les efforts de l'OMS pour améliorer la performance des systèmes de santé. D'autres initiatives visent directement la capacité de gérer la programmation relative au SIDA, comme par exemple le Réseau régional de formation SIDA en Afrique orientale et australe. Ce réseau relie 17 instituts de formation de la région et offre des cours à des gestionnaires, des superviseurs et des formateurs de niveau intermédiaire émanant d'institutions publiques, d'organisations non gouvernementales et du secteur privé. Il offre également des cours aux enseignants, aux responsables religieux et aux responsables des ministères, aux directeurs d'usines et de sociétés de commerce et aux décideurs du secteur privé.

La formation et le renforcement des compétences sont les clés du développement des capacités. Mais stimuler les capacités humaines nécessaires à la bonne marche du travail requiert non seulement des personnes correctement formées à cet égard, mais également un environnement favorable à la formation permanente. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, en partenariat avec l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, l'Institut de la Banque mondiale et d'autres, a lancé le pari de renforcer les capacités humaines dans tous les pays du monde. L'objectif est de recueillir des informations techniques sur la manière d'amener l'efficacité de la formation à son maximum et de permettre aux personnes et aux organisations de recruter, de développer et de garder des responsables compétents pour les activités relatives au VIH/SIDA.

En Europe orientale et en Asie centrale, de nombreux pays ont hérité une infrastructure sociale et sanitaire bien développée. Mais leur capacité ne suffit pas toujours à répondre aux défis particuliers que pose l'épidémie, comme par exemple la prévention du VIH dans les groupes vulnérables (hommes ayant des rap-

ports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe et consommateurs de drogues injectables). Les programmes nationaux sont dans une large mesure encore incapables de suivre de près l'évolution du VIH au sein de ces groupes et ils ne disposent pas du personnel requis pour mettre en œuvre des interventions efficaces. Un investissement massif des gouvernements dans la formation sera nécessaire.

Les micro-projets peuvent apporter les preuves nécessaires au plaidoyer vis-à-vis des gouvernements et constituer une base d'expansion des activités visant à prévenir l'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Certains des projets destinés aux utilisateurs de drogues injectables financés par l'Open Society Institute de la Fédération de Russie en constituent de bons exemples. Dans la ville de Kazan, en Fédération de Russie, l'un de ces projets a utilisé avec succès la méthode dite « boule de neige » : tout comme une boule de neige qui roule, les travailleurs de proximité commencent modestement en offrant des informations et des seringues stériles à un petit nombre de consommateurs de drogues injectables ; une fois qu'un rapport de confiance s'est établi, ce sont ces mêmes consommateurs qui aident les travailleurs de proximité à trouver d'autres utilisateurs de drogues et travaillent avec eux. A la fin de 2001, le projet couvrait 38% de la population estimée des consommateurs locaux après seulement 18 mois de fonctionnement.

La coopération technique Sud-Sud s'accroît également. Dans le cadre de la stratégie de l'ONUSIDA visant à uniformiser les services au niveau de l'ensemble d'un pays, plusieurs pays « pairs » d'Afrique serviront de référence dans chaque sous-région : la Namibie pour les pays membres de la Communauté de Développement de l'Afrique australe, le Sénégal pour l'Afrique de l'Ouest francophone et l'Ouganda pour l'Afrique de l'Est anglophone. On espère que de nombreux autres pays, surtout ceux qui sont affectés par des conflits, profiteront également de cette initiative.

Mobiliser les ressources... et les mettre au travail

Etablissement des priorités et des budgets

La répartition du budget est l'une des expressions les plus claires des priorités d'un gouvernement (voir le chapitre « Répondre aux besoins »). Le Gouvernement du Pakistan a récemment démontré la profondeur de son engagement en faisant du VIH/SIDA une dépense protégée au sein du Programme national d'action sociale. D'autres pays (plus récemment, le Burundi, le Maroc et le Pérou) ont manifesté leur engagement d'une manière différente en abolissant la taxe d'importation sur les antirétroviraux en dépit du revenu substantiel qu'elle aurait pu procurer, à mesure que l'accès aux médicaments s'améliore et que davantage de gens peuvent se permettre ce traitement.

Utilisation rationnelle et transparente des ressources financières

Alors que des progrès notables ont été réalisés en matière de planification stratégique, les systèmes de gestion de ressources accrues restent faibles dans la majorité des domaines de la prévention, du traitement, de la prise en charge et de l'atténuation de l'impact. Il reste encore trop de blocages entre la disponibilité des ressources au niveau mondial et les besoins au niveau local, c'est-à-dire dans les villages et les communautés. Il est donc crucial d'affronter ces faiblesses et de « faire sauter le verrou ».

L'utilisation plus rationnelle et transparente des ressources constitue cependant une avancée importante. A ce jour, 12 pays africains disposent de la capacité de gestion requise pour absorber une augmentation substantielle du financement par le biais du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique de la Banque mondiale

(PPS) et 15 autres pays sont en train de mettre en place l'infrastructure fiduciaire requise. Le PPS met un accent particulier sur le renforcement des capacités au niveau local et une part importante de ses ressources (jusqu'à 50%) est affectée à des organisations communautaires pour leur permettre de mettre en œuvre des activités qu'elles auront conçues elles-mêmes.

Mobilisation des ressources grâce à des tables rondes sur le SIDA

Des « tables rondes sur le SIDA » (qui sont une vitrine des stratégies VIH/SIDA destinée à attirer davantage de fonds de la part des donateurs) peuvent contribuer à débloquent davantage de ressources comme l'ont montré des pays comme le Burkina Faso, le Burundi, l'Éthiopie, le Ghana, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Swaziland et la Zambie.

En juin 2001, par exemple, le Burkina Faso a organisé une table ronde qui présentait son cadre stratégique multisectoriel quinquennal (2001-2006). Ce cadre s'accompagnait de plans d'action nationaux d'un an ainsi que d'un budget basé sur les activités. Les donateurs ont réagi favorablement et annoncé une contribution de 113 millions de dollars — ce qui montre la valeur accordée par ces derniers aux stratégies lucides et directes. Les donateurs bilatéraux (conduits par l'Allemagne, la France et les Pays-Bas) ont promis plus de 37 millions de dollars. Le Burkina Faso lui-même a engagé 3,5 millions de dollars de son propre budget national auxquels il a ajouté 6,5 millions provenant de d'allègement de la dette ainsi qu'un prêt de 22 millions du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique de la Banque mondiale. Les organismes des Nations Unies ont donné 7 millions de dollars supplémentaires sous forme de subventions tandis que les entreprises du secteur privé ont engagé près de 10 millions de dollars.

Gestion des fonds : le Nigéria se prépare

Pour gérer les ressources destinées au SIDA, comme par exemple les prêts substantiels de la Banque mondiale, le Nigéria a pris de l'avance en mettant en place des systèmes de supervision financière qui conviennent à son contexte particulier. En effet, le pays a un système de gouvernement fédéral qui octroie des responsabilités et des pouvoirs importants aux différents Etats et gouvernements locaux, notamment en matière de santé.

Le Comité national d'action fédéral a été chargé de créer des normes acceptables pour les donateurs dans des domaines clés comme la création de systèmes de comptabilité, l'approvisionnement en biens et services ainsi que le suivi et l'évaluation. Si le Comité de s'ingère pas dans la gestion quotidienne des activités des agences de chaque Etat, ces dernières lui fournissent périodiquement des listes de projets communautaires approuvés et de rapports d'activité. Le Comité est également responsable de l'approvisionnement central en biens et services nécessaires à la mise en œuvre du Plan stratégique national, en consultation avec les agences fédérales. Le suivi et l'évaluation des résultats (ce qui a été fait, le nombre de bénéficiaires, etc.) sera un processus conjoint, les données étant rassemblées par chaque Etat et synthétisées par le Comité.

En conclusion

Selon la perspective adoptée, un aperçu des actions nationales peut susciter le désespoir ou l'espoir. Pour ceux qui vivent avec le VIH/SIDA, la majorité témoignerait sans doute que trop peu de choses sont faites et trop tard tout en espérant que davantage puisse être réalisé en urgence. Cependant, sur un plan historique, le SIDA suscite des actions nationales et mondiales qui sont quasiment révolutionnaires.

Il y a 10 ans à peine, il ne paraissait pas possible d'attirer l'attention des décideurs politiques sur la lutte contre le SIDA. Aujourd'hui, des chefs d'Etat du monde entier donnent des exemples d'engagement personnel indiscutable. Les obstacles à la participation des domaines extérieurs à la santé tombent progressivement. Et l'on comprend de mieux en mieux la souffrance causée par l'épidémie et les connexions entre le VIH/SIDA et la réalisation des objectifs de développement national. De plus en plus, les dirigeants supervisent personnellement la coordination des activités nationales, soutiennent les ressources

humaines et financières et la décentralisation pour favoriser l'expansion des activités.

Il y a de plus en plus de demandes pour des efforts voués au succès et les bons résultats se multiplient. Les modèles institutionnels traditionnels sont réorganisés ou remplacés à leur tour, et les choses se font d'une manière radicalement nouvelle. La collaboration entre les ministères, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les organisations non gouvernementales et le secteur privé dans la définition et la planification conjointes des ripostes au problème est sans précédent. L'attention accrue accordée à l'utilisation efficace et transparente des ressources montre également le sérieux avec lequel le SIDA est affronté. Enfin, les enseignements tirés de l'élaboration des programmes et de l'identification, de l'exploitation et du renforcement des capacités existantes dans le contexte local sont mis en pratique.

En plus des succès obtenus pour freiner le cours de l'épidémie et atténuer son impact, des bénéfices supplémentaires et inattendus sont apparus. Au

Utiliser la plus grande ressource

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont probablement la plus grande ressource dans le cadre de la riposte mondiale à l'épidémie, comme cela a été amplement démontré dans les pays où de tels individus/groupes ont la liberté politique et les ressources requises pour s'impliquer. Sur chaque continent et dans la plupart des pays, des réseaux de personnes vivant avec le VIH se sont formés. Un grand nombre de ces groupes émanent d'individus qui se sont rassemblés pour mettre en commun leurs expériences et se soutenir mutuellement, mais beaucoup ont évolué vers la fourniture de services. Les réseaux régionaux et mondiaux de personnes vivant avec le VIH et de femmes séropositives jouent un rôle important dans l'élaboration des politiques. En outre, de nombreuses initiatives sont conçues pour renforcer les contributions des personnes vivant avec le VIH. Si dans plusieurs pays le potentiel de nombreux groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA reste inexploité, plusieurs initiatives donnent des résultats encourageants.

En septembre 2000, le Centre d'études africaines sur la famille et Positive Action (le programme communautaire en matière de VIH de GlaxoSmithKline) ont lancé une initiative visant à mettre en place et à organiser des groupes communautaires et des réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cette initiative visait à renforcer les réseaux africains pour qu'ils puissent participer activement aux discussions de politique VIH/SIDA nationales et internationales. Ce projet a démarré en Ethiopie, au Kenya et au Togo et il est susceptible d'être étendu à dans d'autres pays.

Au cours de la première année, des partenariats à plusieurs niveaux ont été créés par la constitution de groupes consultatifs régionaux et la participation de personnes servant de point focal au niveau local. Grâce à une évaluation des besoins en partenariats, le Centre a élaboré des programmes et du matériel de formation. En août 2000, six modules de formation (en anglais et en français) avaient été mis au point à l'intention des dirigeants, du personnel et des bénévoles des groupes communautaires. Les modules couvrent le plaidoyer, la collecte de fonds, la création de réseaux, la communication, la gestion et le leadership.

L'assistance technique fournie aux groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA leur permet d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action qui renforcent leurs organisations respectives. En Ethiopie et au Togo, la première étape a consisté à mettre en place des réseaux nationaux, ce qu'a fait le centre en travaillant avec les Programmes nationaux SIDA, les ministères de la santé et les missions de l'ONUSIDA dans chaque pays. Au Kenya, le Réseau national des personnes vivant avec le VIH/SIDA a bénéficié de l'analyse institutionnelle du Centre qui a renforcé et étendu le réseau.

niveau national, le SIDA a augmenté les occasions de dialogue entre les gouvernements et la société civile. La lutte contre le SIDA rapproche des groupes de population de culture, de classe et de religion différentes. Le SIDA met en lumière les épreuves endurées par les personnes vulnérables et défavorisées ainsi que la nécessité de soutenir les droits humains fondamentaux et d'agir pour surmonter les difficultés socio-économiques. Quand les gouvernements font preuve de clairvoyance et d'engagement dans la lutte contre le SIDA, ils n'obtiennent pas seulement des programmes efficaces.

Leur leadership est récompensé : les ripostes efficaces au SIDA ont bénéficié d'un soutien politique à la fois au sein des pays et à travers les régions.


Au niveau mondial, un ensemble unique d'acteurs a été mobilisé (notamment par les personnes vivant avec le VIH/SIDA) créant des liens au sein des pays et entre eux pour réorganiser les politiques mondiales. Que ce soit au niveau national ou mondial, ces acteurs sont soutenus par un désir croissant de changement. Des espoirs sont nés pour que des mesures audacieuses et ambitieuses viennent renforcer la riposte .

Tableau des estimations et données relatives au VIH/SIDA par pays, fin 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/SIDA à la fin de l'année 2001 | | | | | 2. Orphelins du SIDA 2001 | 3. Décès dus au SIDA, 2001 | 4. Population 2001 (milliers) | |
|---|---|-------------------|---------------------------|-------------------|------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Pays | Adultes et enfants | Adultes (15-49) | Taux chez les adultes (%) | Femmes (15-49) | Enfants (0-14) | Orphelins actuellement en vie (0-14) | Total cumulé Adultes et enfants | Total | Adultes (15-49) |
| Total mondial | 40,000,000 | 37,100,000 | 1,2 | 18,500,000 | 3,000,000 | 14,000,000 | 3,000,000 | 6,119,328 | 3,198,252 |
| Afrique subsaharienne | 28,500,000 | 26,000,000 | 9,0 | 15,000,000 | 2,600,000 | 11,000,000 | 2,200,000 | 633,816 | 291,310 |
| Afrique du Sud | 5,000,000 | 4,700,000 | 20,1 | 2,700,000 | 250,000 | 660,000 | 360,000 | 43,792 | 23,666 |
| Angola | 350,000 | 320,000 | 5,5 | 190,000 | 37,000 | 100,000 | 24,000 | 13,527 | 5,767 |
| Bénin | 120,000 | 110,000 | 3,6 | 67,000 | 12,000 | 34,000 | 8,100 | 6,446 | 2,929 |
| Botswana | 330,000 | 300,000 | 38,8 | 170,000 | 28,000 | 69,000 | 26,000 | 1,554 | 762 |
| Burkina Faso | 440,000 | 380,000 | 6,5 | 220,000 | 61,000 | 270,000 | 44,000 | 11,856 | 5,046 |
| Burundi | 390,000 | 330,000 | 8,3 | 190,000 | 55,000 | 240,000 | 40,000 | 6,502 | 2,887 |
| Cameroun | 920,000 | 860,000 | 11,8 | 500,000 | 69,000 | 210,000 | 53,000 | 15,203 | 7,065 |
| Comores | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 727 | 351 |
| Congo | 110,000 | 99,000 | 7,2 | 59,000 | 15,000 | 78,000 | 11,000 | 3,110 | 1,364 |
| Côte d'Ivoire | 770,000 | 690,000 | 9,7 | 400,000 | 84,000 | 420,000 | 75,000 | 16,349 | 7,854 |
| Djibouti | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 644 | 284 |
| Erythrée | 55,000 | 49,000 | 2,8 | 30,000 | 4,000 | 24,000 | 350 | 3,816 | 1,760 |
| Ethiopie | 2,100,000 | 1,900,000 | 6,4 | 1,100,000 | 230,000 | 990,000 | 160,000 | 64,459 | 28,952 |
| Gabon | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1,262 | 552 |
| Gambie | 8,400 | 7,900 | 1,6 | 4,400 | 460 | 5,300 | 400 | 1,337 | 647 |
| Ghana | 360,000 | 330,000 | 3,0 | 170,000 | 34,000 | 200,000 | 28,000 | 19,734 | 9,700 |
| Guinée | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 8,274 | 3,868 |
| Guinée-Bissau | 17,000 | 16,000 | 2,8 | 9,300 | 1,500 | 4,300 | 1,200 | 1,227 | 557 |
| Guinée équatoriale | 5,900 | 5,500 | 3,4 | 3,000 | 420 | ... | 370 | 470 | 211 |
| Kenya | 2,500,000 | 2,300,000 | 15,0 | 1,400,000 | 220,000 | 890,000 | 190,000 | 31,293 | 15,333 |
| Lesotho | 360,000 | 330,000 | 31,0 | 180,000 | 27,000 | 73,000 | 25,000 | 2,057 | 984 |
| Libéria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 3,108 | 1,518 |
| Madagascar | 22,000 | 21,000 | 0,3 | 12,000 | 1,000 | 6,300 | ... | 16,437 | 7,538 |
| Malawi | 850,000 | 780,000 | 15,0 | 440,000 | 65,000 | 470,000 | 80,000 | 11,572 | 5,118 |
| Mali | 110,000 | 100,000 | 1,7 | 54,000 | 13,000 | 70,000 | 11,000 | 11,677 | 5,096 |
| Maurice | 700 | 700 | 0,1 | 350 | <100 | ... | <100 | 1,171 | 667 |
| Mauritanie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2,747 | 1,268 |
| Mozambique | 1,100,000 | 1,000,000 | 13,0 | 630,000 | 80,000 | 420,000 | 60,000 | 18,644 | 8,511 |
| Namibie | 230,000 | 200,000 | 22,5 | 110,000 | 30,000 | 47,000 | 13,000 | 1,788 | 820 |
| Niger | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 11,227 | 4,831 |
| Nigéria | 3,500,000 | 3,200,000 | 5,8 | 1,700,000 | 270,000 | 1,000,000 | 170,000 | 116,929 | 53,346 |
| Ouganda | 600,000 | 510,000 | 5,0 | 280,000 | 110,000 | 880,000 | 84,000 | 24,023 | 10,290 |
| République centrafricaine | 250,000 | 220,000 | 12,9 | 130,000 | 25,000 | 110,000 | 22,000 | 3,782 | 1,722 |
| Rép. démocratique du Congo | 1,300,000 | 1,100,000 | 4,9 | 670,000 | 170,000 | 930,000 | 120,000 | 52,522 | 22,073 |
| Rép.-Unie de Tanzanie | 1,500,000 | 1,300,000 | 7,8 | 750,000 | 170,000 | 810,000 | 140,000 | 35,965 | 16,701 |
| Rwanda | 500,000 | 430,000 | 8,9 | 250,000 | 65,000 | 260,000 | 49,000 | 7,949 | 3,756 |
| Sénégal | 27,000 | 24,000 | 0,5 | 14,000 | 2,900 | 15,000 | 2,500 | 9,662 | 4,521 |
| Sierra Leone | 170,000 | 150,000 | 7,0 | 90,000 | 16,000 | 42,000 | 11,000 | 4,587 | 2,093 |
| Somalie | 43,000 | 43,000 | 1,0 | ... | ... | ... | ... | 9,157 | 4,015 |
| Swaziland | 170,000 | 150,000 | 33,4 | 89,000 | 14,000 | 35,000S | 12,000 | 938 | 450 |
| Tchad | 150,000 | 130,000 | 3,6 | 76,000 | 18,000 | 72,000 | 14,000 | 8,135 | 3,570 |
| Togo | 150,000 | 130,000 | 6,0 | 76,000 | 15,000 | 63,000 | 12,000 | 4,657 | 2,152 |
| Zambie | 1,200,000 | 1,000,000 | 21,5 | 590,000 | 150,000 | 570,000 | 120,000 | 10,649 | 4,740 |
| Zimbabwe | 2,300,000 | 2,000,000 | 33,7 | 1,200,000 | 240,000 | 780,000 | 200,000 | 12,852 | 5,972 |
| Asie de l'Est et Pacifique | 1,000,000 | 970,000 | 0,1 | 230,000 | 3,000 | 85,000 | 35,000 | 1,497,066 | 833,058 |
| Chine | 850,000 | 850,000 | 0,1 | 220,000 | 2,000 | 76,000 | 30,000 | 1,284,972 | 726,031 |
| Hong Kong R.A.S. | 2,600 | 2,600 | 0,1 | 660 | <100 | -0 | <100 | 6,961 | 4,134 |
| Fidji | 300 | 300 | 0,1 | <100 | ... | -0 | ... | 823 | 443 |
| Japon | 12,000 | 12,000 | <0,1 | 6,600 | 110 | 2,000 | 430 | 127,335 | 59,109 |
| Mongolie | <100 | <100 | <0,1 | ... | ... | -0 | ... | 2,559 | 1,416 |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 17,000 | 16,000 | 0,7 | 4,100 | 500 | 4,200 | 880 | 4,920 | 2,491 |
| République de Corée | 4,000 | 4,000 | <0,1 | 960 | <100 | 1,000 | 220 | 47,069 | 27,558 |
| Rép. pop. dém. de Corée | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 22,428 | 11,876 |
| Australie & Nouvelle-Zélande | 15,000 | 14,000 | 0,1 | 1,000 | <200 | <1000 | <100 | 23,146 | 11,845 |
| Australie | 12,000 | 12,000 | 0,1 | 800 | 140 | ... | <100 | 19,338 | 9,933 |
| Nouvelle-Zélande | 1,200 | 1,200 | 0,1 | 180 | <100 | ... | <100 | 3,808 | 1,911 |

| Pays | 5. Zones d'incertitude entourant les estimations | | | | | | 6. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes (15-24), fin 2001 | | | |
|---|--|-----------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001 | | Nombre de décès chez les adultes (15-49), 2001 | | Nombre de décès chez les enfants (0-14), 2001 | | Femmes | | Hommes | |
| | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure |
| Total mondial | 30,000,000 | 50,000,000 | 1,800,000 | 3,000,000 | 440,000 | 720,000 | 1,00 | 1,78 | 0,59 | 1,05 |
| Afrique subsaharienne | 22,000,000 | 35,000,000 | 1,300,000 | 2,300,000 | 380,000 | 650,000 | 6,41 | 11,39 | 3,13 | 5,56 |
| Afrique du Sud | 4,000,000 | 6,000,000 | 280,000 | 420,000 | 26,000 | 48,000 | 20,51 | 30,76 | 8,53 | 12,79 |
| Angola | 250,000 | 450,000 | 12,000 | 20,000 | 5,400 | 9,600 | 4,14 | 7,33 | 1,61 | 2,85 |
| Bénin | 100,000 | 150,000 | 4,700 | 7,000 | 1,800 | 2,700 | 2,97 | 4,46 | 0,94 | 1,41 |
| Botswana | 260,000 | 390,000 | 17,000 | 26,000 | 3,900 | 5,900 | 29,99 | 44,98 | 12,86 | 19,29 |
| Burkina Faso | 350,000 | 660,000 | 26,000 | 39,000 | 9,400 | 14,000 | 7,78 | 11,67 | 3,18 | 4,77 |
| Burundi | 280,000 | 500,000 | 21,000 | 37,000 | 8,100 | 14,000 | 7,98 | 14,11 | 3,58 | 6,33 |
| Cameroon | 740,000 | 1,100,000 | 31,000 | 47,000 | 11,000 | 17,000 | 10,09 | 15,25 | 4,33 | 6,55 |
| Comores | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Congo | 74,000 | 150,000 | 5,500 | 11,000 | 1,900 | 4,000 | 5,08 | 10,52 | 2,13 | 4,42 |
| Cote d'Ivoire | 620,000 | 930,000 | 47,000 | 71,000 | 13,000 | 19,000 | 6,67 | 9,95 | 2,34 | 3,49 |
| Djibouti | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Erythrée | 40,000 | 70,000 | 220 | 420 | <100 | <100 | 3,10 | 5,49 | 2,01 | 3,55 |
| Ethiopie | 1,500,000 | 2,700,000 | 84,000 | 150,000 | 33,000 | 58,000 | 5,65 | 9,99 | 3,17 | 5,62 |
| Gabon | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Gambie | 5,400 | 11,000 | 180 | 380 | <100 | 150 | 0,88 | 1,82 | 0,34 | 0,71 |
| Ghana | 260,000 | 390,000 | 16,000 | 30,000 | 3,800 | 5,700 | 2,08 | 3,86 | 0,95 | 1,76 |
| Guinée | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guinée-Bissau | 11,000 | 23,000 | 560 | 1,200 | 200 | 420 | 1,94 | 4,02 | 0,69 | 1,43 |
| Guinée équatoriale | 3,800 | 8,000 | 170 | 360 | <100 | 140 | 1,80 | 3,74 | 0,91 | 1,88 |
| Kenya | 2,000,000 | 3,000,000 | 120,000 | 180,000 | 33,000 | 50,000 | 12,45 | 18,67 | 4,80 | 7,21 |
| Lesotho | 230,000 | 480,000 | 13,000 | 28,000 | 3,100 | 6,500 | 24,75 | 51,40 | 11,31 | 23,49 |
| Libéria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Madagascar | 18,000 | 26,000 | ... | ... | ... | ... | 0,19 | 0,28 | 0,05 | 0,08 |
| Malawi | 720,000 | 1,100,000 | 48,000 | 72,000 | 16,000 | 24,000 | 11,91 | 17,87 | 5,08 | 7,62 |
| Mali | 73,000 | 150,000 | 5,200 | 11,000 | 1,800 | 3,800 | 1,35 | 2,81 | 0,89 | 1,84 |
| Maurice | 460 | 940 | <100 | <100 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mauritanie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mozambique | 860,000 | 1,500,000 | 50,000 | 80,000 | 10,000 | 25,000 | 10,56 | 18,78 | 4,41 | 7,84 |
| Namibie | 150,000 | 230,000 | 7,900 | 12,000 | 2,600 | 3,900 | 19,43 | 29,15 | 8,88 | 13,32 |
| Niger | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Nigéria | 2,800,000 | 4,200,000 | 110,000 | 170,000 | 41,000 | 61,000 | 4,66 | 6,99 | 2,39 | 3,59 |
| Ouganda | 480,000 | 720,000 | 48,000 | 72,000 | 19,000 | 29,000 | 3,70 | 5,56 | 1,59 | 2,38 |
| République centrafricaine | 200,000 | 300,000 | 14,000 | 21,000 | 3,900 | 5,900 | 10,83 | 16,25 | 4,66 | 6,99 |
| Rép. démocratique du Congo | 960,000 | 1,700,000 | 63,000 | 110,000 | 25,000 | 45,000 | 4,27 | 7,55 | 2,11 | 3,74 |
| Rép.-Unie de Tanzanie | 1,200,000 | 1,700,000 | 86,000 | 130,000 | 25,000 | 37,000 | 6,44 | 9,67 | 2,84 | 4,25 |
| Rwanda | 400,000 | 600,000 | 29,000 | 44,000 | 10,000 | 15,000 | 8,96 | 13,44 | 3,93 | 5,90 |
| Sénégal | 21,000 | 32,000 | 1,500 | 2,300 | 430 | 650 | 0,43 | 0,65 | 0,15 | 0,22 |
| Sierra Leone | 110,000 | 230,000 | 5,200 | 11,000 | 2,100 | 4,400 | 4,88 | 10,19 | 1,61 | 3,36 |
| Somalie | 28,000 | 58,000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Swaziland | 130,000 | 200,000 | 7,600 | 11,000 | 2,000 | 3,000 | 31,59 | 47,38 | 12,18 | 18,27 |
| Tchad | 96,000 | 200,000 | 6,600 | 14,000 | 2,200 | 4,600 | 2,79 | 5,77 | 1,55 | 3,20 |
| Togo | 120,000 | 180,000 | 7,400 | 11,000 | 2,300 | 3,400 | 4,75 | 7,12 | 1,64 | 2,46 |
| Zambie | 930,000 | 1,400,000 | 70,000 | 110,000 | 22,000 | 34,000 | 16,78 | 25,18 | 6,45 | 9,68 |
| Zimbabwe | 1,800,000 | 2,700,000 | 120,000 | 190,000 | 35,000 | 52,000 | 26,40 | 39,61 | 9,90 | 14,85 |
| Asie de l'Est et Pacifique | 700,000 | 1,300,000 | 24,000 | 44,000 | 1,200 | 2,200 | 0,06 | 0,10 | 0,12 | 0,22 |
| Chine | 800,000 | 1,500,000 | 23,000 | 42,000 | 720 | 1,300 | 0,06 | 0,11 | 0,11 | 0,20 |
| Hong Kong R.A.S. | 2,100 | 3,200 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Fiji | 200 | 400 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Japon | 9,300 | 14,000 | 320 | 480 | <100 | <100 | 0,03 | 0,04 | 0,01 | 0,02 |
| Mongolie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 11,000 | 22,000 | 500 | 1,100 | <100 | 140 | 0,25 | 0,53 | 0,21 | 0,45 |
| République de Corée | 3,200 | 4,800 | 170 | 260 | <100 | <100 | 0,01 | 0,01 | 0,02 | 0,03 |
| Rép. pop. dém. de Corée | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Australie & Nouvelle-Zélande | 10,000 | 18,000 | <100 | 140 | <100 | <100 | 0,00 | 0,01 | 0,01 | 0,02 |
| Australie | 9,600 | 14,000 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,01 | 0,02 | 0,09 | 0,14 |
| Nouvelle-Zélande | 960 | 1,400 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,01 | 0,02 | 0,04 | 0,06 |

7. Prévalence de l'infection à VIH (%), populations choisies

| Pays | Femmes en consultations prénatales - principales zones urbaines | | | | Femmes en consultations prénatales - en dehors des principales zones urbaines | | | | Patients avec IST - principales zones urbaines | | | | Professionnelles du sexe - principales zones urbaines | | | |
|---|---|---------|------|------|---|---------|------|------|--|---------|------|------|---|---------|------|------|
| | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. |
| Total mondial | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Afrique subsaharienne | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Afrique du Sud | 2000 | 24,3 | 8,7 | 36,2 | 2000 | 22,9 | 11,2 | 29,7 | 2000 | 64,3 | 64,3 | 64,3 | 2000 | 50,3 | 50,3 | 50,3 |
| Angola | 1999 | 3,4 | 3,4 | 3,5 | 1999 | 8,0 | 8,0 | 8,0 | 1992 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 1999 | 19,4 | 19,4 | 19,4 |
| Bénin | 1999 | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 1999 | 4,3 | 1,4 | 7,3 | 1999 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 1999 | 40,8 | 40,6 | 41,0 |
| Botswana | 2001 | 44,9 | 39,1 | 55,8 | 2001 | 34,8 | 25,8 | 50,9 | 2000 | 53,2 | 46,0 | 60,4 | ... | ... | ... | ... |
| Burkina Faso | 2000 | 6,3 | 4,8 | 7,2 | 2000 | 5,5 | 2,9 | 13,4 | 1991 | 17,5 | 17,5 | 17,5 | 1994 | 58,2 | 57,2 | 59,2 |
| Burundi | 1998 | 18,6 | 18,6 | 18,6 | 1998 | 19,7 | 19,7 | 19,7 | ... | ... | ... | ... | 1993 | 42,2 | 42,2 | 42,2 |
| Cameroun | 2000 | 9,0 | 4,0 | 13,6 | 2000 | 10,7 | 3,4 | 18,0 | 2000 | 22,0 | 22,0 | 22,0 | 1995 | 16,4 | 15,0 | 17,7 |
| Comores | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1994 | 56,8 | 56,8 | 56,8 |
| Congo | 2000 | 10,0 | 5,4 | 14,6 | 1993 | 4,0 | 2,0 | 13,6 | 1990 | 16,4 | 16,4 | 16,4 | 1987 | 49,2 | 34,3 | 64,1 |
| Côte d'Ivoire | 2000 | 9,0 | 9,0 | 9,0 | 2000 | 8,8 | 7,1 | 10,3 | 2000 | 25,0 | 25,0 | 25,0 | 1999 | 36,0 | 36,0 | 36,0 |
| Djibouti | 1996 | 2,9 | 2,9 | 2,9 | ... | ... | ... | ... | 1996 | 22,2 | 22,2 | 22,2 | 1998 | 27,5 | 27,5 | 27,5 |
| Erythrée | 2000 | 2,8 | ... | ... | 2000 | 2,8 | ... | ... | 1999 | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 1989 | 5,8 | 5,8 | 5,8 |
| Ethiopie | 2000 | 14,9 | 10,1 | 17,4 | 2000 | 3,1 | 0,7 | 14,3 | 1992 | 37,5 | 32,0 | 43,0 | 1998 | 73,7 | 73,7 | 73,7 |
| Gabon | 1995 | 4,0 | 2,1 | 5,4 | 1993 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1988 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | ... | ... | ... | ... |
| Gambie | 2001 | 0,9 | ... | ... | 2001 | 1,3 | 0,5 | 2,8 | 1991 | 4,7 | 4,7 | 4,7 | 1993 | 13,6 | 13,6 | 13,6 |
| Ghana | 2000 | 3,8 | 1,3 | 4,0 | 2000 | 2,2 | 1,0 | 7,8 | 1999 | 39,0 | 39,0 | 39,0 | 1998 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| Guinée | 1996 | 2,1 | 2,1 | 2,1 | 1996 | 1,9 | 0,7 | 2,3 | 1996 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 1994 | 36,6 | 36,6 | 36,6 |
| Guinée-Bissau | 1997 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guinée équatoriale | 1999 | 3,3 | ... | ... | 1999 | 3,3 | ... | ... | 1996 | 3,0 | 2,8 | 3,2 | ... | ... | ... | ... |
| Kenya | 2000 | 15,3 | 12,2 | 18,4 | 2000 | 14,0 | 3,3 | 31,0 | 1996 | 14,0 | 14,0 | 14,0 | 2000 | 27,0 | 24,1 | 51,8 |
| Lesotho | 2000 | 42,2 | 42,2 | 42,2 | 2000 | 19,0 | 12,3 | 26,0 | 2000 | 65,2 | 65,2 | 65,2 | ... | ... | ... | ... |
| Libéria | 1993 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 1998 | 10,1 | 10,1 | 10,1 | 1993 | 8,0 | 8,0 | 8,0 | ... | ... | ... | ... |
| Madagascar | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1996 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1995 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Malawi | 2001 | 20,1 | 18,6 | 28,5 | 2001 | 16,1 | 4,5 | 35,8 | 1996 | 54,8 | 54,8 | 54,8 | 1994 | 70,0 | 70,0 | 70,0 |
| Mali | 2001 | 1,7 | ... | ... | 2001 | 1,7 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 | 21,0 | 21,0 | 21,0 |
| Maurice | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1999 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 1998 | 7,5 | 7,5 | 7,5 |
| Mauritanie | 1994 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | ... | ... | ... | ... | 1996 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | ... | ... | ... | ... |
| Mozambique | 2000 | 14,4 | 13,0 | 15,7 | 2000 | 10,6 | 4,0 | 31,2 | 1999 | 15,1 | 15,1 | 15,1 | ... | ... | ... | ... |
| Namibie | 2000 | 29,6 | 28,2 | 31,0 | 2000 | 17,3 | 6,6 | 32,5 | 1998 | 42,2 | 39,9 | 44,6 | ... | ... | ... | ... |
| Niger | 1993 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 1994 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1992 | 4,1 | 4,1 | 4,1 | 1997 | 23,6 | 23,6 | 23,6 |
| Nigéria | 2001 | 4,2 | 1,3 | 14,3 | 2001 | 5,3 | 1,0 | 15,0 | 1995 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 1996 | 30,5 | 30,5 | 30,5 |
| Ouganda | 2000 | 11,3 | 10,7 | 11,8 | 2000 | 5,0 | 1,9 | 13,1 | 1999 | 23,0 | 23,0 | 23,0 | ... | ... | ... | ... |
| République centrafricaine | 1997 | 12,8 | 10,8 | 15,2 | 1997 | 12,2 | 5,3 | 22,0 | 1996 | 19,0 | 14,0 | 24,0 | 1989 | 18,9 | 18,9 | 18,9 |
| Rép. démocratique du Congo | 1999 | 4,1 | 2,7 | 5,4 | 1999 | 8,5 | 8,5 | 8,5 | 1997 | 12,2 | 12,2 | 12,2 | 1997 | 29,0 | 29,0 | 29,0 |
| Rép.-Unie de Tanzanie | 2000 | 17,0 | 10,1 | 23,3 | 2000 | 14,0 | 2,7 | 32,1 | 1997 | 5,1 | 5,1 | 5,1 | 2000 | 3,5 | 1,0 | 6,0 |
| Rwanda | 2000 | 23,0 | 23,0 | 23,0 | 1999 | 7,0 | 2,3 | 13,2 | 1996 | 41,8 | 29,1 | 54,5 | ... | ... | ... | ... |
| Sénégal | 1998 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 1998 | 0,5 | 0,2 | 0,7 | 1998 | 3,0 | 0,0 | 4,1 | 1998 | 7,0 | 6,1 | 13,3 |
| Sierra Leone | 1997 | 7,0 | ... | ... | 1997 | 7,0 | ... | ... | 1992 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 1995 | 26,7 | 26,7 | 26,7 |
| Somalie | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 0,7 | 0,4 | 1,7 | 1990 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1990 | 2,4 | 2,4 | 2,4 |
| Swaziland | 2000 | 32,3 | 32,3 | 32,3 | 2000 | 34,5 | 27,0 | 41,0 | 2000 | 48,9 | 48,9 | 48,9 | ... | ... | ... | ... |
| Tchad | 2000 | 4,0 | 3,0 | 8,2 | 2000 | 6,4 | 2,3 | 11,1 | ... | ... | ... | ... | 1995 | 13,4 | 13,4 | 13,4 |
| Togo | 1997 | 6,8 | 6,8 | 6,8 | 1997 | 4,6 | 3,0 | 8,2 | 1992 | 45,2 | 45,2 | 45,2 | 1992 | 78,9 | 78,9 | 78,9 |
| Zambie | 2001 | 30,7 | 30,7 | 30,7 | 1998 | 13,0 | 5,2 | 31,0 | 1991 | 59,7 | 59,7 | 59,7 | 1998 | 68,7 | 68,7 | 68,7 |
| Zimbabwe | 2000 | 31,1 | 30,0 | 33,5 | 2000 | 33,2 | 13,0 | 70,7 | 1995 | 71,1 | 71,0 | 71,2 | 1995 | 86,0 | 86,0 | 86,0 |
| Asie de l'Est et Pacifique | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chine | 2000 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2000 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 2000 | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 2000 | 0,0 | 0,0 | 10,3 |
| Hong Kong R.A.S. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1994 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1988 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Fidji | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Japon | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1989 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1992 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Mongolie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1989 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1989 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 1995 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 1992 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1998 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 2000 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| République de Corée | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rép. pop. dém. de Corée | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Australie & Nouvelle-Zélande | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Australie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,6 | 0,5 | 0,7 | ... | ... | ... | ... |
| Nouvelle-Zélande | 1997 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

Note : Pour les légendes se rapportant aux lettres utilisées après les chiffres, voir page 208

| Pays | 7. Prévalence du VIH (%) (suite) | | | | 8. Indicateurs de connaissances et de comportement | | | | | | | | | | |
|---|---|---------|------|------|---|-------|---|--------|-------|---|--------|-------|--|---------|-------|
| | Consommateurs de drogues par injection - principales zones urbaines | | | | Jeunes adultes (15-24) qui ne savent pas qu'une personne apparemment saine peut être infectée par le VIH/SIDA (%) | | Valeur médiane de l'âge lors des premiers rapports sexuels, pour les jeunes adultes (20-24) | | | Pratiques sexuelles à risque signalées au cours de l'année écoulée par adultes de 15 à 49 ans (%) | | | Notification du recours au préservatif par les adultes (15-49) au cours du plus récent rapport sexuel à risque (%) | | |
| | Année | Médiane | Min. | Max. | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année |
| Total mondial | | | | | | | | | | | | | | | |
| Afrique subsaharienne | | | | | | | | | | | | | | | |
| Afrique du Sud | ... | ... | ... | ... | >50,0 c | 1998 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Angola | ... | ... | ... | ... | 57,2 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bénin | ... | ... | ... | ... | 59,1 | 1996 | 17,6 | 17,2 | 1996 | 38,2 k | 9,3 | 1996 | 31,0 | 16,1 | 2001 |
| Botswana | ... | ... | ... | ... | 21,6 | 2000 | ... | 17,4 | 1988 | ... | ... | ... | 85,0 a | ... | 1996 |
| Burkina Faso | ... | ... | ... | ... | 58,0 | 1999 | 20,0 | 17,3 | 1999 | 28,2 rw | 7,7 r | 1999 | 58,7 hr | 42,4 hr | 1999 |
| Burundi | ... | ... | ... | ... | 33,4 | 2000 | ... | 20,4 | 1987 | 8,9 | 3,1 | 1990 | ... | ... | ... |
| Cameroun | ... | ... | ... | ... | 46,3 | 2000 | 17,0 | 16,3 | 1998 | 54,6 | 27,6 | 1998 | 5,2 hr | 2,7 hr | 1998 |
| Comores | ... | ... | ... | ... | 45,2 | 2000 | 18,1 | 20,9 | 1996 | ... | ... | ... | 45,0 h | 21,7 h | 1996 |
| Congo | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 12,0 | 1999 |
| Côte d'Ivoire | 1995 | 75,0 | 75,0 | 75,0 | 49,0 | 2000 | ... | 16,2 | 1999 | 87,4 | 29,9 | 1998 | 11,6 hr | 1,0 hr | 1998 |
| Djibouti | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 15,0 | 3,0 | 1995 | 71,7 | 67,4 | 1995 |
| Erythrée | ... | ... | ... | ... | 46,5 | 1995 | ... | 17,9 | 1995 | 11,5 w | ... | 1995 | ... | ... | ... |
| Ethiopie | ... | ... | ... | ... | 61,2 | 2000 | ... | 18,1 | 2000 | 21,1 xw | 8,2 x | 2000 | 30,3 | 13,4 | 2000 |
| Gabon | ... | ... | ... | ... | 28,3 | 2000 | 15,7 | 16,2 | 2000 | 76,5 | 51,8 | 2000 | 48,4 h | 31,7 h | 2000 |
| Gambie | ... | ... | ... | ... | 47,4 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ghana | ... | ... | ... | ... | 26,1 | 1998 | 19,5 | 17,5 | 1998 | ... | ... | ... | 29,9 r | 14,3 r | 1998 |
| Guinée | ... | ... | ... | ... | 41,6 | 1999 | 17,5 | 16,0 | 1999 | 47,4 | 12,4 | 1999 | 32,9 r | 17,6 r | 1999 |
| Guinée-Bissau | ... | ... | ... | ... | 69,3 | 2000 | ... | ... | ... | 50,3 | 29,5 | 1990 | ... | ... | ... |
| Guinée équatoriale | ... | ... | ... | ... | 53,7 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kenya | ... | ... | ... | ... | 25,4 | 2000 | 16,2 | 17,3 | 1998 | 44,7 | 20,3 | 1998 | 42,4 | 16,0 | 1998 |
| Lesotho | ... | ... | ... | ... | 53,9 | 2000 | ... | ... | ... | 52,6 | 28,4 | 1989 | ... | ... | ... |
| Libéria | ... | ... | ... | ... | 69,2 b | 2000 | 17,8 | 15,5 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Madagascar | ... | ... | ... | ... | 72,5 | 2000 | ... | 17,0 | 1997 | 24,5 x | 7,1 x | 2000 | 2,6 x | 0,3 x | 2000 |
| Malawi | ... | ... | ... | ... | 16,7 | 2000 | 17,7 | 17,1 | 2000 | 36,9 x | 9,4 x | 2000 | 38,9 | 28,7 | 2000 |
| Mali | ... | ... | ... | ... | 62,6 | 1996 | 18,7 | 15,9 | 1996 | 22,9 | ... | 1996 | 33,9 h | 11,7 h | 1996 |
| Maurice | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1,5 a | ... | ... | ... | 1996 | 26,3 a | ... | 1996 |
| Mauritanie | ... | ... | ... | ... | 70,0 | 2000 | ... | ... | ... | 7,1 x | ... | 2000 | ... | ... | ... |
| Mozambique | ... | ... | ... | ... | 62,1 | 1997 | ... | 16,0 | 1997 | 59,4 | 1997 | ... | ... | ... | ... |
| Namibie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 18,6 | 1992 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Niger | ... | ... | ... | ... | 77,9 | 2000 | ... | 15,7 | 1998 | 16,3 w | 2,3 | 1998 | 2,6 h | 1,5 h | 1998 |
| Nigéria | ... | ... | ... | ... | 55,0 | 1999 | ... | 18,1 | 1999 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ouganda | ... | ... | ... | ... | 24,5 | 2001 | 19,4 z | 16,7 | 2000 | 28,4 x | 14,1 x | 2000 | 58,9 h | 37,8 h | 2000 |
| République centrafricaine | ... | ... | ... | ... | 54,0 | 2000 | ... | 16,0 | 1995 | 22,7 | 10,7 | 1995 | ... | 12,8 h | 1995 |
| Rép. démocratique du Congo | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rép.-Unie de Tanzanie | ... | ... | ... | ... | 33,0 | 1999 | 17,5 | 17,4 | 1999 | 52,3 w | 29,1 | 1999 | 34,0 r | 22,8 r | 1999 |
| Rwanda | ... | ... | ... | ... | 76,5 | 2000 | 20,6 w | 20,3 z | 2000 | 12,4 | 7,0 | 2000 | 50,3 h | 14,7 h | 2000 |
| Sénégal | ... | ... | ... | ... | 55,1 | 1997 | ... | 19,3 | 1997 | 33,0 u | 10,0 u | 1997 | 67,0 h | 45,0 h | 1997 |
| Sierra Leone | ... | ... | ... | ... | 64,7 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Somalie | ... | ... | ... | ... | 89,3 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Swaziland | ... | ... | ... | ... | 81,5 | 2000 | ... | ... | ... | 19,2 | 6,1 | 1991 | ... | ... | ... |
| Tchad | ... | ... | ... | ... | 72,3 | 2000 | 18,4 | 16,0 | 1997 | 27,3 w | 6,2 | 1997 | 5,4 hr | 1,6 hr | 1997 |
| Togo | ... | ... | ... | ... | 32,6 | 1998 | 18,0 | 16,5 | 1998 | 35,3 w | 16,4 | 1998 | 36,8 h | 17,3 h | 1998 |
| Zambie | ... | ... | ... | ... | 25,3 | 2000 | 16,0 | 16,6 | 1996 | 43,2 x | 29,3 x | 1998 | 30,1 | 17,6 | 1998 |
| Zimbabwe | ... | ... | ... | ... | 26,0 | 1999 | 19,5 | 18,9 | 1999 | 42,5 w | 16,0 | 1999 | 70,2 | 42,0 | 1999 |
| Asie de l'Est et Pacifique | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chine | 2000 | 0,2 | 0,0 | 20,5 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hong Kong R.A.S. | 1997 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Fidji | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Japon | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | 23,7 | 16,3 | 1996 | ... | ... | ... |
| Mongolie | ... | ... | ... | ... | 43,3 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | ... | ... | ... | ... | 54,0 | 1996 | ... | ... | ... | 15,0 | 12,0 | 1994 | 38,0 | 12,0 | 1994 |
| République de Corée | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rép. pop. dém. de Corée | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Australie & Nouvelle-Zélande | | | | | | | | | | | | | | | |
| Australie | 1996 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Nouvelle-Zélande | 1997 | 0,4 | 0,3 | 0,5 | ... | ... | ... | 17,2 | 1995 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| Pays | 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 2001 | | | | | 2. Orphelins du SIDA 2001 | 3. Décès dus au SIDA, 2001 | 4. Population 2001 (milliers) | |
|---|---|------------------|---------------------------|------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------|
| | Adultes et enfants | Adultes (15-49) | Taux chez les adultes (%) | Femmes (15-49) | Enfants (0-14) | Orphelins actuellement en vie (0-14) | Total cumulé Adultes et enfants | Total | Adultes (15-49) |
| Asie du Sud & Sud-Est | 5,600,000 | 5,400,000 | 0,6 | 2,000,000 | 220,000 | 1,800,000 | 400,000 | 1,978,430 | 1,031,463 |
| Afghanistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 22,474 | 10,435 |
| Bangladesh | 13,000 | 13,000 | <0,1 | 3,100 | 310 | 2,100 | 650 | 140,369 | 72,340 |
| Bhoutan | <100 | <100 | <0,1 | ... | ... | ... | ... | 2,141 | 972 |
| Brunéi Darussalam | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 335 | 187 |
| Cambodge | 170,000 | 160,000 | 2,7 | 74,000 | 12,000 | 55,000 | 12,000 | 13,441 | 6,314 |
| Inde | 3,970,000 | 3,800,000 | 0,8 | 1,500,000 | 170,000 | ... | ... | 1,025,096 | 533,580 |
| Indonésie | 120,000 | 120,000 | 0,1 | 27,000 | 1,300 | 18,000 | 4,600 | 214,840 | 118,163 |
| Iran (Rép. islamique d') | 20,000 | 20,000 | <0,1 | 5,000 | <200 | ... | 290 | 71,369 | 37,396 |
| Malaisie | 42,000 | 41,000 | 0,4 | 11,000 | 770 | 14,000 | 2,500 | 22,633 | 11,868 |
| Maldives | <100 | <100 | 0,1 | ... | ... | ... | ... | 300 | 141 |
| Myanmar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 48,364 | 25,855 |
| Népal | 58,000 | 56,000 | 0,5 | 14,000 | 1,500 | 13,000 | 2,400 | 23,593 | 11,106 |
| Pakistan | 78,000 | 76,000 | 0,1 | 16,000 | 2,200 | 25,000 | 4,500 | 144,971 | 67,964 |
| Philippines | 9,400 | 9,400 | <0,1 | 2,500 | <10 | 4,100 | 720 | 77,131 | 39,600 |
| Rép. dém. populaire lao | 1,400 | 1,300 | <0,1 | 350 | <100 | ... | <150 | 5,403 | 2,542 |
| Singapour | 3,400 | 3,400 | 0,2 | 860 | <100 | ... | 140 | 4,108 | 2,324 |
| Sri Lanka | 4,800 | 4,700 | <0,1 | 1,400 | <100 | 2,000 | 250 | 19,104 | 10,695 |
| Thaïlande | 670,000 | 650,000 | 1,8 | 220,000 | 21,000 | 290,000 | 55,000 | 63,584 | 36,636 |
| Viet Nam | 130,000 | 130,000 | 0,3 | 35,000 | 2,500 | 22,000 | 6,600 | 79,175 | 43,343 |
| Europe orientale & Asie centrale | 1,000,000 | 1,000,000 | 0,5 | 260,000 | 15,000 | <5000 | 23,000 | 393,245 | 209,038 |
| Arménie | 2,400 | 2,400 | 0,2 | 480 | <100 | ... | <100 | 3,788 | 2,152 |
| Azerbaïdjan | 1,400 | 1,400 | <0,1 | 280 | ... | ... | <100 | 8,096 | 4,529 |
| Bélarus | 15,000 | 15,000 | 0,3 | 3,700 | ... | ... | 1,000 | 10,147 | 5,397 |
| Bosnie-Herzégovine | ... | 900* | <0,1* | ... | ... | ... | ... | 4,067 | 2,292 |
| Bulgarie | ... | 400* | <0,1* | ... | ... | ... | ... | 7,867 | 3,915 |
| Croatie | 200 | 200 | <0,1 | <100 | <10 | ... | <10 | 4,655 | 2,331 |
| Estonie | 7,700 | 7,700 | 1,0 | 1,500 | ... | ... | <100 | 1,377 | 702 |
| Fédération de Russie | 700,000 | 700,000 | 0,9 | 180,000 | ... | ... | 9,000 | 144,664 | 78,166 |
| Géorgie | 900 | 900 | <0,1 | 180 | ... | ... | <100 | 5,239 | 2,726 |
| Hongrie | 2,800 | 2,800 | 0,1 | 300 | <100 | ... | <100 | 9,917 | 5,001 |
| Kazakhstan | 6,000 | 6,000 | 0,1 | 1,200 | <100 | ... | 300 | 16,095 | 8,866 |
| Kirghizistan | 500 | 500 | <0,1 | <100 | ... | ... | <100 | 4,986 | 2,627 |
| Lettonie | 5,000 | 5,000 | 0,4 | 1,000 | <100 | ... | <100 | 2,406 | 1,215 |
| Lituanie | 1,300 | 1,300 | 0,1 | 260 | <100 | ... | <100 | 3,689 | 1,901 |
| Ouzbékistan | 740 | 740 | <0,1 | 150 | <100 | ... | <100 | 25,257 | 13,395 |
| Pologne | ... | 14,000* | 0,1* | ... | ... | ... | ... | 38,577 | 20,685 |
| Rép. de Moldova | 5,500 | 5,500 | 0,2 | 1,200 | -0 | ... | 300 | 4,285 | 2,339 |
| République tchèque | 500 | 500 | <0,1 | <100 | <10 | ... | <10 | 10,260 | 5,233 |
| Roumanie | 6,500 | 2,500 | <0,1 | ... | 4,000 | ... | 350 | 22,388 | 11,761 |
| Slovaquie | <100 | <100 | <0,1 | <100 | ... | ... | <100 | 5,403 | 2,934 |
| Tadjikistan | 200 | 200 | <0,1 | <100 | ... | ... | <100 | 6,135 | 3,111 |
| Turkménistan | <100 | <100 | <0,1 | <100 | ... | ... | <100 | 4,835 | 2,508 |
| Ukraine | 250,000 | 250,000 | 1,0 | 76,000 | ... | ... | 11,000 | 49,112 | 25,251 |
| Europe occidentale | 550,000 | 540,000 | 0,3 | 140,000 | 5,000 | 150,000 | 8,000 | 407,021 | 200,286 |
| Albanie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 3,145 | 1,692 |
| Allemagne | 41,000 | 41,000 | 0,1 | 8,100 | 550 | ... | 660 | 82,007 | 40,191 |
| Autriche | 9,900 | 9,900 | 0,2 | 2,200 | <100 | ... | <100 | 8,075 | 4,058 |
| Belgique | 8,500 | 8,100 | 0,2 | 2,900 | 330 | ... | <100 | 10,264 | 4,987 |
| Danemark | 3,800 | 3,800 | 0,2 | 770 | <100 | ... | <100 | 5,333 | 2,519 |
| Espagne | 130,000 | 130,000 | 0,5 | 26,000 | 1,300 | ... | 2,300 | 39,921 | 20,794 |
| Ex-Rép. youg. de Macédoine | <100 | <100 | <0,1 | <100 | <100 | ... | <100 | 2,044 | 1,079 |
| Finlande | 1,200 | 1,200 | <0,1 | 330 | <100 | ... | <100 | 5,178 | 2,462 |
| France | 100,000 | 100,000 | 0,3 | 27,000 | 1,000 | ... | 800 | 59,453 | 29,001 |
| Grèce | 8,800 | 8,800 | 0,2 | 1,800 | <100 | ... | <100 | 10,623 | 5,269 |
| Irlande | 2,400 | 2,200 | 0,1 | 660 | 190 | ... | <100 | 3,841 | 2,022 |
| Islande | 220 | 220 | 0,2 | <100 | <100 | ... | <100 | 281 | 144 |
| Italie | 100,000 | 100,000 | 0,4 | 33,000 | 770 | ... | 1,100 | 57,503 | 28,018 |
| Luxembourg | ... | 360 | 0,2 | ... | ... | ... | <100 | 442 | 221 |
| Malte | ... | 240 | 0,1 | ... | ... | ... | <100 | 392 | 193 |
| Norvège | 1,800 | 1,800 | 0,1 | 400 | <100 | ... | <100 | 4,488 | 2,155 |

| Pays | 5. Zones d'incertitude entourant les estimations | | | | | | 6. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes (15-24), fin 2001 | | | |
|---|--|-----------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001 | | Nombre de décès chez les adultes (15-49), 2001 | | Nombre de décès chez les enfants (0-14), 2001 | | Femmes | | Hommes | |
| | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure |
| Asie du Sud & Sud-Est | 4,100,000 | 7,800,000 | 250,000 | 450,000 | 29,000 | 56,000 | 0,36 | 0,64 | 0,22 | 0,38 |
| Afghanistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh | 9,400 | 17,000 | 420 | 750 | <100 | <100 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 |
| Bhoutan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunéi Darussalam | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Cambodge | 140,000 | 210,000 | 8,100 | 12,000 | 1,800 | 2,700 | 1,99 | 2,98 | 0,77 | 1,16 |
| Inde | 2,600,000 | 5,400,000 | ... | ... | ... | ... | 0,46 | 0,96 | 0,22 | 0,46 |
| Indonésie | 94,000 | 140,000 | 3,400 | 5,100 | 240 | 360 | 0,05 | 0,07 | 0,05 | 0,08 |
| Iran (Rép. islamique d') | 13,000 | 27,000 | 150 | 300 | <100 | <100 | 0,01 | 0,01 | 0,03 | 0,06 |
| Malaisie | 34,000 | 51,000 | 1,900 | 2,800 | ... | ... | 0,09 | 0,14 | 0,56 | 0,84 |
| Maldives | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar | 180,000 | 420,000 | 8,400 | 13,000 | 1,200 | 1,700 | ... | ... | ... | ... |
| Népal | 37,000 | 78,000 | 1,400 | 2,800 | 220 | 450 | 0,18 | 0,38 | 0,17 | 0,36 |
| Pakistan | 51,000 | 110,000 | 2,600 | 5,500 | 290 | 600 | 0,03 | 0,07 | 0,04 | 0,08 |
| Philippines | 7,500 | 11,000 | 570 | 860 | ... | ... | 0,01 | 0,02 | 0,01 | 0,02 |
| Rép. dém. populaire lao | 1,000 | 1,800 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,06 |
| Singapour | 2,700 | 4,100 | <100 | 160 | <100 | <100 | 0,12 | 0,19 | 0,12 | 0,17 |
| Sri Lanka | 3,800 | 5,800 | 200 | 300 | <100 | <100 | 0,03 | 0,04 | 0,02 | 0,03 |
| Thaïlande | 530,000 | 800,000 | 50,000 | 76,000 | 2,200 | 3,300 | 1,32 | 2,00 | 0,88 | 1,33 |
| Viet Nam | 110,000 | 160,000 | 4,900 | 7,400 | 390 | 590 | 0,13 | 0,20 | 0,25 | 0,38 |
| Europe orientale & Asie centrale | 720,000 | 1,300,000 | 15,000 | 30,000 | <100 | <100 | 0,19 | 0,34 | 0,75 | 1,33 |
| Arménie | 1,900 | 2,900 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,05 | 0,07 | 0,18 | 0,27 |
| Azerbaïdjan | 1,000 | 1,800 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,01 | 0,02 | 0,04 | 0,08 |
| Bélarus | 9,600 | 20,000 | 650 | 1,400 | <100 | <100 | 0,13 | 0,26 | 0,38 | 0,79 |
| Bosnie-Herzégovine | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bulgarie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Croatie | 140 | 280 | <100 | <100 | ... | ... | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Estonie | 5,600 | 9,800 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,45 | 0,79 | 1,80 | 3,17 |
| Fédération de Russie | 500,000 | 840,000 | 7,200 | 11,000 | <100 | <100 | 0,53 | 0,80 | 1,50 | 2,24 |
| Géorgie | 590 | 1,200 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,01 | 0,03 | 0,05 | 0,10 |
| Hongrie | 2,000 | 3,500 | <100 | <100 | ... | ... | 0,01 | 0,03 | 0,07 | 0,12 |
| Kazakhstan | 4,200 | 8,800 | 210 | 380 | <100 | <100 | 0,02 | 0,04 | 0,09 | 0,17 |
| Kirghizistan | 330 | 680 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Lettonie | 4,000 | 6,000 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,19 | 0,29 | 0,75 | 1,13 |
| Lituanie | 850 | 1,800 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,03 | 0,06 | 0,10 | 0,22 |
| Ouzbékistan | 480 | 1,000 | <100 | <100 | ... | ... | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,01 |
| Pologne | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 0,03 | 0,06 | 0,06 | 0,12 |
| Rép. de Moldova | 3,600 | 7,400 | 200 | 410 | <100 | <100 | 0,09 | 0,18 | 0,30 | 0,62 |
| République tchèque | 400 | 600 | <100 | <100 | ... | ... | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Roumanie | 4,200 | 8,800 | 230 | 470 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Slovaquie | <100 | <100 | <100 | <100 | ... | ... | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tadjikistan | 130 | 270 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Turkménistan | <100 | <100 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Ukraine | 180,000 | 320,000 | 7,900 | 14,000 | <100 | <100 | 0,63 | 1,12 | 1,41 | 2,50 |
| Europe occidentale | 440,000 | 670,000 | 6,200 | 9,800 | <100 | <100 | 0,10 | 0,17 | 0,15 | 0,27 |
| Albanie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Allemagne | 33,000 | 49,000 | 530 | 790 | ... | ... | 0,04 | 0,05 | 0,08 | 0,12 |
| Autriche | 7,900 | 12,000 | <100 | <100 | ... | ... | 0,10 | 0,14 | 0,18 | 0,27 |
| Belgique | 6,800 | 10,000 | <100 | <100 | ... | ... | 0,10 | 0,14 | 0,09 | 0,14 |
| Danemark | 3,600 | 5,500 | <100 | <100 | ... | ... | 0,05 | 0,08 | 0,11 | 0,16 |
| Espagne | 100,000 | 150,000 | 1,800 | 2,600 | ... | ... | 0,19 | 0,29 | 0,41 | 0,62 |
| Ex-Rép. youg. de Macédoine | <100 | <100 | <100 | <100 | ... | ... | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Finlande | 970 | 1,500 | <100 | <100 | ... | ... | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,04 |
| France | 81,000 | 120,000 | 640 | 960 | <100 | <100 | 0,14 | 0,21 | 0,21 | 0,31 |
| Grèce | 7,000 | 11,000 | <100 | <100 | ... | ... | 0,05 | 0,08 | 0,11 | 0,16 |
| Irlande | 1,900 | 2,900 | <100 | <100 | ... | ... | 0,04 | 0,06 | 0,05 | 0,07 |
| Islande | 180 | 260 | <100 | <100 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Italie | 84,000 | 130,000 | 880 | 1,300 | ... | ... | 0,21 | 0,31 | 0,23 | 0,34 |
| Luxembourg | <100 | <100 | <100 | <100 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Malte | <100 | <100 | <100 | <100 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Norvège | 1,400 | 2,100 | <100 | <100 | ... | ... | 0,03 | 0,05 | 0,06 | 0,09 |

7. Prévalence de l'infection à VIH (%), populations choisies

| Pays | Femmes en consultations prénatales - principales zones urbaines | | | | Femmes en consultations prénatales - en dehors des principales zones urbaines | | | | Patients avec IST - principales zones urbaines | | | | Professionnelles du sexe - principales zones urbaines | | | |
|---|---|---------|------|------|---|----------------|------|------|--|---------------|------|------|---|--------------|------|------|
| | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. |
| Asie du Sud & Sud-Est | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Afghanistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh | ... | ... | ... | ... | 1989 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1998 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 2000 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| Bhoutan | ... | ... | ... | ... | 1993 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunéi Darussalam | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Cambodge | 2000 | 2,7 | 2,7 | 2,7 | 2000 | 1,7 | 0,6 | 5,7 | 1994 | 8,5 | 8,5 | 8,5 | 2000 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| Inde | 1999 | 2,0 | 0,0 | 3,3 | 2000 | 2,0 | 1,0 | 3,9 | 1999 | 3,6 | 0,8 | 64,4 | 1998 | 5,3 | 5,3 | 5,3 |
| Indonésie | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1998 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Iran (Rép. islamique d') | 1993 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1994 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1994 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Malaisie | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,1 | 0,0 | 0,7 | 1996 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 1996 | 6,3 | 6,3 | 6,3 |
| Maldives | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar | 2000 | 2,8 | 2,0 | 3,5 | 2000 | 1,8 | 0,0 | 5,3 | 2000 | 12,6 | 12,1 | 13,0 | 2000 | 38,0 | 26,0 | 50,0 |
| Népal | 1992 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1992 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2000 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 36,2 | 36,2 | 36,2 |
| Pakistan | 1995 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1995 | 0,3 | 0,2 | 3,7 | 1995 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Philippines | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1994 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1994 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Rép. dém. populaire lao | 1998 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 | 1,0 | ... | ... |
| Singapour | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1998 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 1998 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Sri Lanka | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1998 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Thaïlande | 2000 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2000 | 1,5 | 0,4 | 5,3 | 2000 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2000 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| Viet Nam | 1999 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 1999 | 2,0 | 1,0 | 5,5 | 2000 | 11,0 | 11,0 | 11,0 |
| Europe orientale & Asie centrale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arménie | 1998 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... |
| Azerbaïdjan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1995 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bélarus | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,04 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 0,04 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bosnie-Herzégovine | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bulgarie | ... | ... | ... | ... | 1997 | 0,01 <i>n</i> | ... | ... | 1997 | 0,09 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Croatie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Estonie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,03 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Fédération de Russie | ... | ... | ... | ... | 1998 | 0,005 <i>n</i> | ... | ... | 1998 | 0,02 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Géorgie | 1997 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hongrie | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kazakhstan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kirghizistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Lettonie | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,06 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 0,05 <i>n</i> | ... | ... | 1998 | 11,0 | ... | ... |
| Lituanie | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1993 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ouzbékistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Pologne | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rép. de Moldova | ... | ... | ... | ... | 1995 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 0,04 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| République tchèque | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,005 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Roumanie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,5 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Slovaquie | ... | ... | ... | ... | 1995 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Tadjikistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Turkménistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ukraine | 1996 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 1996 | 0,05 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 13,3 | 0,5 | 22,7 | 1995 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... |
| Europe occidentale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Albanie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Allemagne | 1997 | 0,1 | ... | ... | 1997 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Autriche | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Belgique | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Danemark | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Espagne | 1997 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 1996 | 0,15 <i>n</i> | ... | ... | 1995 | 5,8 <i>n</i> | 0,7 | 7,8 | 1995 | 2,0 <i>n</i> | ... | ... |
| Ex-Rép. youg. de Macédoine | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Finlande | 1994 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1996 | 0,01 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 0,1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| France | 1994 | 0,4 | 0,0 | 0,5 | ... | ... | ... | ... | 1993 | 4,2 | 3,7 | 8,0 | 1991 | 2,3 | ... | ... |
| Grèce | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1991 | 0,0 | ... | ... |
| Irlande | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Islande | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Italie | 1992 | 0,2 | ... | ... | 1993 | 0,1 <i>n</i> | ... | ... | 1992 | 11,0 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Luxembourg | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Malte | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Norvège | ... | ... | ... | ... | 1996 | 0,01 <i>n</i> | ... | ... | 1992 | 0,1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| Pays | 7. Prévalence du VIH (%) (suite) | | | | 8. Indicateurs de connaissances et de comportement | | | | | | | | | | |
|---|---|---------|------|------|--|-------|--|--------|-------|--|--------|-------|---|--------|-------|
| | Consommateurs de drogues par injection - principales zones urbaines | | | | Jeunes adultes (15-24) qui ne savent pas qu'une personne apparemment saine peut être infectée par le VIH/SIDA (%) | | Valeur médiane de l'âge lors des premiers rapports sexuels, pour les jeunes adultes (20-24) | | | Pratiques sexuelles à risque signalées au cours de l'année écoulée par adultes de 15 à 49 ans (%) | | | Notification du recours au préservatif par les adultes (15-49) au cours du plus récent rapport sexuel à risque (%) | | |
| | Année | Médiane | Min. | Max. | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année |
| Asie du Sud & Sud-Est | | | | | | | | | | | | | | | |
| Afghanistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh | 1998 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 76,6 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bhoutan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunei Darussalam | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Cambodge | ... | ... | ... | ... | 37,6 | 2000 | ... | 21,9 | 2000 | ... | 0,1 x | 2000 | ... | 0,5 x | 2000 |
| Inde | 1996 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | ~26,0 | 2000 | 21,0 b | 18,0 b | 2001 | 11,8 | 2,0 | 2001 | 51,2 | 39,8 | 2001 |
| Indonésie | ... | ... | ... | ... | 67,8 | 2000 | ... | 20,4 | 1997 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iran (Rép. islamique d') | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Malaisie | 1996 | 16,8 | 16,8 | 16,8 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Maldives | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar | 2000 | 47,6 | 37,1 | 58,1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Népal | 2000 | 50,0 | 50,0 | 50,0 | 71,0 | 2000 | ... | 19,6 | 1996 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Pakistan | 2000 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Philippines | 1994 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 33,1 | 1999 | ... | ... | 1998 | 16,1 | 1,3 | 1990 | ... | ... | ... |
| Rép. dém. populaire lao | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Singapour | 1994 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | ... | ... | ... | ... | ... | 16,2 | 1,0 | 1991 | ... | ... | ... |
| Sri Lanka | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 4,5 | 0,6 | 1997 | 44,4 | ... | 1997 |
| Thaïlande | 2000 | 39,6 | 39,6 | 39,6 | ... | ... | ... | ... | ... | 7,4 | 3,1 | 1990 | ... | ... | ... |
| Viet Nam | 2000 | 41,5 | 33,0 | 50,0 | 36,5 | 2000 | ... | ... | ... | 12,0 a | ... | 1995 | 30,0 a | ... | 1995 |
| Europe orientale & Asie centrale | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arménie | 1998 | 6,3 | 6,3 | 6,3 | 53,0 | 2000 | ... | 19,7 z | 2000 | 18,9 | 0,6 | 2000 | 43,3 | 2000 | ... |
| Azerbaïdjan | 1995 | 0,0 n | ... | ... | 64,4 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bélarus | 1996 | 6,7 n | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bosnie-Herzégovine | ... | ... | ... | ... | 26,4 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bulgarie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 18,7 | 1997 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Croatie | 1996 | 0,0 n | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Estonie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 18,4 | 1994 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Fédération de Russie | 1998 | 0,4 n | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Géorgie | ... | ... | ... | ... | 53,7 | 2000 | ... | ... | ... | 51,6 u | 0,8 u | 1997 | 79,1 u | ... | 1997 |
| Hongrie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 18,0 | 18,5 | 1993 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kazakhstan | ... | ... | ... | ... | 37,0 | 1999 | 18,6 | 20,0 | 1999 | 29,7 | 15,5 | 1999 | 58,3 | 18,7 | 1999 |
| Kirghizistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 19,5 | 1997 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Lettonie | 1997 | 0,0 n | ... | ... | ... | ... | 18,2 | 18,5 | 1995 | 20,0 | 10,0 | 1997 | 69,0 | 66,3 | 1997 |
| Lituanie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 18,6 | 19,5 | 1995 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ouzbékistan | ... | ... | ... | ... | 59,0 | 2000 | ... | 19,7 | 1996 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Pologne | 1996 | 5,0 n | ... | ... | ... | ... | 19,7 | 19,6 | 1991 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rép. de Moldova | 1996 | 1,1 n | ... | ... | 21,2 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| République tchèque | 1996 | 0,0 n | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 30,5 | 21,7 | 1994 | 41,3 | 35,0 | 1994 |
| Roumanie | ... | ... | ... | ... | 30,6 | 1999 | 17,3 | 19,5 | 1999 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Slovaquie | 1996 | 0,0 n | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Tadjikistan | ... | ... | ... | ... | 92,1 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Turkménistan | ... | ... | ... | ... | 58,0 | 2000 | ... | 21,6 b | 2000 | ... | 4,5 x | 2000 | ... | ... | ... |
| Ukraine | 1998 | 8,6 n | ... | ... | 34,0 | 2000 | ... | ... | ... | ... | 19,7 | 1999 | ... | ... | ... |
| Europe occidentale | | | | | | | | | | | | | | | |
| Albanie | ... | ... | ... | ... | 59,8 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Allemagne | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 12,0 | 5,0 | 1990 | ... | ... | ... |
| Autriche | 1990 | 27,0 | 13,5 | 44,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 38,0 a | ... | 1992 |
| Belgique | 1989 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | ... | ... | 18,1 | 18,7 | 1992 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Danemark | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 17,5 | 17,0 | 1989 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Espagne | 1996 | 31,0 | ... | ... | ... | ... | 18,7 | 20,1 | 1995 | 18,0 | 4,8 | 1995 | 49,4 e | 32,5 | 1996 |
| Ex-Rép. youg. de Macédoine | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Finlande | 1995 | 0,1 n | ... | ... | ... | ... | 18,0 | 18,0 | 1992 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| France | 1990 | 3,0 | ... | ... | ... | ... | 17,9 | 18,4 | 1998 | 13,3 | 5,6 | 1990 | 64,7 | 50,2 | 1993 |
| Grèce | 1995 | 0,4 | ... | ... | ... | ... | 17,5 | 19,0 | 1990 | 22,1 | 5,8 | 1990 | ... | ... | ... |
| Irlande | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Islande | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 16,8 | 16,9 | 1992 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Italie | 1993 | 33,6 | 7,0 | 36,8 | ... | ... | 18,7 | 21,7 | 1996 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Luxembourg | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Malte | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Norvège | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 18,3 | 17,6 | 1992 | 14,5 | 8,8 | 1992 | 8,4 | 5,3 | 1992 |

| Pays | 1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 2001 | | | | | 2. Orphelins du SIDA 2001 | 3. Décès dus au SIDA, 2001 | 4. Population 2001 (milliers) | |
|---|---|------------------|---------------------------|----------------|----------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| | Adultes et enfants | Adultes (15-49) | Taux chez les adultes (%) | Femmes (15-49) | Enfants (0-14) | Orphelins actuellement en vie (0-14) | Total cumulé Adultes et enfants | Total | Adultes (15-49) |
| Pays-Bas | 17,000 | 17,000 | 0,2 | 3,300 | 160 | ... | 110 | 15,930 | 7,997 |
| Portugal | 27,000 | 26,000 | 0,5 | 5,100 | 350 | ... | 1,000 | 10,033 | 5,089 |
| Royaume-Uni | 34,000 | 34,000 | 0,1 | 7,400 | 550 | ... | 460 | 59,542 | 28,559 |
| Slovénie | 280 | 280 | <0,1 | <100 | <100 | ... | <100 | 1,985 | 1,047 |
| Suède | 3,300 | 3,300 | 0,1 | 880 | <100 | ... | <100 | 8,833 | 4,012 |
| Suisse | 19,000 | 19,000 | 0,5 | 6,000 | 300 | ... | <100 | 7,170 | 3,437 |
| Yougoslavie | 10,000 | 10,000 | 0,2 | ... | ... | ... | <100 | 10,538 | 5,341 |
| Afrique du Nord & Moyen-Orient | 500,000 | 460,000 | 0,3 | 250,000 | 35,000 | 65,000 | 30,000 | 349,142 | 180,506 |
| Algérie | ... | 13,000* | 0,1* | ... | ... | ... | ... | 30,841 | 16,779 |
| Arabie saoudite | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 21,028 | 9,667 |
| Bahrein | <1000 | <1000 | 0,3 | 150 | ... | ... | ... | 652 | 390 |
| Chypre | <1000 | <1000 | 0,3 | 150 | ... | ... | ... | 790 | 396 |
| Egypte | 8,000 | 8,000 | <0,1 | 780 | ... | ... | ... | 69,080 | 36,301 |
| Emirats arabes unis | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2,654 | 1,533 |
| Iraq | <1000 | <1000 | <0,1 | 150 | ... | ... | ... | 23,584 | 11,527 |
| Israël | ... | 2,700 | 0,1 | ... | ... | ... | ... | 6,172 | 3,067 |
| Jamahiriyi arabe libyenne | 7,000 | 7,000 | 0,2 | 1,100 | ... | ... | ... | 5,408 | 2,952 |
| Jordanie | <1000 | <1000 | <0,1 | 150 | ... | ... | ... | 5,051 | 2,561 |
| Koweït | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1,971 | 1,123 |
| Liban | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 3,556 | 1,949 |
| Maroc | 13,000 | 13,000 | 0,1 | 2,000 | ... | ... | ... | 30,430 | 16,373 |
| Oman | 1,300 | 1,300 | 0,1 | 200 | ... | ... | ... | 2,622 | 1,211 |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 575 | 350 |
| République arabe syrienne | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 16,610 | 8,481 |
| Soudan | 450,000 | 410,000 | 2,6 | 230,000 | 30,000 | 62,000 | 23,000 | 31,809 | 15,496 |
| Tunisie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 9,562 | 5,392 |
| Turquie | ... | 3,700* | <0,1* | ... | ... | ... | ... | 67,632 | 36,857 |
| Yémen | 9,900 | 9,900 | 0,1 | 1,500 | ... | ... | ... | 19,114 | 8,098 |
| Amérique du Nord | 950,000 | 940,000 | 0,6 | 190,000 | 10,000 | 320,000 | 15,000 | 316,941 | 161,413 |
| Canada | 55,000 | 55,000 | 0,3 | 14,000 | <500 | -0 | <500 | 31,015 | 16,164 |
| Etats-Unis d'Amérique | 900,000 | 890,000 | 0,6 | 180,000 | 10,000 | -0 | 15,000 | 285,926 | 145,249 |
| Caraiïbes | 420,000 | 400,000 | 2,3 | 210,000 | 20,000 | 250,000 | 40,000 | 32,489 | 17,183 |
| Bahamas | 6,200 | 6,100 | 3,5 | 2,700 | <100 | 2,900 | 610 | 308 | 170 |
| Barbade | ... | 2,000* | 1,2* | ... | ... | ... | ... | 268 | 154 |
| Cuba | 3,200 | 3,200 | <0,1 | 830 | <100 | 1,000 | 120 | 11,237 | 6,121 |
| Haïti | 250,000 | 240,000 | 6,1 | 120,000 | 12,000 | 200,000 | 30,000 | 8,270 | 4,053 |
| Jamaïque | 20,000 | 18,000 | 1,2 | 7,200 | 800 | 5,100 | 980 | 2,598 | 1,376 |
| République dominicaine | 130,000 | 120,000 | 2,5 | 61,000 | 4,700 | 33,000 | 7,800 | 8,507 | 4,561 |
| Trinité-et-Tobago | 17,000 | 17,000 | 2,5 | 5,600 | 300 | 3,600 | 1,200 | 1,300 | 748 |
| Amérique latine | 1,500,000 | 1,400,000 | 0,5 | 430,000 | 40,000 | 330,000 | 60,000 | 488,031 | 262,151 |
| Argentine | 130,000 | 130,000 | 0,7 | 30,000 | 3,000 | 25,000 | 1,800 | 37,488 | 18,741 |
| Belize | 2,500 | 2,200 | 2,0 | 1,000 | 180 | 950 | 300 | 231 | 119 |
| Bolivie | 4,600 | 4,500 | 0,1 | 1,200 | 160 | 1,000 | 290 | 8,516 | 4,131 |
| Brésil | 610,000 | 600,000 | 0,7 | 220,000 | 13,000 | 130,000 | 8,400 | 172,559 | 96,894 |
| Chili | 20,000 | 20,000 | 0,3 | 4,300 | <500 | 4,100 | 220 | 15,402 | 8,121 |
| Colombie | 140,000 | 140,000 | 0,4 | 20,000 | 4,000 | 21,000 | 5,600 | 42,803 | 23,003 |
| Costa Rica | 11,000 | 11,000 | 0,6 | 2,800 | 320 | 3,000 | 890 | 4,112 | 2,204 |
| El Salvador | 24,000 | 23,000 | 0,6 | 6,300 | 830 | 13,000 | 2,100 | 6,400 | 3,289 |
| Equateur | 20,000 | 19,000 | 0,3 | 5,100 | 660 | 7,200 | 1,700 | 12,880 | 6,874 |
| Guatemala | 67,000 | 63,000 | 1,0 | 27,000 | 4,800 | 32,000 | 5,200 | 11,687 | 5,459 |
| Guyana | 18,000 | 17,000 | 2,7 | 8,500 | 800 | 4,200 | 1,300 | 763 | 432 |
| Honduras | 57,000 | 54,000 | 1,6 | 27,000 | 3,000 | 14,000 | 3,300 | 6,575 | 3,214 |
| Mexique | 150,000 | 150,000 | 0,3 | 32,000 | 3,600 | 27,000 | 4,200 | 100,368 | 54,019 |
| Nicaragua | 5,800 | 5,600 | 0,2 | 1,500 | 210 | 2,000 | 400 | 5,208 | 2,539 |
| Panama | 25,000 | 25,000 | 1,5 | 8,700 | 800 | 8,100 | 1,900 | 2,899 | 1,549 |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 5,636 | 2,836 |
| Pérou | 53,000 | 51,000 | 0,4 | 13,000 | 1,500 | 17,000 | 3,900 | 26,093 | 13,878 |
| Suriname | 3,700 | 3,600 | 1,2 | 1,800 | 190 | 1,700 | 330 | 419 | 238 |
| Uruguay | 6,300 | 6,200 | 0,3 | 1,400 | 100 | 3,100 | <500 | 3,361 | 1,625 |
| Venezuela | ... | 62,000* | 0,5* | ... | ... | ... | ... | 24,632 | 12,985 |

| Pays | 5. Zones d'incertitude entourant les estimations | | | | | | 6. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes (15-24), fin 2001 | | | |
|---|--|-----------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001 | | Nombre de décès chez les adultes (15-49), 2001 | | Nombre de décès chez les enfants (0-14), 2001 | | Femmes | | Hommes | |
| | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure | Estimation inférieure | Estimation supérieure |
| Pays-Bas | 13,000 | 20,000 | <100 | 130 | ... | ... | 0,07 | 0,11 | 0,16 | 0,24 |
| Portugal | 23,000 | 40,000 | 500 | 1,200 | <100 | <100 | 0,15 | 0,22 | 0,33 | 0,49 |
| Royaume-Uni | 27,000 | 41,000 | 360 | 540 | <100 | <100 | 0,04 | 0,06 | 0,08 | 0,12 |
| Slovénie | 170 | 390 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Suède | 2,600 | 4,000 | <100 | <100 | ... | ... | 0,04 | 0,05 | 0,05 | 0,08 |
| Suisse | 15,000 | 23,000 | <100 | <100 | <100 | <100 | 0,32 | 0,47 | 0,37 | 0,55 |
| Yougoslavie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Afrique du Nord & Moyen-Orient | 320,000 | 680,000 | 16,000 | 32,000 | 3,900 | 8,100 | 0,23 | 0,41 | 0,08 | 0,15 |
| Algérie | 8,600 | 18,000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Arabie saoudite | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bahreïn | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Chypre | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egypte | 3,000 | 8,200 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Emirats arabes unis | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | 650 | 1,400 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Israël | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jamahiriya arabe libyenne | 4,600 | 9,500 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jordanie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Koweït | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Liban | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Maroc | 8,600 | 18,000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Oman | 850 | 1,800 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| République arabe syrienne | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Soudan | 280,000 | 580,000 | 11,000 | 23,000 | 3,900 | 8,100 | 2,04 | 4,23 | 0,70 | 1,46 |
| Tunisie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Turquie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Yémen | 6,400 | 13,000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Amérique du Nord | 760,000 | 1,100,000 | 12,000 | 18,000 | <100 | <100 | 0,16 | 0,29 | 0,33 | 0,58 |
| Canada | 44,000 | 66,000 | <500 | <500 | <100 | <100 | 0,14 | 0,21 | 0,22 | 0,33 |
| Etats-Unis d'Amérique | 720,000 | 1,100,000 | 12,000 | 18,000 | <100 | <100 | 0,18 | 0,27 | 0,38 | 0,57 |
| Caraïbes | 290,000 | 520,000 | 23,000 | 44,000 | 4,600 | 9,000 | 1,78 | 3,17 | 1,42 | 2,43 |
| Bahamas | 4,600 | 9,500 | 360 | 740 | <100 | <100 | 1,97 | 4,09 | 1,72 | 3,56 |
| Barbade | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Cuba | 2,100 | 4,400 | 120 | 180 | <100 | <100 | 0,03 | 0,06 | 0,06 | 0,12 |
| Haïti | 190,000 | 390,000 | 16,000 | 32,000 | 3,700 | 7,700 | 3,22 | 6,69 | 2,64 | 5,48 |
| Jamaïque | 13,000 | 22,000 | 690 | 1,000 | <100 | 130 | 0,69 | 1,03 | 0,66 | 0,98 |
| République dominicaine | 100,000 | 150,000 | 5,600 | 8,300 | 720 | 1,100 | 2,22 | 3,30 | 1,69 | 2,51 |
| Trinité-et-Tobago | 15,000 | 30,000 | 690 | 1,400 | <100 | 140 | 2,09 | 4,37 | 1,56 | 3,27 |
| Amérique latine | 1,200,000 | 1,800,000 | 42,000 | 80,000 | 3,500 | 6,600 | 0,26 | 0,46 | 0,39 | 0,69 |
| Argentine | 110,000 | 170,000 | 1,500 | 4,500 | <100 | 200 | 0,27 | 0,40 | 0,69 | 1,03 |
| Belize | 2,300 | 3,400 | 220 | 330 | <100 | <100 | 1,59 | 2,39 | 0,88 | 1,32 |
| Bolivie | 3,000 | 6,200 | 170 | 350 | <100 | <100 | 0,04 | 0,07 | 0,07 | 0,15 |
| Brésil | 490,000 | 730,000 | 7,000 | 20,000 | 330 | 1,500 | 0,38 | 0,58 | 0,51 | 0,77 |
| Chili | 11,000 | 23,000 | 160 | 1,000 | <100 | <100 | 0,08 | 0,17 | 0,23 | 0,48 |
| Colombie | 94,000 | 190,000 | 3,400 | 7,000 | 250 | 520 | 0,12 | 0,25 | 0,55 | 1,15 |
| Costa Rica | 7,200 | 15,000 | 540 | 1,100 | <100 | <100 | 0,18 | 0,36 | 0,38 | 0,79 |
| El Salvador | 16,000 | 32,000 | 1,200 | 2,600 | <100 | 210 | 0,23 | 0,48 | 0,50 | 1,04 |
| Equateur | 13,000 | 27,000 | 1,000 | 2,100 | <100 | 170 | 0,10 | 0,20 | 0,20 | 0,41 |
| Guatemala | 44,000 | 91,000 | 2,800 | 5,800 | 590 | 1,200 | 0,55 | 1,14 | 0,59 | 1,22 |
| Guyana | 11,000 | 24,000 | 750 | 1,600 | <100 | 200 | 2,60 | 5,41 | 2,13 | 4,43 |
| Honduras | 46,000 | 68,000 | 2,100 | 3,200 | 540 | 810 | 1,20 | 1,80 | 0,96 | 1,44 |
| Mexique | 97,000 | 170,000 | 3,600 | 8,000 | <100 | 600 | 0,07 | 0,12 | 0,26 | 0,47 |
| Nicaragua | 3,800 | 7,800 | 230 | 480 | <100 | <100 | 0,05 | 0,10 | 0,15 | 0,31 |
| Panama | 18,000 | 33,000 | 1,200 | 2,200 | <100 | <100 | 0,90 | 1,60 | 1,35 | 2,40 |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 0,16 |
| Pérou | 38,000 | 68,000 | 2,600 | 4,600 | 210 | 370 | 0,13 | 0,23 | 0,30 | 0,53 |
| Suriname | 2,400 | 5,100 | 190 | 400 | <100 | <100 | 0,99 | 2,05 | 0,79 | 1,64 |
| Uruguay | 5,000 | 7,500 | <500 | <500 | <100 | <100 | 0,16 | 0,24 | 0,42 | 0,63 |
| Venezuela | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 0,74 |

7. Prévalence de l'infection à VIH (%), populations choisies

| Pays | Femmes en consultations prénatales - principales zones urbaines | | | | Femmes en consultations prénatales - en dehors des principales zones urbaines | | | | Patients avec IST - principales zones urbaines | | | | Professionnelles du sexe - principales zones urbaines | | | |
|---|---|---------|------|------|---|---------------|------|------|--|---------------|------|------|---|--------------|------|------|
| | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. | Année | Médiane | Min. | Max. |
| Pays-Bas | 1996 | 0,3 | 0,0 | 0,6 | ... | ... | ... | ... | 1996 | 3,3 | ... | ... | 1991 | 1,5 | 1,5 | 2,3 |
| Portugal | 1995 | 0,2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1992 | 5,8 | ... | ... | 1991 | 3,9 | ... | ... |
| Royaume-Uni | 1997 | 0,2 | 0,0 | 0,5 | 1997 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 1997 | 0,7 | ... | ... | 1991 | 0,0 | ... | ... |
| Slovénie | ... | ... | ... | ... | 1995 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | 1996 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Suède | ... | ... | ... | ... | 1995 | 0,01 <i>n</i> | ... | ... | 1991 | 0,17 <i>n</i> | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Suisse | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1997 | 1,8 | 0,0 | 10,3 | ... | ... | ... | ... |
| Yougoslavie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Afrique du Nord & Moyen-Orient | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Algérie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1988 | 1,2 | 0,4 | 1,9 |
| Arabie saoudite | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bahreïn | 1998 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | ... | ... | ... | ... | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... |
| Chypre | ... | ... | ... | ... | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egypte | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1993 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Emirats arabes unis | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | ... | ... | ... | ... | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Israël | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jamahiriya arabe libyenne | ... | ... | ... | ... | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jordanie | ... | ... | ... | ... | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Koweït | 1998 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1997 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... |
| Liban | ... | ... | ... | ... | 1995 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Maroc | 1999 | 0,1 | 0,0 | 0,7 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 0,4 | 0,1 | 1,3 | ... | ... | ... | ... |
| Oman | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| République arabe syrienne | 1993 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Soudan | 1998 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 1998 | 3,8 | 3,5 | 4,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Tunisie | 2000 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Turquie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1992 | 0,1 | ... | ... | 1995 | 0,0 <i>n</i> | ... | ... |
| Yémen | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Amérique du Nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Canada | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Etats-Unis d'Amérique | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Caraïbes | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bahamas | 1995 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 1993 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 1990 | 8,4 | 8,4 | 8,4 | 1990 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| Barbade | 1996 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | ... | ... | ... | ... | 1988 | 4,7 | 4,7 | 4,7 | ... | ... | ... | ... |
| Cuba | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1991 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... |
| Haïti | 2000 | 3,8 | 3,8 | 3,8 | 2001 | 3,4 | 0,0 | 6,1 | 2000 | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 1992 | 65,0 | 65,0 | 65,0 |
| Jamaïque | 1997 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | ... | ... | ... | ... | 2000 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 1997 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| République dominicaine | 1999 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1999 | 2,1 | 1,1 | 4,5 | 1999 | 4,4 | 4,4 | 4,4 | 1999 | 3,5 | 2,4 | 6,6 |
| Trinité-et-Tobago | 1999 | 3,4 | 3,0 | 3,8 | ... | ... | ... | ... | 1996 | 5,8 | 5,8 | 5,8 | 1988 | 13,0 | 13,0 | 13,0 |
| Amérique latine | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Argentine | 1998 | 0,9 | 0,3 | 1,2 | 1998 | 0,2 | 0,0 | 0,5 | 1998 | 10,8 | 10,8 | 10,8 | 1993 | 2,6 | 2,6 | 2,6 |
| Belize | 1995 | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 2000 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bolivie | 1997 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 1988 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1997 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 1997 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Brésil | 2000 | 1,6 | 0,1 | 4,0 | 2000 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 1996 | 1,5 | 1,0 | 1,9 | 1998 | 17,8 | 17,8 | 17,8 |
| Chili | 1999 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1999 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | ... | ... | ... | ... |
| Colombie | 2000 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 2000 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 2000 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1994 | 0,9 | 0,6 | 1,1 |
| Costa Rica | 1997 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 1997 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1994 | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 1995 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| El Salvador | 1997 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | ... | ... | ... | ... | 1996 | 5,7 | 5,3 | 6,0 | 1993 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| Equateur | 2001 | 0,7 | 0,0 | 1,3 | ... | ... | ... | ... | 1993 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 2001 | 1,1 | 1,0 | 1,7 |
| Guatemala | 1998 | 0,9 | 0,4 | 1,4 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 1991 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 1998 | 4,7 | 4,7 | 4,7 |
| Guyana | 1997 | 3,8 | 3,8 | 3,8 | ... | ... | ... | ... | 1997 | 25,0 | 25,0 | 25,0 | 2000 | 45,0 | 45,0 | 45,0 |
| Honduras | 1998 | 2,9 | 0,7 | 5,0 | 1998 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 1991 | 11,2 | 11,2 | 11,2 | 1999 | 7,7 | 7,7 | 7,7 |
| Mexique | 1994 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | ... | ... | ... | ... | 2000 | 17,4 | 17,4 | 17,4 | 1999 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Nicaragua | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1990 | 1,6 | 1,6 | 1,6 |
| Panama | 1994 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 1997 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Paraguay | 1992 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1987 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Pérou | 1999 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1990 | 18,7 | 18,7 | 18,7 | 1998 | 1,6 | 1,6 | 1,6 |
| Suriname | 1998 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | ... | ... | ... | ... | 1990 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1990 | 2,6 | 2,6 | 2,6 |
| Uruguay | 1991 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1991 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1991 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 1997 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Venezuela | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1996 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 1996 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |

| 7. Prévalence du VIH (%) (suite) | | | | | 8. Indicateurs de connaissances et de comportement | | | | | | | | | | |
|---|-------|---------|------|------|---|-------|---|--------|-----------|---|--------|-------|--|--------|-------|
| Consommateurs de drogues par injection - principales zones urbaines | | | | | Jeunes adultes (15-24) qui ne savent pas qu'une personne apparemment saine peut être infectée par le VIH/SIDA (%) | | Valeur médiane de l'âge lors des premiers rapports sexuels, pour les jeunes adultes (20-24) | | | Pratiques sexuelles à risque signalées au cours de l'année écoulée par adultes de 15 à 49 ans (%) | | | Notification du recours au préservatif par les adultes (15-49) au cours du plus récent rapport sexuel à risque (%) | | |
| Pays | Année | Médiane | Min. | Max. | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année |
| Pays-Bas | 1996 | 5,1 | ... | ... | ... | ... | 18,3 | 18,3 | 1989 | 18,0 | 7,0 | 1989 | ... | ... | ... |
| Portugal | 1996 | 15,2 | ... | ... | ... | ... | 17,4 | 19,8 | 1997 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Royaume-Uni | 1997 | 3,4 | ... | ... | ... | ... | 17,1 | 17,4 | 1991 | 26,9 | 6,8 | 1991 | 23,2 | 17,5 | 1991 |
| Slovénie | 1996 | 0,6 | ... | ... | ... | ... | 17,0 | 18,0 | 1994 | 12,4 | 6,2 | 1996 | 16,9 | 17,9 | 1996 |
| Suède | 1995 | 5,3 | ... | ... | ... | ... | ... | 17,1 | mid-1990s | 13,0 | 7,0 | 1989 | ... | ... | ... |
| Suisse | 1997 | 1,4 | 0,0 | 16,7 | ... | ... | 18,3 | 18,6 | 1994 | 15,9 | 8,1 | 1994 | 56,7 | 36,9 | 1994 |
| Yougoslavie | ... | ... | ... | ... | 34,8 | 2000 | ... | ... | ... | 36,3 | 16,7 | 1997 | 35,7 | 44,0 | 1997 |
| Afrique du Nord & Moyen-Orient | | | | | | | | | | | | | | | |
| Algérie | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Arabie saoudite | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bahreïn | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Chypre | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egypte | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Emirats arabes unis | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Israël | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jamahiriya arabe libyenne | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jordanie | ... | ... | ... | ... | 43,0 | 1997 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Koweït | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Liban | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 22,4 a | ... | 1996 | 69,3 a | ... | 1996 |
| Maroc | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Oman | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| République arabe syrienne | 1999 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Soudan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 3,0 | 1,0 | 1995 | 20,0 | 16,7 | 1995 |
| Tunisie | 1997 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Turquie | 1992 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 37,8 | 1998 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Yémen | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Amérique du Nord | | | | | | | | | | | | | | | |
| Canada | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 17,8 | mid-1990s | 8,4 | 6,0 | 1997 | 72,3 | 71,9 | 1997 |
| Etats-Unis d'Amérique | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 17,2 | mid-1990s | 11,0 amx... | ... | 1997 | 65,0 amx | ... | 1997 |
| Caraïbes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bahamas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Barbade | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Cuba | ... | ... | ... | ... | 9,6 | 2000 | ... | ... | ... | 48,6 | 14,4 | 1996 | ... | ... | ... |
| Haïti | ... | ... | ... | ... | 32,0 | 2000 | ... | 18,2 | 2000 | 55,4 | 31,9 | 2000 | 25,5 h | 14,4 h | 2000 |
| Jamaïque | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 17,1 | 1997 | ... | ... | ... | ... | 38,3 | 1997 |
| République dominicaine | ... | ... | ... | ... | 11,2 | 2000 | ... | 18,7 | 1996 | 14,8 k | 9,8 | 1995 | 44,5 | 12,4 | 1996 |
| Trinité-et-Tobago | ... | ... | ... | ... | 5,1 | 2000 | ... | 19,4 | 1987 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Amérique latine | | | | | | | | | | | | | | | |
| Argentine | 1995 | 92,0 | 92,0 | 92,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | <55,0 a | ... | 1995 |
| Belize | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bolivie | ... | ... | ... | ... | 45,6 | 2000 | ... | 19,6 | 1998 | 28,3 k | ... | 1999 | 36,4 h | 12,8 h | 1998 |
| Brésil | 1999 | 42,0 | 42,0 | 42,0 | 21,0 | 1996 | ... | 18,7 | 1996 | 37,9 w | 14,1 | 1996 | 56,0 | 30,3 | 1996 |
| Chili | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 28,0 | 6,0 | 1997 | 33,0 | 18,0 | 1997 |
| Colombie | ... | ... | ... | ... | 15,8 | 2000 | ... | 18,4 | 2000 | ... | 29,1 x | 2000 | ... | 23,0 h | 2000 |
| Costa Rica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 21,4 | 12,5 | 1995 | 55,3 | 42,0 | 1995 |
| El Salvador | ... | ... | ... | ... | 32,0 | 1998 | ... | 18,7 | 1998 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Equateur | ... | ... | ... | ... | 41,0 | 1999 | ... | 19,3 | 1999 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guatemala | ... | ... | ... | ... | 56,0 | 1995 | ... | 19,0 | 1999 | ... | ... | ... | ... | 4,36 | 1999 |
| Guyana | ... | ... | ... | ... | 15,8 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Honduras | ... | ... | ... | ... | 22,2 | 1996 | 15,7 | 18,4 | 1996 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mexique | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 20,7 | 1987 | 15,4 | ... | 1997 | 62,8 a | ... | 1997 |
| Nicaragua | ... | ... | ... | ... | 25,4 | 1998 | 15,8 | 18,1 | 1998 | ... | ... | ... | ... | 6,4 h | 1998 |
| Panama | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | 26,7 d | 1998 | ... | 17,9 | 1996 | ... | ... | ... | ... | 79,1 | 1996 |
| Pérou | 1990 | 28,1 | 28,1 | 28,1 | 28,2 | 2000 | ... | 19,6 | 2000 | 13,6 | 1,5 | 1996 | 41,6 e | 17,9 | 2000 |
| Suriname | ... | ... | ... | ... | 29,8 | 2000 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Uruguay | 1997 | 24,4 | 24,4 | 24,4 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Venezuela | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

Légendes du tableau sur les estimations et données relatives au VIH/SIDA, fin 2001

- a proportion pour les deux sexes combinés
- m médiane de plusieurs enquêtes régionales
- u échantillons urbains
- x sous-estimation de la valeur réelle liée à la méthode d'enquête
- w personnes de 15-59 ans
- * aucun modèle spécifique du pays n'a été fourni

Taux de prévalence du VIH (%), données émanant de populations choisies

- r données émanant de zones rurales
- n valeur nationale sans distinction entre zones urbaines/zones rurales

Ne sait pas qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée par le VIH (15-24) (%)

- b personnes de 15-49 ans
- c personnes de 15-19 ans
- d personnes de 15-35 ans

Age médian lors du premier rapport sexuel (20-24)

- b femmes de 15-49 ans ; hommes de 15-54 ans
- z personnes de 25-29 ans

Rapports sexuels à haut risque déclarés pour les adultes (15-49) au cours de l'année écoulée (%)

- r partenaires réguliers non cohabitants supposés constituer un « risque élevé »
- k personnes de 15-64 ans

Utilisation déclarée des préservatifs pour les adultes (15-49) lors du dernier rapport sexuel à haut risque (%)

- e enquête plus ancienne (basée sur les 1 à 4 années précédant l'enquête concernée)
- h seulement les personnes qui ont entendu parler du SIDA
- r partenaires réguliers non cohabitants supposés constituer un « risque élevé »

Annexe 1 :

Estimations et données relatives au VIH/SIDA, fin 2001

Les estimations et données figurant dans le tableau précédent se rapportent à 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 forcément aux estimations officielles utilisées par les gouvernements. Pour les pays qui ne disposaient d'aucune donnée récente, les tableaux ne comportent pas d'estimations spécifiques du pays. Cependant, des modèles régionaux de données plus anciennes ont permis de produire des estimations minimales pour ces pays, qui sont utilisées pour calculer les totaux régionaux.

Les estimations sont données en chiffres ronds. Toutefois, on a utilisé des chiffres non arrondis pour le calcul des taux et des totaux régionaux ; en conséquence il peut y avoir de petites différences entre les totaux régionaux/mondiaux et la somme des chiffres donnés pour les pays.

La méthode générale utilisée pour obtenir les estimations par pays a été décrite en détail ailleurs.¹ Les estimations produites par l'ONUSIDA/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/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/SIDA. Il suggère ensuite des méthodes destinées à améliorer la qualité et l'exactitude des estimations. De plus, grâce aux suggestions du groupe de référence, un nouveau logiciel a été élaboré pour modéliser le cours des épidémies de VIH/SIDA et leur impact. Ces modifications des procédures et des hypothèses ont permis d'améliorer les estimations relatives au VIH/SIDA pour 2001. Cependant, ceci rend aussi plus hasardeuses les comparaisons directes entre les estimations antérieures (fin 1999) et actuelles. (Les recommandations du groupe de référence qui ont été mises en œuvre dans ces estimations seront décrites dans un article à paraître²).

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 après 50 ans ; toutefois, la vaste majorité de ceux qui ont un comportement à haut risque 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 les 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 de la prévalence du VIH chez l'adulte et elle est également cohérente par rapport aux estimations antérieures.

¹ Schwartlander B. et al. (1999) Country-specific estimates and models of HIV and AIDS: methods and limitations. *AIDS*, 13:2445-2458.

² Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections en matière de VIH/SIDA (2002) Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact : Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS* (sous presse).

Notes sur les indicateurs spécifiques figurant dans ce tableau

1. Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001

Ces estimations englobent toutes les personnes infectées par le VIH en vie à la fin 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, les données disponibles n'étaient pas suffisantes pour établir une estimation de la prévalence du VIH à fin 2001. Pour chacun de ces pays, on a appliqué les chiffres de 1999 relatifs à la prévalence publiés par l'ONUSIDA à la population adulte du pays en 2001, afin d'obtenir les estimations qui figurent sur ce tableau. Aucun modèle par pays n'a été produit pour les pays marqués d'un astérisque. Pour les pays dont les données des six dernières années étaient insuffisantes, aucune estimation n'a été faite. Pour les colonnes contenant peu ou pas d'estimations nationales, les totaux régionaux ont été calculés sur la base d'un modèle régional.

Adultes et enfants

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001. On entend par « enfants » les personnes entre 0 et 14 ans.

Adultes (15-49)

Estimation du nombre d'adultes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001.

Taux (%) chez l'adulte (15-49)

Pour calculer le taux de prévalence du VIH chez l'adulte, le nombre estimé d'adultes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001 a été divisé par le chiffre 2001 pour la population adulte (15 à 49 ans).

Femmes (15-49)

Estimation du nombre de femmes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001.

Enfants (0-14)

Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001.

2. Orphelins du SIDA, 2001

Orphelins, actuellement en vie

Estimation, à la fin de 2001, du nombre d'enfants de 0 à 14 ans qui avaient perdu un parent ou leurs deux parents à cause du SIDA.

3. Décès dus au SIDA, 2001

Adultes et enfants

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants qui sont morts du SIDA au cours de 2001.

4. Population, 2001

Total (milliers)

Population totale en 2001 (*Perspectives démographiques mondiales : Révision de 2000*, Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales, Secrétariat des Nations Unies).

Adultes (15-49) (milliers)

Population âgée de 15 à 49 ans en 2001 (*Perspectives démographiques mondiales : Révision de 2000*, Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales, Secrétariat des Nations Unies).

5. Zones d'incertitude entourant les estimations de prévalence et de mortalité

Les indicateurs 1 et 3 (voir ci-dessus) présentent les meilleures estimations concernant la prévalence du VIH et les décès dus au SIDA. Selon la fiabilité des données disponibles, la zone d'incertitude entourant chacune de ces estimations est plus ou moins importante. Pour certaines variables, l'indicateur 5 présente donc des estimations à la fois basses et élevées. Plus l'écart est grand, plus l'incertitude qui entoure les estimations relatives à un pays est importante : cette incertitude est principalement déterminée par la qualité, la couverture et la cohérence du système de surveillance de ce pays. Si toutes les estimations sont entachées d'une certaine incertitude, ce rapport présente les fourchettes pour les variables clés suivantes :

- estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001 ;
- estimation du nombre des décès dus au SIDA chez l'adulte (15-49) en 2001 ; et
- estimation du nombre des décès dus au SIDA chez l'enfant (0-14) en 2001.

6. Estimation du taux de prévalence du VIH (%) chez les jeunes (15-24), fin 2001

Le taux de prévalence a été calculé en divisant le nombre estimé de jeunes (15-24) vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001 par le nombre total des jeunes (15-24) en 2001. Ces estimations par pays n'ont pas été produites ou approuvées par les programmes nationaux, et sont exprimées sous la forme d'une fourchette obtenue au moyen d'un modèle régional.

7. Taux de prévalence du VIH (%), données provenant de populations choisies

Pourcentage de personnes ayant eu un résultat positif au test VIH parmi les individus testés dans chaque groupe. La plupart de ces données proviennent de la surveillance sentinelle régulière. Pour chacun de ces groupes, le tableau donne l'année de la toute dernière notification, la valeur médiane pour tous les sites de surveillance, le minimum et le maximum. Les données de surveillance recueillies auprès de femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales sont présentées séparément pour les populations urbaines et pour les populations vivant en dehors des grandes agglomérations. Les zones véritablement rurales n'ont souvent pas de site sentinelle du tout. Presque toutes les données concernant les groupes au comportement à haut risque, notamment la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe, proviennent d'études réalisées dans des zones urbaines. Les données marquées d'un « r » proviennent d'études en zones rurales, souvent réalisées dans des petites villes en dehors des grandes agglomérations. Un « n » indique qu'il s'agit d'un nombre à l'échelle de la nation ne permettant pas de séparer les données rurales et urbaines.

8. 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 entre pays.

Ne savent pas qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée par le VIH/ SIDA (15-24) (%)

Le pourcentage de femmes (15-24) ayant répondu à l'enquête qui ne savaient pas qu'une personne d'apparence saine peut être infectée par le VIH/ SIDA. La lettre « b » signifie les personnes de 15-49 ans, un « c », les personnes de 15-19 ans et un « d », les personnes de 15-35 ans.

Age médian lors du premier rapport sexuel (20-24)

L'âge auquel la moitié des jeunes hommes et des jeunes filles de 20 à 24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avec pénétration (âge médian) sur tous les jeunes de l'enquête. Un « b » signale les femmes de 15 à 49 ans et les hommes de 15 à 54 ans, un « w », les personnes de 15-59 ans et un « z » les personnes de 25 à 29 ans.

Rapports sexuels à plus haut risque chez les adultes (15-49) au cours de l'année écoulée (%)

Proportion des adultes ayant répondu à l'enquête (femmes 15-49, hommes 15-54) qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal non cohabitant au cours des 12 mois écoulés, parmi tous les adultes signalant une activité sexuelle au cours de ce même laps de temps. Un « a » indique la proportion du total pour les deux sexes. Un « m » indique la médiane d'un certain

nombre d'enquêtes régionales. Pour les pays marqués d'un « r », les partenaires réguliers non cohabitants sont présumés à « haut risque ». Les échantillons urbains sont indiqués par un « u ». Un « k » indique des personnes de 15-64 ans. Un « w » indique des personnes de 15 à 59 ans. Un « x » signale une sous-estimation de la valeur réelle due à la méthode d'enquête.

Utilisation déclarée des préservatifs chez les adultes (15-49) lors du dernier rapport sexuel à plus haut risque (%)

Le pourcentage d'adultes ayant répondu à l'enquête (femmes 15-49, hommes 15-54) qui affirment 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. Un « a » se réfère aux deux sexes combinés. Un « e » fait référence à une enquête antérieure (effectuée 1-4 ans avant l'enquête concernée). Un « h » désigne seulement les personnes qui avaient entendu parler du SIDA. Un « m » correspond à la médiane d'un nombre d'enquêtes régionales. Dans les pays marqués d'un « r », on estime qu'un rapport sexuel avec un partenaire régulier non cohabitant constitue un « risque élevé ». Les échantillons urbains sont marqués d'un « u ». Un « x » correspond à une sous-estimation de la valeur réelle due à la méthode d'enquête.

Annexe 2 :

Légendes du Tableau 1

Sources (par colonne)

| | |
|-----------------|--|
| b,c,d,e, f,g | Rapports de surveillance sentinelle du pays (1997-2002) et base de données de la surveillance du VIH/SIDA ; Bureau du Recensement des Etats-Unis ; Centre des programmes internationaux ; Branche des études relatives à la santé, 2002. |
| h,i,j,k,l | Enquêtes par grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS), UNICEF (1999-2001) ; Enquêtes démographiques et sanitaires, Macro International (1997-2001). |
| m,n,o,p | Enquêtes démographiques et sanitaires, Macro International (1998-2001) ; Enquêtes spécifiques du pays. |
| q,r,t,v | Enquêtes par grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS), UNICEF (1999-2001) ; Enquêtes démographiques et sanitaires, Macro International (1997-2001). |
| s | ONUSIDA/UNICEF, 2002. |
| u | Estimations ONUSIDA/UNICEF relatives aux orphelins, 2001-2002. |

Explication

| | | | |
|---|---|-----------|---|
| a | Groupe d'âge 14-49 ans. | k | % de jeunes femmes (15-24 ans) qui savent qu'une personne d'apparence saine peut transmettre le VIH. Le dénominateur comprend les femmes qui n'ont pas entendu parler du SIDA. |
| b | Année de recueil des données par surveillance sentinelle, principales zones urbaines. [Pour les pays marqués d'un [n] ou d'un [u], les valeurs ne sont pas des médianes mais des moyennes de toutes les femmes testées dans différents sites. Les moyennes ne sont pas forcément pondérées dans tous les pays.] | l | % de jeunes femmes (15-24 ans) qui rejettent les deux idées fausses les plus répandues localement sur la transmission du VIH et la prévention et savent qu'une personne d'apparence saine peut transmettre le virus. Le dénominateur comprend les femmes qui n'ont pas entendu parler du SIDA. |
| c | % d'échantillons de sang prélevés sur des femmes (15-19 ans) ayant eu un test positif pour le VIH lors d'une surveillance sentinelle de routine dans certaines consultations prénatales des principales zones urbaines. | m | % d'hommes (15-59 ans) qui, au cours des 12 mois écoulés, ont eu un rapport sexuel avec un(e) partenaire extraconjugal(e) non cohabitant(e) (sur tous les hommes ayant eu une activité sexuelle au cours des 12 mois écoulés). |
| d | % d'échantillons de sang prélevés sur des femmes (20-24 ans) ayant eu un test positif pour le VIH lors d'une surveillance sentinelle de routine dans certaines consultations prénatales des principales zones urbaines. | n | % de femmes (15-49 ans) qui, au cours des 12 mois écoulés, ont eu un rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal non cohabitant (sur toutes les femmes ayant eu une activité sexuelle au cours des 12 mois écoulés). |
| e | Année de recueil des données par surveillance sentinelle hors des principales zones urbaines. [Pour les pays marqués d'un [n] ou d'un [u], les valeurs ne sont pas des médianes mais des moyennes de toutes les femmes testées dans différents sites. Les moyennes ne sont pas forcément pondérées dans tous les pays.] | o | % d'hommes (15-59 ans) qui affirment avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport avec un(e) partenaire extraconjugal(e) non cohabitant(e), sur tous ceux qui ont eu un rapport avec ce type de partenaire au cours des 12 mois écoulés. Avant 2000, la définition utilisée différait dans certains pays. C'est pourquoi les valeurs doivent être considérées comme indicatives du niveau de risque du pays concerné plutôt que comme éléments de comparaison de ce niveau de risque entre pays. |
| f | % d'échantillons de sang prélevés sur des femmes (15-19 ans) ayant eu un test positif pour le VIH lors d'une surveillance sentinelle de routine dans certaines consultations prénatales hors des principales zones urbaines. | p | % de femmes (15-49 ans) qui affirment avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport avec un partenaire extraconjugal non cohabitant, sur toutes celles qui ont eu un rapport avec ce type de partenaire au cours des 12 mois écoulés. Avant 2000, la définition utilisée différait dans certains pays. C'est pourquoi les valeurs doivent être considérées comme indicatives du niveau de risque du pays concerné plutôt que comme éléments de comparaison de ce niveau de risque entre pays. |
| g | % d'échantillons de sang prélevés sur des femmes (20-24 ans) ayant eu un test positif pour le VIH lors d'une surveillance sentinelle de routine dans certaines consultations prénatales hors des principales zones urbaines. | q | % de femmes (15-49 ans) qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant. |
| h | % de jeunes femmes (15-24 ans) qui ont entendu parler du SIDA. | r | % de femmes (15-49 ans) qui savent où faire un test VIH. |
| i | % de jeunes femmes (15-24 ans) qui, en réponse à une question, disent que l'utilisation des préservatifs permet de réduire le risque de contracter le VIH. Le dénominateur comprend les femmes qui n'ont pas entendu parler du SIDA. | s | Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH. |
| j | % de jeunes femmes (15-24 ans) qui, en réponse à une question, disent que l'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté. Le dénominateur comprend les femmes qui n'ont pas entendu parler du SIDA. | t | % de femmes (15-49 ans) qui ont eu au moins une consultation prénatale pendant leur grossesse par du personnel formé (c'est-à-dire seulement des médecins, des infirmières ou des sages-femmes et NON des accoucheuses traditionnelles, formées ou pas). |
| | | u | Nombre d'enfants (0-14 ans) dont la mère, le père ou les deux parents sont morts du SIDA (y compris les enfants qui ont perdu leurs deux parents et ceux qui ont perdu un parent à cause du SIDA et l'autre parent d'une autre cause). |
| | | v | Le rapport des enfants (10-14 ans) qui ont perdu leurs deux parents et qui fréquentent l'école sur le nombre d'enfants du même âge et non orphelins qui fréquentent l'école (enquête dans les ménages). |
| | | y | Groupe d'âge < 20 ans. |
| | | z | Groupe d'âge 15-24 ans. |
| | | ~ | Approximativement. |
| | | [1, etc.] | Nombre de sites de surveillance. |

Bibliographie choisie

Pour combattre le SIDA, une nouvelle détermination mondiale

Assemblée générale des Nations Unies (2001) *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* : « À Crise mondiale, action mondiale ». Session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/sida, New York, 25-27 juin 2001. Disponible sur : <http://www.unaids.org/UNGASS/index.html>

Banque mondiale (2001) *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : combattre la pauvreté*. Washington : Banque mondiale. Disponible sur : <http://www.worldbank.org/poverty/wdrpoverty/>

Center for Economic and Policy Research (2001) *The scorecard on globalization 1980–2000 : Twenty years of diminished progress*. Washington : CEPR. Disponible sur : <http://www.cepr.net/globalization/Scorecard.pdf>

FNUAP (2001) *L'Etat de la population mondiale 2001*. New York : FNUAP. Disponible sur : <http://www.unfpa.org/swp/2001/french/index.html>

Fylkesnes K et al. (2001) Declining HIV prevalence and risk behaviours in Zambia : evidence from surveillance and population-based surveys. *AIDS* ; 15(7) : 907–916.

PNUD (2001) *Rapport mondial sur le développement humain 2001*. New York : PNUD. Disponible sur : <http://www.undp.org/hdr2001/french/>

Survol de l'épidémie dans le monde

(Plusieurs rapports de programmes nationaux sur le VIH/SIDA ont été utilisés pour préparer le présent chapitre, en plus des matériels mentionnés ci-après.)

Agha S (2002) Declines in casual sex in Lusaka, Zambia : 1996-1999. *AIDS* ; 16(2).

Auvert B et al. (2001) Ecological and individual level analysis of risk factors for HIV infection in four urban populations in sub-Saharan Africa with different levels of HIV infection. *AIDS* ; 15 : S15–30.

Auvert B et al. (2001) High prevalence of HIV infection among youth in a South African mining town is associated with HSV-2 seropositivity and sexual behaviour. *AIDS* ; 15 : 885–898.

Bingham T et al. (2001) Confidence in HAART and recent unprotected anal sex among MSM. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, International Association of Physicians in AIDS Care, Chicago, 4–8 February 2001 : Abstract 213. Disponible sur : <http://www.retroconference.org/2001/abstracts/abstracts/abstracts/213.htm>

Bloom SS et al. (2000) Looking for change in response to the AIDS epidemic : Trends in AIDS knowledge and sexual behaviour in Zambia, 1990 through 1998. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* ; 25(1) : 77–85.

Buvé A et al. (2001) Multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa : methods and prevalence of HIV infection. *AIDS* ; 15 : S5–S14.

Buvé A et al. (2001) The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities : summary and conclusions. *AIDS* ; 15 : S127–31.

Buvé A et al. (2001) Why do young women have much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS* ; 15 : S51–S60.

Centers for Disease Control and Prevention (2000) Need for Sustained HIV Prevention for Gay and Bisexual Men : HIV Infections Continue at High Levels among Men of All Races with Dramatic Impact among Men of Color. Atlanta : National Center for HIV, STD and TB Prevention.

- Centers for Disease Control and Prevention (2001) *HIV/AIDS Update—A glance at the HIV epidemic*. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponible sur : <http://www.cdc.gov/nchstp/od/news/At-a-Glance.pdf>
- Centre Européen pour la Surveillance épidémiologique du SIDA (CESES) (2001) Surveillance du VIH/SIDA en Europe, Rapport du 1^{er} semestre 2001, no 65. Paris : CESES. Disponible sur : http://www.eurohiv.org/AidsSurv/rapport_65/rap_eurohiv65.pdf
- Del Romero J (2001) Time trend in incidence of HIV seroconversion among homosexual men repeatedly tested in Madrid, 1988–2000. *AIDS* ; 15 : 1319–21.
- Dodds J et al. (2000) Increase in high-risk sexual behaviour among homosexual men, London 1996–8 : cross-sectional, questionnaire study. *British Medical Journal* ; 320 : 1510–1511.
- Dukers N et al. (2001) Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *AIDS* ; 15(3) : 369–378.
- Elford J et al. (2001) HIV Optimism : Fact or Fiction? *Focus : A Guide to AIDS Research and Counselling* ; 6(8) : 1–4.
- Family Health International et al. (2001) *What drives HIV in Asia? A summary of trends in sexual and drug-taking behaviours*. Arlington : Family Health International. Disponible sur : <http://www.fhi.org/en/aids/impact/impactpdfs/whatdriveshivnasiabss.pdf>
- Fleming DT, Wasserheit JN (1999) From epidemiological synergy to public health policy and practice : the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections* ; 75(1) : 3–17.
- Fylkesnes K et al. (2001) Declining HIV prevalence and risk behaviours in Zambia : evidence from surveillance and population-based surveys. *AIDS* ; 15(7) : 907–916.
- Ghys P et al. (2002) Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS* ; 16(2) : 251–258.
- Glynn JR et al. (2001) The development of the HIV epidemic in Karonga District, Malawi. *AIDS* ; 15(15) : 2025–9.
- Kellogg T et al. (1999) Recent increases in HIV seroconversion among repeat anonymous testers in San Francisco. *AIDS* ; 13 : 2303–04.
- Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) *HIV and AIDS in the Americas : An epidemic with many faces*. Washington : Organisation panaméricaine de la Santé.
- Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) *The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific*, Provisional Report. Melbourne : MAP. Disponible sur : <http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/MAP/MAP2001FINAL.doc>
- ONUSIDA (2001) *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2001*. Genève, Suisse : ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_fr.pdf
- PNUD (2001) *Rapport mondial sur le développement humain 2001*. New York, USA : PNUD. Disponible sur : <http://www.undp.org/hdr2001/french/>
- Public Health Laboratory Service Board (2002) AIDS and HIV infection in the United Kingdom. *CDR Weekly*. Londres, Royaume-Uni : Public Health Laboratory Service Board. Disponible sur : <http://www.phls.co.uk/publications/CDR%20Weekly/pages/hiv.html>
- Quigley MA et al. (2000) Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* ; 23(5) : 418–425.

UNICEF (2002) The epidemiology of HIV at the start of the 21st century (draft working paper). New York, NY : UNICEF.

Valleroy L et al. (2001) High HIV and risk behaviour prevalence among 23–29-year-old MSM in 6 US cities. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, International Association of Physicians in AIDS Care (IAPAC), Chicago, 4–8 February 2001 : Abstract 213. Disponible sur : <http://www.retroconference.org/2001/abstracts/abstracts/abstracts/211.htm>

Weiss HA, Quigley MA, Hayes RJ (2000) Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa : a systematic review and meta-analysis. *AIDS* ; 14 : 2361–2370.

Wolitski RJ et al. (2001) Are we headed for a resurgence of the HIV epidemic among men who have sex with men? *American Journal of Public Health* ; 91(6) : 883-888.

L'impact grandissant

Arndt C, Lewis J (2000) The Macroeconomic implications of HIV/AIDS in South Africa : A preliminary assessment. *South African Journal of Economics* ; 68 : 1–32.

Badcock-Walters P (2001) The impact of HIV/AIDS on education in KwaZulu-Natal. Durban : KZNDEC Provincial Education Development Unit.

Banque mondiale (1999) *Confronting AIDS : public priorities in a global epidemic*. Oxford : Oxford University Press for the World Bank.

Banque mondiale, ACTAfrica (2000) *Exploring the implications of the HIV/AIDS epidemic for educational planning in selected African countries : the demographic question*. Washington : ACTAfrica.

Béchu N (1998) The impact of AIDS on the economy of families in Côte d'Ivoire : Changes in consumption among AIDS-affected households. In : M Ainsworth, L Fransen and M Over (eds) *Confronting AIDS : Evidence from the developing world : Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Bruxelles : Commission européenne. Disponible sur : http://europa.eu.int/comm/development/aids/limelette/pdfs/confront_aids_chapter_16.pdf

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 the findings and recommendations of three country studies*, Centre for International Education, Institute of Education, University of Sussex, Angleterre.

Bjorkman H (2001) Placing HIV/AIDS at the centre of the human development agenda : Implications for national development plans and budgets, poverty reduction strategies, and sector plans. Conférence Satellite de la CISMA : *VIH/SIDA, pauvreté et développement humain en Afrique subsaharienne* : Ouagadougou, 5–7 décembre. Disponible sur : <http://www.pnud.bf/sitesida/CONFSATANGL.PDF>.

Bloom D et al. (2001) AIDS and Economics. Document préparé pour le Groupe de travail 1 de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS.

Bloom D et al. (2002) *Health, wealth, AIDS and poverty*. Cambridge : Harvard School of Public Health. Disponible sur : http://www.adb.org/Documents/Reports/Health_Wealth/HWAP.pdf

Bollinger L, Stover J (1999) *The Economic Impact of AIDS*. Washington : The Futures Group International. Disponible sur : <http://www.iaen.org/impact/stovboll.pdf>

Bonnel R (2000) *HIV/AIDS : Does it Increase or Decrease Growth in Africa?* Washington : Banque mondiale. Disponible sur : <http://www.worldbank.org/research/growth/pdffiles/HIV.pdf>

Booyesen F le R et al. (2001) The socio-economic impact of HIV/AIDS on households in South Africa : Pilot study in Welkom and QwaQwa, Free State Province (draft interim report). University of Free State and Centre for Health Systems Research and Development.

Cohen D (2000) Mainstreaming the policy and programming response to the HIV epidemic. New York : PNUD. Disponible sur : <http://www.undp.org/hiv/publications/issues/english/issue33e.htm>

Coombe C (2000) Keeping the education system healthy : managing the impact of HIV/AIDS on education in South Africa. *Current Issues in Comparative Education* ; 3(1). Disponible sur : <http://www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/ccart1.htm>

Coombe C (2000) Managing the impact of HIV/AIDS on the education sector. University of Pretoria : Centre for the study of AIDS.

Coombe C, Kelly M (2001) Education as a vehicle for combating HIV/AIDS. *UNESCO Prospects* ; 31(3) : 435–445.

Desmond C, Michael K, Gow J (2001) *The Hidden Battle : HIV/AIDS in the Family and Community*, Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD). Durban : University of Natal.

Dixon S et al. (2001) AIDS and economic growth in Africa : a panel data analysis. *Journal of International Development* ; 13 : 411–426.

Dixon S, McDonald S, Roberts J (2002) The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. *British Medical Journal* ; 324 : 232–234 (26 January).

Egal F, Valstar A (2000) *HIV/AIDS and nutrition : helping families and communities to cope*. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture. Disponible sur : <http://www.fao.org/docrep/X4390t/x4390t04.htm>

Erskine S (2002) The social impact of AIDS : Unpublished and new research in southern Africa (unpublished paper prepared for UNAIDS). Durban : Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD).

Floyd K (1999) Admission trends in a rural South African hospital during the early years of the HIV epidemic. *The Journal of the American Medical Association* ; 282 : 1087-91.

Fourie P, Schonteich M (2001) The impact of HIV/AIDS on human security in South and Southern Africa. Johannesburg/Pretoria : Rand Afrikaans University/Institute for Security Studies.

Government of Botswana, DFID (2000) *The impact of HIV/AIDS on Primary and Secondary Education in Botswana : Developing a comprehensive strategic response*.

Grégoire L-J (2001) VIH-SIDA, lutte contre la pauvreté et développement humain en Afrique subsaharienne : défis et enjeux. In : *Conférence satellite de la CISMA sur le VIH/SIDA, Pauvreté et développement humain en Afrique subsaharienne*, Burkina Faso, 5–7 décembre.

Gregson S, Waddell H, Chandiwana S (2001) School education and HIV control in sub-Saharan Africa : from discord to harmony? *Journal of International Development* ; 13 : 467–485.

Guinness L, Alban A (2000) The economic impact of AIDS in Africa : A review of the literature. Document de fonds de l'ONUSIDA pour le Forum pour le Développement de l'Afrique 2000, Addis Abéba.

Haacker M (2001) Providing Health Care to HIV Patients in Southern Africa. IMF Policy Discussion Paper. Washington : International Monetary Fund (PDP/01/3). Disponible sur : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/pdp/2001/pdp03.pdf>

Haacker M (2002) The Economic Consequences of HIV/AIDS in southern Africa. IMF Working Paper. Washington : International Monetary Fund (Africa Department) (WP/02/38). Disponible sur : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2002/wp0238.pdf>

Hansen K et al. (2000) The costs of HIV/AIDS care at government hospitals in Zimbabwe. *Health Policy and Planning* ; 15(4) : 432–40.

ING Barings (2000) *Economic Impact of AIDS in South Africa : A dark cloud on the horizon*. Johannesburg : ING Barings.

International Crisis Group (2001) *HIV/AIDS as a Security Issue* (working paper). Brussels : International Crisis Group. Disponible sur : <http://www.crisisweb.org/projects/showreport.cfm?reportid=321>.

Johnson S et al. (2001) *Home-Based Care for People with HIV/AIDS in South Africa — what will it cost?* Johannesburg : Centre for Health Policy, Department of Community Health, University of Witwatersrand.

Kelly M (2000) Standing education on its head : aspects of schooling in a world with HIV/AIDS. *Current Issues in Comparative Education* ; 3(1). Disponible sur : <http://www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/mkart1.htm>

Kelly M (2001) *Challenging the Challenger : Understanding and Expanding the Response of Universities in Africa to HIV/AIDS — A Synthesis report for the working group on higher education (WGHE)*. Association for the Development of Education in Africa (March).

Loewenson R (1999) *Best Practices : Company actions on HIV/AIDS in southern Africa*. Health and Safety and Environment Programme, Organization for African Trade Union Unity.

Loewenson R, Whiteside A (2001) *HIV/AIDS. Implications for poverty reduction*. New York : PNUD.

Malaney P (2000) *The impact of HIV/AIDS on the education sector in southern Africa*. Consulting Assistance on Economic Reform II Discussion Paper No. 81 (August). Boston : CAER II. Disponible sur : <http://www.cid.harvard.edu/caer2/html/content/papers/paper81/paper81.htm>

Menon R et al. (1998) The economic impact of adult mortality on households in Rakai district, Uganda. In : M Ainsworth, L Fransen and M Over (eds) *Confronting AIDS : Evidence from the developing world : Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Bruxelles : Commission européenne.

Ministry of Economy and Finance (2000) Burkina Faso Poverty Reduction Strategy Paper. Disponible sur : <http://www.imf.org/external/NP/prsp/2000/bfa/01/index.htm>

Multi-Country Report on the Ed-SIDA Initiative (2001) Analysis of interventions in the fight against AIDS at the school level. Paper presented at the Senior Experts Conference on HIV/AIDS and Education, El Mina, Ghana.

OIT (2000) *Perception of employers about HIV/AIDS in the World of Work : A Brief Note on the Results of a Pilot Study of Some Enterprises in South Africa*. Genève : OIT.

ONUSIDA (2001) *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2001*. Genève, Suisse : ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_fr.pdf

ONUSIDA/CEA (2000) *Le SIDA en Afrique, pays par pays*. Genève : ONUSIDA.

ONUSIDA/The Prince of Wales Business Leaders Forum/Le Conseil mondial des Entreprises sur le VIH & le SIDA (2002) *Riposte des entreprises au VIH/SIDA : Impact et leçons tirées*. Genève/Londres. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/workplace/businessresponse2001f.pdf>

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2001) Rural Women Carry Family Burdens. *Focus, AIDS — A Threat to Rural Africa*. Disponible sur : <http://www.fao.org/Focus/E/aids/aids3-e.htm>

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2001) Approches stratégiques pour la prévention du VIH et la mitigation du SIDA dans les communautés et les ménages ruraux de l'Afrique subsaharienne. Disponible sur : http://www.fao.org/sd/2001/KN0402a_en.htm

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2001) The impact of HIV/AIDS on food security. Committee on world food security (27th session), Rome, 28 May–1 June 2001. Disponible sur : <http://www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310E.htm>

Pitayanon S et al. (1997) The Economic Impact of HIV/AIDS Mortality on Households in Thailand. In : D Bloom and P Godwin (eds.) *The Economics of HIV and AIDS : The Case of South and South East Asia*. Delhi : Oxford University Press.

PNUD (1994) *Rapport mondial sur le développement humain 1994*. New York : PNUD.

PNUD (2000) *Botswana Human Development Report 2000 : Towards an AIDS-free Generation*. Gaborone : PNUD.

Rugalema G (1999) HIV/AIDS and the commercial agricultural sector of Kenya : Impact, vulnerability, susceptibility and coping strategies. Institute of Social Studies, The Hague. Disponible sur : <http://www.fao.org/sd/EXdirect/EXre0026.htm>

UNESCO (2001) *Strategic resource guide : strategies for action to combat HIV/AIDS within the education sector*. Ghana.

UNESCO (2001) *Stratégie de l'UNESCO en matière d'éducation préventive VIH/sida*. Paris : UNESCO. Disponible sur : http://www.unaids.org/cosponsors/UNESCOstrategy_fr.pdf

United Nations (2002) *World Population Prospects. The 2000 Revision* Volume III : Analytical Report. UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat. New York : Organisation des Nations Unies.

Urassa M et al. (2001) The impact of HIV/AIDS on mortality and household mobility in rural Tanzania. *AIDS* ; 15 : 2017–2023.

US National Intelligence Council (2000) *The Global Infectious Disease Threat and its Implications for the United States (National Intelligence Estimate)*. Washington : US National Intelligence Council. Disponible sur : <http://www.odci.gov/nic/pubs/index.htm>

USAID (2001) *Efforts to Address the Needs of Children Affected by HIV/AIDS*. Washington : The Synergy Project.

USAID (2001) The HIV/AIDS Crisis : The implications for Achieving AGOA objectives (paper prepared for Plenary Session on HIV/AIDS African Growth and Opportunity Act, Washington, 30 October), Washington : USAID.

USAID (2001) *The impact of HIV/AIDS on human resources : A literature review*. Disponible sur : http://www.usaid.gov/educ_training/hivbiblio.htm

USAID (2002) *How does HIV/AIDS affect African businesses?* Washington : USAID. Disponible sur : http://www.usaid.gov/pop_health/aids/Publications/docs/hivaidsbusinessinafrica.pdf

Whiteside A et al. (2002) The Economic Impact of HIV and AIDS in Southern Africa. *AIDS Infothek Magazine*, February.

Wils A et al. (2001) *Mozambique's Future : Modeling Population and Sustainable Development Challenges* (Executive summary). Autriche : International Institute for Applied Systems Analysis.

Le SIDA et les droits de l'homme

Bharat S (2002) Stigma and Discrimination : The Indian perspective. Paper presented to HIV/AIDS Related Stigma and Discrimination workshop, Geneva, 21–22 January.

Busza J (1999) Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia : past successes and future priorities [literature review]. New York : Population Council.

Carrasco E (2000) Access to Treatment as a Right to Life and Health. *Canadian HIV and AIDS Policy Law Review* ; 5 : 4. Disponible sur : <http://www.aidslaw.ca/maincontent/otherdocs/Newsletter/vol5no42000/carrascodurban.htm>

Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Résolution 44/25 du 20 novembre 1989. Disponible sur : http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Résolution 34/180 du 18 décembre 1979. Disponible sur : http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/e1cedaw_fr.htm

Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Résolution 217 A (III) du 10 décembre 1948. Disponible sur : <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/frn.htm>

Family Health International (1998) Improving Access to Antiretroviral Therapy in Latin America. *Impact on AIDS* ; 1(1). Disponible sur : <http://www.fhi.org/en/aids/impact/iohiv/ioh11/ioh16.html>

France N et al. (2001) Stigma, denial and shame in Africa : Barriers to community & home-based care for people infected and affected by HIV/AIDS. Paper delivered at the 1st Regional Home and Community-based Care Conference, Gaborone, 5–8 March.

Geeta G (2002) How men's power over women fuels the HIV epidemic. *British Medical Journal* ; 324 : 183–184.

Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme/ONUSIDA (1998) *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme — Directives internationales*. Deuxième consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme, Genève, 23–25 septembre 1996. Genève : Nations Unies. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-Droitsdel%27homme-F.pdf>

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999) *Ending violence against women*. Baltimore : Johns Hopkins University School of Public Health.

ICASO (1999) *Le VIH/sida et les droits de la personne : Histoires des premières lignes*. Toronto : ICASO. Disponible sur : http://www.icaso.org/docs/stories_french.pdf

Kaleeba N et al. (2000) *Open Secret : People facing up to HIV and AIDS in Uganda*. Série Stratégies pour l'espoir ; No. 15. Londres : ActionAID.

ONUSIDA (1997) *The UNAIDS guide to the United Nations human rights machinery*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/unaguide97kme.pdf>

ONUSIDA (2000) *Analyse comparative : recherches effectuées en Inde et en Ouganda — Discrimination, stigmatisation et rejet liés au VIH et au SIDA*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC737-CompAnal-F.pdf>

ONUSIDA (2000) *Intensification de la participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA (GIPA) en Afrique subsaharienne — La riposte des Nations Unies : où en sommes-nous ?* Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/persons/JC350-GIPA2-F.pdf>

ONUSIDA (2000) *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2000*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/WAD_Epidemic_report_f.pdf

ONUSIDA (2001) *Inde : Discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/SIDA* (préparé par Shalini Bharat). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC588-India-F.pdf>

ONUSIDA (2001) *Ouganda : Discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/SIDA* (préparé par Sophia Mukasa Monico, Erasmus Otolok Tanga et Augustus Nuwagaba). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC591-Ouganda-F.pdf>

ONUSIDA/Union interparlementaire (1999) *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme — Mesures de lutte contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur les plans humain, économique et social* (Collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/ipuf.pdf>

Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté et ouvert à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Résolution 2200A (XXI) du 16 décembre 1966. Disponible sur : http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr_fr.htm

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté et ouvert à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Résolution 2200A (XXI) du 16 décembre 1966. Disponible sur : http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr_fr.htm

Southern African Development Community/ONUSIDA (2000) *A human rights approach to AIDS prevention at work : The Southern African Development Community's Code on HIV/AIDS and Employment* (Collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/Brochure_SADC.pdf

Le SIDA et les jeunes

Agha S (2000) An evaluation of adolescent sexual health programmes in Cameroon, Botswana, South Africa and Guinea (Working Paper 29). Population Services International Research Division.

Alan Guttmacher Institute (2001) *Teenage sexual and reproductive behaviour in developed countries : can more progress be made?* New York : The Alan Guttmacher Institute. Disponible sur : http://www.guttmacher.org/pubs/euroteens_summ.pdf

Campbell C, Mzaidume Y (2002) How can HIV be prevented in South Africa? A social perspective. *British Medical Journal* ; 324 : 229–232.

Centers for Disease Control and Prevention (1999) *Reproductive Health Report*. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention.

Henry J Kaiser Family Foundation (2000) *South African National Youth Survey*. Menlo Park : Henry J. Kaiser Family Foundation.

Horizons Program (2001) HIV Voluntary Counseling and Testing among Youth Ages 14 to 21. Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda. The Population Council. Disponible sur : <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/vctyouthbaseline.pdf>

Horizons Project (2000) *Peer education and HIV/AIDS : past experience, future directions*. New York : Population Council. Disponible sur : http://www.popcouncil.org/pdfs/peer_ed.pdf

Kelly M (2000) Standing education on its head : aspects of schooling in a world with HIV/AIDS. *Current Issues in Comparative Education* ; 3(1). Disponible sur : <http://www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/mkart1.htm>

-
- Kiragu K (2001) *Youth and HIV/AIDS : Can We Avoid Catastrophe?* Population Reports, Series L, No. 12. Baltimore, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program. Disponible sur : <http://www.jhuccp.org/pr/l12/l12print.shtml>
- Kirby D (2001) *Emerging Answers : Research Findings on Programs to reduce teen pregnancy*. Washington : The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Measure Evaluation, Ministry of Health of Zambia (1998) *Zambia sexual behaviour survey with selected findings from the quality of STD services assessment*. Chapel Hill : Measure Evaluation ; Lusaka : Ministry of Health, Zambia. Disponible sur : <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/techreports/zambia599.pdf>
- ONUSIDA (2000) *Prévention du VIH — Méthodes novatrices. Sélection d'Etudes de cas* (Collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC548-InnovAppr-F.pdf>
- ONUSIDA (2001) *HIV/AIDS and young people : Technical update* (working draft). Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2001) *HIV/AIDS, Schools and Education Global Strategy Framework* (working draft). Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2001) *Les enfants et les jeunes dans un monde frappé par le SIDA*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/children/children/JC657-Child&Aids-F.pdf>
- Population Council (2001) *Studies in Family Planning Abstracts*. New York : The Population Council. Disponible sur : <http://www.popcouncil.org/publications/sfp/sfpabs.html>
- Stewart H et al. (2001) *Reducing HIV infection among youth : What can schools do? Key baseline findings from Mexico, South Africa and Thailand*. Horizons program of the Population Council—ICRW, IMIFAP, MRC, PATH, Population Council.
- UNESCO (2001) *La stratégie de l'UNESCO pour l'éducation préventive VIH/sida*. Paris : UNESCO.
- UNICEF (2002) *The epidemiology of HIV at the start of the 21st century* (draft working paper). New York : UNICEF.
- Webb D, Elliott L (2000) *Learning to Live : Monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people*. Londres : Save the Children/Department for International Development/UNAIDS.

Prévention : appliquer les leçons de l'expérience

- Agha S, Nchima MC (2001) HIV risk among street and nightclub-based sex workers in Lusaka, Zambia : Implications for HIV prevention interventions. PSI Research Division working paper 38, Washington.
- 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 : 463–470.
- Alexander P (2001) Contextual risk versus behaviour : The impact of the legal, social and economic context of sex work on individual risk taking, *Research for Sex Work* ; 4, Amsterdam.
- Auvert B et al. (2001) HIV infection among youth in a South African mining town is associated with herpes simplex virus-2 seropositivity and sexual behaviour. *AIDS* ; 15(7) : 885–898.
- Boushaba A, Himmich H (2000) Outreach-based prevention in Morocco among men involved in prostitution, *AIDS Infothek*. Disponible sur : http://www.aidsnet.ch/e/infothek_edition_2_00_024.htm
- Burrows D (2000) *Starting and Managing Needle and Syringe Programs : A guide for Central and Eastern Europe and the newly independent states of the former Soviet Union*. New York, NY : International Harm Reduction Development. Disponible sur : <http://www.harm-reduction.org/ch1.htm>

Burrows D, Landman W (2002) Harm reduction : A key component of fighting AIDS in Russia. *Sexual Health Exchange* 2001-2 ; p. 5–7. Disponible sur : http://www.kit.nl/information_services/exchange_content/html/2001_2_harm_reduction.asp

Caceres C (2002) HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean : A Hidden epidemic? *AIDS* 2000 (in press).

Catania JA et al. (2001) The continuing HIV epidemic among men who have sex with men, *American Journal of Public Health* ; 91(6) : 907-914.

Crofts N et al. (1998) Harm Reduction in Asia : A successful response to hidden epidemics. *AIDS* ; 12 (supplement B) : S109–S115.

del Mar Pujades Rodriguez M et al. (2002) Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV incidence : a prospective study in rural Tanzania, *AIDS* ; 16(3) : 451-462

Delor F, Hubert M (2000) Revisiting the concept of « vulnerability ». *Social Science & Medicine* ; 50 : 1557–1570.

Dolan K (2000) The Epidemiology of hepatitis C infection in prison populations (discussion paper). Canberra, Australia : Commonwealth Department of Health and Aged Care, cited in *Medical Journal of Australia* ; 174 : 78–379.

Dukers N et al. (2001) Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection, *AIDS* ; 15 : 369-378.

Family Health International et al. (2001) *What drives HIV in Asia? A summary of trends in sexual and drug-taking behaviours* (prepared by Elizabeth Pisani and Boonyaruk Winiththama). Arlington : Family Health International. Disponible sur : <http://www.fhi.org/en/aids/impact/impactpdfs/whatdriveshivnasiabss.pdf>

Ghys P et al. (1995) Genital Ulcers Associated with Human Immunodeficiency Virus-Related Immunosuppression in Female Sex Workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Journal of Infectious Diseases* ; 172 : 1371–1374.

Ghys P et al. (2001) HIV surveillance among female sex workers. *AIDS* ; 15(3) : 33–34.

Ghys P et al. (2002) Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS* ; 16(2) : 251–258.

Gore SM, Bird AG (2001) Mandatory drug tests in prisons. *British Medical Journal* ; 1995 ; 310 : 595, cited in *Medical Journal of Australia* ; 174 : 378–379.

Grosskurth H et al. (1995) Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania : randomized control trial. *The Lancet* ; 346 : 530–536.

Grosskurth H et al. (2000) Control of sexually transmitted diseases for HIV prevention : understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *The Lancet* ; 355 : 1981–1987.

Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM (1997) Effectiveness of needle-syringe programmes for prevention of HIV infection. *The Lancet* ; 349 : 1797–1800.

Huygens P (2001) Comprendre et atteindre les prostituées clandestines dans le contexte de l'épidémie de VIH/ SIDA au Sénégal : de la prostitution aux femmes économiquement et sexuellement vulnérables (rapport final), Bobo Dioulasso. Disponible sur : http://www.ccisd.org/fra/f_documents/rpt_huygens.PDF

IMAU/ONUSIDA (1999) *Education SIDA grâce aux Imams : L'initiative d'une communauté spirituellement motivée, en Ouganda*. Genève : ONUSIDA (ONUSIDA/99.42F). Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/religion/imamscsf.pdf>

Juergens R and Murod B (2001) Risk behaviour in penal institutions. *HIV in Prison : A Manual for Newly Independent States*. World Health Organization Regional Office for Europe, Health in Prisons Project. Disponible sur : www.hipp-europe.org

Karki BB (2000) Rapid Assessment among drug users in Nepal, *AIDS Watch* (newsletter from WHO South-East Asia Region on STI, HIV and TB).

Kilmarx P et al. (2000) Explosive spread and effective control of human immunodeficiency virus in northernmost Thailand : the epidemic in Chiang Rai province, 1988-99. *AIDS* ; 14(17) : 2731-2740.

Kiragu K (2001) *Youth and HIV/AIDS : Can We Avoid Catastrophe?* Population Reports, Series L, No. 12. Baltimore, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program. Disponible sur : <http://www.jhuccp.org/pr/l12/l12print.shtml>

Le Réseau juridique canadien VIH/sida (2001) Feuilles d'information sur le VIH/sida en prisons. Disponible sur : <http://www.aidslaw.ca/francais/feuilles.htm>

Leite G (2000) Legalisation and decriminalisation : The Brazilian experience, *Research for Sex Work* 3, Amsterdam.

McCamish M, Storer G, Carl G (2000) Refocusing HIV/AIDS interventions in Thailand : the case for male sex workers and other homosexually active men, *Culture, health and sexuality* 2(2).

Merson MH, Dayton JM, O'Reilly K (2000) Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries, *AIDS* 14 (suppl. 2) : S68-84.

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) *The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific*, Provisional Report. Melbourne : MAP.

Mzaidume Z, Campbell C, Williams B (2000) Community-led HIV prevention by southern African sex workers, *Research for Sex Work* ; 3 (June).

National AIDS Commission, Republic of Indonesia (2001) *HIV/AIDS and other STIs in Indonesia. Challenges and opportunities for action*. Jakarta : Republic of Indonesia.

Naz Foundation International (2000) Sexual health of males who have sex with males in South Asia, *Pukaar*.

Needle RH et al. (2000) The Global Research Network on HIV Prevention in Drug-using Populations (GRN) 1998–2000 : Trends in the Epidemiology, Ethnography and Prevention of HIV/AIDS in Injection Drug Users. 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-using Populations : Third Annual Meeting Report, Durban, 5–7 July.

OIT (1998) *The Sex Sector : The Economic and Social Bases of Prostitution in South-East Asia*. Genève : OIT (92-2-1095223).

OIT (2002) Consultation workshop on HIV/AIDS and the world of work, Geneva, 16–17 October 2000 : Key Issues and Conclusions. Genève : OIT.

ONUSIDA (1998) *Le SIDA et l'armée, Point de Vue*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/military/militarypvf.pdf>

ONUSIDA (1999) *United Nations-Facilitated Response to HIV/AIDS, STD and Drug Use in Central Asian Countries (Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan)*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/publications/documents/responses/theme/km_rep-car.doc

ONUSIDA (2000) *Female sex worker HIV prevention projects : Lessons learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh*. Genève : ONUSIDA (UNAIDS/00.45). Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC-FemSexWork-E.pdf>

ONUSIDA (2000) *Le SIDA et les rapports sexuels entre hommes*. Genève : ONUSIDA (Actualisation). Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/men/mentufr2000.pdf>

ONUSIDA (2001) *A media handbook for HIV vaccine trials in Africa* (Best Practice Collection). Genève : ONUSIDA.

ONUSIDA (2001) *Prévention du VIH — Méthodes novatrices : Sélection d'études de cas*. Genève : ONUSIDA, (ONUSIDA/01.02F). Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC548-InnovAppr-F.pdf>

Piot P et al. (1987) Retrospective Seroepidemiology of AIDS Virus Infection in Nairobi Populations. *Journal of Infectious Diseases* ; 155 : 1108–1112.

PNUCID (2000) *World Drug Report 2000. (Rapport mondial sur les drogues — Résumé analytique en français)*. New York : Oxford University Press (GV.E.00.0.10). Disponible sur : http://www.undcp.org/adhoc/world_drug_report_2000/report_2001-01-22_1.pdf

Ratloff E (2000) Empowerment for Sex Workers? Notes from the Philippines. *Research for Sex Work* ; 3(13).

Shelton JD and Johnston B (2001) Condom gap in Africa : evidence from donor agencies and key informants. *British Medical Journal* ; 323 : 139-141.

Social Science & Medicine (2000) Editorial : HIV/AIDS social and behavioural research : past advances and thoughts about the future. *Social Science & Medicine* ; 50 : 1519–1532.

Steen et al. (2000) Evidence of Declining STD Prevalence in a South African Mining Community Following a Core-Group Intervention. *Sexually Transmitted Diseases* ; 27.

The Lancet (2000) What if we had an AIDS vaccine? (editorial) *The Lancet* ; 356.

UNICEF (2002) The epidemiology of HIV at the start of the 21st century (draft working paper). New York, NY : UNICEF.

Valleroy L et al. (2000) HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex with Men. *JAMA* ; 284(2) : 198-204.

Van den Hoek A et al. (2001) High prevalence of syphilis and other sexually transmitted diseases among sex workers in China : potential for fast spread of HIV, *AIDS* ; 15 : 753-759.

Van den Ven P et al. (2000) Sexual risk behaviour increases and is associated with HIV optimism among HIV-negative and HIV-positive gay men in Sydney over the four-year period to February 2000. *AIDS* ; 14(18) : 2951.

Wiessing L (2000) Estimating coverage of harm-reduction measures for injection drug users in Europe. 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-using Populations : Third Annual Meeting Report, Durban, 5–7 July.

Wolffers I (2000) Empowerment for sex workers and HIV prevention, *Research for Sex Work* ; 3, Amsterdam.

Le SIDA et le monde du travail

Campbell C, Mzaidume Y (2002) How can HIV be prevented in South Africa? A social perspective. *British Medical Journal* ; 324 : 229-232.

Conseil mondial des Entreprises (2001) Employees and HIV/AIDS : Action for business leaders. New York : GBC. Disponible sur : <http://www.businessfightsaids.org/webfiles/zips/EMPLOY%7E1.PDF>

Family Health International (2000) Forging Multisectoral Partnerships to Prevent HIV and Other STIs in South Africa's Mining Communities. *Impact on HIV* ; 2(1). Disponible sur : <http://www.fhi.org/en/aids/impact/ioviv/iov21/iov216.html>

Gapas J (2001) STI, HIV/AIDS in the Workplace Initiative : Philippine Scenario. In : *Business and Labor Responds to HIV/AIDS in Asia* (conference proceedings), Bangkok, 18-19 September. Disponible sur : <http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/download/lab aids.pdf>

ONUSIDA /The Prince of Wales Business Leaders Forum/Le Conseil mondial des entreprises sur le VIH & le SIDA (2002) Riposte des entreprises au VIH/SIDA : Impact et leçons tirées. Genève/Londres. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/workplace/businessresponse2001f.pdf>

Organisation internationale du Travail (2000) Action contre le VIH/SIDA en Afrique. Une initiative lancée dans le contexte du monde du travail. Basée sur le Rapport de l'Atelier Régional Tripartite, Windhoek, 11–13 octobre 1999. Disponible sur : http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/download/pdf/act_agaf.pdf

Organisation internationale du Travail (2000) HIV/AIDS in Africa : The impact on the world of work. Document préparé pour le Forum pour le Développement de l'Afrique 2000, SIDA : Un défi sans précédent pour les leaders, Addis Abéba, 3–7 décembre. Disponible sur : <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/pdf/adftext.pdf>

Organisation internationale du Travail (2000) VIH/SIDA : Une menace pour le travail décent, la productivité et le développement. Document soumis pour discussion à la Réunion spéciale de haut niveau sur le VIH/SIDA et le monde du travail, Genève, 8 juin. Disponible sur : <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/pdf/aidsf.pdf>

Organisation internationale du Travail (2001) Le VIH/SIDA et le monde du travail. Recueil de directives pratiques. Genève, OIT. Disponible sur : <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/download/pdf/hiva4f.pdf>

Organisation internationale du Travail (2001) Workshop for employers' organizations in East and Southern African countries on a time-bound programme to combat HIV/AIDS in the workplace (report), Mombasa, 26–27 November. Disponible sur : <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/download/pdf/fkewhshp.pdf>

PNUD (2001) HIV/AIDS : Implications for Poverty Reduction. New York : PNUD.

United Nations (2001) *UN and HIV/AIDS*. New Delhi : United Nations. Disponible sur : <http://www.unic.org.in/news/2001/ds/devsupDec2001.htm>

Le SIDA et les populations mobiles

Bennett A, Family Health International (2000) HIV prevention for mobile and displaced populations in Africa. *AIDS Infothek* ; 2. Disponible sur : http://www.aidsnet.ch/e/infothek_edition_2_00_022.htm

Bronfman M (1998) Mexico and Central America. *International migration* ; 36(4) : 609–642.

Devine J (2000) Prévention du Sida sur les axes migratoires de l'Afrique de l'ouest (PSAMAO). Document présenté à l'Atelier régional sur la migration et le VIH/SIDA en Afrique occidentale et centrale, Bamako, mai–juin.

Fernandez I (1998) Migration and HIV/AIDS vulnerability in Southeast Asia. Présenté à la 12^{ème} Conférence mondiale sur le SIDA, Genève, juillet.

Haour-Knipe M (2000) Migration and HIV/AIDS in Europe. *AIDS Infotheque/Sida Info Doc Suisse* ; 5/00. Disponible sur : www.iom.int/en/PDF_Files/Hiv aids/mig_hiv aids_europe.pdf

Holmes W (2001) HIV and human rights in refugee settings. *The Lancet* ; 358 : 144–146.

Khaw AJ et al. (2000) HIV risk and prevention in emergency-affected populations : a review. *Disasters* ; 24(3) : 181–197.

Martin S (2000) An Era of International Migration. In : *World Migration Report*. Genève : Organisation internationale pour les Migrations (OIM).

Messiah A et al. (1998) HIV Testing, Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices among Minorities : Pregnant Women of North-African Origin in Southern France. *Journal of the National Medical Association* ; 90(2).

Miko F (2000) Trafficking in Women and Children : The US and International Response, *Congressional Research Service Report* ; 98-649. Disponible sur : <http://usinfo.state.gov/topical/global/traffic/crs0510.htm>

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) *The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific* (Provisional Report). Melbourne : MAP.

Office Fédéral de la Santé Publique (2000) Infections à VIH : Les tendances varient selon les régions d'origine. *Bulletin* ; 23/00. Berne.

ONUSIDA (1997) *Les réfugiés et le SIDA* (Point de vue). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/refugpvf.pdf>

ONUSIDA (2001) *Mobilité des populations et SIDA* (Actualisation). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/JC514-PopMob-TU-F.pdf>

ONUSIDA/OIM (2001) *Migrants' Right to Health* (Collection Meilleures Pratiques). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/rufugees/JC519-Migrants-F.pdf>

Organisation des Nations Unies (1998) *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme, Directives internationales*. New York : Organisation des Nations Unies.

PNUD (2001) *HIV and Development Project : South & South West Asia. HIV Vulnerability and Migration : A South Asia Perspective*. New Delhi : PNUD.

Ramjee G, Gouws E (2000) Targeting HIV-prevention efforts on truck drivers and sex workers : implications for a decline in the spread of HIV in Southern Africa. *Medical Research Council* ; brief No. 2.

Salama P, Dondero T (2001) HIV surveillance in complex emergencies. *AIDS* ; 15(3) : S4-12.

Savignoni A et al. (1999) Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/publications/sida3/rapport.pdf>

A la croisée de la prévention et de la prise en charge

Centers for Disease Control and Prevention (2001) *HIV Prevention Strategic Plan through 2005*. Atlanta : CDC.

DeCock KM et al. (2000) Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries : Translating research into policy and practice. *JAMA* 2000 ; 283 : 1176.

Guay L (1999) Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomized trial. *The Lancet* ; 354, 795-802.

Horizons Program, Population Council (2001) HIV Voluntary Counselling and Testing among youth : Results from an exploratory study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda. New York : Population Council.

Lamptey P, Price J (1998) Social marketing sexually transmitted disease and HIV prevention : a consumer-centred approach to achieving behaviour change. *AIDS* ; 12 (Suppl. 2) : S1-9.

Ministry of Public Health Thailand (2000) Evaluation of Voluntary Counselling and Testing in the National Prevention of Mother-to-Child Transmission Programme in Thailand. Bangkok.

OMS (1998) Importance des tests simples/rapides pour la recherche du VIH. *Recommandations OMS/ONUSIDA. Relevé épidémiologique hebdomadaire* ; 73(42) : 321-328.

OMS/ONUSIDA (2001) Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : choix et utilisation de la névirapine (Notes techniques). Genève : OMS/ONUSIDA. Disponible sur : http://www.who.int/HIV_AIDS/MTCT/index.htm

ONUSIDA (2000) Conseil et test volontaires (Actualisation). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/JC381-VCT-TU-F.pdf>

ONUSIDA (2000) *Outils pour l'évaluation du conseil et du test volontaires*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/JC378-Tools-VCT-F.pdf>

ONUSIDA (2000) *UN System Strategic Plan for HIV/AIDS — 2001 to 2005*. Genève : ONUSIDA.

ONUSIDA (2001) *Conseil et dépistage volontaires du VIH à l'intention des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence du VIH : Données et problèmes*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/Couns_F.pdf

ONUSIDA (2001) *L'épidémie de VIH/SIDA : en parler ouvertement. Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/Jc488-op.pdf>

ONUSIDA (2001) *L'impact du conseil et du test volontaires : Aperçu à l'échelle mondiale des avantages et des difficultés*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC581-VCT-F.pdf>

ONUSIDA (2001) *Le Point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2001*. Genève.

ONUSIDA (2001) Report from WHO/UNAIDS Technical Consultation on Voluntary HIV Counselling and Testing : Models for Implementation and Strategies for Scaling up of VCT Services, Harare, 3–6 July.

ONUSIDA (2002) *HIV Voluntary Counselling and Testing : a gateway to prevention and care. Five case studies related to prevention of mother-to-child transmission of HIV, tuberculosis, young people, and reaching general population groups*. ONUSIDA Collection Meilleures Pratiques (sous presse). Genève.

ONUSIDA/OMS (2000) New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and their Policy Implications. OMS : Consultation technique au nom de l'Equipe spéciale interinstitutions FNUAP/UNICEF/OMS/ ONUSIDA sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; 11–13 octobre. Genève.

Shaffer N et al. (1999) Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand : a randomised controlled trial. *The Lancet* ; 353 : 773-80.

Svenkerud P, Singhal A (1998) Enhancing the effectiveness of HIV/AIDS prevention programmes targeted to unique population groups in Thailand : lessons learned from applying concepts of diffusion of innovation and social marketing. *Journal of Health Communication* ; 3(3) : 193-216.

Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Group (2000) Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad : a randomised trial. *The Lancet* ; 356.

Le SIDA et les orphelins

Christian Aid (2001) *No Excuses. Facing up to sub-Saharan Africa's AIDS orphans crisis*. Disponible sur : <http://www.christian-aid.org.uk/indepth/0105aids/aidsorph.htm>

Connolly M (2001) Principles to guide programming for orphans and other vulnerable children (draft). New York : UNICEF, Child Protection Section.

Fleshman M (2001) AIDS orphans : facing Africa's silent crisis. *Africa Recovery* ; 15(3). United Nations Department of Public Information. Disponible sur : <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no3/oct01.htm>

Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD) (2001) *The Long-Term Socio-economic Impact of HIV/AIDS on Children and the Policy Response : South African Case Study for the UNICEF Global Study*. Durban : HEARD.

Hunter S (2000) *Reshaping societies : HIV/AIDS and social change*. New York : Hudson Run Press.

Matshalaga N, Powell G (2002) Mass Orphanhood in the Era of HIV and AIDS. *British Medical Journal* ; 324 : 185–186.

ONUSIDA (2001) *Investir dans notre avenir : Le soutien psychosocial aux enfants affectés par le VIH/SIDA — Une étude de cas au Zimbabwe et en République-Unie de Tanzanie*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/children/children/JC607-Investing-F.pdf>

ONUSIDA/UNICEF (2001) *Les orphelins du SIDA : Réponses de la ligne de front en Afrique de l'Est et en Afrique australe*. Genève/New York : ONUSIDA/UNICEF. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/children/young/orphreptfrn.pdf>

Subbarao K, Mattimore A, Plengemann K (2001) *Social protection of Africa's orphans and other vulnerable children*. Africa Region Human Development Working Paper Series, Washington : Banque mondiale. Disponible sur : http://www.worldbank.org/afr/hd/wps/African_Orphans.pdf

UNICEF (2002) *Orphans and Other Children Affected by HIV/AIDS*. New York : UNICEF.

Vandemoortele J, Delamonica E (2000) Education « vaccine » against HIV/AIDS. *Current Issues in Comparative Education* ; 3(1). Disponible sur : <http://www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/jvedart1.htm>

Prise en charge, traitement et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Binswanger HP (2001) Public Health : HIV/AIDS treatment for millions. *Science* ; 292(5515) : 221–223.

Burnett A et al. (1999) Caring for people with HIV in Zambia : Are traditional healers and formal health workers willing to work together? *AIDS Care* ; 11(4) : 481.

Chequer P (2002) Access to Antiretroviral Treatment in Latin American Countries and the Caribbean. *AIDS* 2002 (in press).

d'Adesky A (2002) Poor Countries Need Faster, Cheaper, Better HIV Monitoring. *The amfAR Treatment Insider* ; 3(1) : 1-5. Disponible sur : http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PDF/pdf/31.pdf

Farmer et al. (2001) Community-based treatment of advanced HIV disease : introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). *WHO Bulletin* ; 79(12).

Gordillo et al. (1999) Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* ; 13 : 1763–1769.

Katabira ET (2002) The Realities of Antiretroviral Therapy in Uganda. 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 24–28 February 2002 : Abstract S25.

Médecins Sans Frontières and School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town (2001) *Khayelitsha HIV Clinics, First Annual Report : September 2000 to August 2001*. Cape Town : Médecins Sans Frontières and School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town.

-
- OMS/OMC (2001) Report of the Workshop on Differential Pricing and Financing of Essential Drug. 8–11 April 2001, Høsbjør, Norway : Norwegian Foreign Affairs Ministry, Global Health Council. Disponible sur : http://www.who.int/medicines/library/edm_general/who-wto-hosbjor/wholereporthosbjorworkshop-fin-fre.pdf
- OMS/ONUSIDA/Société internationale du SIDA (2001) *Safe and effective use of antiretroviral treatments in adults—with particular reference to resource-limited settings*. Genève : (WHO/HIS/2000.04).
- ONUSIDA (1999) *De la théorie à la pratique. Une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA (GIPA)*. Genève : ONUSIDA (ONUSIDA/99.43F). Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/persons/una9943f.pdf>
- ONUSIDA (1999) *Espoir et réconfort. Six études de cas sur la prise en charge du VIH/SIDA mobilisant les personnes séropositives et les malades, les familles et les communautés* (Collection Meilleures Pratiques). Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2000) *Intensification de la participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA (GIPA) en Afrique subsaharienne*. Genève : ONUSIDA (ONUSIDA/01.08 F). Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/persons/JC-GIPA-ii-E.pdf>
- ONUSIDA (2001) *Accelerating Access to HIV/AIDS Care, Treatment and Support*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/health/access/AAprogress1001.doc>.
- ONUSIDA (2001) *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa*. Genève : ONUSIDA. (UNAIDS/00.29E). Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC299-TradHeal-E.pdf>
- ONUSIDA (2001) *Reaching out, scaling up : eight case studies of home and community care for and by people with HIV/AIDS*. Genève : ONUSIDA (UNAIDS/01.48E). Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/persons/JC608-ReachOut-E.pdf>
- ONUSIDA (2001) WTO Doha Declaration — TRIPS and Public Health (briefing paper). Disponible sur : <http://www.unaids.org/whatsnew/newadds/Doha%20Briefing%20Note.doc>
- ONUSIDA/Comité administratif de Coordination des Nations Unies, Sous-comité de la nutrition (2001) Nutrition and AIDS : Nutrition Policy Paper #20. Report of the 28th Session Symposium, Nairobi, 3–4 April. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/nutrition/JC691-Nutrition-F.pdf>
- ONUSIDA/OMS (2000) Key elements in HIV/AIDS care and support (draft working document). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/whounaidsca.doc>
- ONUSIDA/OMS (2001) *Sources and prices of selected drugs and diagnostics for people living with HIV/AIDS*. Genève : ONUSIDA (UNAIDS/01.65E). Disponible sur : http://www.unaids.org/acc_access/access_drugs/Sources0501.doc
- Paterson D et al. (1999) How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps. The 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, 31 January–4 February 1999 : Abstract 92.
- Perez-Casas C et al. (2001) Accessing ARVs : Untangling the Web of Price Reductions for Developing Countries. Genève : Médecins Sans Frontières. Disponible sur : <http://rxpolicy.com/studies/msf-price-reduction.pdf>
- Prabhat J et al. (2002) Improving the Health of the Global Poor. *Science* ; 295 : 2036–2039.
- Schwartlander B et al. (2001) Resource needs for HIV/AIDS. *Science* ; 292 : 2434–6.

The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group (2000) Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad : a randomised trial. *The Lancet* ; 356 : 103–12.

Répondre aux besoins

ACTAfrica (2000) Costs of scaling HIV program activities to a national level in sub-Saharan Africa, methods and estimates. (Mimeo) Washington : Banque mondiale.

Adeyi O et al. (2000) *AIDS, poverty reduction and debt relief. A toolkit for mainstreaming HIV/AIDS programs into development instruments*. Genève/Washington : ONUSIDA/Banque mondiale.

Alleyne G, Cohen D (2001) Health, economic growth, and poverty reduction ; synthesis report of Working Group 1. Genève : OMS.

Bertozi S et al. (2002) *Resource Requirements to Fight HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean* (mimeo). Presented at HIV/AIDS Seminar, Inter-American Development Bank Annual Meetings, Fortaleza, 8 March.

Commonwealth Regional Health Community Secretariat (2001) *Regional HIV/AIDS Strategy for East, Central and Southern Africa, 2002-2006*. Arusha : CRHCS.

Devarajan S et al. (2001) The Costs of Attaining the Millennium Development Goals (draft). Washington : Banque mondiale.

Foster S, Niederhausen P (2000) *Federal HIV/AIDS spending, a budget chartbook, fiscal year 2000 (3rd ed.)*. Menlo Park/Washington : The Henry J. Kaiser Family Foundation.

Hecht R (2000) Poverty, debt and AIDS — mainstreaming the epidemic and mobilizing additional resources for the response. Genève, ONUSIDA, Equipe interpay pour l'Afrique occidentale et centrale.

Hecht R, Adeyi O, Semini I (2002) Making AIDS Part of the Global Development Agenda. *Finance & Development* ; 39(1). Washington : FMI.

Loewenson R, Whiteside A (2001) *HIV/AIDS. Implications for poverty reduction*. New York : PNUD.

OMS/Commission Macroéconomie et Santé, (2001) *Macroeconomics and health : investing in health for economic development*. Genève : OMS.

ONUSIDA (2000) *Economics and AIDS in Africa. Getting policies right : Economic impact, responses to the epidemic, costing and cost-effectiveness, scaling up interventions*. Forum pour le développement de l'Afrique 2000, 3–7 décembre, Addis Abéba. ONUSIDA : Genève.

OXFAM International (2001) *Debt Relief : Still failing the poor*. Londres : Oxfam International. Disponible sur : http://www.oxfam.org/what_does/advocacy/papers/OxfamDebtPaperApril2001.doc

PNUD (2001) *Rapport mondial sur le développement humain 2001*. New York : PNUD.

Schneider P et al. (2001) *Lessons from National Health Accounts and community-based health insurance in Rwanda, 1998–1999* (Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA). Genève : ONUSIDA.

Schwartlander B et al. (2001) Resource needs for HIV/AIDS. *Science* ; 292 : 2434–6.

SIDALAC (Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe) (2001) *Respuestas nacionales contra el VIH/SIDA. Cuentas nacionales en salud en VIH/SIDA*. A Chart. Fundación Mexicana para la Salud : Mexico City DF. Disponible sur : <http://www.SIDALAC.org.mx>

Soucat A et al. (2001) *Rapid guidelines for integrating health, nutrition, and population issues into poverty reduction strategies of low-income countries*. Africa Region Human Development Working Paper Series. Washington : Banque mondiale. Disponible sur : http://www.worldbank.org/afr/hd/wps/rapid_guidelines.pdf

Actions nationales : de l'engagement aux actes

Hecht R, Adeyi O, Semini I (2002) Making AIDS Part of the Global Development Agenda. *Finance & Development* ; 39(1). Washington : FMI. Disponible sur : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2002/03/hecht.htm>

Jordan-Harder B et al. (2000) *Hope for Tanzania : Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region*. Eschborn : Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH Ministry of Health, United Republic of Tanzania.

Karnpisit T (2000) *Integration of AIDS into National Development Planning : The case of Thailand*. Nonthaburi : Petchrun Press.

Kelly K (2001) *Bambisanani, Community Orientation to HIV/AIDS Prevention, Care and Support*. EQUITY Project/ USAID. Disponible sur : <http://www.cadre.org.za/pdf/Bambisanani%20report.pdf>

ONUSIDA (1997) Republic of the Philippines AIDS Prevention and Control Law (Best Practice Summary Booklet). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/country/philippines/repphil.html>

ONUSIDA (2001) *A Multi-Ministerial Strategy to the Expanded Response to HIV/AIDS. HIV/AIDS Development in Asia and the Pacific : A lengthening shadow*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/whatsnew/conferences/ICAAP2001/MultiMinistrystrategy.doc>

ONUSIDA (2001) IPAA 2001 Progress Report. Genève : ONUSIDA.

ONUSIDA (2001) Local responses to HIV/AIDS : the global agenda (Key note). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/responses/local/keynote.htm>

ONUSIDA (2001) *Prêter main-forte. Partenariat Afrique, le bulletin bimestriel du Partenariat international contre le SIDA en Afrique* ; No. 5. Disponible sur : <http://www.unaids.org/africapartnership/newsletter/JC701-IPAA-NewsL5-F.pdf>

ONUSIDA (2001) *Promotion de l'excellence en matière de formation* (Collection Meilleures Pratiques, Etude de cas). Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC439-RATN-F.pdf>

ONUSIDA (2001) *Une approche stratégique vers une société compétente face au SIDA (Note Technique n° 1). Réponses locales au VIH/SIDA*. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/publications/documents/responses/local/technote1_fr.html

ONUSIDA (2002) National Responses to HIV/AIDS : Country Implementation Readiness Profile (forthcoming). Genève : ONUSIDA.

Rosenberg T (2001) Look at Brazil. *New York Times Magazine*. Disponible sur : <http://www.nytimes.com/library/magazine/home/20010128mag-aids.html>

The International HIV/AIDS Alliance (2001) Expanding community action on HIV/AIDS. *The Newsletter of the International HIV/AIDS Alliance* ; 11. Disponible sur : <http://www.aidsmap.com/web/pb4/eng/8F1E9315-9167-11D5-8D08-00508B9ACEB1.htm>

ONUSIDA/02.26F (version française, juillet 2002)
ISBN 92-9173-186-2

Version originale anglaise, UNAIDS/02.26E E, juillet 2002 :
Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2002. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

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.

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

Couverture: Poj Ongtaweekiat • Photos: Getty Images (Thailand) Co., Ltd

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de huit organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation internationale du Travail (l'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 mobilise les actions contre l'épidémie de ses huit 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 et dans tous les domaines – médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

**Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) rassemble huit organisations du système des Nations Unies.
Ces Coparrainants de l'ONUSIDA sont les suivants :**



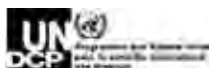
Depuis 56 ans, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) travaille avec des partenaires du monde entier pour promouvoir la reconnaissance et l'accomplissement des droits fondamentaux des enfants. Ce mandat, tel qu'il a été défini par la Convention relative aux droits de l'enfant, est mis en œuvre par le biais de partenariats avec des gouvernements, des organisations non gouvernementales et des individus dans 162 pays, zones et territoires. Il apporte à l'ONUSIDA ce vaste réseau ainsi qu'un potentiel de communication et de plaidoyer efficaces. Les priorités de l'UNICEF dans le domaine du VIH/SIDA comprennent notamment la prévention chez les jeunes, la réduction de la transmission de la mère à l'enfant, la prise en charge et la protection des orphelins et des enfants vulnérables, et les soins et l'appui pour les enfants, les jeunes et les parents vivant avec le VIH/SIDA.



En tant qu'organisme de développement très présent au niveau des pays, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) encourage un environnement habilitant en matière de politiques, de législation et de ressources pour une riposte efficace au VIH/SIDA. Ses domaines d'action s'étendent aux domaines suivants : mobiliser les acteurs et les institutions bien au-delà du secteur de la santé pour faciliter la transformation sociale nécessaire permettant d'envisager un avenir exempt du VIH ; promouvoir un leadership et des capacités renforcés en vue d'une riposte coordonnée et améliorée ; aider les gouvernements à obtenir des ressources aux niveaux intérieur et international ; placer le VIH/SIDA au centre des programmes nationaux de développement ; et promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA grâce au plaidoyer et à la législation.



Le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) applique ses 30 ans d'expérience dans le domaine de la santé reproductive à la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Au moyen de 150 programmes dans les pays, le FNUAP se concentre sur la prévention du VIH chez les jeunes, sur des programmes complets de fourniture de préservatifs tant masculins que féminins, et sur la prévention de l'infection parmi les femmes enceintes. Le FNUAP soutient : les efforts de plaidoyer ; l'amélioration de l'accès à l'information et à l'éducation, notamment le conseil et le test volontaires ; le renforcement de la capacité des dispensateurs de services à travers divers secteurs ; et la fourniture d'articles pour la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles, tels que des nécessaires de test IST/VIH, des préservatifs masculins et féminins et des fournitures pour la prévention et la lutte contre les infections.



Le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID) a la responsabilité exclusive de coordonner toutes les activités des Nations Unies en matière de contrôle des drogues, et de fournir un leadership efficace pour ces activités. Dans ce contexte, le PNUCID soutient activement la prévention du VIH/SIDA par des programmes de réduction de la demande en matière de drogues illicites. Son premier domaine d'action concerne les jeunes et les groupes à haut risque. Le PNUCID œuvre depuis son Siège de Vienne (Autriche) ainsi qu'à partir d'un réseau de terrain desservant actuellement 121 pays et territoires.



L'Organisation internationale du Travail (OIT) œuvre à la promotion de la justice et de l'égalité sociales, à l'établissement de normes pour l'emploi, et à l'amélioration des conditions de travail. La contribution spéciale de l'OIT à l'ONUSIDA comprend notamment : le caractère tripartite de ses membres, qui encourage la mobilisation des gouvernements, des employeurs et des travailleurs contre le VIH/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 code de bonne pratique sur le VIH/SIDA et le monde du travail – des directives internationales 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 est une des raisons principales au fait que l'épidémie ne soit pas maîtrisée, et l'éducation préventive est donc en tête des priorités de l'UNESCO. Le besoin d'une telle éducation découle du type de lacunes associées au VIH/SIDA, en particulier dans les pays en développement les plus touchés : la plupart des personnes infectées ignorent qu'elles sont infectées ; des idées fausses circulent largement sur des remèdes possibles ; et les connaissances sur la maladie elle-même sont éparpillées et non fondées, conduisant aux préjugés et à la discrimination.



L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aide les pays à renforcer la riposte de leur système de santé au VIH/SIDA et aux autres infections sexuellement transmissibles. L'OMS encourage les partenariats, fournit un appui technique et stratégique aux pays et aux régions, et élabore des directives normatives et autres ressources sur les interventions clés en matière de santé, notamment la prévention de la transmission mère-enfant, la prise en charge du VIH/SIDA, des infections sexuellement transmissibles et des affections qui y sont liées, y compris l'utilisation de la thérapie antirétrovirale ; la sécurité transfusionnelle ; les précautions universelles ; la mise au point de vaccins ; les injections sans risque ; le conseil et le test volontaires ; et les interventions ciblant des populations vulnérables. L'OMS contribue également à la base de connaissances mondiales sur le VIH/SIDA par son soutien au suivi et à la surveillance, par la revue des faits pour les interventions et par la promotion de la recherche.



Le mandat de la Banque mondiale est l'allègement de la pauvreté et l'amélioration de la qualité de vie. Entre 1986 et début 2002, la Banque mondiale a engagé près de 2 milliards de dollars pour des projets de lutte contre le VIH/SIDA dans le monde entier. La plupart des ressources ont été fournies à des conditions extrêmement favorables, notamment 1 milliard de dollars au titre du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS). Pour aborder les conséquences dévastatrices du VIH/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 • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

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