Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006

Edition spéciale 10e anniversaire de l'ONUSIDA

ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR UNICEF PAM PNUD UNFPA
ONUDC OIT UNESCO OMS BANQUE MONDIALE

TABLE DES MATIÈRES

Préface

Avant-propos

01 Introduction 1

02 L'épidémie de SIDA dans le monde 7

03 Progrès accomplis dans les pays 57

04 L'impact du SIDA sur les personnes et les sociétés 89

05 Personnes à risque et laissés-pour-compte : quatre groupes de population clés 115

06 Prévention globale du VIH 139

07 Traitement et prise en charge 167

08 Réduire l'impact du SIDA 199

09 Le rôle essentiel de la société civile 225

10 Financer la riposte au SIDA 251

11 Obtenir le maximum des ripostes nationales 285

12 De la gestion de la crise à la riposte stratégique 315

Annexe 1 : Profils de pays 333

Annexe 2 : Estimations et données sur le VIH et le SIDA, 2005 et 2003 545

Annexe 3 : Indicateurs relatifs aux progrès réalisés dans les pays 587

Références 641

Crédits photographiques 676

FIGURES

Page	Fig.	
4	1.1	25 ans de SIDA
11	2.1	Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte (15-49 ans) des pays de l'Afrique subsaharienne ayant conduit des enquêtes de population au cours des dernières années
13	2.2	Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et de la prévalence de l'infection (%) parmi la population adulte dans le monde et en Afrique subsaharienne, 1985–2005
14	2.3	Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA en 2003 et en 2005
15	2.4	Répartition mondiale de l'infection à VIH
15	2.5	Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte de l'Afrique, 2005
17	2.6	Prévalence du VIH (%) parmi les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals, en Afrique subsaharienne, 1997/98–2004
20	2.7	Prévalence du VIH (%) par sexe et selon le lieu de résidence (urbain/rural) dans un certain nombre de pays sélectionnés d'Afrique subsaharienne, 2001–2005
26	2.8	Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte de l'Asie et de l'Océanie, 2005
29	2.9	Tendances de la prévalence du VIH (%) parmi les cosommateurs de drogues injectables et les femmes enceintes dans des zones sélectionnées de l'Inde, 1998–2004
31	2.10	Tendances de la prévalence du VIH (%) parmi les femmes enceintes des principaux centres urbains du Cambodge, du Myanmar et de la Thaïlande, 1990–2004
34	2.11	Tendances de la prévalence du VIH (%) parmi les consommateurs de drogues injectables du Bangladesh, du Pakistan et des Philippines, 1998–2005
38	2.12	Augmentation du nombre de cas de VIH signalés pour la Fédération de Russie et l'Ukraine, 1987–2005
47	2.13	Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte de l'Amérique latine et des Caraïbes, 2005
48	2.14	Prévalence du VIH (%) en Amérique latine parmi les professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, 1999–2002
61	3.1	Progrès réalisés par les pays pour atteindre les objectifs fixés à l'échelle mondiale par la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, 2005 (pays à faible ou moyen revenu)
69	3.2	Comparaison entre les données de 2003 et de 2005 sur la couverture de la thérapie antirétrovirale, l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant et la couverture des mères infectées par le VIH bénéficiant de la prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant
70	3.3	Comparaison entre les données de 2003 et de 2005 sur l'extension de la thérapie antirétrovirale et la couverture pour les mères infectées par le VIH bénéficiant de la prophylaxie antirétrovirale dans trois pays d'Afrique subsaharienne
72	3.4	Connaissances globales concernant le VIH/SIDA parmi les jeunes hommes de 15 à 24 ans, par niveau d'éducation, dans 11 pays d'Afrique subsaharienne, 2000-2004
73	3.5	Connaissances globales concernant le VIH/SIDA parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans, par niveau d'éducation, dans 11 pays d'Afrique subsaharienne, 2000–2004
74	3.6	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans disant avoir utilisé un préservatif au cours d'un rapport sexuel avec un partenaire non régulier, Afrique subsaharienne, 2001–2005
78	3.7	Pourcentage médian des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention et de celles qui ont pratiqué un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat
82	3.8	Estimation du total annuel des ressources disponibles pour la lutte contre le SIDA, 1996–2005
84	3.9	Dépenses relatives au VIH et au SIDA par habitant selon le niveau de revenu des pays
86	3.10	Progrès dans l'application des 'Trois Principes' : pourcentage de pays disposant d'un organisme national de coordination, d'une stratégie ou cadre national sur le VIH/SIDA et d'un plan national de suivi et d'évaluation
91	4.1	Impact du SIDA sur l'espérance de vie dans cinq pays africains, 1970–2010
93	4.2	Répartition en pourcentage des décès selon l'âge en Afrique australe, 1985–1990 et 2000–2005
94	4.3	Richesse, pauvreté et VIH : pays groupés selon la région et la prévalence du VIH
98	4.4	Violations des droits en matière de reproduction—femmes enquêtées dans quatre pays asiatiques
101	4.5	Taux de notification de la tuberculose dans 20 pays africains versus prévalence du VIH en Afrique subsaharienne, 1990–2004
103	4.6	Estimation de l'impact du SIDA sur les taux de mortalité des moins de cinq ans en 2002–2005, pays choisis d'Afrique subsaharienne
104	4.7	Impact de la condition d'orphelin sur la scolarisation parmi les 10–14 ans en Afrique subsaharienne
113	4.8	Réduction de la force de travail agricole en Afrique à cause du VIH et du SIDA projetée d'ici à 2020
142	6.1	Impact de trois scénarios sur l'infection à VIH en Afrique subsaharienne, 2003–2020
143	6.2	Impact de trois scénarios sur les décès liés au SIDA en Afrique subsaharienne, 2003–2020
170	7.1	Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002–2005
171	7.2	Personnes sous thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne, en pourcentage du nombre de celles qui en ont besoin, 2002–2005
188	7.3	Pourcentage d'enfants parmi les personnes sous traitement, par pays, 2005
189	7.4	Pourcentage de femmes par rapport au total des adultes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale dans 30 pays : pourcentages réels/pourcentages attendus, 2005
245	9.1	Entités présentes lors de la quatrième phase des Instances de Coordination nationales
247	9.2	Secteur d'appartenance des bénéficiaires, phases 2–4 des CCM
253	10.1	Evaluation des exigences en termes de financement de la riposte au SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

255 10.2 Financements nécessaires à la prévention
256 10.3 Répartition des financements nécessaires à la prévention, par région
256 10.4 Financements nécessaires aux traitements et aux soins, y compris au traitement antirétroviral (ART), pour atteindre les taux de couverture fixés
256 10.5 Répartition des financements nécessaires aux traitements et aux soins, par activité
257 10.6 Répartition des financements nécessaires aux traitements et aux soins, par région
258 10.7 Financements nécessaires aux activités d'appui en faveur des orphelins et des enfants vulnérables
258 10.8 Financements nécessaires au renforcement de l'appui aux programmes et à l'amélioration des infrastructures
259 10.9 Financements nécessaires au renforcement des capacités en ressources humaines
261 10.10 Origine des financements estimés et projetés pour la période 2005–2007 dans le cadre de la riposte au SIDA
264 10.11 Origine des fonds alloués à la lutte contre le VIH dans trois pays, 2004
265 10.12 Fonds alloués en 2004 à la lutte contre le VIH dans 4 pays, par domaine programmatique
268 10.13 Aide publique au développement fournie par les membres du CAD en 2003 et 2004
270 10.14 APD engagée en 2004 par les membres du CAD pour lutter contre le VIH
270 10.15 Engagements bilatéraux établis par les membres du CAD en 2004 au profit de programmes associés au VIH
276 10.16 Budget intégré de l'ONUSIDA comparé aux ressources disponibles pour lutter contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
277 10.17 Engagements des fondations basées aux Etats-Unis au profit de projets nationaux et mondiaux de lutte contre le SIDA, 2000–2003
279 10.18 Investissements annuels du secteur public en R&D sur le vaccin anti-VIH entre 2000 et 2005, par région
281 10.19 Investissements annuels du secteur public et du secteur caritatif en R&D sur les microbicides, entre 2000 et 2005
292 11.1 Participation des parties prenantes à l'élaboration des plans nationaux de lutte contre le SIDA dans 79 pays, 2004
307 11.2 Sites participant au Fonds de collaboration pour la préparation au traitement du VIH, mars 2006
310 11.3 Tendances des dépenses par habitant relatives au VIH et au SIDA, en US$ actuels ; pays choisis d'Afrique subsaharienne
312 11.4 Pays qui utilisent le Système d'information sur la riposte des pays — CRIS

REMERCIEMENTS

Le Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 est un rapport du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Il comprend des contributions du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Programme alimentaire mondial (PAM), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), de l'Organisation internationale du Travail (OIT), de l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Banque mondiale, du Fonds mondial, et du Comité d'orientation de la société civile de l'UNGASS.

L'ONUSIDA rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes du système des Nations Unies dans la riposte au SIDA.

Le **HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (HCR)** a pour mandat de diriger et de coordonner l'action internationale pour la protection des réfugiés et autres personnes concernées. Le HCR s'efforce d'assurer pour tous le respect du droit à demander l'asile et à trouver refuge dans un autre Etat. En plus de 50 ans d'activité, l'agence a aidé environ 50 millions de personnes à recommencer leur vie. Le HCR est en première ligne pour combattre le VIH et le SIDA parmi les populations affectées par des conflits et les populations déplacées. Les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays sont exposés au risque d'infection car les conflits et les déplacements les exposent à la pauvreté, à la désintégration familiale, à la dislocation sociale et à une violence sexuelle accrue. Pour le HCR, la prévention, la prise en charge et le traitement du VIH et du SIDA, notamment l'accès au traitement antirétroviral, sont au centre de la protection globale des réfugiés et autres personnes concernées.

Depuis 60 ans, le **FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)** travaille avec des partenaires du monde entier pour promouvoir la reconnaissance et l'accomplissement des droits fondamentaux des enfants. Ce mandat, tel que l'a défini la Convention relative aux droits de l'enfant, est mis en œuvre par le biais de partenariats avec des gouvernements, des organisations gouvernementales et des individus dans 162 pays, zones et territoires. L'UNICEF apporte à l'ONUSIDA ce vaste réseau ainsi qu'un potentiel de communication et de plaidoyer efficaces. Les priorités de l'UNICEF dans la lutte contre l'épidémie de SIDA comprennent notamment la prévention chez les jeunes, la réduction de la transmission de la mère à l'enfant, et la prise en charge et la protection des orphelins, des enfants vulnérables, des jeunes et des parents vivant avec le VIH ou le SIDA.

Le **PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL (PAM)** est la plus vaste organisation humanitaire de la planète. Il aide les familles démunies touchées par la faim et le SIDA en utilisant l'aide alimentaire et d'autres moyens pour s'occuper de prévention, de prise en charge et de soutien. L'aide alimentaire du PAM contribue à prolonger la vie des parents, permet aux orphelins et aux enfants vulnérables de rester à l'école, donne aux jeunes non scolarisés la possibilité d'obtenir des moyens d'existence durables et permet aux personnes atteintes de tuberculose d'achever leur traitement. Le PAM travaille en partenariat avec les gouvernements, les autres organismes du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des communautés et il aide les individus—quelle que soit leur sérologie VIH—qui ne disposent pas de nourriture en suffisance à assurer leur alimentation et leur sécurité alimentaire.

Le **PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD)** est le réseau mondial de développement dont dispose le système des Nations Unies. Il prône le changement, et relie les pays aux connaissances, expériences et ressources dont leurs populations ont besoin pour améliorer leur vie. Présente sur le terrain dans 166 pays, l'organisation aide ses partenaires nationaux à identifier leurs propres solutions aux défis auxquels ils sont confrontés en matière de

du secteur de la santé à l'épidémie soit plus efficace et plus complète. L'OMS définit et élabore des normes et des directives techniques efficaces, encourage les partenariats et fournit un appui stratégique et technique aux Etats Membres. L'organisation contribue également au fonds des connaissances mondiales sur le SIDA en soutenant la surveillance, le suivi et l'évaluation, en examinant les résultats des interventions et en encourageant l'intégration de la recherche dans la prestation des services de santé.



La mission de la **BANQUE MONDIALE** est de combattre la pauvreté avec force et professionnalisme. Pour lutter contre le SIDA, qui menace d'anéantir les progrès du développement, la Banque a investi plus de 2 milliards de dollars dans des projets relatifs au VIH et au SIDA partout dans le monde. La plupart des ressources ont été fournies à des conditions extrêmement favorables, notamment des subventions aux pays les plus pauvres. Pour atténuer les conséquences dévastatrices du SIDA sur le développement, la Banque renforce sa riposte en partenariat avec l'ONUSIDA, les organismes donateurs et les gouvernements. La riposte de la Banque est globale et comprend la prévention, la prise en charge, l'appui, le traitement et l'atténuation de l'impact.

développement. La lutte contre le VIH/SIDA constitue l'une des priorités fondamentales du PNUD et, en tant que Coparrainant de l'ONUSIDA, il centre son activité sur les questions de développement et de gouvernance liées au SIDA, la protection des droits des personnes vivant avec le VIH et la promotion de l'égalité des sexes. Le PNUD aide les pays à placer le SIDA au coeur des plans et processus nationaux de développement et renforce les capacités nationales afin de coordonner l'action de tous les secteurs.

United Nations Population Fund

L'**UNFPA**, le **FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION**, s'appuie sur trois décennies d'expérience en matière de santé reproductive et de problèmes de population en concentrant sa riposte à l'épidémie—dans plus de 140 pays—sur la prévention du VIH parmi les jeunes et les femmes enceintes, sur des programmes complets de fourniture de préservatifs masculins et féminins et sur le renforcement de l'intégration de la santé reproductive et du SIDA. L'UNFPA contribue en outre à la satisfaction des droits et des besoins des femmes et des adolescents séropositifs au VIH en matière de santé reproductive, à la promotion du conseil et du test volontaires ainsi que des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à l'amélioration de l'accès à l'information et l'éducation sur le VIH et le SIDA et aux moyens de prévention, y compris ceux qui sont nécessaires dans les situations d'urgence. Il effectue en outre des études démographiques et socioculturelles afin d'orienter les programmes et politiques.

NATIONS UNIES
Office contre la drogue et le crime

Au sein de l'ONUSIDA, **l'OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME (ONUDC)** est l'agence leader pour le VIH et le SIDA et la consommation de drogues injectables ainsi qu'en milieu carcéral. A travers la famille des Nations Unies, l'ONUDC est également chargé de faciliter l'élaboration d'une riposte des Nations Unies au VIH et au SIDA en relation avec le trafic d'êtres humains. Ces populations marginalisées sont souvent discriminés et laissés pour compte. Seuls très peu d'individus ont accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH. L'ONUDC aide les pays à fournir aux consommateurs de drogues injectables, aux détenus et aux victimes potentielles et réelles du trafic d'êtres humains des services complets de prévention et de prise en charge du VIH équivalents à ceux qui sont à la disposition de la communauté, par l'intermédiaire d'un appui à l'élaboration de lois et de politiques et du renforcement des capacités afin d'assurer une couverture élevée pour les services liés au VIH.

L'**ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (OIT)** œuvre à l'obtention d'un emploi décent et productif pour tous, fondé sur les principes de justice sociale et de non-discrimination. La contribution de l'OIT à l'ONUSIDA comprend notamment : le caractère tripartite de ses membres, qui encouragent la mobilisation des gouvernements, des employeurs et des travailleurs contre le SIDA ; l'accès direct au lieu de travail ; une longue expérience dans l'élaboration de normes internationales de protection des droits des travailleurs ; et un programme mondial de coopération technique. L'OIT a produit un Recueil de directives pratiques sur le VIH/SIDA et le monde du travail—principes directeurs internationaux pour l'élaboration de politiques et de programmes au niveau national et sur le lieu de travail.

Au sein du système des Nations Unies, l'**ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (UNESCO)** a une responsabilité particulière dans le domaine de l'éducation. L'ignorance constitue un facteur important dans l'épidémie de SIDA ; c'est pourquoi l'éducation préventive est en tête des priorités de l'UNESCO. L'éducation est nécessaire pour sensibiliser les individus au fait qu'ils sont exposés au risque ou vulnérables, ainsi que pour développer les compétences et la motivation nécessaires pour l'adoption de comportements susceptibles de réduire le risque et la vulnérabilité et de protéger les droits de la personne. L'UNESCO collabore avec les gouvernements et les organisations de la société civile pour mettre en œuvre des politiques et programmes d'éducation préventive et pour atténuer l'impact du SIDA sur les systèmes d'enseignement.

Organisation mondiale de la Santé

L'objectif de l'**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)** est la possession pour tout être humain du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Son action dans le domaine du VIH et du SIDA est centrée sur l'élargissement rapide des traitements et de la prise en charge en parallèle avec l'accélération de la prévention et le renforcement des systèmes de santé afin que la riposte

PRÉFACE



Un quart de siècle a passé depuis que les premiers cas de SIDA ont été notifiés. Au cours de cette période, le SIDA a fondamentalement changé notre monde—il a tué plus de 25 millions d'hommes et de femmes, rendu orphelins des millions d'enfants, exacerbé la pauvreté et la faim et, dans certains pays, il a complètement inversé le développement humain. Aujourd'hui, près de 40 millions de personnes vivent avec le VIH, et la moitié d'entre elles sont des femmes. Ce que l'on annonçait comme quelques cas d'une mystérieuse maladie est maintenant une pandémie qui constitue l'une des plus grandes menaces pour le progrès mondial au 21e siècle.

Après des débuts tragiquement tardifs et lents, la riposte mondiale a gagné en puissance—comme nous l'avons vu lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA il y a cinq ans. Depuis, des progrès remarquables ont été accomplis pour intensifier le leadership politique, mobiliser des moyens financiers et techniques, dispenser des traitements antirétroviraux salvateurs aux malades partout dans le monde, et même, inverser la propagation dans certaines des nations les plus pauvres du globe.

J'ai l'espoir que l'Examen 2006 de la riposte au SIDA par l'Assemblée générale—réunion essentielle de suivi de la Session extraordinaire—contribuera à donner une dimension supplémentaire à la lutte contre le SIDA, en parvenant réellement à endiguer et inverser la pandémie. Pour cela, nous ne pourrons pas simplement nous contenter de redoubler d'efforts. Il nous faudra un engagement considérablement plus fort, sur le plan de la volonté politique, du courage et des ressources ; il nous faudra une action unifiée à une échelle toute nouvelle.

Pour le monde, le seul objectif acceptable est de stopper le SIDA pour en fin de compte l'éliminer. C'est alors seulement que nous réaliserons les objectifs du Millénaire pour le développement et que nous verrons couronnés de succès les efforts que nous déployons pour construire un monde humain, sain et équitable.



Kofi A. Annan
Secrétaire général des Nations Unies

AVANT-PROPOS



Le Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA indique que le monde se trouve à un tournant déterminant de sa riposte à la crise du SIDA. Bien que la pandémie et son impact dépassent les prédictions les plus pessimistes, nous disposons pour la première fois de la détermination, des moyens et des connaissances nécessaires pour obtenir des avancées réelles.

Depuis que, lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en 2001, les leaders de la planète se sont engagés à mettre en place une riposte urgente au SIDA, de réels progrès ont été accomplis dans des domaines clés. Des objectifs qui paraissaient du domaine de l'impossible il y a cinq ans à peine ont été atteints. L'engagement politique d'aujourd'hui est solide. Dans près de 40 pays en développement, la riposte nationale au SIDA est maintenant dirigée personnellement par des chefs de gouvernement ou leurs adjoints. Le total des fonds destinés à la riposte dans les pays en développement a plus que quadruplé entre 2001 et 2005, pour atteindre US$ 8,3 milliards au cours de l'année écoulée. Quelque 1,3 million de personnes dans les pays en développement sont maintenant protégées par des antirétroviraux, qui ont permis de sauver quelque 300 000 vies l'an dernier seulement. Dans des pays toujours plus nombreux, sur chaque continent, l'épidémie est sur le déclin—preuve la plus concrète que le SIDA est un problème qui peut être résolu.

Ainsi donc, le monde dispose aujourd'hui des fondations sur lesquelles bâtir une riposte à la mesure du défi consistant à stopper la pandémie et commencer à en inverser le cours.

Dans l'immédiat, nous devons travailler dans l'urgence pour tenir l'engagement pris par les gouvernements lors du Sommet mondial de septembre 2005, à savoir l'extension rapide vers l'accès universel à tout l'éventail des programmes essentiels sur le VIH, comprenant la prévention, le traitement, la prise en charge et l'atténuation de l'impact du VIH. Seul un accès à l'échelle de la population tout entière pourra infléchir la trajectoire de la pandémie.

Mais ce n'est qu'un début. La pandémie et ses effets ne peuvent être inversés à court terme, c'est pourquoi nous devrons poursuivre une riposte à très grande échelle au cours des décennies à venir. Chaque intervention, chaque plan et chaque programme mis en place aujourd'hui doit devenir un élément des stratégies durables et à long terme susceptibles de libérer le monde de l'emprise du SIDA. Nous devons faire ce bond conceptuel dans notre planification et nos actions, et passer d'un mode réactif à un mode actif et stratégique.

Pour arriver à ce que les générations de demain soient libérées du SIDA, il nous faudra maintenir sur le long terme tous les éléments de la riposte—l'engagement du leadership, l'activisme, les ressources financières, l'innovation dans la mise au point de nouveaux médicaments et techniques de prévention et, surtout, les actions concrètes capables de s'attaquer aux causes fondamentales de cette pandémie, notamment aux inégalités entre les sexes, à la pauvreté et à la discrimination.

En cette 25e année de l'épidémie de SIDA, le succès est en vue, mais il exigera une riposte sans précédent du monde entier au cours des prochaines décennies. D'ici là, nous ne pouvons nous permettre aucun repos.

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

Introduction 01





Chapitre 01



INTRODUCTION

« En juin 1981, nous avons examiné un jeune gay atteint d'une des déficiences immunitaires les plus dévastatrices que nous ayons jamais vues. Et nous nous sommes dit, 'Nous ne savons pas de quoi il s'agit, mais nous espérons que nous ne reverrons jamais plus un cas pareil'. » (OMS, 1994)

Ces mots du Dr Samuel Broder, alors au National Cancer Institute des Etats-Unis, nous rappellent à quel point le monde a changé en 25 ans, depuis que les médecins ont vu les tout premiers cas de SIDA dans les hôpitaux des Etats-Unis, de la République démocratique du Congo et sur les rives du Lac Victoria, en Afrique de l'Est. Le monde a été lent à reconnaître la gravité de cette nouvelle crise sanitaire et, durant les années pendant lesquelles le SIDA est resté absent de l'ordre du jour politique, l'infection a pris une place qu'elle n'est pas près de perdre. De fait, ce sont les communautés touchées qui se sont mobilisées pour lancer la riposte initiale à cette épidémie en rapide évolution.

D'ici à 1985, alors que des cas étaient notifiés dans chacune des régions de la planète, un groupe de scientifiques et de spécialistes de la santé s'est réuni sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), afin de recommander une stratégie mondiale de lutte contre le SIDA, qui fut ensuite adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé puis par l'Assemblée générale des Nations Unies. En créant le Programme mondial de lutte contre le SIDA en 1987 puis le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) en 1996, les Nations Unies ont commencé à considérer le SIDA non comme un problème de santé isolé, mais comme une question de développement humain aussi grave que les autres problèmes auxquels le monde est confronté aujourd'hui.

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA en 2001, 189 nations ont convenu que le SIDA constituait un problème de développement de la plus haute importance à l'échelle tant nationale qu'internationale et ont signé une Déclaration d'engagement historique sur le VIH/SIDA qui promettait des ripostes novatrices, des efforts coordonnés et une obligation de rendre des rapports concernant les progrès accomplis dans la lutte contre l'épidémie. La Déclaration fixait une liste complète d'objectifs assortis de

délais à l'appui de l'objectif du Millénaire pour le développement demandant de stopper l'épidémie et de commencer à en inverser le cours d'ici à 2015. Point important, la Déclaration souhaitait également une évaluation des progrès faits pour combattre le SIDA à l'échelle nationale, régionale et mondiale à la fin des années 2003, 2005 et 2010, au moyen d'une série d'indicateurs de base élaborés par l'ONUSIDA et divers partenaires.

S'appuyant sur cet engagement, le présent rapport résume et analyse les données présentées dans les rapports fournis par 126 pays, recueillis par l'ONUSIDA entre décembre 2005 et mars 2006, ainsi que d'autres rapports préparés par l'ONUSIDA et des organisations de la société civile sur des interventions clés en matière de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien dans le domaine du VIH. C'est la première fois que les pays présentent des rapports systématiques sur les services qu'ils offrent aux populations les plus exposées au risque, et ces rapports constituent l'une des évaluations les plus complètes des progrès réalisés et des obstacles à surmonter dans la riposte au SIDA.

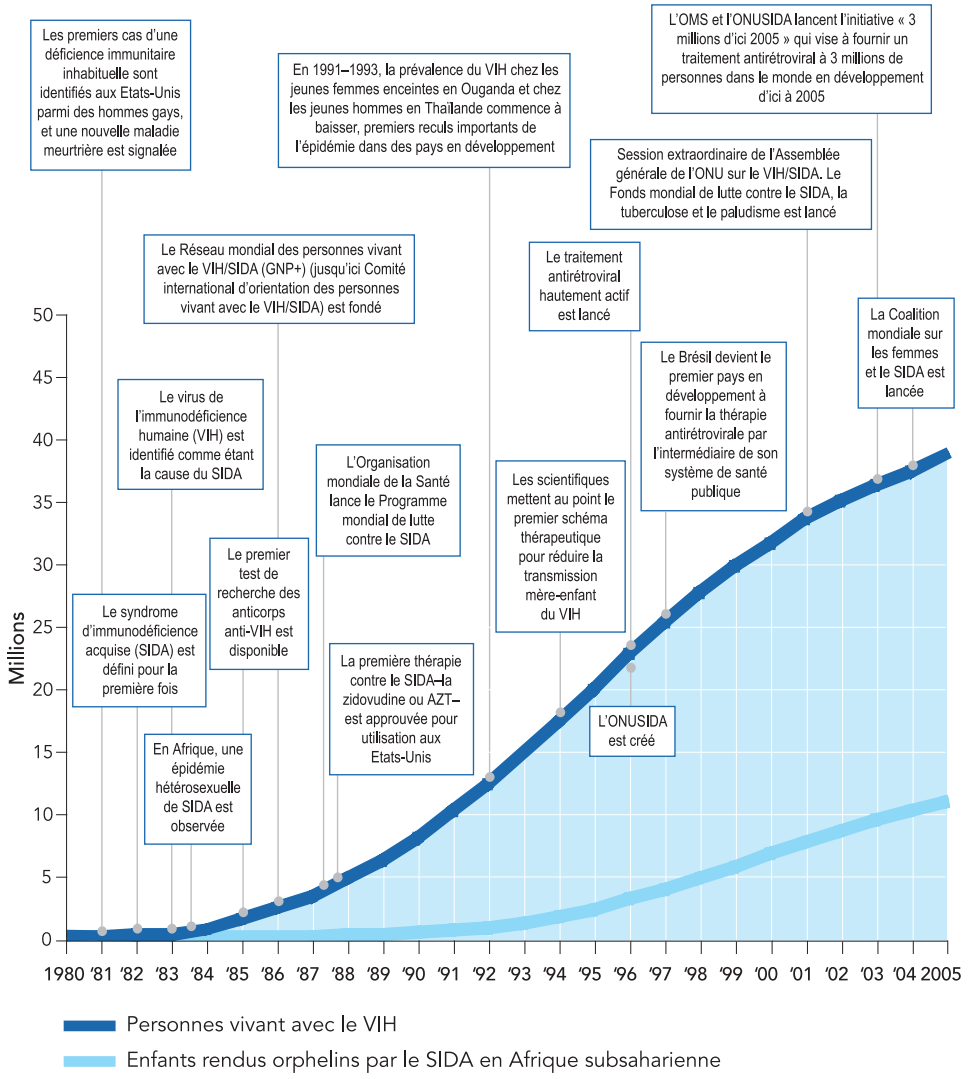
L'histoire que raconte ce rapport est complexe et parfois démoralisante. De nouveaux systèmes, qui comprennent des méthodes de surveillance considérablement améliorées, nous montrent avec une précision croissante où et comment l'épidémie se propage. Près de 25 ans d'expérience de la prévention du VIH et 10 ans d'expérience de la thérapie antirétrovirale ont produit une multitude de données sur la manière de prévenir et de traiter cette maladie. Pourtant, les avancées des sciences sociales et biomédicales, si elles revêtent une importance cruciale pour la mise en place d'une riposte efficace, n'ont pas de prise sur les lacunes du leadership et de la compassion humaine qui entravent trop souvent les progrès sur la voie de la réalisation de nos objectifs communs.

Le présent rapport offre l'un des tableaux les plus complets jamais dressés de la manière dont l'épidémie affecte les femmes et les jeunes filles, les hommes, les jeunes, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les détenus et les bébés nés avec le VIH. Il fournit une image



Près de 25 ans d'expérience de la prévention du VIH et 10 ans d'expérience de la thérapie antirétrovirale ont produit une multitude de données sur la manière de prévenir et de traiter cette maladie.

FIGURE 1.1 25 ans de SIDA



régionale, de l'Afrique subsaharienne, dont l'épidémie mature continue à s'étendre jusqu'à des limites que de nombreux experts estimaient impossibles, aux épidémies relativement nouvelles mais en expansion rapide dans des régions comme l'Europe orientale et l'Asie du Sud-Est, qui pourraient bien rivaliser avec l'épidémie en Afrique subsaharienne pour ce qui est de leur ampleur. Ce faisant, il illustre également des écarts énormes et souvent effrayants . . . entre le nombre de personnes dans le besoin et le nombre de celles qui bénéficient d'une aide ; entre ce que nous pourrions faire pour stopper le SIDA et ce qui se fait réellement aujourd'hui.

Le rapport fait également état d'un grand nombre de succès, dans les changements de comportement, les ripostes nationales et l'extension de l'accès à la prévention, à la prise en charge et au traitement. Il décrit des activités courageuses et efficaces



Nous devons renforcer la riposte des pays qui s'efforcent d'atteindure leurs objectifs et exiger une action plus déterminée de la part de ceux qui n'ont pas encore réagi au mieux de leurs capacités.

qui ont démontré, à maintes reprises, que le VIH peut être stoppé grâce à une action concertée et l'application de stratégies fondées sur le concret. Dans l'ensemble pourtant, malgré de remarquables réussites, la riposte au SIDA est loin d'avoir été suffisante. En 25 ans à peine, le VIH s'est implacablement propagé, à partir de quelques 'points chauds' largement dispersés, dans presque chaque pays du monde, infectant 65 millions de personnes et en tuant 25 millions.

Comme l'a noté le Secrétaire général dans son Rapport sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Cinq ans après, un quart de siècle après le début de l'épidémie, la riposte mondiale au SIDA se trouve à un tournant. Pour la toute première fois, la communauté internationale a les moyens de commencer à inverser le cours de l'épidémie. Mais le succès exigera une volonté sans précédent de la part de tous les acteurs de la riposte mondiale, afin qu'ils réalisent leur potentiel, adoptent de nouveaux moyens de collaborer et . . . poursuivent la lutte sur le long terme.

Les obstacles à la fourniture universelle de services de prévention et de traitement du VIH, dont le manque d'infrastructures, l'insuffisance des transports ou la pénurie de personnels qualifiés, sont importants et ne pourront être surmontés que par les plus grands efforts collectifs. Mais, alors que nous nous mobilisons pour le faire, nous ne devons pas oublier que la stigmatisation, la discrimination et le refus de la réalité en matière de sexualité et de consommation de drogues pourraient bien être les obstacles les plus importants à la mise en place d'une riposte efficace au SIDA. On estime que jusqu'à deux tiers des nouvelles infections à VIH attendues au cours de cette décennie pourraient être évitées par la mise en œuvre d'un ensemble complet de mesures de prévention fondées sur les faits (ONUSIDA, 2005). Pourtant, l'accès à la prévention, à la prise en charge et au traitement du VIH est constamment limité par un manque de volonté à s'attaquer à des problèmes longtemps considérés comme tabous, comme les rapports sexuels, la sexualité et la consommation de drogues. Il faut que cela change.

Le présent rapport fait apparaître d'importantes différences entre les pays, en ce qui concerne la mise en œuvre de la riposte

Le fait de ne pas parvenir à réaliser des objectifs auxquels tous les Etats Membres ont souscrit est grave et aura des conséquences à l'échelle mondiale.



telle que l'exige la Déclaration d'engagement. Alors que certains pays ont atteint les cibles et objectifs importants, nombre d'entre eux sont loin d'avoir rempli les engagements pris en 2001. Nous devons renforcer la riposte des pays qui s'efforcent d'atteindre leurs objectifs et exiger une action plus déterminée de la part de ceux qui n'ont pas encore réagi au mieux de leurs capacités.

Le fait de ne pas parvenir à réaliser des objectifs auxquels tous les Etats Membres ont souscrit est grave et aura des conséquences à l'échelle mondiale. Si nous ne renforçons pas de toute urgence la riposte au SIDA, nous n'atteindrons ni les cibles de la Déclaration d'engagement pour 2010 ni l'objectif du Millénaire pour le développement consistant à stopper la propagation du SIDA et réduire les infections à VIH d'ici à 2015. Ne pas atteindre cet objectif, c'est aussi gravement compromettre les progrès sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement, en vue de réduire la pauvreté, la faim et la mortalité infantile, puisque chacun d'entre eux est inextricablement lié à notre riposte—ou à notre absence de riposte—au SIDA. Les économies nationales et la sécurité internationale sont en danger.

Il est réellement paradoxal que, même si elle provoque 11 000 nouvelles infections et presque 8000 décès chaque jour, l'épidémie reste dans une large mesure occultée. On peut espérer que ce rapport contribuera à faire quelque peu sortir de l'ombre cette épidémie pour la porter au cœur de l'ordre du jour de la planète. En ce 21e siècle, nous vivons tous avec le VIH et nous devons tous faire partie de la riposte.

L'épidémie de SIDA dans le monde 02





Chapitre 02



L'ÉPIDÉMIE DE SIDA DANS LE MONDE

On estime qu'en 2005, 38,6 millions [33,4 millions–46,0 millions] de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. Les estimations établies font état de 4,1 millions [3,4 millions–6,2 millions] de nouveaux cas d'infection et de 2,8 millions [2,4 millions–3,3 millions] de décès imputables au SIDA.

Introduction

A l'échelon mondial, on considère généralement que le taux d'incidence du VIH (nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH par rapport au nombre de personnes non contaminées jusque–là) a atteint son point le plus élevé dans les années 1990 et s'est stabilisé par la suite, même si l'incidence continue de croître dans un certain nombre de pays. Cette tendance bienvenue est souvent liée aux changements de comportement et aux programmes de prévention. Les modifications de l'incidence liées à une augmentation de la mortalité imputable au SIDA ont fait que la *prévalence relative* du VIH (le pourcentage de personnes vivant avec le VIH) s'est stabilisée au niveau mondial (voir la Figure 2.1). Toutefois, le *nombre* de personnes vivant avec le VIH a continué d'augmenter, du fait de la croissance de la population et, plus récemment, des effets de la thérapie antirétrovirale sur le prolongement de la durée de vie. En Afrique subsaharienne également, la région où la charge de l'épidémie de SIDA est la plus élevée, les données indiquent que le taux d'incidence du VIH a atteint son point le plus élevé dans la plupart des pays. Cependant, les épidémies y sont très diverses et particulièrement sévères en Afrique australe où certaines continuent de progresser.

Les données recueillies dans le cadre de nouvelles enquêtes soulignent l'impact disproportionné du SIDA sur les femmes, en particulier en Afrique subsaharienne où, en moyenne, trois femmes sont infectées pour deux hommes. Parmi les jeunes (15–24 ans), le ratio est encore plus marqué, avec trois jeunes femmes infectées pour un jeune homme.

Parmi les nouvelles tendances significatives, il faut noter la baisse récente de la prévalence[1] dans deux pays de l'Afrique subsaharienne (le **Kenya** et le **Zimbabwe)**, dans les zones urbaines du

[1]D'autres pays ont fait état d'un recul de la prévalence parmi les jeunes femmes enceintes (15–24 ans) dans les capitales, mais à ce jour, il reste sans incidence sur la prévalence nationale dans l'ensemble de la population adulte (voir les analyses spécifiques aux pays dans le présent chapitre et se reporter en outre au chapitre intitulé).

Burkina Faso, ainsi qu'en **Haïti**, baisse accompagnée de changements de comportements—recours accru au préservatif, partenaires moins nombreux et activité sexuelle entamée plus tardivement. Dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne, la majorité des épidémies semblent se stabiliser—mais à des niveaux exceptionnellement élevés dans la plus grande partie de l'Afrique australe.

La prévalence du VIH a également baissé dans quatre Etats de l'**Inde**, y compris le Tamil Nadu où les efforts de prévention ont été accrus à la fin des années 1990. Au **Cambodge** et en **Thaïlande**, le recul régulier et continu de la prévalence du VIH se poursuit. La prévalence du VIH augmente néanmoins dans certains pays, en particulier en **Chine**, en **Indonésie**, en **Papouasie-Nouvelle-Guinée** et au **Viet Nam** et on note des signes de propagation extrêmement rapide des cas d'infection au **Bangladesh** et au **Pakistan**.

La majorité des personnes vivant avec le VIH en Asie de l'Est et en Asie centrale se trouvent dans deux pays : la **Fédération de Russie** qui connaît la plus forte épidémie de toute l'Europe et l'**Ukraine** où le nombre de nouveaux diagnostics de VIH continue de croître.

Dans le même temps, il est prouvé que des épidémies resurgissent aux **Etats-Unis d'Amérique** et dans certains pays d'Europe parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Amérique latine et en Asie, des épidémies importantes sont dissimulées au sein de ces mêmes populations.

En décembre 2005, plus de 1,3 million de personnes suivaient une thérapie antirétrovirale dans des pays à revenu faible ou

COMPRENDRE LES DERNIERES ESTIMATIONS ÉMISES AU SUJET DU VIH ET DU SIDA

Les dernières estimations émises par l'ONUSIDA et l'OMS font état de chiffres moins élevés que ceux publiés dans *Le point sur l'épidémie de SIDA–décembre 2005*, alors même que les nouvelles estimations du nombre d'adultes vivant avec le VIH (ainsi que l'estimation du nombre d'adultes récemment infectés et des décès imputables au SIDA) figurant dans ce rapport ne se limitent plus au groupe d'âge des 15–49 ans. Dans le passé, l'ONUSIDA et l'OMS limitaient les estimations à ce dernier groupe d'âge pour permettre une meilleure comparabilité entre pays, en particulier pour la prévalence du VIH. Cependant, les rapports sur la répartition par âge du VIH et du SIDA, les études communautaires et les enquêtes de population montrent clairement qu'une proportion importante des personnes vivant avec le VIH sont âgées de 50 ans et plus. En conséquence, l'ONUSIDA et l'OMS présentent désormais leurs estimations du nombre d'adultes vivant avec le VIH, du nombre de nouvelles infections et de décès imputables au SIDA comme portant sur "tous les adultes âgés de 15 ans et plus". Nous continuons également à fournir des estimations de la prévalence du VIH parmi les "adultes âgés de 15 à 49 ans" pour permettre la comparaison entre pays. L'analyse de la différence entre l'ensemble des adultes et les adultes âgés de 15 à 49 ans fait apparaître qu'environ 2,8 millions d'adultes âgés de 50 ans et plus vivaient avec le VIH en 2005. L'ONUSIDA et l'OMS établissent également des estimations de tendances de la prévalence de l'infection parmi les enfants âgés de "moins de 15 ans".

02

ESTIMATIONS DES TENDANCES DE LA PRÉVALENCE DU VIH ET DU SIDA

Comment explique-t-on que les estimations émises dans le présent rapport pour l'année 2005 soient inférieures à d'autres, précédemment formulées ?

Les estimations actuelles de l'ONUSIDA et de l'OMS montrent une révision à la baisse par rapport à celles publiées dans *Le point sur l'épidémie de SIDA–décembre 2005*. Cette baisse s'explique en partie par une diminution réelle de la prévalence du VIH dans plusieurs pays, comme on l'a vu par ailleurs dans le présent rapport. Mais la plupart des différences entre les estimations émises en décembre 2005 et celles que présente ce rapport sont dues à des révisions établies sur la base de nouvelles données rendues accessibles.

On utilise différentes sources de données pour effectuer les estimations de la prévalence du VIH s'agissant d'épidémies *généralisées* (prévalence adulte dépassant 1 % parmi l'ensemble de la population et transmission essentiellement hétérosexuelle) et d'épidémies *concentrées* (faible taux – lorsque l'infection à VIH se concentre principalement dans des groupes ayant des comportements qui les exposent à un risque élevé d'infection). Dans les pays qui présentent des épidémies généralisées, les estimations de la prévalence du VIH se fondent surtout sur la surveillance des femmes enceintes reçues dans les services de soins prénatals. En l'absence d'enquêtes de population comprenant un test des anticorps du VIH, la prévalence parmi les femmes enceintes reçues dans les services de soins prénatals fournit un chiffre approximatif relativement fiable de la prévalence dans l'ensemble de la population. S'agissant de pays présentant des épidémies concentrées ou de faible ampleur, les estimations relatives au VIH se fondent sur des études réalisées auprès de populations-cibles particulièrement exposées au risque de contamination par le VIH—par exemple les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Le nombre croissant d'enquêtes de prévalence conduites auprès des populations d'Afrique subsaharienne, l'existence de données de surveillance nouvelles et améliorées au niveau mondial et celle de meilleures analyses nationales montrent que dans plusieurs pays, la prévalence est inférieure à ce qui avait été initialement estimé. Depuis l'an 2000, des enquêtes nationales de population ont été conduites dans 20 pays, dont 19 en Afrique subsaharienne comptant parmi les plus peuplés de cette région (par exemple l'Afrique du Sud et l'Ethiopie). Dans les pays où de telles enquêtes ont été conduites, les résultats obtenus ont été intégrés dans notre analyse pour aboutir aux estimations présentées dans ce rapport.

Pour les pays qui disposent d'une récente enquête nationale, la Figure 2.1 (présentée plus avant) indique la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals, les taux de prévalence obtenus dans le cadre des enquêtes nationales menées directement auprès des foyers, ainsi que les estimations publiées dans le *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004* et dans le *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006*. Les chiffres fournis montrent clairement qu'à l'exception de l'Ouganda, ces nouvelles enquêtes nationales ont constamment indiqué une prévalence du VIH inférieure aux estimations calculées sur la base des données recueillies au sein des services de soins prénatals.

L'information et les indices glanés dans ces enquêtes, en particulier le fait que la prévalence du VIH en zones urbaines est en moyenne 1,7 fois supérieure à celle des zones rurales, ont été pris en compte dans les nouvelles estimations concernant plusieurs autres pays très peuplés (comme le **Nigéria**, la **République centrafricaine** et la **République démocratique du Congo**). Une série d'articles à paraître dans *Sexually transmitted Infections* (2006, sous presse) décrit plus en détail la méthode utilisée pour mettre au point les estimations actuelles.

Parallèlement à l'apport de nouvelles données issues des enquêtes nationales de population, il faut noter une amélioration au cours du temps pour plusieurs pays en ce qui concerne la qualité et la couverture de la surveillance sentinelle. Dans plusieurs pays également, la surveillance s'est récemment étendue aux zones rurales où l'on sait que la prévalence est moindre. Cela s'est traduit par des estimations plus faibles de la prévalence globale du VIH dans certains pays comme le **Burkina Faso**, l'**Ethiopie** et le **Lesotho**.

Les estimations concernant d'autres pays que ceux situés en Afrique subsaharienne ont également fait l'objet d'une révision. Il faut noter le cas de la **Chine** où un processus mené sur plusieurs mois en 2005 dans toutes les provinces du pays a permis une meilleure analyse de l'épidémie et a abouti à une estimation plus fiable, quoique moins élevée, du nombre de personnes vivant avec le VIH.

Entre mars 2005 et avril 2006, l'ONUSIDA et l'OMS ont conduit 12 ateliers régionaux de formation à l'utilisation des outils spécifiques et à la méthode de production des estimations pour le présent rapport. Ces ateliers ont formé des responsables originaires de 150 pays. L'ONUSIDA et l'OMS ont en outre participé à 10 réunions nationales dont l'objectif consistait à parvenir à un consensus national en matière d'estimations du VIH.

FIGURE 2.1 **Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte (15–49 ans) des pays de l'Afrique subsaharienne ayant conduit des enquêtes de population au cours des dernières années**

Pays	Prévalence médiane du VIH (%) parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals 2003–2004*	Prévalence basée sur une enquête de population (%) (année)	Prévalence du VIH (%) pour l'année 2003 présentée dans le Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004	Prévalence du VIH en 2003 ajustée (%) dans le présent rapport	Prévalence du VIH (%) en 2005 fournie dans le présent rapport	Tendances de la prévalence
Botswana	38,5	25,2 (2004)	38,0	24,0	24,1	Stable
Burkina Faso	2,5	1,8 (2003)	4,2	2,1	2,0	Recul en zones urbaines
Burundi	4,8	3,6 (2002)	6,0	3,3	3,3	Recul dans la capitale
Cameroun	7,3†	5,5 (2004)	7,0	5,5	5,4	Stable

suite à la page suivante

02

suite de la page précédente

FIGURE 2.1 **Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte (15–49 ans) des pays de l'Afrique subsaharienne ayant conduit des enquêtes de population au cours des dernières années**

Pays	Prévalence médiane du VIH (%) parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals 2003–2004*	Prévalence basée sur une enquête de population (%) (année)	Prévalence du VIH (%) pour l'année 2003 présentée dans le Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004	Prévalence du VIH en 2003 ajustée (%) dans le présent rapport	Prévalence du VIH (%) en 2005 fournie dans le présent rapport	Tendances de la prévalence
Ethiopie	8,5	1,6 (2005)	4,4	(1,0–3,5)	(0,9–3,5)	Recul en zones urbaines
Ghana	3,1	2,2 (2003)	3,1	2,3	2,3	Stable
Guinée	4,2	1,5 (2005)	2,8	1,6	1,5	Stable
Lesotho	28,4	23,5 (2004)	29,3	23,7	23,2	Stable
Rwanda	4,6	3,0 (2005)	5,1	3,8	3,1	Recul en zones urbaines
Sénégal	1,9	0,7 (2005)	0,8	0,9	0,9	Stable
Sierra Leone	3,0	1,5 (2005)	-	1,6	1,6	Stable
Afrique du Sud	29,5	16,2 (2005)	20,9	18,6	18,8	Croissante
RU Tanzanie	7,0	7,0 (2004)	9,0	6,6	6,5	Stable
Ouganda	6,2‡	7,1 (2004–5)	4,1	6,8	6,7	Stable

**OMS Bureau régional pour l'Afrique. Rapport de Surveillance épidémiologique VIH/SIDA pour la Région africaine de l'OMS. Mise à jour 2005. Harare 2005
†Estimation d'après le Rapport national pour 2002 (Ministère de la Santé publique. Rapport national de surveillance esntinelle pour le VIH en 2002. Juin 2003, MSP, Cameroun.)
‡Estimation d'après le Rapport national pour 2002 (Ministère de la Santé. Rapport de Surveillance MST/VIH/SIDA. Programme de Lutte MST/SIDA. 2003 Kampala, Ouganda.)

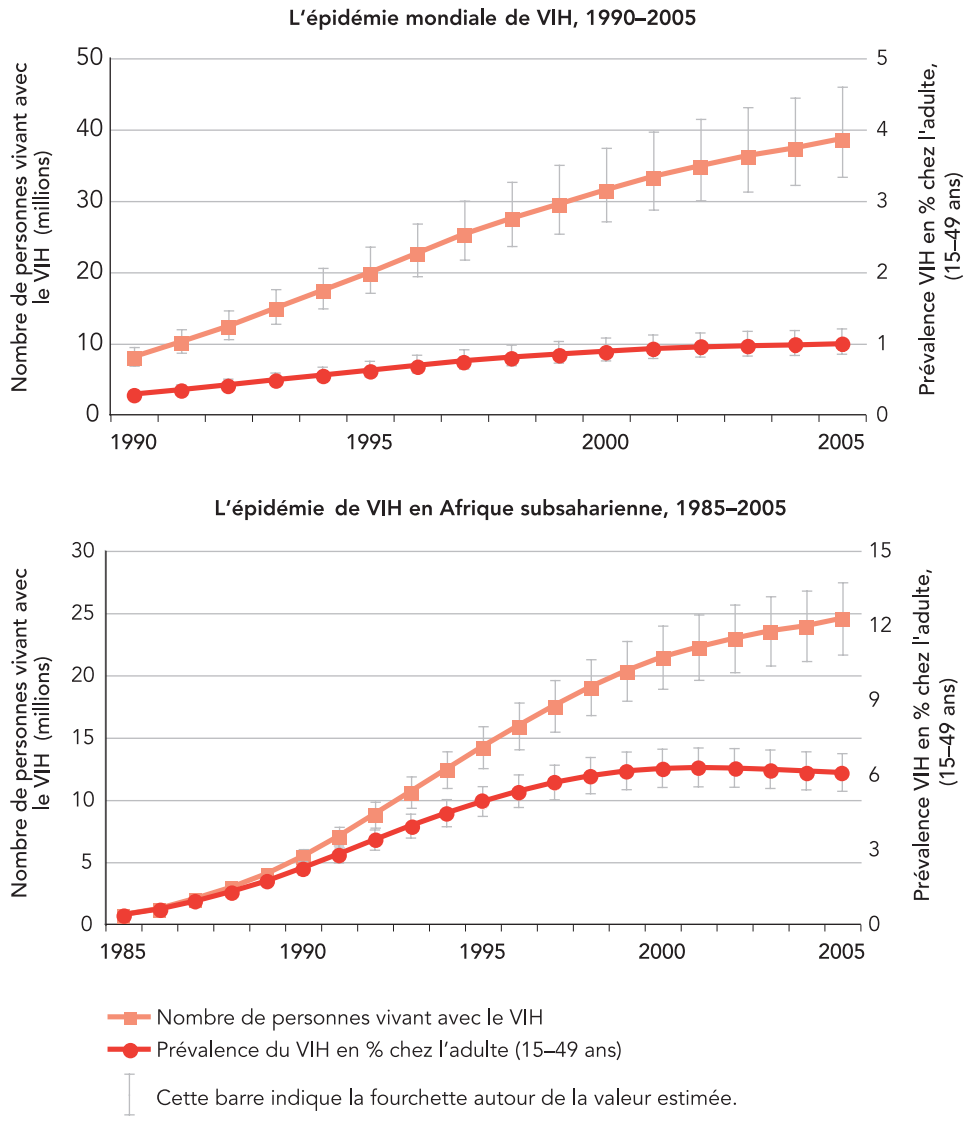
intermédiaire, alors que leur nombre avoisinait 400 000 deux ans auparavant. En Afrique subsaharienne, le nombre de personnes traitées par antirétroviraux a été multiplié par huit entre 2003 et 2005, passant de 100 000 à 810 000, et a plus que doublé au cours de l'année 2005. Cette augmentation s'explique principalement par l'accès au traitement élargi dans quelques pays (en particulier en **Afrique du Sud**, au **Botswana**, en **Ouganda** et en **Zambie).** Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral a presque triplé en Asie, atteignant 180 000 personnes en 2005.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus affectée au monde. Dans l'ensemble de la région, les taux de nouveaux cas d'infection ont atteint leur point culminant à la fin des années 1990 et quelques épidémies ont récemment régressé, en particulier au **Kenya**, au **Zimbabwe** et dans les zones urbaines du **Burkina Faso**[2]. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH dans la région paraît s'être stabilisée, quoique à des niveaux très élevés en Afrique australe. Une telle 'stabilisation' apparente de l'épidémie reflète des situations dans lesquelles le nombre de

[2]Les estimations de la prévalence du VIH établies par l'ONUSIDA donnent le pourcentage d'hommes et de femmes adultes (15–49 ans) vivant avec le VIH au niveau du pays. Ces estimations intègrent diverses données sur le VIH y compris les données rassemblées dans le cadre d'enquêtes conduites directement dans les foyers et auprès des services de soins prénatals. Ces dernières reflètent par contre uniquement la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes reçues dans des services de soins prénatals publics. La comparaison des deux montre que les estimations VIH portées à partir des services de soins prénatals tendent à fournir des chiffres plus élevés que celles qui sont portées à partir des enquêtes VIH dans les foyers.

FIGURE 2.2 Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et de la prévalence de l'infection (%) parmi la population adulte dans le monde et en Afrique subsaharienne, 1985–2005[3]



[3]Bien que les taux de prévalence en Afrique subsaharienne se soient stabilisés, le nombre réel de personnes infectées continue de progresser du fait de la croissance de la population. Appliquer le même taux de prévalence à une population croissante ne peut donner qu'un nombre croissant de personnes vivant avec le VIH.

nouveaux cas d'infection à VIH est approximativement égal à celui des personnes mourant de maladies associées au SIDA.

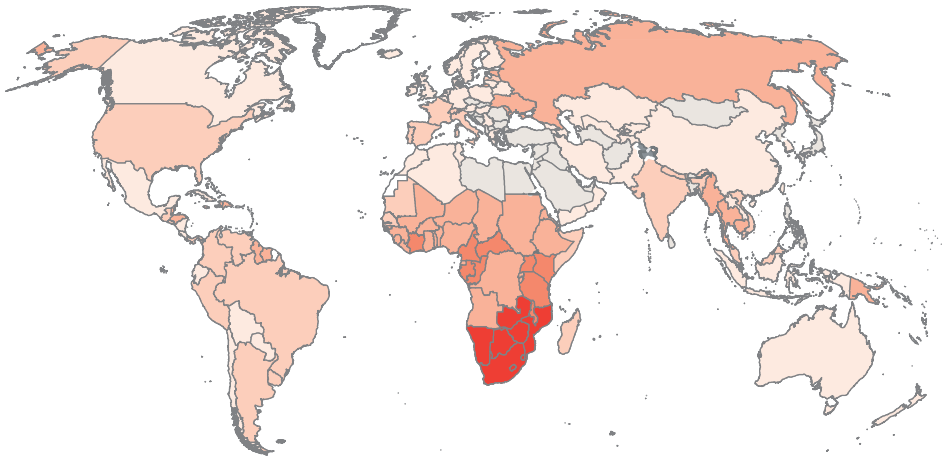
Un peu plus du dixième de la population mondiale vit en Afrique subsaharienne, où se trouvent presque 64 % de toutes les personnes vivant avec le VIH—soit 24,5 millions de personnes [21,6 millions–27,4 millions]. Deux millions d'entre elles [1,5 million–3,0 millions] sont des enfants âgés de moins de 15 ans. Ainsi, sur dix enfants âgés de moins de

02

FIGURE 2.3 Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA en 2003 et en 2005

Pays	Nombre d'adultes et d'enfants (âgés de 15 ans et plus) vivant avec le VIH	Nombre d'adultes et d'enfants (âgés de 15 ans et plus) récemment infectés par le VIH	Prévalence (%) parmi la population adulte (entre 15 et 49 ans)	Nombre de décès d'adultes et d'enfants (âgés de 15 ans et plus) imputables au SIDA
Afrique subsaharienne				
2005	24,5 millions	2,7 millions	6.1	2,0 million
	[21,6–27,4 millions]	[2,3–3,1 millions]	[5,4–n6,8]	[1,7–2,3 millions]
2003	23,5 millions	2,6 millions	6.2	1,9 million
	[20,8–26,3 millions]	[2,3–3,0 millions]	[5,5–7,0]	[1,7–2,3 millions]
Moyen-Orient et Afrique du Nord				
2005	440 000	64 000	0.2	37 000
	[250 000–720 000]	[38 000–210 000]	[0,1–0,4]	[20 000–62 000]
2003	380 000	54 000	0.2	34 000
	[220 000–620 000]	[31 000–150 000]	[0,1–0,3]	[18 000–57 000]
Asie				
2005	8,3 millions	930 000	0.4	600 000
	[5,7–12,5 millions]	[620 000–2,4 millions]	[0,3–0,6]	[400 000–850 000]
2003	7,6 millions	860 000	0.4	500 000
	[5,2–11,3 millions]	[560 000–2,3 millions]	[0,2–0,6]	[340 000–710 000]
Océanie				
2005	78 000	7200	0.3	3400
	[48 000–170 000]	[3500–55 000]	[0,2–0,8]	[1900–5500]
2003	66 000	9000	0.3	2300
	[41 000–140 000]	[4300–69 000]	[0,2–0,7]	[1300–3600]
Amérique latine				
2005	1,6 million	140 000	0.5	59 000
	[1,2–2,4 millions]	[100 000–420 000]	[0,4–1,2]	[47 000–76 000]
2003	1,4 million	130 000	0.5	51 000
	[1,1–2,0 millions]	[95 000–310 000]	[0,4–0,7]	[40 000–67 000]
Caraïbes				
2005	330 000	37 000	1.6	27 000
	[240 000–420 000]	[26 000–54 000]	[1,1–2,2]	[19 000–36 000]
2003	310 000	34 000	1.5	28 000
	[230 000–400 000]	[24 000–47 000]	[1,1–2,0]	[19 000–38 000]
Europe orientale et Asie centrale				
2005	1,5 million	220 000	0.8	53 000
	[1,0–2,3 millions]	[150 000–650 000]	[0,6–1,4]	[36 000–75 000]
2003	1,1 million	160 000	0.6	28 000
	[790 000–1,7 million]	[110 000–440 000]	[0,4–1,0]	[19 000–39 000]
Amérique du Nord, Europe occidentale et Europe centrale				
2005	2,0 millions	65 000	0.5	30 000
	[1,4–2,9 millions]	[52 000–98 000]	[0,4–0,7]	[24 000–45 000]
2003	1,8 million	65 000	0.5	30 000
	[1,3–2,7 millions]	[52 000–98 000]	[0,3–0,6]	[24 000–45 000]
TOTAL				
2005	38,6 millions	4,1 millions	1	2,8 millions
	[33,4–46,0 millions]	[3,4–6,2 millions]	[0,9–1,2]	[2,4–3,3 millions]
2003	36,2 millions	3,9 millions	1	2,6 millions
	[31,4–42,9 millions]	[3,3–5,8 millions]	[0,8–1,2]	[2,2–3,1 millions]

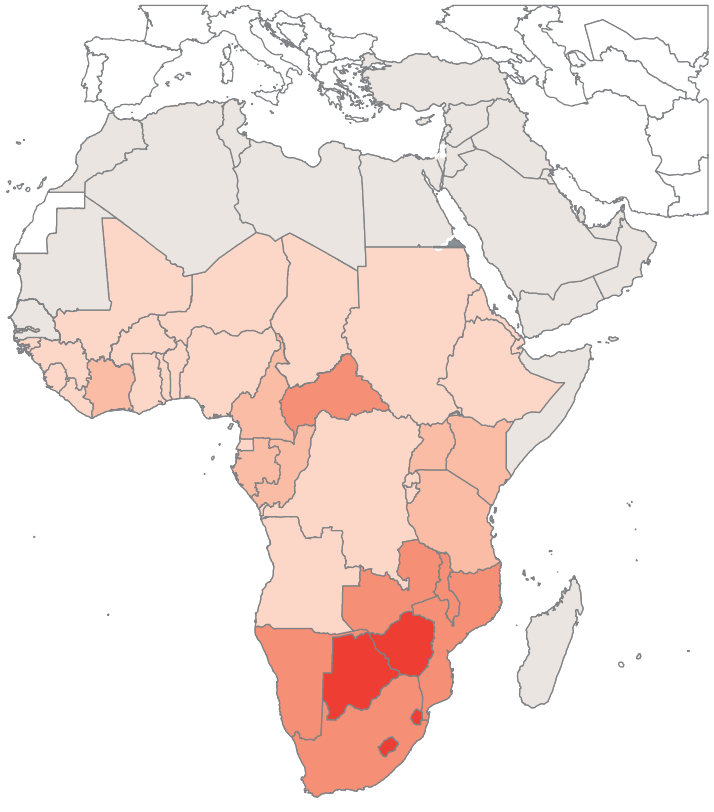
FIGURE 2.4 **Répartition mondiale de l'infection à VIH**
38,6 millions de personnes [33,4 millions–46,0 millions] vivant avec le VIH, 2005



Taux de prévalence (%) parmi la population adulte

- 15,0 %–34,0 %
- 5,0 %–<15,0 %
- 1,0 %–<5,0 %
- 0,5 %–<1,0 %
- 0,1 %–<0,5 %
- <0,1 %

FIGURE 2.5 **Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte de l'Afrique, 2005**



Taux de prévalence (%) parmi la population adulte

- 20,0 %–34,0 %
- 10,0 %–<20,0 %
- 5,0 %–<10,0 %
- 1,0 %–<5,0 %
- <1,0 %

15 ans qui vivent avec le VIH, neuf vivent en Afrique subsaharienne. On estime à 2,7 millions [2,3 millions–3,1 millions] le nombre de personnes récemment infectées dans la région et à 2,0 millions [1,7 million–2,3 millions] celui des adultes et des enfants décédés après avoir contracté le SIDA. En 2005, on dénombrait près de 12 millions [10,6 millions–13,5 millions] d'enfants rendus orphelins du fait du SIDA en Afrique subsaharienne.

Dans le monde, trois quarts de l'ensemble des femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne. Dans la majeure partie de la région, les femmes sont bien plus affectées que les hommes par le SIDA—ce qui reflète l'inégalité entre hommes et femmes quant au statut social et socio-économique. Les femmes comptent pour près de 13,2 millions [11,4 millions–15,1 millions] – ou 59 % – d'adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne.

On estime à 930 000 le nombre d'adultes et d'enfants décédés après avoir contracté le SIDA en Afrique australe au cours de l'année 2005—soit un tiers du total mondial des décès imputables au SIDA. L'accès au traitement antirétroviral a été multiplié par plus de huit depuis la fin de l'année 2003, avec 810 000 personnes sous traitement en décembre 2005. Près d'un sixième (17 %) des 4,7 millions de personnes qui requièrent un tel traitement dans la région le reçoivent désormais. Les progrès sont cependant inégaux : la couverture atteint ou dépasse 50 % dans trois pays uniquement (le **Botswana**, la **Namibie** et l'**Ouganda**) et elle reste inférieure à 20 % dans la plupart des autres pays. L'Afrique du Sud regroupe un quart de toutes les personnes recevant un traitement antirétroviral dans toute l'Afrique subsaharienne (OMS/ONUSIDA, 2006).

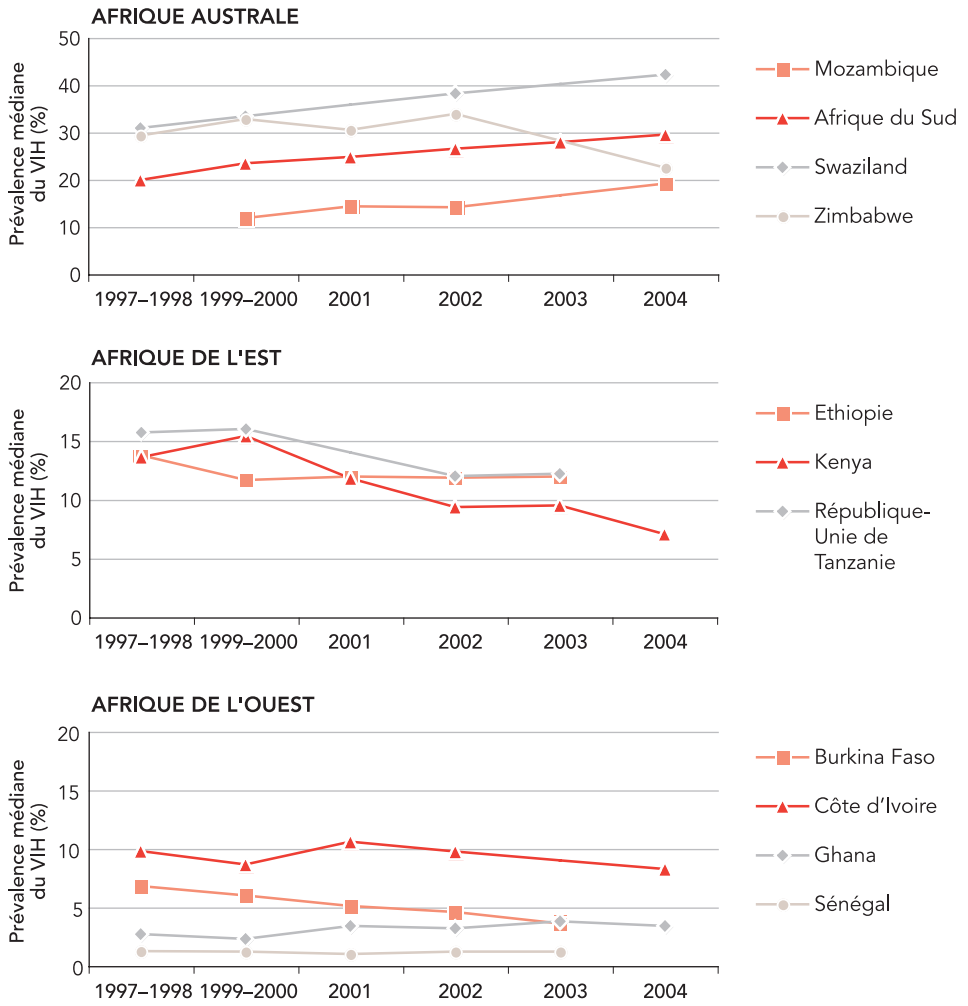
Cela nous rappelle qu'il n'y a pas "une" épidémie africaine et que la prévalence du VIH varie de façon significative entre pays et sous-régions. Des tendances générales de la prévalence du VIH ne doivent pas cacher la grande diversité des épidémies à l'œuvre dans la région.

L'Afrique australe reste l'épicentre mondial de l'épidémie. Près du tiers des personnes infectées par le VIH vit dans cette sous-région. Près de 43 % (860 000 [560 000–1,4 million]) de tous les enfants âgés de moins de 15 ans et 52 % des femmes âgées de plus de 15 ans (6,8 millions [5,9 millions–7,7 millions]) qui dans le monde vivent avec le VIH se trouvent également en Afrique australe.

Abstraction faite de l'**Angola**, les niveaux nationaux d'infection à VIH sont exceptionnellement élevés et ne montrent aucun signe de régression. (S'agissant de l'**Angola**, l'isolement et l'inaccessibilité de la population provoqués par les conflits armés qu'a jusque-là traversé le pays ont peut-être servi de frein à la propagation du virus.) Au **Zimbabwe** cependant, les données issues de la surveillance sentinelle et les résultats des enquêtes menées à l'échelon national et auprès des communautés locales indiquent un recul de la tendance de la prévalence du VIH : la prévalence nationale du VIH parmi les adultes est estimée à 20,1 % [13,3 %–27,6 %], alors qu'elle était de 22,1 % [14,6 %–30,4 %] en 2003. La prévalence nationale du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals est passée de 32 % en 2000 à 24 % en 2004 (taux toujours très élevé), tandis qu'à Harare elle passait de 35 % en 1999 à 21 % en 2004 (Mahomva et al., 2006 ; Hargrove et al., 2006 ; Mugurungi et al. , 2005). Dans la province orientale du Manicaland, la préva-

lence du VIH parmi les jeunes femmes (15–24 ans) dans l'ensemble de la population a diminué de moitié–passant de 16 % en 1998 à 8 % en 2003 (Gregson et al., 2006). La même étude montre qu'hommes et femmes retardent le début de leur activité sexuelle et évitent les rapports sexuels occasionnels. Il apparaît qu'à l'échelle nationale, il y a eu une augmentation significative de l'emploi du préservatif depuis le début des années 1990. Ce changement de comportement doit probablement être lié à la fois à une prise de conscience au sujet du SIDA, à une infrastructure sanitaire relativement étendue et à une peur croissante de mourir après avoir contracté le SIDA. On note cependant qu'une part importante

FIGURE 2.6 Prévalence du VIH chez les femmes enceintes reçues dans des services de soins prénatals, en Afrique subsaharienne, 1997/98–2004



Note : Analyse limitée à des sites de surveillance cohérents pour tous les pays, excepté pour l'Afrique du Sud (provinces) et pour le Swaziland (régions).

Sources : Ministère de la Santé (Mozambique); Département de la Santé (Afrique du Sud); Ministère de la Santé et des Affaires sociales (Swaziland); Ministère de la Santé et du Bien Etre de l'Enfant (Zimbabwe) ; Adapté de Asamoah-Odei, et al. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. Lancet, 2004 (Ethiopie); Ministère de la Santé—Programme national de Lutte SIDA/MST(Kenya) ; Ministère de la Santé (République-Unie de Tanzanie) ; Conseil national de lutte contre le sida et les IST (Burkina Faso) ; Centres de Lutte et de Prévention des Maladies (CDC)—GAP—Côte d'Ivoire (Côte d'Ivoire); Services de Santé du Ghana (Ghana); Conseil National de Lutte Contre le SIDA (Sénégal).

de la baisse de prévalence du VIH est mise au compte des taux élevés de mortalité. Avec 1,7 million [1,1 million–2,2 millions] de personnes vivant avec le VIH, le Zimbabwe doit soutenir la tendance à la baisse de la prévalence du VIH et multiplier très nettement le nombre de traitements par antirétroviraux s'il veut peu à peu amener son épidémie sous contrôle. En 2005, on estimait à 320 000 le nombre de personnes à qui un traitement antirétroviral aurait dû être administré, alors que seules 23 000 d'entre elles en bénéficiaient effectivement (OMS/ONUSIDA, 2006).

L'épidémie de SIDA en **Afrique du Sud**—l'une des plus graves du monde—ne montre aucun signe de régression. D'après les données du système étendu de surveillance appliqué dans les services de soins prénatals ainsi que d'après les enquêtes nationales avec dépistage du VIH et les données sur la mortalité émises par les services d'état civil, on estime qu'en 2005, 5,5 millions [4,9 millions–6,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH, avec un pourcentage d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) atteignant 18,8 %[16,8 %–20 ,7 %].[4] En 2004, près d'une femme enceinte sur trois fréquentant des services de soins prénatals était séropositive, et les tendances établies dans le temps indiquent une progression de la prévalence du VIH (Ministère de la Santé de l'Afrique du Sud, 2005). Les tests de dépistage du VIH pratiqués lors d'enquêtes conduites auprès de ménages en 2003 et en 2005 ont montré une diminution de la prévalence, mais les résultats en ont été biaisés du fait d'un taux important de non-réponse (supérieur à 40 %). En 2005, l'enquête nationale sur le VIH menée dans les foyers a révélé un taux de prévalence élevé de l'infection parmi les jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), à peu près identique au taux observé en 2003 lors d'une étude nationale sur les jeunes, ce qui montre que l'épidémie n'est pas en perte de vitesse (Shisana et al. 2005 ; Unité de recherches sur la Santé reproductive et Conseil de la Recherche médicale, 2004). L'enquête conduite en 2005 a également montré un taux élevé d'infection parmi les hommes âgés de 50 ans et plus : 14 % entre 50 et 54 ans et 8 % de 55 à 59 ans. Un aspect positif de ces résultats est que, parmi les personnes âgées de 15 ans et plus interrogées, une sur trois a indiqué avoir été testée et que d'autre part, la stigmatisation semble s'atténuer—même si une personne sur trois admet qu'elle serait encline à dissimuler la séropositivité d'un membre de sa famille, le cas échéant (Shisana et al., 2005).

Si les efforts de prévention n'ont pas fait d'avancées notables en **Afrique du Sud**, des progrès significatifs ont été réalisés en matière de traitement. Avec approximativement 190 000 personnes sous traitement antirétroviral à la fin de l'année 2005, le pays compte pour une grande part dans l'augmentation du nombre de personnes traitées en Afrique subsaharienne au cours de cette décennie (OMS/ONUSIDA, 2006). Néanmoins, ces chiffres indiquent également que 20 % seulement des personnes nécessitant un traitement antirétroviral–soit près d'un million en Afrique du Sud–en bénéficiaient en 2005 (OMS/ONUSIDA, 2005).

On n'observe aucun signe de recul de la prévalence du VIH ailleurs en Afrique australe, et les niveaux d'infection restent exceptionnellement élevés au **Botswana**,

[4]Les estimations de la prévalence du VIH établies par l'ONUSIDA donnent le pourcentage d'hommes et de femmes adultes (15–49 ans) vivant avec le VIH au niveau du pays. Ces estimations intègrent diverses données sur le VIH y compris les données rassemblées dans le cadre d'enquêtes conduites directement dans les foyers et auprès des services de soins prénatals. Ces dernières reflètent par contre uniquement la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes reçues dans des services de soins prénatals publics. La comparaison des deux montre que les estimations fournies par les services de soins prénatals tendent à fournir des chiffres plus élevés que ceux établis lors d'enquêtes conduites dans les foyers.

en **Namibie** et au **Swaziland**. Au **Swaziland**, la prévalence du VIH parmi la population adulte est estimée à 33,4 % [21,2 %–45,3 %]. Parmi les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals, elle est passée de 4 % en 1992 à 43 % en 2004 (Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Swaziland, 2005). Bien que de nombreuses jeunes femmes indiquent avoir différé leur activité sexuelle, dès qu'elles ont des rapports non protégés, elles encourent un risque impressionnant de contamination. Les agressions sexuelles semblent très fréquentes : lors d'une étude réalisée auprès d'élèves de lycée, près d'une fille sur cinq sexuellement actives signalait avoir connu sa première expérience sexuelle sous la contrainte (Buseh, 2004).

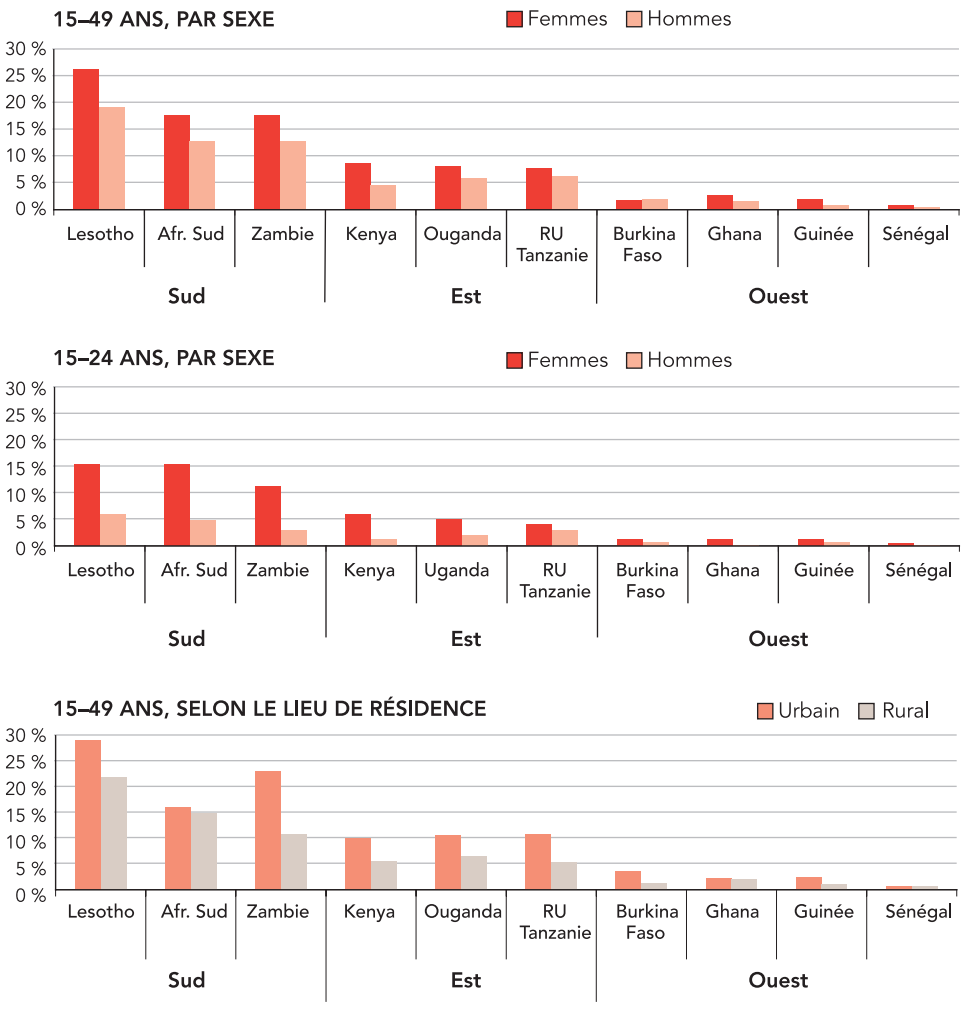
Au **Botswana**, l'épidémie est également aiguë, avec une prévalence nationale parmi la population adulte estimée à 24,1 % [23,0 %–32 %] en 2005. S'agissant des femmes enceintes qui fréquentent les services de soins prénatals, le taux de prévalence établi pour l'année 2004 s'élevait à 34 % dans leur ensemble, et il atteignait 50 % parmi celles âgées de 30 à 34 ans. Depuis 2001, la prévalence enregistrée parmi les femmes enceintes s'est maintenue entre 34 % et 37 % (Agence nationale de Coordination SIDA du Botswana, 2003 et 2005). Selon une enquête conduite récemment auprès des ménages, les connaissances relatives au VIH ne progressent guère ; seul un participant sur dix connaissait trois façons de se protéger contre la transmission sexuelle du virus (Agence nationale de Coordination SIDA du Botswana, 2005).
L'épidémie semble être relativement stable au **Lesotho**, mais à de très hauts niveaux, avec une prévalence nationale du VIH parmi la population adulte estimée à 23,2 % [21,9 %–24,7 %]. En 2004, un taux élevé atteignant 27 % a été observé parmi les patientes des services de soins prénatals, et plus d'un tiers [36 %–38 %] des femmes enceintes âgées de 25 à 34 ans se sont révélées séropositives au VIH. Dans les zones urbaines, la prévalence établie parmi les femmes enceintes continue de progresser (Ministère de la Santé du Lesotho, 2005a). Il est préoccupant de constater que les connaissances relatives à l'épidémie font toujours défaut parmi les jeunes gens : en 2004, seules 26 % des jeunes femmes et 18 % des jeunes hommes âgés de 14 à 24 ans interrogés dans le cadre d'une enquête manifestaient de réelles connaissances en matière de SIDA (Ministère de la Santé et des Affaires sociales, 2005).

Dans certaines régions d'une **Namibie** à faible densité de population, l'épidémie est aussi virulente que dans plusieurs des pays voisins, avec une prévalence du VIH parmi les adultes au niveau national estimée à 19,6 % [8,6 %–31,7 %]. Parmi les femmes reçues dans les services de soins prénatals, la prévalence du VIH dépasse 42 % à Katima Mulilo (dans la bande de Caprivi aux frontières de l'Angola, du Botswana et de la Namibie) et oscille entre 22 % et 28 % dans les villes portuaires de Luderitz, de Swakopmund et de Walvis Bay (Ministère de la Santé et des Affaires sociales de Namibie, 2004). Plus au nord, l'**Angola** reste une anomalie, avec une prévalence inférieure à celle de tous les autres pays de la sous-région. En 2005, on estimait à 3,7 % [2,3 %–5,3 %] le nombre d'adultes infectés. Bien que le système de surveillance du VIH se soit grandement amélioré ces dernières années, il reste difficile de dégager nettement l'évolution de l'épidémie (Ministère de la Santé de l'Angola, 2004). Là où des données comparables existent—par exemple pour la capitale, Luanda—la prévalence est passée de 0,3 % en 1986 à 4,4 % en 2004.

02

Sur la côte orientale, une épidémie dynamique sévit au Mozambique où la prévalence nationale parmi la population adulte est estimée à 16 % [12,5 %–20,0 %]. La propagation du VIH est particulièrement rapide dans les provinces qui bordent les principales voies d'accès vers l'**Afrique du Sud,** le **Malawi** et le **Zimbabwe**. Des niveaux d'infection élevés sont observés dans les provinces de Gaza (d'où sont originaires un grand nombre de migrants travaillant en Afrique du Sud) et de Sofala (que traverse la route principale des exportations du Zimbabwe) (Ministre de la Santé du Mozambique, 2005). Au **Malawi** voisin, on estime le taux de prévalence nationale du VIH parmi la population adulte à 14,1 % [6,9 %–21,4 %). La prévalence du VIH enregistrée parmi les patientes des services de soins prénatals fournit des indications sur la tendance à long terme, est s'est maintenue à un taux relativement stable autour de 20 %. La plupart des infections sont concen-

FIGURE 2.7 Prévalence du VIH (%) par sexe et selon le lieu de résidence (urbain/rural) dans un certain nombre de pays sélectionnés d'Afrique subsaharienne, 2001–2005



Sources : Rapports des enquêtes démographiques et sanitaires (Burkina Faso, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Sénégal, Zambie) (2001–2005). Fondation Nelson Mandela (Afrique du Sud) (2005). Ministère de la Santé de l'Ouganda, 2005. Commission SIDA de Tanzanie (République-Unie de Tanzanie) (2005).



Au Burundi les taux d'infection ont diminué parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (passant de 13 % en 2000 à 9 % en 2004) à Bujumbura et dans la plupart des zones urbaines.

trées dans l'extrémité sud du pays où, dans certains sites, on a noté des pourcentages atteignant 33 % parmi les femmes enceintes (Ministère de la Santé et de la Population du Malawi, 2003). En **Zambie,** l'épidémie ne semble pas davantage régresser, avec une prévalence nationale parmi la population adulte estimée à 17 % [15,9 %–18,1 %]. Il importe de signaler de larges variations géographiques, avec des taux d'infection parmi les femmes enceintes oscillant entre moins de 10 % en certains endroits (par exemple à Kasaba, Macha et Mukinge) et 30 % ailleurs (comme à Livingstone et Matero). Les villes et les centres urbains qui présentent les taux de prévalence les plus élevés sont regroupés le long des principales voies routières. Il s'agit notamment de Kabwe, de Livingstone et de Ndola (Conseil national VIH/SIDA de Zambie, 2005).

La situation est tout à fait différente dans les pays insulaires de l'Afrique australe. La prévalence nationale parmi la population adulte de **Madagascar** se maintient à un taux estimé de 0,5 % [0,2 %–1,2 %], mais le faible niveau de connaissances en matière de VIH et la multiplication des comportements à risque pourraient modifier le tableau. Moins d'une personne sur cinq parmi les jeunes Malgaches était à même de nommer deux méthodes pour se protéger de la transmission sexuelle du VIH lors d'une enquête menée en 2003–2004, et seul un jeune homme sur dix et une jeune femme sur vingt (âgés de 15 à 24 ans), déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport avec un partenaire occasionnel (Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget, 2005). Par ailleurs, le niveau élevé de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (pour lesquels on estime que les taux de prévalence oscillent entre 10 % et 20 %) et les niveaux relativement élevés (3 %–7 %) parmi les professionnelles du sexe à **Maurice** indiquent qu'une propagation extrêmement rapide des cas d'infection est envisageable dans ces îles.

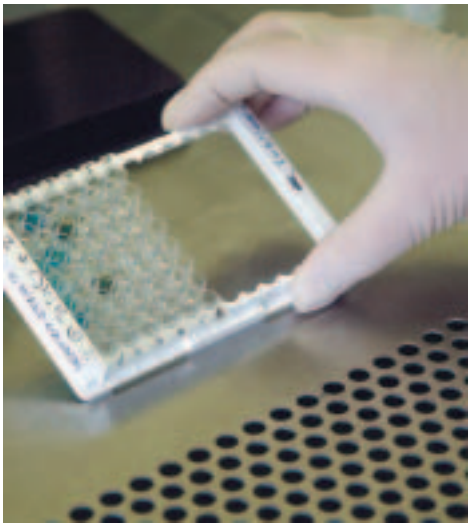
Dans les pays d'Afrique de l'Est, la prévalence a régressé ou s'est maintenue au cours des dernières années. Ici aussi les femmes, spécialement dans leurs jeunes années, sont exposées à un risque d'infection bien plus élevé que ne le sont les hommes. Les épidémies varient, la prévalence chez les femmes enceintes oscillant entre 2 % en **Erythrée** et 7 % et plus au **Kenya,** en **Ouganda** et en **Tanzanie**

(Ministère de la Santé de l'**Erythrée**, 2006 ; Ministère de la Santé du Kenya et al. 2003; Ministère ougandais de la Santé, 2005 ; Commission nationale SIDA de Tanzanie, 2005).

Si les épidémies semblent s'être stabilisées au **Burundi** et en **Ouganda**, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a diminué au **Kenya**, en particulier dans les zones urbaines (Cheluget et al., 2006 ; OMS, 2005a ; Baltazar, 2005). En conséquence, on estime que la prévalence nationale dans la population adulte est passée de 10 % à la fin des années 1990 à près de 7 % en 2003 (Ministère de la Santé du Kenya, 2005). Diverses études sur les comportements montrent que le pourcentage d'adultes ayant plus d'un(e) partenaire va diminuant, que davantage de femmes diffèrent leur premier rapport et que le recours au préservatif est en hausse. Une mortalité accrue et la saturation de l'infection parmi les groupes à risque semblent intégrer les facteurs associés à cette baisse de la prévalence (Cheluget et al., 2006). Mais on observe également des tendances inquiétantes. On note des taux de prévalence très élevés parmi les femmes enceintes qui fréquentent les services de soins prénatals (notamment à Busia et à Chulaimbo, à l'ouest et à Suba, sur la côte), lesquelles présentent des taux de prévalence oscillent entre 14 % et 30 % (Baltazar, 2005). On observe en outre que la consommation de drogues injectables constitue un facteur de propagation de l'épidémie dans certains centres urbains et grandes villes—y compris à Nairobi, où la pratique de tests de dépistage du VIH a permis d'établir que 53 % des consommateurs de drogues injectables (pour la plupart héroïnomanes) étaient séropositifs (Beckerleg et al., 2005)

En **Ouganda**, où la prévalence du VIH a fortement reculé au milieu et à la fin des années 1990, les taux enregistrés en 2005 parmi la population adulte étaient estimés à 6,7 % [5,7 %–7,6 %]. Les nouvelles données de surveillance indiquent que cette prévalence continue de régresser parmi les femmes enceintes de la capitale, Kampala, et qu'elle se maintient ailleur depuis 2001, y compris dans les zones rurales les plus éloignées. Une enquête nationale conduite auprès des ménages en 2004–2005 a néanmoins montré que le recours au préservatif était irrégulier, la moitié seulement des hommes et des femmes ayant participé à l'enquête indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur plus récent rapport sexuel avec un partenaire occasionnel—et près d'un homme sur trois signalant avoir eu plus d'un(e) partenaire au cours de l'année écoulée (Ministère de la Santé de l'Ouganda, 2005).

Dans l'ensemble, l'épidémie est restée stable ces dernières années au **Rwanda** où en 2005, on estimait à 190 000 [180 000–210 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH ; ce qui correspond à 3,1 % de la population adulte [2,9 %–3,2 %]. La prévalence observée au niveau national a diminué depuis la fin des années 1990, mais cette baisse pourrait s'expliquer en grande partie par l'amélioration de la méthode de surveillance du VIH. Des signes de recul de la prévalence ont néanmoins été observés parmi les femmes enceintes dans certaines zones urbaines, y compris à Kigali—où la prévalence atteignait tout de même 13 % en 2003 (Kayirangwa et al., 2006). Les tendances observées au **Burundi** voisin, où l'on estime la prévalence dans la population adulte à 3,3 % [2,7 %–3,8 %], sont, elles aussi, ambiguës. Les taux de prévalence de l'infection à VIH ont diminué parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (passant de 13 % en 2000 à 9 % en 2004) à



Bujumbura et dans la plupart des zones urbaines, mais ils ont augmenté dans les zones rurales et périurbaines et varient sensiblement d'un lieu à l'autre, oscillant entre moins de 1 % et près de 13 % (Ministère de la Santé publique du Burundi, 2005).

Sur le territoire continental de la **République-Unie de Tanzanie**, on estimait à 1,4 million [1,3 million–1,6 million] le nombre de personnes qui vivaient avec le VIH en 2005—soit une prévalence relative de 6,5 % [5,8 %–7,2 %]— ce qui fait clairement apparaître la nécessité d'accroître aussi bien les efforts de prévention que l'accès au traitement et à la prise en charge. Les tendances de l'infection suggèrent une épidémie relativement stable mais la prévalence s'est nettement accrue dans les groupes plus âgés, atteignant 13 % parmi les femmes âgées de 30 à 34 ans (Commission SIDA de Tanzanie, 2005). La consommation de drogues injectables croît elle aussi—non seulement à Dar es Salaam mais également sur l'île de Pemba (Beckerleg et al., 2005).

Dans les zones urbaines d'**Ethiopie**, la prévalence du VIH parmi les femmes fréquentant les services de soins prénatals s'est maintenue à un niveau élevé depuis la fin des années 1990 (près de 15 % à Addis Abeba et 12 % dans les autres zones urbaines en 2003), à l'exception des femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans parmi lesquelles elle a régressé, passant de 15 % en 2000 à 11,5 % en 2003 (Hladik et al., 2006 ; Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2004). Parallèlement, l'épidémie semble s'être récemment intensifiée dans les zones rurales avec un taux d'infection en hausse (passé de 1,9 % en 2000 à 2,6 % en 2003) parmi les femmes qui fréquentent les services de soins prénatals (Hladik et al., 2006 ; Ministère fédéral de la Santé de l'Ethiopie, 2004). Une enquête récente menée auprès des ménages et de nouvelles données émanant d'un plus grand nombre de sites ruraux de surveillance ont permis de réévaluer le niveau de prévalence dans ce pays essentiellement rural où moins de la moitié des femmes enceintes fréquente les services de soins prénatals et où les estimations antérieures basées sur ces consultations donnaient une image incomplète de l'épidémie. A la même période, l'épidémie de l'**Erythrée** voisine semble s'être stabilisée avec une prévalence du VIH parmi la population adulte s'élevant à 2,4 % [1,3 %–3,9 %]. Toutefois les niveaux d'infection sont bien plus élevés dans le sud du pays où à Assab, par exemple le taux dépassait 7 % (Ministère de la santé d'Erythrée, 2006).

On est moins informé sur les tendances de l'épidémie à **Djibouti** et en **Somalie**. Djibouti connaît une sérieuse épidémie avec une prévalence nationale dans la population adulte estimée à 3,1 % [0,8 %–6 ,9 %] en 2005. Les résultats d'une enquête de population relative au VIH ont permis d'établir des niveaux d'infection variant entre 4 % et 6 % parmi les personnes âgées de 20 à 34 ans dans la

capitale, Djibouti (Ministère de la Santé de Djibouti, 2002). En **Somalie**, les données rassemblées dans le cadre d'une enquête conduite en 2004 signalent la présence du VIH dans la majeur partie du pays mais indiquent également une prévalence se maintenant à un taux peu élevé (0,6 %) au niveau national (OMS, 2005b). Il n'y a cependant rien d'étonnant à ce qu'on ait relevé des taux d'infection plus élevés (4 % et plus) parmi les personnes demandant à être traitées pour des infections sexuellement transmissibles, étant donné le manque de connaissances relatives à la transmission du virus et l'utilisation très peu répandue du préservatif (selon une enquête, respectivement 17 et 19 hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans sur 20 n'y avaient jamais eu recours (OMS, 2005b).

L'Afrique de l'Ouest est moins affectée que d'autres parties de l'Afrique subsaharienne avec, dans plusieurs pays, une prévalence inférieure à 2 %. Le taux de prévalence le plus élevé dans la population adulte, soit 7,1 % [4,3 %–9,7 %], est observé en **Côte d'Ivoire**. Un recul significatif de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a été observé dans les zones urbaines du **Burkina Faso** ainsi qu'à Abidjan, en **Côte d'Ivoire** et à Lomé, au **Togo** (OMS, 2005). Par contre, les taux ont progressé parmi les patientes des services de soins prénatals dans la ville d'Accra au **Ghana** et à Dakar au **Sénégal** (OMS, 2005). Le **Nigéria** est, lui, le troisième pays le plus touché au monde et compte 2,9 millions [1,7 million–4,2 millions] de personnes vivant avec le VIH. La prévalence médiane parmi les femmes reçues dans les services de soins prénatals s'est stabilisée aux alentours de 4 %, mais on note des variations majeures d'une partie à l'autre de ce grand pays—de 2,6 % dans le sud-ouest à 6,1 % dans le centre-nord (Ministère fédéral de la Santé du Nigéria, 2006). En **Côte d'Ivoire**, le niveau de l'épidémie semble s'être relativement maintenu au cours des 10 dernières années, mais les conflits civils n'ont pas permis de collecter de nouvelles données nationales. En **Guinée**, on estimait à 1,5 % [1,2 %–1,8 %] la prévalence du VIH dans la population adulte en 2005. Au cours de cette même année, des tests de dépistage pratiqués dans le cadre d'une enquête nationale ont permis d'établir que la prévalence était près de deux fois plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (respectivement 1,9 % et 0,9 %).

Au **Sénégal**, le processus épidémique repose principalement sur le commerce du sexe et le danger éventuel réside dans une rapide propagation du VIH au-delà des professionnel(le)s du sexe et de leur clientèle vers des populations moins exposées au risque. Depuis une dizaine d'années, on constate que la prévalence du VIH se maintient à un niveau élevé parmi les professionnelles du sexe (environ 20 % à Dakar et 30 % à Ziguinchor) (Gomes et al., 2005 ; OMS, 2005a). En 2005, on estime que la prévalence nationale s'élevait à 0,9 % [0,4 %–1,5 %], bien qu'une étude ait, elle, contribué à établir qu'elle atteignait près de 3 % parmi la population adulte dans le sud du pays (Centre de recherche pour le développement humain et MEASURE DHS+, 2005). Au **Ghana**, le commerce du sexe constitue également un facteur déterminant dans la propagation de l'épidémie et l'on y estime à 2,3 % [1,9 %–2,6 %] la prévalence parmi la population adulte. Depuis le début de ce siècle, la prévalence du VIH n'a cessé de croître parmi les femmes reçues dans les services de soins prénatals pour atteindre juste un peu moins de 4 % (3,6 %) actuellement. Les données de surveillance du VIH dont dispose le **Togo** ne permettent pas de déterminer des taux

et des tendances, mais il semble que l'épidémie y soit assez semblable à celle que connaît le Ghana voisin (OMS, 2005a ; Ministère de la Santé du Togo, 2004). Au Togo, on estime la prévalence du VIH à 3,2 % [1,9 %–4,7 %].

Au nord de ces deux pays, on décèle une tendance différente. Au **Burkina Faso**, la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes (âgées de 15 à 24 ans) fréquentant les services de soins prénatals urbains est passée de près de 4 % en 2001 à un peu moins de 2 % en 2003 (Présidence du Faso, 2005 ; Ministère de l'Economie et du Développement, 2004). Cela pourrait refléter le résultat des efforts de prévention qui sont allés croissant au cours de la dernière décennie. Les relations sexuelles avec des partenaires non réguliers se sont raréfiées et en de telles occasions, l'usage du préservatif s'est répandu, en particulier chez les jeunes. On estime à 2 % [1,5 %–2,5 %] la prévalence du VIH parmi la population adulte. En **Sierra Leone** où la prévalence est estimée à 1,6 % [0,9 %–2,4 %] parmi les adultes, une récente enquête de population a montré qu'aucune différence majeure n'existait entre hommes et femmes quant à la prévalence du VIH (Ministère de la Santé et des Affaire sanitaires de la Sierra Leone, 2005).

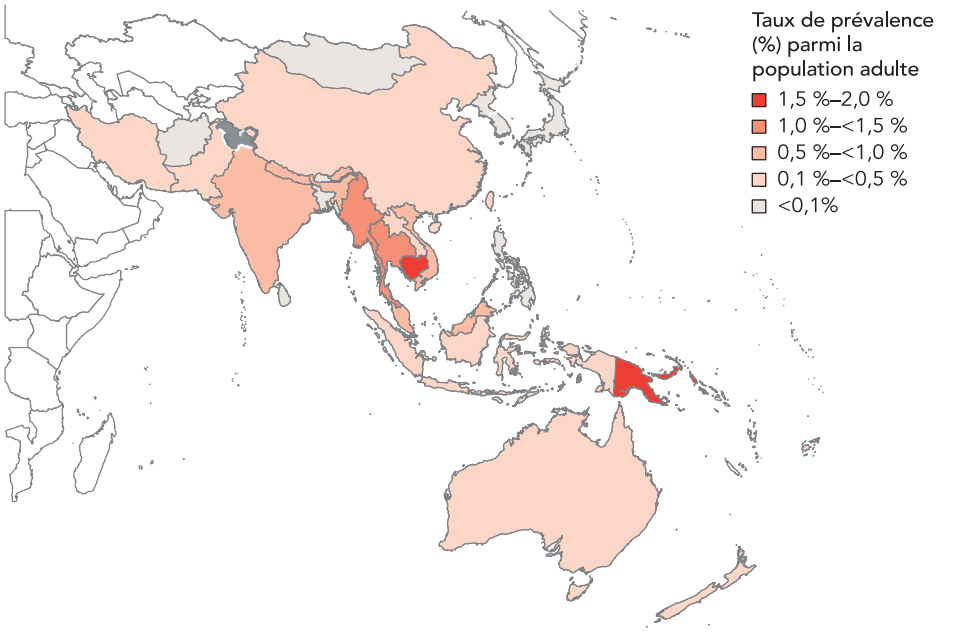
Des épidémies plus sérieuses semblent sévir dans certains pays d'Afrique centrale, en particulier au **Cameroun**, où en 2005, on estimait à 5,4 % [4,9 %–5,9 %] la prévalence du VIH parmi la population adulte. Une enquête nationale auprès des ménages (Ministère de la Santé publique du Cameroun, 2004) a montré que la prévalence du VIH parmi les femmes était nettement plus élevée que celle enregistrée parmi les hommes (6,8 % et 4,1 % respectivement). En **République centrafricaine**, on estime à 10,7 % [4,5 %–17,2 %] la prévalence du VIH dans la population adulte, mais les données sont limitées. Au **Congo**, on ne dénombre pas moins de 120 000 [75 000–160 000] personnes vivant avec le VIH où la prévalence est estimée à 5,3 % [3,3 %–7,5 %] parmi les adultes (Ministère de la Santé du Congo, 2004). En 2006, dans la **République démocratique du Congo**, on estime qu'un million de personnes [560 000–1,5 million] vivent avec le VIH (prévalence adulte de 3,2 % [1,9 %–4,9 %]). La surveillance du VIH chez les femmes enceintes indique qu'en 2004, le taux de séropositivité au VIH atteignait près de 4 % parmi celles qui fréquentaient alors les services de soins prénatals ; mais à Lubumbashi, on a constaté que la prévalence atteignait jusqu'à 7 % chez les femmes enceintes (Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo, 2004). Il importe par ailleurs de signaler l'absence de données de surveillance pour de nombreuses régions de ce vaste pays.

En Afrique australe et en Afrique de l'Est, comme dans certaines parties de l'Afrique centrale, les épidémies de SIDA continueront d'avoir de lourdes conséquences pour encore une génération au moins. Les stratégies de prévention et de traitement—et l'aide apportée par le reste du monde—doivent prendre ce fait en considération sans perdre de vue toutes les difficultés inhérentes à la fragilité des systèmes de santé et des faibles compétences du secteur public.

ASIE

En Asie, les dernières estimations indiquent qu'au terme de l'année 2005, près de 8,3 millions [5,7 millions–12,7 millions] de personnes, dont 2,4 millions [1,5 million–3,8 millions] de femmes adultes, vivaient avec le VIH; dont plus des deux tiers dans un seul pays, l'**Inde**. On estime à 180 000 [75 000–390 000]

FIGURE 2.8 Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte de l'Asie et de l'Océanie, 2005



le nombre d'enfants vivant avec le VIH dans la région. En 2005, on estimait à près de 930 000 [620 000–2,4 millions] le nombre de personnes récemment infectées par le VIH et à près de 600 000 [400 000–850 000] le nombre de décès imputables au SIDA.

Le nombre de personnes traitées par antirétroviraux est passé de 70 000 en 2003 à 180 000 à la fin de l'année 2005, ce qui signifie qu'une personne sur six (16 %) ayant besoin de ce traitement en bénéficie aujourd'hui en Asie. C'est en **Thaïlande** que les progrès ont été les plus nets tandis qu'en **Inde** (qui compte plus de 70 % des personnes nécessitant un traitement antirétroviral dans la région) la couverture reste inférieure à 10 %.

Une surveillance du VIH étendue et de meilleures méthodes d'estimation permettent d'avoir une vision plus claire de l'épidémie de SIDA en **Chine**. Environ 650 000 [390 000–1,1 million] personnes y vivaient avec le VIH en 2005 (Ministère de la Santé de la Chine, 2006) et les consommateurs de drogues injectables (plus d'un million enregistrés dans le pays) en représentent près de la moitié (44 %) (Ministère de la Santé de la Chine, 2006 ; Ruan et al. 2005). Près de la moitié de ce groupe de population échange aiguilles et seringues et un dixième présente des comportements sexuels à haut risque (Ministère de la Santé de la Chine, 2006). Dans certaines zones des provinces du Sichuan, du Xinjiang et du Yunnan, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables dépasse 50 % (MAP, 2005a). La Chine a créé 128 dispensaires délivrant de la méthadone et 91 sites-pilotes pour l'échange d'aiguilles et de seringues, mais ces services devraient être considérablement étendus pour avoir un impact significatif.

D'après les données actuelles, la simultanéité existant entre commerce du sexe et consommation de drogues pourrait générer une propagation de l'infection à VIH extrêmement rapide. Les recherches effectuées indiquent qu'une forte proportion des consommateurs de drogues injectables ont recours aux relations sexuelles monnayées et qu'au moins la moitié des femmes de ce groupe ont déjà pratiqué le commerce du sexe (Liu et al., 2006 ; Yang et al., 2005). Dans certaines provinces (comme le Sichuan) un pourcentage faible mais significatif des professionnel (le)s du sexe consomment également des drogues (MAP, 2005a). Or, les professionnel(le)s du sexe qui s'injectent des drogues courent de très hauts risques d'infection : le nombre de leurs clients est souvent élevé, ils(elles) utilisent rarement le préservatif et pratiquent fréquemment l'échange de matériel d'injection (MAP, 2005a ; MAP, 2005b). Au fur et à mesure que le virus se propagera des personnes consommant de la drogue, des professionnel(le)s et de leur clientèle vers l'ensemble de la population, la proportion des cas d'infections sexuellement transmissibles ira croissant et avec elle le pourcentage d'infection à VIH chez les femmes. En 2004, les femmes représentaient 39 % des cas d'infection à VIH enregistrés alors que ce pourcentage n'était que de 25 % deux ans auparavant. Dans certaines parties des provinces du Henan, du Xinjiang et du Yunnan, la prévalence du VIH dépasse déjà 1 % chez les femmes enceintes et chez les femmes pour lesquelles un test de dépistage du VIH est pratiqué au cours d'examens cliniques ou d'examens prémaritaux (Ministère de la Santé de la Chine, 2006).

Bien qu'ils aient été renforcés ces dernières années, les éléments de base de la riposte chinoise au SIDA doivent encore être améliorés. La prise de conscience à l'égard du SIDA est faible et l'éducation de masse n'a eu qu'une ampleur et une efficacité limitées. Les priorités sont les suivantes : renforcer la formation à la prévention, à la prise en charge et au traitement ; accroître la mise à disposition de médicaments antirétroviraux dans les zones rurales et auprès des patients ne bénéficiant que de faibles revenus dans les zones urbaines ; développer le dépistage et l'éducation des groupes à haut risque ; et enfin améliorer le système de suivi dans le pays (Ministère de la Santé de la Chine, 2006 ; Yang et al., 2005).

Dans le deuxième pays le plus peuplé au monde, l'**Inde**, l'Organisation nationale de Lutte contre le SIDA, *National AIDS Control Organization*—NACO) estimait à 5,2 millions le nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans qui vivaient avec le VIH en 2005. La prévalence nationale dans la population adulte a tendance à être plus élevée dans les Etats industrialisés de la péninsule (à l'exception du Kerala) avec des taux d'infection supérieurs à 1 % observés chez les femmes enceintes dans l'Andhra Pradesh, le Karnataka et le Maharashtra (NACO, 2004a). Les zones les plus affectées sont le corridor Mumbai-Karnataka, la zone Nagpur du Maharashtra, le district Nammakkal du Tamil Nadu, les districts orientaux de l'Andra Pradesh et certaines parties du Manipur et du Nagaland au nord-est de l'Inde (Kumar et al., 2005). Le VIH se propage cependant dans les zones rurales : au Karnataka et au Nagaland, plus de 1 % des femmes enceintes se sont révélées séropositives en 2004.

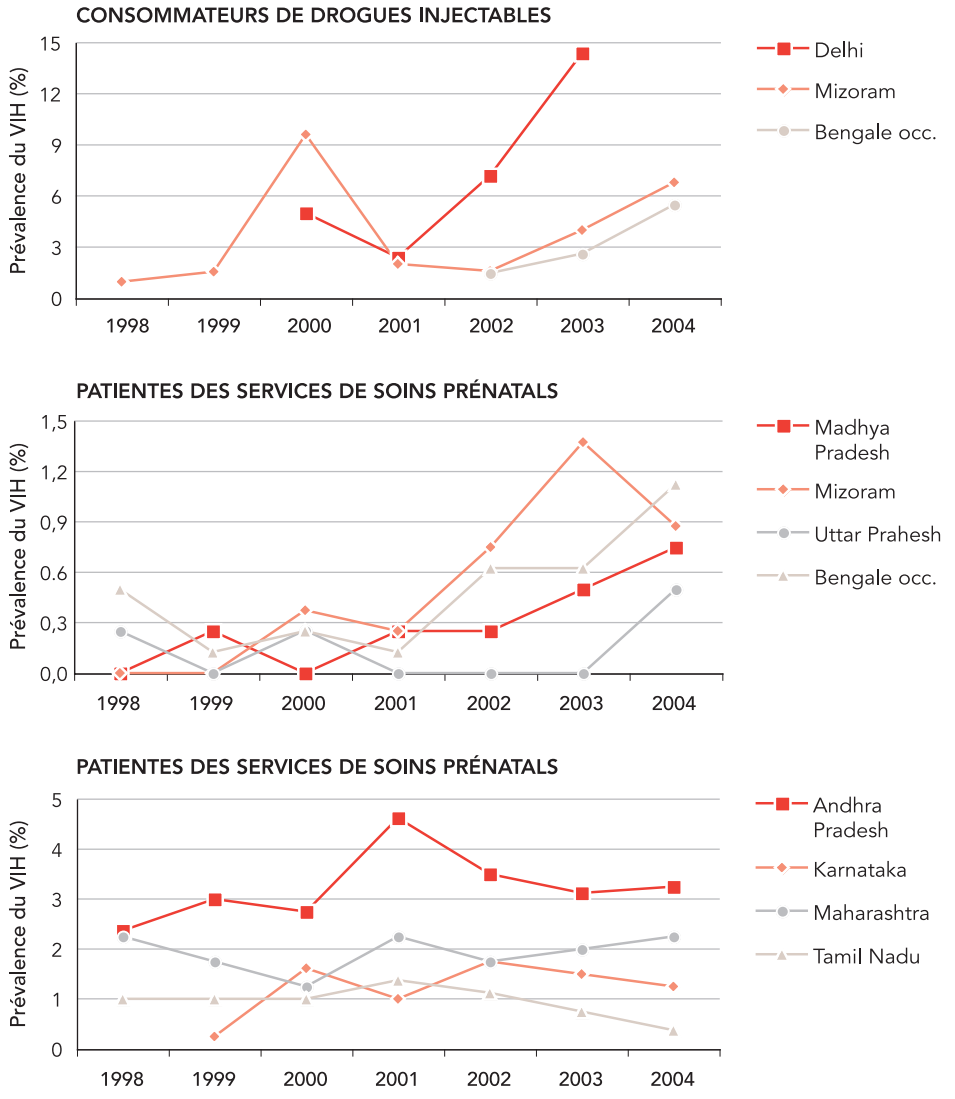
Notons un point positif : la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans dans l'ensemble Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra et Tamil Nadu est passée de 1,7 % en 2000 à 1,1 %

en 2004 (Kumar et al., 2006). Ces deux derniers Etats ont été les premiers en Inde à riposter à l'épidémie de SIDA et la tendance actuelle traduit les efforts soutenus de prévention engagés ces dernières années.

Dans l'ensemble, la majeure partie des infections à VIH—plus de 80 % des cas de SIDA enregistrés (NACO, 2005)—est due à des rapports hétérosexuels non protégés et un pourcentage important est observé parmi les femmes. L'injection de drogues est le principal moteur des épidémies de VIH dans le nord-est (en particulier dans les Etats du Manipur, du Mizoram et du Nagaland où la prévalence chez les femmes enceintes dépasse 1 %) et il en va de plus en plus de même ailleurs, y compris dans les grandes agglomérations de Chennai, Mumbai et New Delhi (Solomon et al., 2004 ; NACO, 2004a ; MAP, 2005a, NACO, 2005). Dans ces parties du pays, on note une nette simultanéité entre commerce du sexe et injection de drogues, au point qu'au Tamil Nadu par exemple, on a enregistré un taux de prévalence du VIH de 50 % parmi les professionnel(le)s du sexe (Solomon et al., 2004 ; NACO, 2004b). On sait peu de chose sur le rôle des rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie indienne, même si les informations disponibles indiquent que ce type de rapports n'est pas exceptionnel. A Chennai (Tamil Nadu) par exemple, 6 % des hommes vivant dans des bidonvilles ont signalé avoir eu des relations sexuelles avec des hommes (Go et al., 2004). L'ampleur de l'épidémie de VIH en Inde dépendra essentiellement de l'efficacité des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leur clientèle, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (ainsi qu'à leurs autres partenaires), et aux consommateurs de drogues injectables qu'à leurs partenaires (Kang et al. 2005)

Les risques conjugués de l'injection de drogues et des rapports sexuels non protégés se retrouvent dans d'autres épidémies sévissant en Asie (MAP, 2005a). Le **Viet Nam**, où le virus s'est propagé à l'ensemble des 59 provinces et à toutes les villes que compte le pays, en est un exemple. En 2005, près de 260 000 personnes [150 000–430 000] y vivaient avec le VIH, soit plus du double qu'en 2000. En 2005, on estimait la prévalence nationale chez les adultes à 0,5 % [0,3 %–0,9 %]. Les estimations officielles font état de 40 000 nouveaux cas d'infection chaque année (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005). L'injection de drogues et le commerce du sexe sont les principaux facteurs de propagation de l'épidémie, conséquence de l'ouverture des marchés et des frontières du pays (Grayman et al., 2005). Le partage du matériel d'injection étant chose courante, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables a augmenté, passant de 9 % en 1996 à 29 % en 2002 et à 32 % en 2003 ; et dans certaines villes, on a même relevé des niveaux atteignant jusqu'à 40 % (Ministère de la Santé du Viet Nam, 2005 ; Hien et al., 2004). Parmi les nombreux consommateurs de drogues qui pratiquent également des rapports sexuels monnayés, l'utilisation du préservatif est très aléatoire ; moins de la moitié l'utilisent régulièrement avec les professionnel(le)s du sexe (USAID et al., 2001). Par ailleurs, un fort pourcentage de professionnel(le)s du sexe s'injectent de la drogue (20 % des professionnel(le)s de la rue à Ho Chi Minh Ville et 43 % à Hanoï) et il est peu vraisemblable qu'ils ou elles utilisent le préservatif (Tran et al., 2005 ; MAP, 2004). Une étude menée à Hanoï a comparé le taux d'infection parmi les professionnel(le)s du sexe qui ne consommaient pas de drogues injectables (1,6 %), et parmi ceux ou celles qui s'en injectaient (33 %), soulignant ainsi l'urgence de faire des professionnel(le)s du

FIGURE 2.9 Tendances de la prévalence du VIH (%) parmi les consommateurs de drogues injectables et les femmes enceintes dans des zones sélectionnées de l'Inde, 1998–2004*



*Données en provence de sites de surveillance cohérents uniquement.

Source : National AIDS Control Organization (NACO) (2005).

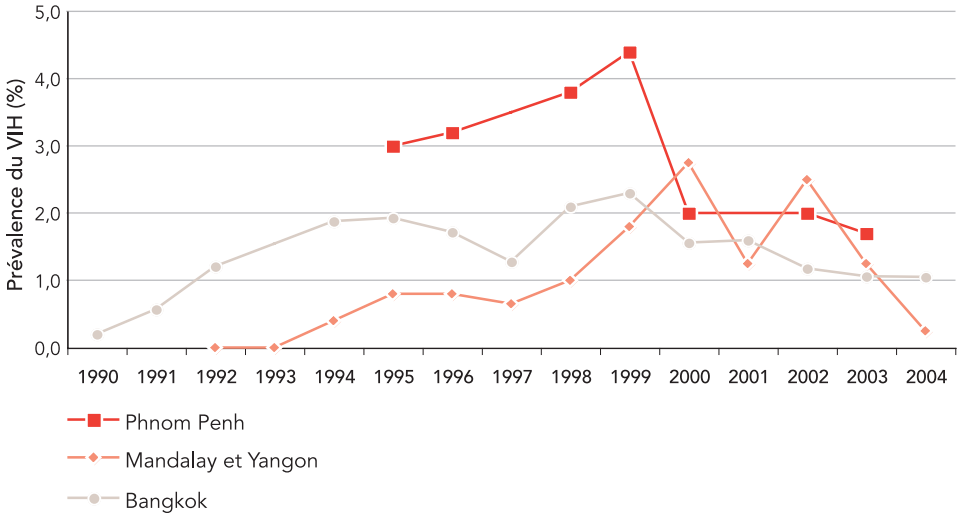
sexe consommant des drogues injectables une cible majeure des efforts de prévention (Tran et al., 2005). Il est en effet urgent d'élaborer rapidement et à grande échelle des stratégies de réduction des risques liés à l'échange de matériel d'injection ainsi qu'au commerce sexuel. La stigmatisation des professionnel(le)s du sexe et leur statut de hors-la-loi constituent malheureusement un énorme défi, surtout en ce qui concerne l'accès universel aux possibilités de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH (Tran et al., 2005).

Au **Cambodge** et en **Thaïlande**, le commerce du sexe est en grande partie responsable du processus épidémique. Les deux pays ont vu leurs efforts de préven-

tion récompensés par une régression de leurs épidémies respectives au cours de la dernière décennie, dans la mesure où moins d'hommes pratiquent des rapports sexuels monnayés et où s'amplifie le recours au préservatif (MAP, 2005b). Des données recueillies en 2005 ont permis d'établir que le taux national de prévalence parmi la population adulte du **Cambodge** avait diminué d'un tiers par rapport aux chiffres recueillis à la fin des années 1990, pour ne plus s'élever qu'à 1,6 %—diminution qu'expliquent surtout les effets combinés de l'augmentation des taux de mortalité et les efforts de prévention du VIH qui ont freiné les risques liés au commerce du sexe non protégé (Centre national VIH/SIDA, Dermatologie et Infections sexuellement transmissibles, 2004). La charge de l'épidémie reste néanmoins l'une des plus aiguës d'Asie (Mills et al., 2005). Le fait que les femmes constituent une part croissante (estimée à 47 % en 2003 *vs.* 37 % en 1998) des personnes vivant avec le VIH conduit à penser qu'un nombre significatif d'entre elles ont été infectées par leur mari ou partenaires, eux-mêmes contaminés au cours de relations monnayées (Centre national VIH/SIDA, Dermatologie et Infections sexuellement transmissibles, 2004). Certains signes indiquent actuellement qu'un plus grand nombre d'hommes pratiquent à nouveau des rapports sexuels monnayés et que la consommation de drogues injectables augmente dans la capitale, Phnom Penh—y compris chez les professionnel(le)s du sexe. On note également une augmentation des infections chez les jeunes de la rue qui recourent à des stimulants de type amphétamine (Centre national VIH/SIDA, Dermatologie et Infections sexuellement transmissibles, 2005 ; Burrows, 2003). Une étude conduite en 2005 a montré que 28 % de ces enfants des rues étaient séropositifs au VIH, soit plus de deux fois le pourcentage indiqué lors d'une étude analogue menée l'année précédente, lequel était alors de 12 % (Mills et al., 2005).

Dans la **Thaïlande** voisine, où la prévalence nationale dans la population adulte était estimée à 1,4 % [0,7 %–2,1 %] en 2005, on a enregistré depuis la fin des années 1990 une diminution des taux d'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Les efforts de prévention engagés en Thaïlande ne semblent toutefois pas concorder avec les mutations récentes de l'épidémie : selon le Ministère de la Santé, plus du tiers des nouveaux cas d'infection à VIH observés en 2005 concernaient des jeunes femmes infectées par leurs partenaires habituels et environ un cinquième des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les rapports sexuels prémaritaux se sont banalisés parmi les jeunes Thailandais, y compris parmi les filles—et le recours au préservatif est en général rare—20 % à 30 % seulement des jeunes gens sexuellement actifs l'utilisent régulièrement (Punpanich et al., 2004 ; PNUD, 2004). Dans le même temps, le recours au préservatif lors de rapports sexuels monnayés décroît. Une étude conduite auprès de professionnelles du sexe à Bangkok, Chiang Mai et Mae Hong Son a montré qu'il était employé dans 51 % seulement des rapports monnayés, confirmant ainsi une enquête antérieure menée auprès des ménages au cours de laquelle moins d'un tiers des jeunes hommes du nord de la Thaïlande interrogés avaient indiqué utiliser régulièrement un préservatif avec des professionnel(le)s du sexe (Buckingham et al., 2005 ; PNUD, 2004). Les taux d'infection à VIH restent élevés parmi les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec

FIGURE 2.10 Tendances de la prévalence du VIH(%) parmi les femmes enceintes des principaux centres urbains du Cambodge, du Myanmar et de la Thaïlande, 1990–2004



Source : Centre national du Cambodge pour le VIH/SIDA, la Dermatologie et les MST (Phnom Penh) ; Ministère de la Santé du Myanmar (Mandalay et Yangon) ; Ministère de la Santé publique de la Thaïlande (Bangkok).

des hommes—en 2003, plus de 10 % des professionnelles du sexe de maisons de passe vivaient avec le VIH et 45 % des consommateurs de drogues injectables reçus dans des centres de désintoxication étaient séropositifs (Punpanich et al.,2004). A Bangkok, la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est passée de 17 % en 2003 à 28 % en 2005—et parmi ceux âgés de moins de 21 ans, elle a triplé au cours de la même période (Van Griensven et al., 2006). Il faut non seulement revoir les campagnes en faveur de rapports sexuels protégés mais aussi remédier au fait qu'en Thaïlande, les programmes de prévention ignorent tant les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes que les consommateurs de drogues injectables. On note néanmoins des progrès encourageants en ce qui concerne le traitement. Les chiffres officiels fixent à 80 000 le nombre de personnes séropositives en Thaïlande ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral en 2005. La mise à disposition de ce type de traitement ces dernières années a coïncidé avec une chute spectaculaire du nombre de décès officiellement attribués au SIDA, qui sont passés de 5020 en 2004 à 1640 en 2005.

Au **Myanmar**, on estimait à 360 000 [200 000–570 000] le nombre d'adultes et d'enfants qui vivaient avec le VIH en 2005 ; et la prévalence nationale dans la population adulte s'est maintenue à 1,3 % [0,7 %–2 %]. La faible riposte initiale du pays à l'épidémie de SIDA a laissé le virus se propager librement pendant plus d'une décennie et a placé le **Myanmar** face à l'une des plus graves épidémies d'Asie. La riposte a récemment pris de l'ampleur, avec—selon les données actuelles—des effets encourageants (Thwe, 2004). La prévalence nationale du VIH chez les femmes enceintes a baissé, passant de 2,2 % en 2000 à 1,8 % en 2004, tandis que le taux d'infection chez les hommes et les femmes nécessitant un traitement pour

d'autres infections sexuellement transmissibles a chuté de façon spectaculaire au cours de la même période, passant respectivement de 7 % à 3 % et de 12 % à 6 % (Wiwat et al, 2005). Mais la proportion de personnes infectées parmi celles qui présentent des comportements à haut risque est par ailleurs élevée : en 2004, on estimait que le VIH avait infecté un quart des professionnelles du sexe et un tiers des consommateurs de drogues injectables. Sachant que la transmission du virus dans ces groupes de population reste un des principaux facteurs du processus épidémique au **Myanmar**, on estime que les programmes pour un 'moindre mal' ainsi que des programmes sociaux visant à atténuer les comportements à risque accru peuvent contribuer à freiner la propagation du VIH. Il importe maintenant de rassembler des données complémentaires plus détaillées (s'agissant en particulier des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) de manière à obtenir une vision globale de l'épidémie sévissant au **Myanmar**.

Au **Pakistan**, près de 85 000 [46 000–210 000] enfants et adultes vivaient avec le VIH en 2005. Le pays devra accroître ses efforts de prévention s'il veut éviter une propagation extrêmement rapide de l'infection à VIH. A Karachi, un test de dépistage pratiqué en 2004 parmi des consommateurs de drogues injectables a montré que près du quart d'entre eux étaient séropositifs, alors que l'année précédente, la même communauté comptait un seul cas de séropositivité (Altaf et al., 2004). Au sein de ce groupe de population, nombreux sont ceux qui se déplacent de ville en ville et qui partagent fréquemment leur matériel d'injection (c'est ce que 48 % d'entre eux disaient avoir fait la semaine précédant l'enquête conduite à Karachi, et 82 % à Lahore). Injection de drogues et commerce du sexe vont souvent de pair et cela dans un climat de méconnaissance consternante du SIDA parmi des personnes considérées plus à risque face à l'infection à VIH. Les données rassemblées à Karachi ont permis d'établir qu'un quart des consommateurs de drogues injectables n'avaient jamais entendu parler du SIDA, qu'un(une) professionnel(le) du sexe sur cinq était incapable de reconnaître un préservatif et qu'un(e) sur trois n'avait jamais entendu parler du SIDA. A peine 2 % des professionnelles du sexe indiquaient avoir utilisé un préservatif avec l'ensemble de leurs clients au cours de la semaine écoulée (Ministère de la Santé du Pakistan ; Département du Développement international (Royaume-Uni)—DFID, Family Health International, 2005 ; MAP, 2005b).

En 2005, on estimait à 170 000 personnes [100 000–290 000] le nombre d'adultes et d'enfants qui vivaient avec le VIH en **Indonésie**. Bien que la prévalence nationale parmi la population adulte se maintienne au niveau très peu élevé de 0,1 % [0,1 %–0,2 %], le pays est en passe de connaître une rapide propagation de l'épidémie dans certaines zones. La situation est particulièrement préoccupante dans la province la plus orientale, Papua, qui jouxte la **Papouasie-Nouvelle-Guinée** où l'épidémie de VIH est sérieuse. Dans cette province, le virus s'est propagé chez les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, et près de 1 % des adultes de 5 villages se sont révélés séropositifs lors d'un test de dépistage pratiqué dans le cadre d'une enquête sérologique (MAP, 2004). Dans le même temps, on a observé dans des centres de réhabilitation de Djakarta une prévalence atteignant 48 % parmi des consommateurs de drogues injectables et des taux encore plus élevés à Pontianak, dans l'île de Bornéo (Riono

et Jazant, 2004 ; MAP, 2005a). Ici aussi l'effet de simultanéité entre injection de drogues et rapports sexuels monnayés est important. Une enquête conduite à Djakarta parmi des consommateurs de drogues injectables a montré que parmi e cihquième d'entre eux qui recouraient parallèlement à des rapports sexuels monnayés, trois quarts n'utilisaient pas le préservatif dans ces moments-là (Centre de Recherche sanitaire et du Ministère de la Santé, 2002). D'une façon générale, le recours au préservatif n'est pas chose courante lors de rapports sexuels monnayés : à Djakarta, en 2004, 75 % des professionnel(le)s du sexe travaillant dans des centres de massage et d'autres clubs et 85 % de leurs collègues travaillant en maison de passe indiquaient ne pas avoir utilisé de préservatif avec leurs clients au cours de la semaine écoulée (MAP, 2005b).

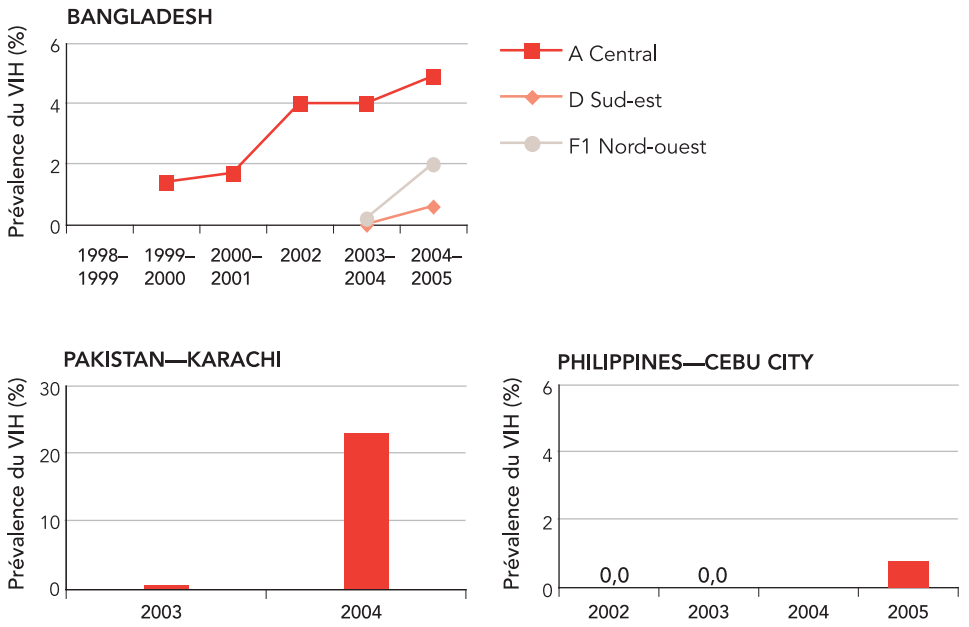
Les estimations établies pour la **Malaisie** indiquent que la prévalence du VIH dans la population adulte se maintient à 0,5 % [0,2 %–1,5 %] et que près de 69 000 [33 000–220 000] adultes et enfants y vivaient avec le VIH en 2005. La consommation de drogues reste le principal moteur de l'épidémie du pays, même si la transmission sexuelle représente une part croissante des cas d'infection à VIH : 17 % en 2002 alors que ce pourcentage n'était que de 7 % en 1995 (Ministère de la Santé de la Malaisie et OMS, 2004 ; Huang et Hussein, 2004]. On a observé des taux de prévalence atteignant 41 % à Keleantan et 31 % à Terengganu parmi des consommateurs de drogues injectables, et dans certaines zones de Kuala Lumpur, 10 % des professionnelles du sexe se sont révélées séropositives lors d'enquêtes de dépistage (Ministère de la Santé de la Malaisie et OMS, 2004) .

Au **Bangladesh**, la prévalence nationale dans la population adulte reste extrêmement basse, avec un taux inférieur à 1 % [<0,2 %] qu'expliquent en partie les efforts de prévention focalisés ayant probablement contribué à maintenir en dessous de 1 % la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe. En 2005, près de 11 000 [6 400–18 000] adultes et enfants y vivaient avec le VIH. Toutefois, les pratiques d'injection sans respect de l'hygiène ont favorisé une progression de la prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables ; dans un site central de surveillance, elle est passée de 1,7 % en 2000–2001 à 4,9 % en 2004–2005. On a également décelé des cas d'infection à VIH dans deux autres sites sur un total de 15 sélectionnés. Etant donné que dans trois régions, la moitié au moins des consommateurs de drogues injectables ont déclaré avoir utilisé un matériel non stérile lors de leur dernière injection, la tendance pourrait se maintenir. Une forte proportion des consommateurs de drogues injectables (jusqu'à un sur cinq dans certaines régions) indique avoir des relations sexuelles monnayées et à peine un sur dix signale avoir systématiquement utilisé un préservatif lors de ce type de rapports au cours de l'année écoulée (Ministère de la Santé et de la Famille du Bangladesh, 2005). Il importe d'améliorer la qualité et la couverture des actions de prévention destinées à réduire la contamination par l'injection de drogues et le commerce sexuel.

Les **Philippines**, elles aussi, connaissent une épidémie très limitée avec, en 2005, une prévalence nationale dans la population adulte inférieure à 0,1 %, et 12 000 [7 300–20 000] adultes et enfants vivant avec le VIH. Conjointement aux autres efforts de prévention engagés, le dépistage régulier des infections sexuellement trans-

02

FIGURE 2.11 Tendances de la prévalence du VIH (%) parmi les consommateurs de drogues injectables du Bangladesh, du Pakistan et des Philippines, 1998–2005*



*Les autres sites observés au Bangladesh et au Pakistan continuent à présenter des taux de prévalence VIH très faibles dans leurs données d'enquêtes de surveillance les plus récentes (0 % pour 13 sites du Bangladesh et 0,5 % à Lahore, au Pakistan).

Source : Rapport sommaire de la Surveillance intégrée sérologique et comportementale en 2005, Centre d'Epidémiologie national, Département de la Santé (Philippines) ; Surveillance sérologique nationale du VIH, 2004-2005, Rapport technique de la 6e édition. Programme national SIDA/MST, Ministère de la Santé et du Bien-Etre familial (Bangladesh) ; Etude nationale du tractus reproductif et des Infections sexuellement transmissibles, Enquête sur les Groupes à Risque à Karachi et Lahore, 2005, Programe national de Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé (Pakistan).

missibles parmi les professionnel(le)s du sexe aura sans doute contribué à maintenir la prévalence à de très faibles niveaux (MAP 2005b ; Mateo et al., 2004). La situation pourrait néanmoins changer du fait de l'utilisation peu fréquente du préservatif lors de rapports sexuels monnayés (en particulier parmi les personnes qui ne se livrent qu'occasionnellement au commerce du sexe), du taux important de cas d'infections sexuellement transmissibles enregistrés dans plusieurs groupes de population et, dans certaines zones, des échanges fréquents de matériel d'injection parmi les consommateurs de drogues injectables (77 % à Cebu City, par exemple) (Mateo et al ., 2004 ; Wi et al., 2002 ; Département de la Santé des Philippines, 2003). Alors que la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe reste très faible (0,1 %, 0,02 % et 0,16 % respectivement en 2002, 2003 et 2005), la surveillance assurée au cours de l'année 2005 auprès de consommateurs de drogues injectables de Cebu City a permis de déceler la présence de cas d'infection dans ce groupe, la prévalence du VIH ne s'élevant toutefois qu'à 1 % (Département de la Santé des Philippines, 2005).

La **République démocratique populaire lao** connaît une situation similaire. La prévalence nationale dans la population adulte de 0,1 % [0,1 %–0,4 %] est dans l'ensemble très faible, mais on observe parallèlement une progression de l'activité sexuelle parmi les jeunes hommes. A Vientiane, la capitale, près de deux jeunes hommes interrogés sur trois

ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires au cours du semestre écoulé et un sur trois a mentionné avoir payer pour ces relations (Toole et al., 2005). La prévalence de la gonorrhée est élevée (13 %–14 %) parmi les 'femmes de service' qui travaillent dans des endroits où se pratique aussi le commerce sexuel (Phimphachanh et Sayabounthavong, 2004.). Ces données indiquent clairement la nécessité de proposer un programme SIDA complet destiné à encourager l'utilisation du préservatif dans 100 % des cas et à favoriser une amélioration des services de traitement des infections sexuellement transmissibles.

OCÉANIE

En **Papouasie-Nouvelle-Guinée**, une épidémie relativement récente mais déjà préoccupante représente plus de 90 % de tous les cas d'infection à VIH enregistrés à ce jour en Océanie—Australie et Nouvelle-Zélande exclues (Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2005). En Océanie, un total de 78 000 personnes [48 000–170 000] vivaient avec le VIH au terme de l'année 2005, dont 7200 [3500–55 000] infectées au cours de cette année-là. Les données rassemblées pour l'année 2005 indiquent un taux de prévalence régional de 0,3 % environ [0.2 %–0.8 %], principalement attribuable au processus épidémique rencontré en **Papouasie-Nouvelle-Guinée**. On estime que moins de 3400 décès [1900–5500] sur l'ensemble de ceux enregistrés dans la région au cours de l'année 2005 sont imputables au SIDA —ce qui peut être un effet de l'accès relativement aisé au traitement dans les pays où l'épidémie est parvenue à sa phase d'état.

L'épidémie en **Papouasie-Nouvelle-Guinée** avance effroyablement vite. Le nombre de diagnostics de VIH augmente à raison de 30 % par an environ depuis 1997. On estime à 60 000 [32 000–140 000] le nombre d'habitants qui vivaient avec le VIH en 2005, le taux de prévalence étant estimé à 1,8 % au niveau national [0,9 %–4,4 %]. Plusieurs facteurs sont associés à la progression de l'épidémie. Les traditions socioculturelles sont une source majeure de discrimination à l'égard des femmes et on constate des niveaux élevés de violence sexuelle envers celles-ci. Les rapports sexuels occasionnels ou monnayés sont fréquents et le recours au préservatif est le plus souvent irrégulier (Conseil national de Papouasie-Nouvelle-Guinée pour le SIDA, 2004). Les enquêtes de séroprévalence du VIH ont fourni des taux de 2 % et 2,5 % parmi les femmes reçues dans les services de soins prénatals de Goroka et de Lae, respectivement. Dans la capitale (Port Moresby) et à Mount Hagen, respectivement 20 % et 6 % des personnes traitées pour des infections transmises sexuellement se sont révélées séropositives au VIH lors d'un test de dépistage pratiqué en 2004 (Conseil national SIDA et Département de la Santé publique, Papouasie-Nouvelle-Guinée, 2004 ; Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2005). Malgré les récents efforts visant à améliorer l'accès aux connaissances sur la prévention du VIH, la plupart des jeunes n'ont toujours pas accès à l'éducation et aux conseils y afférents (Conseil national SIDA et Département de la Santé publique, Papouasie-Nouvelle-Guinée, 2004). La riposte de la Papouasie-Nouvelle-Guinée au SIDA devra radicalement progresser si le pays souhaite maîtriser son épidémie.

Dans le même temps, l'épidémie beaucoup plus ancienne de l'**Australie** ne

disparaît pas non plus. On estime qu'en 2005, 16 000 [9700–27 000] adultes et enfants y vivaient avec le VIH. Après un recul observé au terme des années 1990, le nombre annuel de nouveaux cas diagnostiqués séropositifs au VIH se rapproche de ceux que l'on enregistrait auparavant, et s'élevait à 820 en 2004. Le nombre de personnes récemment infectées par le VIH (attribué en grande partie aux rapports sexuels non protégés, surtout entre hommes) augmente lui aussi, et reflète vraisemblablement un retour à des pratiques sexuelles à risque (Centre national pour l'Epidémiologie et la Recherche clinique sur le VIH, 2005). Une étude conduite à Sydney parmi des hommes homosexuels a par exemple permis d'établir que le nombre de cas de syphilis avait décuplé entre 1999 et 2003 dans ce groupe de population (Fairley et al., 2005). Si les tendances de l'infection sont en général du même ordre parmi les populations autochtones et non autochtones, une étude récente a mis en évidence des discordances marquées entre ces populations pour l'Australie occidentale : les notifications de VIH parmi les Australiens non autochtones ont baissé entre 1985 et 2002, mais ont augmenté chez les autochtones hommes et femmes. La probabilité de contracter l'infection à VIH est 18 fois plus élevée parmi les femmes autochtones que parmi les non autochtones, et elle est trois fois plus élevée que parmi les hommes non autochtones (Wright et al., 2005). L'injection de drogue sans respect de l'hygiène est responsable d'un cas d'infection à VIH sur cinq parmi la population autochtone d'Australie (alors qu'on lui attribue aux alentours de 2 % uniquement des cas d'infection enregistrés parmi les non autochtones) (Centre national pour l'Epidémiologie et la Recherche clinique sur le VIH, 2005). Ces tendances soulignent la nécessité de reconsidérer les conseils relatifs à la prévention, au diagnostic et au traitement, de telle sorte qu'elles atteignent touts les secteurs de la population à risque ou affectés.

Le chiffre annuel de nouveaux diagnostics de VIH en **Nouvelle-Zélande** a plus que doublé depuis 1999—passant de moins de 80 à 183 en 2005—mais au niveau national, le taux de prévalence chez les adultes reste très faible, inférieur à 0,2 % (Ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 2006). L'évolution récente est en grande partie attribuable à une augmentation des diagnostics de VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La plupart des infections à VIH contractées récemment par voie hétérosexuelle l'ont été à l'étranger, contrairement à ce qui se passe pour les infections à VIH contractées au cours de rapports sexuels entre hommes (Ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 2006).

Dans le reste de l'Océanie, les taux de prévalence de l'infection à VIH sont très faibles, mais cela pourrait changer. En de nombreux endroits, les comportements propices à la transmission d'infections sexuelles sont suffisamment communs pour entraîner une propagation extrêmement rapide de l'infection à VIH si le virus s'installe. A **Vanuatu** par exemple, plus de 40 % des femmes enceintes présentent au moins une infection sexuellement transmissible ; il en est de même pour 43 % des femmes enceintes dans la capitale de **Samoa**, Apia (Sullivan et al., 2003 ; Sullivan et al., 2004). Au **Timor-Leste**, 60 % des professionnel(le)s du sexe ont présenté un test positif pour HSV2 à Dili, et il en est de même pour 29 % des chauffeurs de taxi et pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Pisani et l'équipe d'enquête IST à Dili, 2004).



A Vanuatu, plus de 40 % des femmes enceintes présentent au moins une infection sexuellement transmissible ; il en est de même pour 43 % des femmes enceintes dans la capitale de Samoa, Apia.

Europe orientale et Asie centrale

En Europe orientale et en Asie centrale, l'épidémie continue de progresser. Près de 220 000 personnes [150 000–650 000] ont été infectées par le VIH en 2005, ce qui porte à environ 1,5 million [1,0 million –2,3 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH—un chiffre qui a été multiplié par vingt en moins d'une décennie. Entre 2003 et 2005, le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dans la région a augmenté de plus du tiers.

Le tribut mortel de l'épidémie augmente rapidement lui aussi. On estime que le SIDA a tué 53 000 adultes et enfants [36 000–75 000] en 2005—près de deux fois le chiffre de 2003. Le nombre de femmes infectées par le VIH va croissant : en 2005, on estime que 420 000 [270 000–680 000] femmes âgées de 15 ans et plus vivaient avec le VIH—un tiers de plus que le chiffre de 310 000 femmes [200 000–490 000] pour 2003.

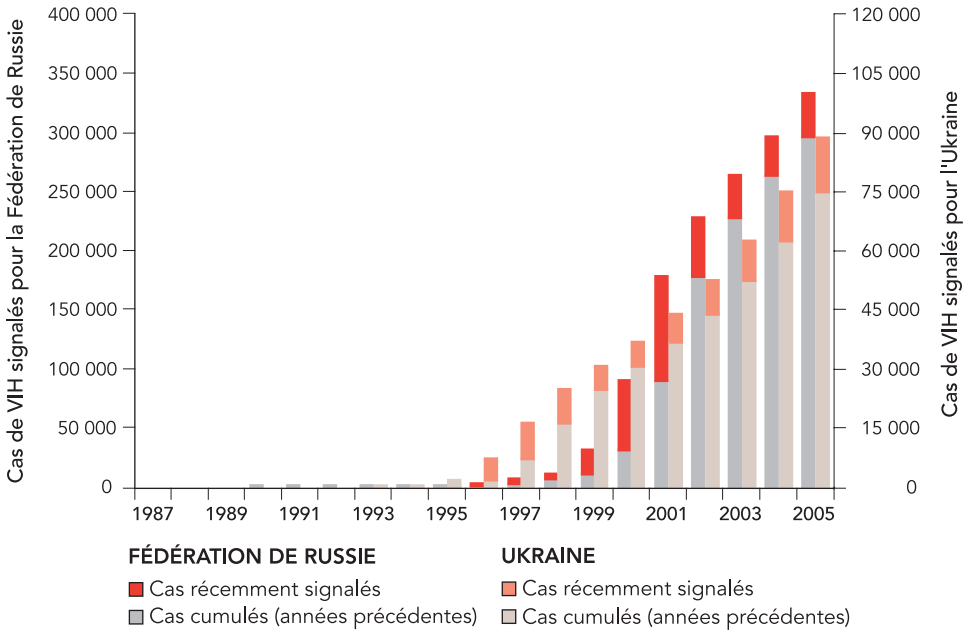
Si l'on souhaite avoir un impact significatif sur l'épidémie dans la région, il faudra renforcer les ripostes nationales pour faire face aux défis conjoints du VIH, du recours aux drogues injectables et des comportements sexuels à risque—en particulier chez les jeunes. La couverture par le traitement antirétroviral reste insuffisante dans la région, et au terme de l'année 2005, seules 21 000 personnes, sur les 160 000 qui en auraient eu besoin, en bénéficiaient effectivement. Les consommateurs de drogues injectables constituent plus de 70 % des cas de VIH dans la région, mais seulement 24 % environ de ceux et de celles qui reçoivent un traitement antirétroviral (OMS/ONUSIDA, 2006).

La plupart des personnes vivant avec le VIH se concentrent dans deux des pays de la région : l'**Ukraine**, où le nombre de nouveaux diagnostics de VIH augmente chaque année, et la **Fédération de Russie**, où sévit l'épidémie de SIDA la plus importante de toute l'Europe. Le chiffre annuel de nouveaux diagnostics de VIH, après avoir atteint en 2001 son niveau le plus élevé, y est resté relativement stable au cours des toutes dernières années. Au **Kazakhstan**, au **Tadjikistan** et en **Ouzbékistan**, le chiffre annuel des nouveaux diagnostics de VIH a augmenté de façon marquée et de nouvelles épidémies s'amorcent.

Au terme de l'année 2005, la **Fédération de Russie** comptait près de 350 000 cas d'infection à VIH officiellement enre-

02

FIGURE 2.12 Augmentation du nombre de cas de VIH signalés pour la Fédération de Russie et l'Ukraine, 1987–2005



Source : Centre fédéral russe pour le SIDA ; Centre ukrainien pour le SIDA et Ministère de la Santé de l'Ukraine.

gistrés depuis le début de son épidémie (Ladnaya, 2005). Le nombre de cas d'infection est en fait beaucoup plus élevé : on estime qu'au terme de l'année 2005, 940 000 [560 000–1,6 million] personnes y vivaient avec le VIH. Le taux de prévalence national chez les adultes est estimé à 1,1 % [0,7 %–1,8 %]. L'épidémie atteignant sa phase d'état, il est vraisemblable que les taux de mortalité associés au SIDA influent sur le déclin démographique ressenti dans le pays.

L'épidémie de SIDA au sein de la **Fédération de Russie** est associée à des facteurs enracinés dans les bouleversements socio-économiques et sociopolitiques des années 1990, époque à laquelle la fracture économique et sociale a créé un climat favorable au marché et à la consommation de drogue ainsi qu'aux risques d'infection à VIH associés à ces éléments (Rhodes et Simic, 2005). Un grand nombre de personnes—souvent jeunes et sans emploi—ont recours aux drogues injectables. Depuis le début de la présente décennie, au moins trois nouveaux cas d'infection à VIH sur quatre sont survenus chez des personnes âgées de moins de 30 ans, et les pratiques d'injection hasardeuses en sont la principale cause (Pokrovskiy, 2005 ; EuroHIV, 2005). A Saint Pétersbourg par exemple, les taux d'infection à VIH enregistrés peu de temps auparavant parmi les consommateurs de drogues injectables atteignaient 30 %, et dans des villes de province comme Cherepovets et Velikiy Novgorod on observe des taux de prévalence oscillant entre 12 % et 15 % (Verevochkin et al., 2005 ; Smolskaya et al., 2005). Les programmes de réduction des risques peuvent atténuer le danger des injections hasardeuses et de la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (Rhodes et al., 2004 ;

Des Jarlais et al., 2002 ; Gibson et al., 2001). Dans les villes de Pskov et de Tomsk par exemple, le risque lié au partage du matériel d'injection est au moins trois fois plus élevé parmi les consommateurs de drogues injectables qui *ne* prennent *pas* part aux programmes de réduction des risques que parmi ceux et celles qui y participent (Eroshina et al., 2005). Une évaluation rapide des programmes de réduction des risques dans 15 villes de la Fédération de Russie a fourni des résultats semblables (Open Health Institute, 2004). Les nouveaux projets d'échange de seringues en cours de développement sont encore trop peu nombreux pour freiner la progression de l'épidémie. Dans le même temps, on a observé des disparités géographiques significatives dans la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, suggérant des variations majeures en matière de comportements à risque.

Les déshérités qui vivent en marge de la société semblent être particulièrement soumis au risque d'infection à VIH. Une étude moscovite conduite parmi des détenus mineurs, des sans–abri et des femmes pensionnaires d'un centre de détention provisoire a mis en évidence une prévalence de 30 à 120 fois supérieure parmi ces personnes que dans l'ensemble de la population (Shakarishvili et al, 2005). L'épidémie affecte le système carcéral de la Fédération de Russie de façon disproportionnée, avec une prévalence du VIH que l'on estime quatre fois plus élevée au moins que dans l'ensemble de la population.

De plus en plus, le VIH se propage entre consommateurs (essentiellement masculins) de drogues injectables et leurs partenaires, voire au-delà ; et les femmes sont toujours plus nombreuses à contracter l'infection. Le nombre de femmes adultes (âgées de 15 ans et plus) qui vivaient avec le VIH en 2005 est estimé à 210 000 [110 000–370 000], soit près d'un tiers de plus que deux ans auparavant. En 2004, près de 38 % du total des cas de VIH enregistrés concernaient des femmes—plus que jamais auparavant. La tendance est surtout marquée parmi les plus jeunes d'entre elles, s'agissant en particulier de celles atteignant le terme de l'adolescence (entre 15 et 20 ans). En 2004, on dénombrait plus de nouveaux cas d'infection parmi elles que parmi les hommes d'âge égal. Certaines de ces femmes avaient été infectées lors d'injections de drogues (le nombre des consommatrices de drogues injectables a crû au cours de la dernière décennie) ; mais nombreuses sont celles ayant été infectées lors de rapports sexuels non protégés avec des hommes infectés (Service fédéral de la Fédération de Russie pour la Protection des Droits des Consommateurs et le Bien-être humain, 2005). Il faudra accroître d'efficaces efforts de prévention—en particulier auprès des consommateurs de drogues injectables et de leurs partenaires ainsi que parmi les professionnel(e)le du sexe et leur clientèle.

Au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie sévissant au sein de la Fédération de Russie, la nécessité de faciliter l'accès au traitement antirétroviral augmente. En 2005, seules 5000 personnes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral sur les 100 000 qui en auraient eu besoin (OMS/ONUSIDA, 2006). Le coût élevé des antirétroviraux constitue une barrière importante, et il en est de même s'agissant des carences en matière de compétences techniques, qui bloquent non seulement l'accès au traitement mais aussi l'ensemble de la riposte au SIDA.

En **Ukraine**, l'épidémie continue de progresser. Les données rassemblées montrent que le nombre annuel des diagnostics de VIH a pratiquement doublé depuis 2000, pour atteindre 12 400 en 2004, un chiffre qui sous-estime de façon marquée l'importance de l'épidémie puisqu'il prend uniquement en compte les infections observées chez les personnes ayant été reçues dans des centres de dépistage officiels (Centre ukrainien du SIDA, 2005a ; EuroHIV, 2005). Le taux de prévalence national chez l'adulte a été estimé à 1,4 % en 2005 [0,8 %–4,3 %]—soit 410 000 personnes [250 000 à 680 000] infectées.

Rapports sexuels non protégés et techniques d'injections de drogues sans respect de l'hygiène s'épaulent pour aggraver l'épidémie en Ukraine. Dans des villes comme Odessa et Simferopol par exemple, 58 % à 59 % des consommateurs de drogues injectables sont séropositifs au VIH (Centre ukrainien SIDA, 2005b). A Odessa, on a constaté que 67 % des professionnel(le)s du sexe qui consommaient également des drogues étaient séropositif(ve)s, de même que 35 % à 50 % d'entre eux(elles) à Donetsk, Lutsk, Poltava et Simferopol (Centre ukrainien SIDA, 2005b). En partie à cause de ces schémas, la transmission par voie sexuelle est devenue plus fréquente et se trouve à l'origine du tiers des nouveaux cas d'infection à VIH enregistrés en 2004 (par rapport aux 14 % relevés entre 1999 et 2003) (Centre ukrainien SIDA, 2005a). Certains de ces cas d'infection sont le résultat de rapports sexuels avec des partenaires eux-mêmes infectés vraisemblablement lors d'une injection préalable de drogue. Un nombre croissant d'infections à VIH contractées par voie sexuelle concernent des personnes qui n'avaient jamais consommé de drogues injectables jusque-là (Grund et al., 2005), ce qui semble indiquer une propagation du VIH parmi l'ensemble de la population. De plus en plus de femmes sont infectées : en 2004, 42 % des nouveaux diagnostics de VIH ont été émis parmi des femmes (Centre ukrainien SIDA, 2005a).

En Ukraine comme au sein de la Fédération de Russie, le VIH est présent dans le système carcéral, et les connaissances des détenus à ce sujet sont en général médiocres. Au cours d'une récente enquête, seuls 39 % des prisonniers savaient comment empêcher la transmission du virus par voie sexuelle (Rapport de l'UNGASS sur l'Ukraine, 2005). Le rôle des rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie est lui aussi caché à la population. Pour peu abondantes qu'elles soient, les données issues de recherches donnent à réfléchir. Un peu plus de la moitié (55 %) seulement des hommes homosexuels interrogés dans sept villes d'Ukraine ont déclaré avoir eu recours au préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un homme (Centre ukrainien SIDA, 2005b). A Odessa, une étude récente montre que 28 % des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes présentent un test positif au VIH (Centre ukrainien SIDA, 2005b). Il importante d'augmenter et de généraliser les activités de prévention, en particulier dans la population carcérale et parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Certains projets pilotes (dont des projets de réduction des risques) évoluent favorablement, mais il sont trop peu nombreux et trop limités pour ralentir le taux de progression de l'épidémie.

En Ukraine, l'épidémie a atteint le stade où les décès imputables au SIDA ont commencé à augmenter. Les sept

premiers mois de 2005 ont vu mourir 1138 personnes atteintes de maladies associées au SIDA, soit près d'un cinquième de l'ensemble des décès imputables au SIDA enregistrés à ce jour (Centre ukrainien SIDA, 2005a). Au cours des deux dernières années, l'accès au traitement a été amélioré et le nombre de personnes sous traitement antirétroviral est passé de moins de 200 en juillet 2004 à plus de 3000 en décembre 2005. Il faudra poursuivre ces efforts et les accroître, de manière à suivre la courbe du nombre croissant de personnes infectées par le VIH qui nécessitent un traitement. Comme dans beaucoup d'autres pays, il faudra veiller à ce que cette mise à niveau des traitements antirétroviraux inclue les consommateurs de drogues injectables (OMS, 2005 ; OMS/ONUSIDA, 2006).

Au **Bélarus**, on estime à 20 000 [11 000–47 000] le nombre d'adultes et d'enfants qui vivaient avec le VIH en 2005, et la propagation du VIH ne semble pas faiblir. La prévalence chez les adultes est de 0,3 % [0,2 %–0,8 %]. La transmission par voie sexuelle représente à l'heure actuelle la majorité des nouveaux diagnostics de VIH—55 % en 2004 (Ministère de la Santé du Bélarus, 2005). En **Ouzbékistan,** le nombre de nouveaux cas est passé de 28 en 1999 à 2016 en 2004. Le recours aux drogues injectables (et, à un moindre degré, les relations sexuelles monnayées) attisent l'épidémie, qui se concentre autour de la capitale Tashkent (EuroHIV, 2005 ; Todd et al., 2005). Une pareille combinaison de facteurs de risque sévit au **Kazakhstan**, où l'on estime à 12 000 [11 000–77 000] le nombre de personnes qui vivaient avec le VIH en 2005, avec une prévalence chez les adultes s'élevant à près de 0,3 % et une prévalence très élevée chez les consommateurs de drogues injectables—56 % enregistrés lors d'une enquête récente à Kashgar, par exemple (Ni et al. 2006). Au **Tadjikistan**, l'épidémie, de moindre ampleur, évolue néanmoins également rapidement. Le chiffre annuel des diagnostics de VIH signalés était inférieur à 50 avant 2004, mais a atteint 198 cette année-là. En 2005, on estime que 4900 [2400–16 000] personnes vivaient avec le VIH et le taux de prévalence national enregistré chez les adultes s'élevait à 0,1 % [0.1 %–1.7 %]. Une étude conduite parmi des consommateurs de drogues injectables dans la capitale, Douchanbé, a permis d'établir une prévalence de 12 % parmi eux. Lors de cette même étude, 77 % des femmes interrogées signalaient avoir échangé des faveurs sexuelles pour de la drogue ou de l'argent (Beyer et al., 2006). L'épidémie du Caucase semble augmenter moins rapidement qu'en de nombreux endroits de l'ex-Union soviétique (EuroHIV, 2005), mais la situation que connaissent l'**Arménie**, l'**Azerbaïdjan** et la **Géorgie** risque néanmoins d'entraîner une propagation rapide du VIH. Dans le premier de ces pays, on estime que la consommation de drogues injectables constitue dorénavant un mode de transmission majeur du VIH ; et on observe des taux de prévalence significatifs chez les consommateurs de drogues injectables et chez les professionnel(le)s du sexe à Bakou, capitale de l'Azerbaïdjan (EuroHIV, 2005). Dans le sud-est de l'Europe, les processus épidémiques observés sont encore plus modérés, mais là encore, l'injection de drogues et les comportements sexuels à risque pourraient générer une propagation extrêmement rapide du VIH. Le pays le plus affecté de cette sous-région est la **Roumanie**, avec un total cumulé de 6200 cas d'infection à VIH diagnostiqués au terme de l'année 2004, la plupart des nouveaux cas étant attribués aux rapports sexuels non protégés (EuroHIV, 2005).

02

Un total de 330 000 [240 000–420 000] personnes vivent avec le VIH dans les Caraïbes, dont 22 000 [9800–43 000] enfants de moins de 14 ans.



CARAÏBES

Un total de 330 000 [240 000–420 000] personnes vivent avec le VIH dans les Caraïbes, dont 22 000 [9800–43 000] enfants âgés de moins de 15 ans. On estime à 37 000 [26 000–54 000] le nombre de personnes qui ont été infectées par le VIH en 2005. Les femmes représentent 51 % des adultes vivant avec le VIH. Dans l'ensemble des Caraïbes, les épidémies—et les ripostes des pays au SIDA—varient de façon marquée dans leur intensité et dans leur ampleur. Les niveaux d'infection à VIH ont diminué dans les zones urbaines de **Haïti** mais se maintiennent dans la **République dominicaine** voisine. Aux **Bahamas** et à la **Barbade**, un meilleur accès au traitement antirétroviral semble avoir fait diminuer le nombre de décès imputables au SIDA. Ces progrès n'ont pas suffi néanmoins à faire perdre aux Caraïbes leur statut de deuxième région la plus affectée au monde. Le SIDA est la principale cause de mortalité chez les adultes (âgés de 15 à 44 ans) et on estime qu'il a coûté 27 000 [19 000–36 000] vies en 2005. Dans l'ensemble, moins du quart (23 %) des personnes qui auraient dû recevoir un traitement antirétroviral en ont effectivement bénéficié en 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006).

Le taux de prévalence national chez les adultes dépasse 2 % pour la **Trinité-et-Tobago** et 3 % aux **Bahamas** et en **Haïti**, alors qu'à **Cuba**, il est de 0,1 % [<0,2]. On constate cependant avec regret que dans de nombreux pays des Caraïbes, l'absence d'une rigoureuse surveillance de la progression du virus nuit à une claire évaluation des récentes tendances épidémiologiques (en milieu rural tout particulièrement).

A l'identique d'autres régions, les épidémies surviennent ici dans un contexte d'appauvrissement marqué et d'inégalités entre femmes et hommes. Les rapports hétérosexuels non protégés représentent le principal mode de transmission du VIH et les femmes (surtout les plus jeunes) sont de plus en plus exposées à l'infection à VIH. A **Trinité-et-Tobago** par exemple, les femmes âgées de 15 à 19 ans courent un risque six fois plus élevé, et en **Jamaïque**, un risque deux fois et demie plus élevé par rapport aux hommes du même groupe d'âge (Inciardi et al., 2005 ; MAP, 2003). Ces schémas relè-

vent essentiellement de combinaisons entre fragilité physiologique chez les filles et les jeunes femmes et pratique assez répandue de liaisons entre jeunes femmes et hommes plus âgés (qui, compte tenu de leur âge, sont plus susceptibles d'avoir été infectés par le VIH). On ne fait néanmoins pas assez attention au fait que plus d'un cas d'infection à VIH sur dix (12 %) enregistrés dans la région est attribuable à des rapports sexuels non protéges entre hommes. Compte tenu de la forte homophobie et des solides tabous culturels qui stigmatisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe, ce pourcentage pourrait augmenter (Inciardi et al., 2005). Exception faite des **Bermudes** et de **Porto Rico**, la consommation de drogues injectables ne joue qu'un rôle mineur dans les processus épidémiques observés aux Caraïbes.

Avec une prévalence de 0,1 % [<0.2 %] chez l'adulte et environ 4800 personnes [2300–15 000] vivant avec le VIH, **Cuba** reste une anomalie dans la région. Le programme national de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est l'un des plus efficaces au monde et a contribué à maintenir le nombre total de bébés infectés par le VIH en dessous de 100 à ce jour ; et l'accès universel et gratuit au traitement antirétroviral a limité tant le nombre des cas de SIDA que celui des décès imputables à la maladie (Susman, 2003 ; Groupe d'Experts techniques des Caraïbes, 2004). Il n'en reste pas moins que les épidémies de SIDA peuvent évoluer et que Cuba devra veiller aux changements sociaux émergents qui pourraient stimuler une plus importante propagation du VIH (Inciardi et al., 2005).

A de rares exceptions, les processus épidémiques observés aux Caraïbes se sont relativement maintenus au cours des dernières années. **Haïti** compte 190 000 [120 000–270 000] personnes vivant avec le VIH, plus que tout autre pays de la région. On estime le taux de prévalence national du VIH chez les adultes à 3,8 % [2.2 %–5.4 %]. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives a, quant à lui, diminué de moitié entre 1993 et 2003–2004, en particulier dans les zones urbaines, où il est passé de 9,4 % en 1993 à 3,7 % une décennie plus tard. Dans les zones semi-urbaines et rurales, le recul est comparativement plus faible (Gaillard et al., 2006). La population de Haïti est en règle générale bien informée sur le SIDA et on observe une utilisation accrue du préservatif, une tendance à l'abstinence et à la fidélité, ainsi que la réduction du nombre de partenaires occasionnels, particulièrement dans les villes. Il faut toutefois noter que le recul de l'incidence du VIH y est antérieur au constat effectif de ces changements de comportement (Gaillard et al., 2006). Ainsi, une analyse récente a attribué la tendance au recul de la prévalence du VIH tant à la mortalité liée au SIDA qu'aux améliorations de la sécurité transfusionnelle mises en place aux premiers stades du processus épidémique (Gaillard et al., 2006). En outre, des signes existent qui font croire que la tendance pourrait s'inverser à nouveau. En Haïti, les jeunes deviennent sexuellement actifs de plus en plus précocement—entre 1994 et 2000, l'âge moyen du premier rapport sexuel a reculé de près de un an parmi les femmes et les hommes, et le recours au préservatif est moins régulier dans le groupe d'âge des 15—24 ans (Gaillard et al., 2004).

En **République dominicaine**, qui partage l'île d'Hispaniola avec Haïti, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes a commencé à diminuer au

milieu des années 1990—surtout dans la capitale Saint Domingue—mais est restée relativement stable au cours des dernières années (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale de la République dominicaine, 2005). En 2005, on estime que le taux de prévalence national du VIH chez l'adulte s'élevait à 1,1 % [0,9 %–1,3 %]. La tendance observée à Saint Domingue pourrait être liée aux efforts soutenus de promotion en ce qui concerne le recours systématique au préservatif et les comportements à moindre risque parmi les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle. On a relevé des niveaux d'infection à VIH plus élevés chez les femmes enceintes ailleurs dans le pays (plus de 2 % en 2004 à La Romana et à San Juan, par exemple) et dans les *bateyes*—communautés misérables où vivent les travailleurs des plantations de canne à sucre, pour la plupart originaires de Haïti (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale de la République dominicaine, 2005). S'agissant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les chiffres enregistrés dans trois villes ont permis d'établir des niveaux d'infection à VIH atteignant 11 % (Toro–Alfonso, Varas–Diaz, 2005).

Aux **Bahamas**, où l'on estime à 6800 [3300–22 000] le nombre d'adultes et d'enfants qui vivaient avec le VIH en 2005, le taux de prévalence national chez l'adulte de 3,3 % [1.3 %–4.5 %] est l'un des plus élevés de la région. Parmi les femmes enceintes, le taux de prévalence est passé de 4 % au milieu des années 1990 à moins de 3 % en 2005. Une prise en charge et une gestion améliorées du SIDA semblent avoir contribué au recul du nombre de décès imputables à la maladie (Département de Santé publique des Bahamas, 2004). On observe la même tendance à la **Barbade**, où le nombre annuel de décès imputables au SIDA a diminué de moitié entre 1998 et 2003 (Centre épidémiologique de la Caraïbe, OPS, OMS, 2003 et 2004). Les nouveaux diagnostics de VIH chez les femmes enceintes ont eux aussi diminué de moitié entre 1999 et 2003 (Kumar et Singh, 2004). Le développement des services de dépistage et de conseil, et la mise à disposition de traitements antirétroviraux ont favorisé le recul de la transmission mère-enfant du VIH dans ces deux pays (Département de Santé publique des Bahamas, 2004 ; St John et al., 2003).

Les jeunes en Haïti entament leur activité sexuelle plus jeunes—l'âge médian pour les premiers rapports sexuels a diminué d'un an environ pour les femmes et les hommes de 1994 à 2000 et le recours au préservatif devient plus rare dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans.



On n'a pas encore observé de progrès de ce genre pour la **Trinité-et-Tobago** (où l'on estime le taux national de prévalence chez l'adulte à 2,6 % [1,4 %–4,2 %]), ni pour le **Guyana** et le **Suriname**, où de graves épidémies ont atteint les zones urbaines (Duke et al., 2004). Le SIDA est devenu la première cause de mortalité au Guyana parmi les personnes âgées de 25 à 44 ans et l'on y estime le taux de prévalence national du VIH à 2,4 % [1,0 %–4,9 %] en 2005 (ONUSIDA/OMS, 2004). Les niveaux d'infection élevés observés parmi les femmes et les hommes reçus en consultation pour d'autres infections sexuellement transmissibles (12 % à 15 %) et la tendance à l'augmentation pour les infections à VIH officiellement signalées soulignent la nécessité d'améliorer la riposte au Guyana (Groupe d'Experts techniques des Caraïbes, 2004). Il en va de même pour le **Suriname**, où l'on estime que 1,9 % [1,1 %–3.1 %] des adultes vivaient avec le VIH en 2005.

Les niveaux nationaux d'infection à VIH semblent par ailleurs s'être stabilisés en **Jamaïque**, même s'il semble que la prévalence du VIH ait légèrement reculé en quelques endroits (notamment dans les communes de St Ann et de St James) et qu'un plus grand nombre d'habitants de la Jamaïque se protègent dorénavant contre l'infection à VIH (Ministère de la Santé de la Jamaïque, 2004 ; Groupe d'Experts techniques des Caraïbes, 2004). En 2005, le taux de prévalence national chez l'adulte était de 1,5 % [0,8 %–2,4 %], et on estimait à 25 000 [14 000–39 000] le nombre d'adultes et d'enfants qui vivaient avec le virus. Des défis restés sans réponse assombrissent le tableau des progrès rencontrés dans le cadre des ripostes engagées jusque-là par certains pays. L'absence de surveillance rigoureuse et opportune, tant de la progression du VIH que des comportements, constitue pour de nombreux pays un obstacle majeur aux actions de prévention. On manque tout particulièrement d'informations précises sur les comportements et les tendances des groupes de population à risque (notamment parmi les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). Excepté pour **Cuba** et à un moindre degré pour les **Bahamas** et la **Barbade**, l'accès au traitement antirétroviral est très inégal, surtout dans certains des pays les plus affectés de la région. En 2005 par exemple, **Haïti** et la **République dominicaine** ont fourni des médicaments antirétroviraux à moins de 20 % seulement des personnes qui en auraient eu besoin (OMS/ONUSIDA, 2006).

AMÉRIQUE LATINE

Des données rassemblées en 2005 ont permis d'établir qu'en Amérique latine, près de 140 000 personnes [100 000–420 000] avaient récemment contracté l'infection à VIH, ce qui porte le nombre total de personnes vivant avec le VIH à 1,6 million [1,2 million–2,4 millions] pour la région, où 32 000 [19 000–59 000] enfants âgés de moins de15 ans vivent par ailleurs avec le VIH. En 2005, le SIDA a causé quelque 59 000 décès [47 000–76 000]. Au terme de l'année 2005, quelque 294 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral dans la région—soit 73 % du nombre total de personnes qui auraient dû en bénéficier, estimé à 404 000 (OMS/ONUSIDA, 2006). Si le **Brésil**, ainsi que l'**Argentine**, le **Chili**, le **Costa Rica**, le **Mexique**, le **Panama**, l'**Uruguay** et la **République bolivarienne du Venezuela** manifestent des progrès remarquables, les pays les plus pauvres d'Amérique centrale et ceux de la région

andine d'Amérique du Sud se débattent pour accroître l'accès au traitement face à de graves problèmes de coût (OPS, 2005).

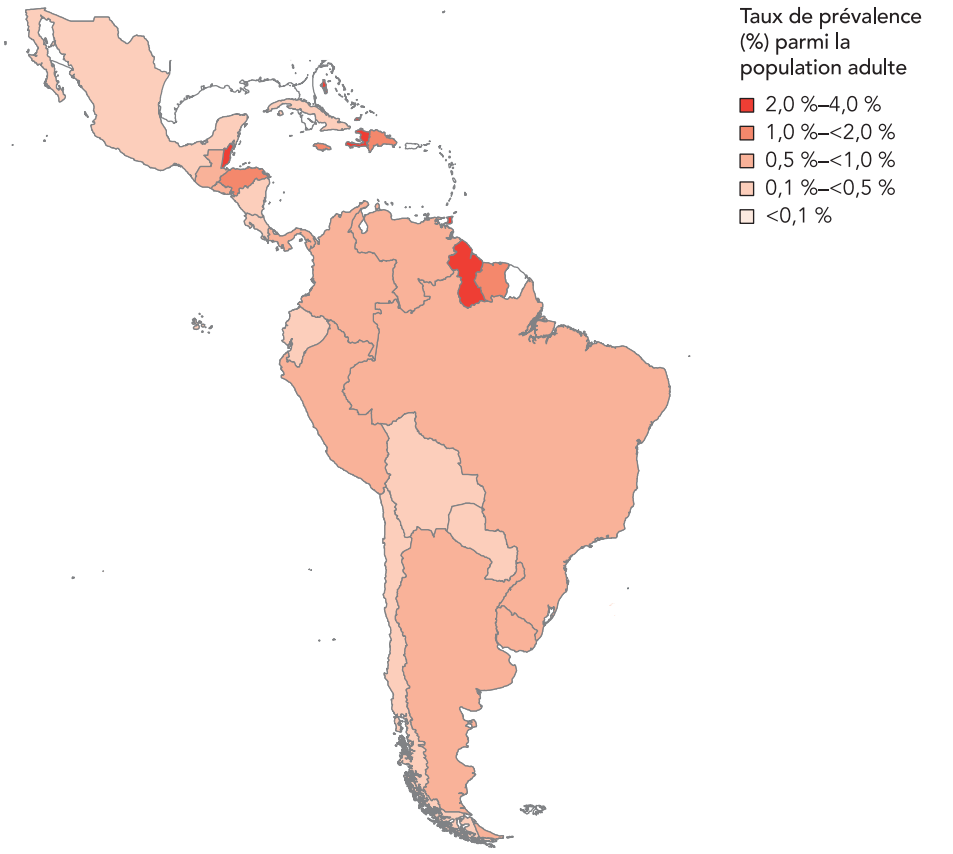
Dans la région, les épidémies les plus importantes concernent les pays les plus peuplés, notamment le **Brésil**, qui regroupe plus du tiers des personnes vivant avec le VIH en Amérique latine. Les épidémies les plus actives sont néanmoins observées au **Belize** et au **Honduras**, pays moins peuplés, dans chacun desquels 1,5 % des adultes, voire plus, vivaient avec le VIH en 2005.

Dans plusieurs pays d'Amérique latine, on rencontre des taux élevés d'infection à VIH (de 2 % à 28 % selon l'endroit) parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes—alors que les stratégies de prévention du VIH développées dans ces pays ne reflètent pas cette situation. Dans la plupart des pays observés, la transmission du VIH entre les professionnelles du sexe et leurs clients constitue un autre facteur de propagation du VIH, toutefois moins marquant. On constate que lorsque les épidémies parviennent à leur phase d'état, le nombre de femmes qui contractent l'infection augmente, surtout parmi celles qui vivent dans la précarité. Planifier des actions efficaces tenant compte des schémas de transmission, s'agissant en particulier des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, pourrait freiner de façon significative la progression soutenue des épidémies observées dans la région (Montano et al., 2005).

La riposte du **Brésil** au SIDA continue de forcer le respect. Le taux de prévalence national du VIH chez l'adulte n'était plus que de 0,5 % [0,3 %–1,6 %] en 2005. Les infections à VIH liées aux pratiques hasardeuses d'injection de drogue sont en baisse dans plusieurs villes et l'accès au traitement s'est généralisé. Sur les 209 000 Brésiliens nécessitant un traitement antirétroviral, près de 170 000 en bénéficient, dont 30 000 consommateurs de drogues injectables (OMS/ONUSIDA, 2006) : c'est néanmoins dans ce dernier groupe que l'on continue d'observer les taux les plus élevés d'infection à VIH. Le pays semble aussi présenter une tendance que l'on rencontre ailleurs dans la région : les femmes sont de plus en plus nombreuses à contracter l'infection et cette augmentation date des dernières années écoulées. D'autres évolutions récentes méritent réflexion. Des données d'enquête datant de 2004 montrent par exemple que plus nombreux sont dorénavant les jeunes qui deviennent sexuellement actifs plus précocement, avec un nombre accru de partenaires. Un tiers au moins (36 %) des jeunes Brésiliens et Brésiliennes âgés de 15 à 24 ans interrogés dans le cadre de cette enquête ont indiqué avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, et un cinquième avaient déjà eu plus de dix partenaires (Ministère de la Santé du Brésil, 2005). Ces observations soulignent la nécessité de maintenir et d'affiner les efforts de prévention du VIH.

En **Argentine**, le taux de prévalence national du VIH chez l'adulte était de 0,6 % [0,3 %–1,9 %] en 2005, le chiffre des enfants et des adultes vivant avec le VIH étant estimé à 130 000 [80 000–220 000]. Parmi les populations les plus affectées, on compte la population carcérale des grandes villes : en 2004, une enquête menée auprès de détenus de la province de Buenos Aires a permis d'établir que 17 % à 28 % d'entre eux avaient contracté l'infection à VIH. Cette tendance correspond peut-être au fait que

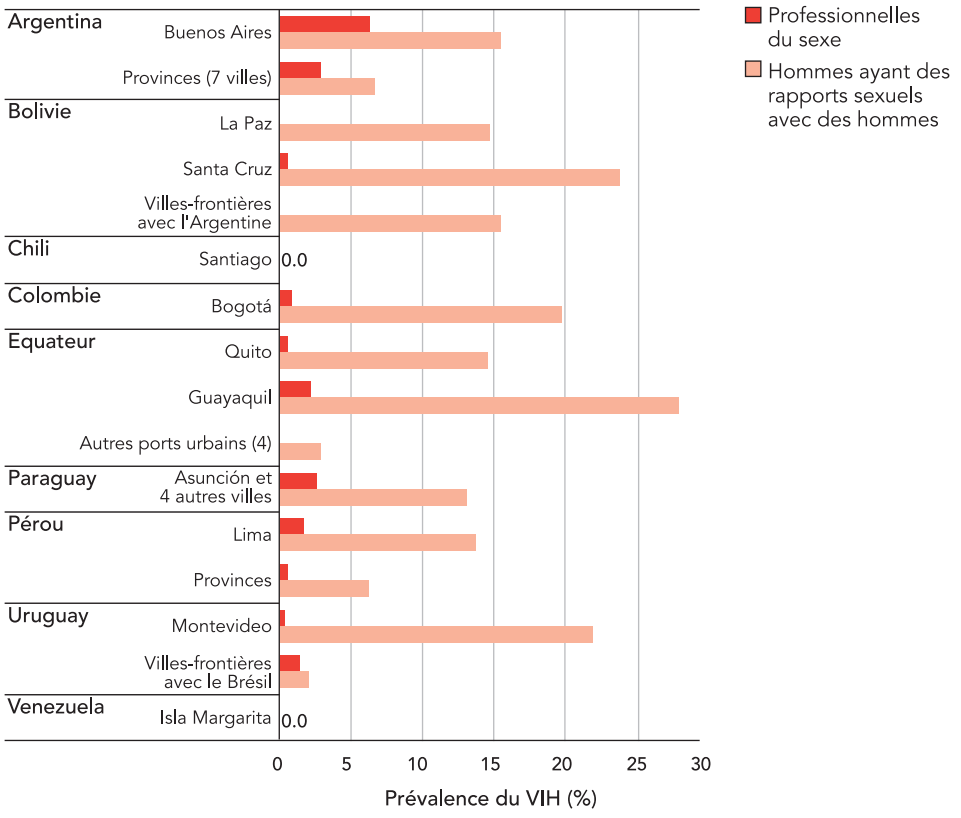
FIGURE 2.13 Prévalence du VIH (%) parmi la population adulte de l'Amérique latine et des Caraïbes, 2005



le recours aux drogues injectables et les rapports non protégés entre hommes restent des moteurs importants de l'épidémie dans le pays. Par exemple, près de la moitié (44 %) des consommateurs de drogues injectables testés à Buenos Aires se sont révélés séropositifs au VIH (Weissenbacher et al., 2003). Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, on a récemment enregistré des niveaux d'infection à VIH oscillant entre 7 % et 15 % (Segura et al., 2005 ; Bautista et al., 2004 ; Pando de los et al., 2003).

Au **Chili**, l'épidémie, principalement concentrée parmi les hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, change au fur et à mesure que les hommes infectés par le virus transmettent celui-ci à leurs partenaires femmes (Commission nationale du Chili pour le SIDA, 2003). Quelques autres pays de la région andine partagent ces caractéristiques, notamment la **Bolivie**, où le taux de prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a atteint jusqu'à 24 % à Santa Cruz. Au **Pérou** également, des chiffres de préva-

FIGURE 2.14 Prévalence du VIH (%) en Amérique latine parmi les professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 1999–2002



Source : Montano SM et al., JAIDS (2005).

lence atteignant 23 % ont été observés dans ce groupe à Lima, et des chiffres oscillant entre 6 % et 12 % dans plusieurs autres villes (Montano et al., 2005 ; Ministère de la Santé du Pérou, 2005). Les rapports sexuels monnayés représentent un autre facteur d'accroissement potentiel de l'épidémie au Pérou. Les niveaux d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe restent faibles jusque-là, mais près de la moitié (44 %) des jeunes citadins (âgés de 18 à 29 ans) interrogés lors d'une enquête ont rapporté avoir été amenés à payer pour des rapports sexuels et ne recourir au préservatif que rarement (Ministère de la Santé, 2004). En **Equateur**, les rapports sexuels entre hommes constituent aussi un facteur marquant d'une épidémie encore modeste mais en rapide évolution. On a observé des prévalences de 17 % et 23 % respectivement à Quito Pichincha et à Guayaquil Guayas parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Ministère de la Santé de l'Equateur, 2005). Dans tous ces pays, on estime que le taux de prévalence national du VIH chez l'adulte était bien inférieur à 1 % en 2005.

La pression des tabous sociaux fait que parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, nombreux sont ceux qui choisissent d'avoir également des rapports sexuels avec des femmes

(lesquelles sont susceptibles d'ignorer l'ensemble des aspects de la sexualité de leurs partenaires). En **Equateur** par exemple, où les taux d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe sont faibles (moins de 2 %), il semble qu'un nombre non négligeable de femmes aient été infectées par leur conjoint ou des partenaires réguliers, eux-mêmes infectés à l'occasion de rapports non protégés avec un autre homme (Montano et al., 2005). On constate le même phénomène en **Colombie** : parmi des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, on observe des taux d'infection à VIH beaucoup plus élevés (jusqu'à 20 % à Bogotá) que parmi les professionnelles du sexe—moins de 1 % à Bogotá (Montano et al., 2005 ; Khalsa et al., 2003 ; Mejía et al., 2002). Le nombre de femmes infectées va néanmoins croissant—surtout le long de la côte caraïbe et dans le nord-est du pays—et il semble que le mode de transmission soit très souvent lié à des rapports sexuels avec des partenaires masculins ayant également des rapports avec d'autres hommes (Prieto, 2003). Parmi les femmes séropositives rencontrées au cours de projets visant à prévenir la transmission mère-enfant, 72 % faisaient partie d'un couple stable (García et al., 2005).

Le besoin est urgent d'améliorer la surveillance en **Amérique centrale**, où les données disponibles indiquent une épidémie surtout associée aux rapports sexuels non protégés. Un des pays les plus atteints, le **Honduras**, regroupe un sixième environ des 380 000 [270 000–680 000] personnes vivant avec le VIH en Amérique centrale, et présente une épidémie typique de la sous-région. On estime que 1,5 % de la population du Honduras [0,8 %–2,4 %], soit 63 000 personnes [35 000–99 000], vivaient avec le VIH en 2005, et le SIDA y représente la principale cause de décès parmi les femmes (ONUSIDA/OMS, 2004). Si le VIH circule assez librement dans l'ensemble de la population, les rapports monnayés et les rapports sexuels entre hommes constituent les moteurs de l'épidémie. Parmi les professionnelles du sexe de la capitale Tegucigalpa, une sur douze présente un test VIH positif et on a observé des prévalences respectives de 8 % et 16 % dans cette ville et à San Pedro Sula parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Projet Action SIDA d'Amérique centrale, 2003/ *Proyecto Acción SIDA de Centroamérica*, 2003).

Avec un nombre de personnes vivant avec le VIH estimé à 61 000 [37 000–100 000], le **Guatemala** présente une épidémie semblable à celle du **Honduras**. Le taux de prévalence national du VIH chez l'adulte était de 0,9 % [0,5 %–2,7 %] en 2005. Les informations disponibles sont incomplètes mais semblent indiquer que la transmission du VIH survient surtout dans les régions urbaines, en particulier dans celles traversées par des voies de communication importantes (Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale du Guatemala, 2003). Les autres facteurs associés à la transmission du VIH comptent notamment les rapports sexuels monnayés non protégés (on a observé jusqu'à 15 % de prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe travaillant dans la rue) et les rapports sexuels entre hommes—parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Guatemala City on signale des taux d'infection de près de 12 % (Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale du Guatemala, 2003; Projet Action SIDA d'Amérique centrale, 2003). Les rapports

sexuels entre hommes constituent aussi un moteur caché mais important des épidémies du **Belize**, d'**El Salvador**, du **Nicaragua** et du **Panama** et un moteur évident de l'épidémie du **Costa Rica** (ONUSIDA/OMS, 2004 ; divers Ministères de la Santé, 2003). La prévalence du VIH chez l'adulte au **Mexique** ne dépasse pas 0,3 % [0,2 %–0,7 %] mais l'importance de la population du pays fait qu'environ 180 000 [99 000–440 000] personnes y vivaient avec le VIH en 2005—on estime que les deux tiers de ce chiffre correspondent à des hommes infectés au cours de rapports non protégés avec des hommes (Magis–Rodríguez et al., 2002). Il semble que la transmission hétérosexuelle du VIH soit en augmentation, de plus en plus de femmes étant infectées au cours de rapports avec des hommes qui ont également des partenaires masculins (Magis–Rodriguez et al., 2004).

AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE

Dans l'ensemble de ces régions, on comptait en 2005 près de 65 000 [52 000–98 000] personnes infectées par le VIH peu de temps auparavant, ce qui porte à 2,0 millions [1,4 million–2,9 millions] le nombre de personnes qui y vivent avec le VIH. Comparativement, l'accès généralisé au traitement antirétroviral a contribué au recul du nombre de décès imputables au SIDA enregistrés en 2005—soit près de 30 000. Les ripostes au SIDA ne correspondent pas néanmoins à l'évolution de l'épidémie observée en Amérique du Nord et en de nombreux pays d'Europe occidentale et d'Europe centrale. Il est impératif d'améliorer les services de prévention, de diagnostic et de traitement pour les immigrants et les populations migrantes, pour les groupes ethniques minoritaires et pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Aux **Etats-Unis,** le nombre de personnes vivant avec le VIH est plus élevé que jamais auparavant : 1,2 million [720 000–2,0 millions]. Le taux de prévalence national du VIH chez l'adulte a été estimé à 0,6 % [0,4 %–1,0 %]. L'accroissement du nombre de personnes vivant avec le VIH reflète les résultats ambigus qu'ont connus les efforts des Etats-Unis dans leur lutte contre l'épidémie. D'un côté, le traitement antirétroviral—qui a évité ou retardé la mort de 33 000 à 42 000 personnes entre 1995 et 2002 (Holtgrave, 2006) a permis à un nombre

Aux Etats-Unis, le nombre de personnes vivant avec le VIH est plus élevé que jamais auparavant : 1,2 million [720 000–2,0 millions]. Par ailleurs, de plus en plus de femmes sont infectées par le VIH—et pas seulement au cours de rapports non protégés.



supérieur de personnes de vivre plus longtemps. De l'autre, les progrès initiaux sur le front de la prévention ne se sont pas maintenus. Le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH enregistrés dans les 33 Etats disposant de rapports confidentiels nominatifs n'a que très modérément changé depuis la fin des années 1990. La moitié de toutes les infections à VIH diagnostiquées en 2004 (hommes, femmes et enfants) sont survenues parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; plusieurs études ont signalé une résurgence de comportements à risque dans cette population (Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention, 2006 et 2004a). Dans la ville de Baltimore, on a constaté un taux *annuel d'incidence* du VIH de 8 % parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans cette ville, 62 % des hommes testés séropositifs au VIH, soit près de deux sur trois, ignoraient avoir été infectés (Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention, 2005b).

Par ailleurs, de plus en plus de femmes sont infectées par le VIH—et pas seulement au cours de rapports non protégés. En 2003, près d'un quart des Américaines qui présentaient un diagnostic nouveau d'infection à VIH avaient été infectées lors de l'injection de drogues—environ 20 % de l'ensemble des nouveaux cas d'infection à VIH sont attribuables à ce mode de transmission (Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention, 2004a). Pour de nombreuses femmes ayant été infectées au cours de rapports sexuels, le principal facteur de risque semble cependant résider dans le comportement hasardeux de leur partenaire masculin—recours aux drogues injectables, rapports sexuels monnayés, rapports sexuels avec d'autres hommes (McMahon et al., 2004 ; Valleroy et al., 2004 ; Montgomery et al., 2003). Une étude entreprise par les Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention par exemple, a montré que 65 % des hommes qui avaient à un moment ou l'autre eu des rapports sexuels avec des hommes en avaient aussi eu avec des femmes (Valleroy et al., 2004). Comme en Amérique latine, les femmes pauvres et marginalisées semblent en outre devoir affronter un risque disproportionné d'infection par le VIH. Une étude récente conduite en Caroline du Nord a par exemple montré que les femmes séropositives couraient un risque beaucoup plus élevé d'être confrontées au chômage, de devoir recourir à une assistance publique et d'échanger des faveurs sexuelles contre de l'argent et des présents (Leone et al., 2005).

La concentration de l'épidémie au sein des communautés africaines-américaines et hispano-américaines a aussi son importance. Les premiers constituent un peu plus de 12 % de la population des Etats–Unis (recensement de l'an 2000), mais 50 % des nouveaux diagnostics de VIH dans les 35 régions disposant de notifications confidentielles nominatives à long terme pour le VIH. Les Hispaniques, qui constituent 14 % de la population des Etats–Unis et de Porto Rico, y représentent environ 18 % des nouveaux diagnostics de VIH (Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention, 2005a). Parmi les Africains-Américains et les Hispano-Américains, la plupart des hommes infectés par le VIH ont été exposés au virus lors de rapports sexuels avec des hommes—respectivement 49 % et 59 %, alors que la plupart des femmes vivant avec le VIH ont été infectées lors de rapports hétéro-sexuels—respectivement

78 % et 73 % (Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention, 2005c). Les Africaines-Américaines courent un risque jusqu'à douze fois plus élevé d'être infectées par le VIH que leurs homologues caucasiennes. Le SIDA est la principale cause de mortalité parmi les Africaines-Américaines âgées de 25 à 34 ans et compte parmi les trois principales causes de mortalité parmi les Africaines-Américaines âgées de 25 à 54 ans (Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention, 2004b). La probabilité de pouvoir accéder à un traitement antirétroviral est en outre deux fois moins élevée parmi la population africaine-américaine que parmi les autres groupes de population (Walensky et al., 2005). En 2003, près de deux fois plus l'Africains-Américains que de Caucasiens sont morts du SIDA (Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention, 2004a). Aux Etats-Unis, le défi qui consiste à ralentir le taux de nouveaux cas d'infection à VIH s'ajoute à celui d'une répartition plus équitable des services de diagnostic, de traitement et de prise en charge (Centres des Etats-Unis pour la Lutte contre les Maladies et leur Prévention, 2005b).

Au **Canada**, l'épidémie, quoique nettement plus limitée, progresse également. Si le nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH s'est maintenu aux alentours de 2500 depuis 2002 (après avoir augmenté au cours des années précédentes), l'importance relative des diagnostics étiologiques du VIH change sans cesse. Les rapports sexuels non protégés entre hommes restent le mode majeur de transmission du VIH (43 % des nouveaux diagnostics pour le premier semestre 2005), et le nombre de femmes infectées ne cesse de croître également. Elles représentaient un quart (27 %) des nouveaux cas d'infection en 2004, alors qu'elles ne comptaient que pour un dixième d'entre eux en 1995. Les rapports sexuels non protégés (responsables des deux tiers environ des déclarations de séropositivité) et l'usage des drogues injectables sans respect de l'hygiène sont les principaux moteurs de cette tendance (Agence de Santé publique du Canada, 2005). Un autre élément significatif réside dans l'impact disproportionné de l'épidémie sur les populations autochtones—qui représentent un peu plus de 3 % de la population du Canada, mais entre 5 % et 8 % des personnes vivant avec le VIH, et de 6 % à 12 % des nouveaux cas d'infection. Près de la moitié des diagnostics de VIH parmi les personnes autochtones concernent des femmes (Agence de Santé publique du Canada, 2004).

De l'autre côté de l'Atlantique, on estime à 720 000 [550 000–950 000] le nombre de personnes qui vivaient avec le VIH en 2005 en Europe occidentale et en Europe centrale, où les rapports hétérosexuels constituent dorénavant dans de nombreux pays le principal mode de transmission du VIH, s'agissant des nouveaux cas d'infection enregistrés. Il s'ensuit qu'une proportion croissante des nouvelles infections à VIH affectent les femmes—un tiers environ dans les pays disposant de nouvelles données pour 2004 ou les années ultérieures. Une proportion importante de ces diagnostics survient parmi des personnes originaires de pays subissant des épidémies de VIH aiguës, d'Afrique subsaharienne tout particulièrement (Hamers et Downs, 2004 ; EuroHIV, 2005). Le cas du **Royaume-Uni** est édifiant, où le chiffre annuel de nouveaux diagnostics a doublé depuis 2000, pour atteindre plus de 7200 en 2004 et selon toute vraisemblance 7700 en 2005 (Agence de Protection de la Santé au Royaume-Uni, 2005). L'essentiel de cet

accroissement est dû à une augmentation marquée du nombre d'infections à VIH d'origine hétérosexuelle, pour un total de plus de 4300 en 2004 (60 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics). En 2004, plus des trois quarts (77 %) des infections diagnostiquées peu de temps auparavant avaient été contractées dans des pays à prévalence élevée (Agence de Protection de la Santé au Royaume-Uni et al., 2006 ; Dougan et al., 2005). On observe une évolution semblable en **Allemagne,** en **Belgique**, au **Danemark**, en **France** et en **Suède**, où au moins un tiers des infections à VIH attribuables à un rapport hétérosexuel ont été contractées à l'étranger, la plupart du temps en Afrique subsaharienne. De nombreux immigrants et migrants vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique et une grande partie de ces personnes sont des femmes, ce qui souligne la nécessité de mettre en place des services de terrain pour accroître la prévention du VIH, aussi bien que de services de diagnostic, de traitement et de prise en charge.

Comme pour le reste de l'Europe, les pratiques sexuelles à risque entre hommes restent un facteur important de transmission du virus au **Royaume-Uni**, où l'on estime qu'elles sont responsables du tiers environ des 2214 nouveaux diagnostics établis en 2004 (Agence de Protection de la Santé au Royaume-Uni et al., 2006). Des études ont montré que les pratiques sexuelles à haut risque parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'ont pas diminué dans ce pays, accentuant la nécessité de reconsidérer les efforts de prévention au sein de ce groupe (Elford et al., 2005). L'**Allemagne** doit faire face à un défi du même ordre : la récente augmentation des infections à VIH nouvellement diagnostiquées s'est limitée pour l'essentiel aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Marcus et al., 2005). La moitié (49 %) des nouveaux diagnostics de VIH établis en Allemagne sont la conséquence de rapports à risque entre hommes, alors que leur proportion équivalait à un peu plus du tiers (37 %) en 2001 (Institut Robert Koch, 2005 ; EuroHIV, 2005). Les rapports sexuels entre hommes restent un facteur important de transmission s'agissant des épidémies sévissant dans la plupart des autres pays d'Europe occidentale, dont l'**Espagne** et les **Pays-Bas**, où tout semble indiquer une réémergence des rapports sexuels non protégés au cours des dernières années (Van de Laar et Op de Coul, 2004 ; Vall Mayans et al., 2004 ; EuroHIV, 2005).

Les programmes de réduction des risques ont par ailleurs contribué à ralentir la diffusion du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. En **Espagne**, suite à l'introduction de traitements à la méthadone et de programmes d'échange de seringues au cours des années 1990, les diagnostics de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ont diminué de façon marquée. Au **Portugal**, les 2400 nouveaux diagnostics rapportés en 2004 parmi les consommateurs de drogues injectables représentaient moins de la moitié du chiffre de 2000. Les pays où l'injection de drogues joue un rôle important dans l'épidémie doivent non seulement consolider ces gains, mais aussi agir pour freiner la transmission du VIH par les utilisateurs infectés vers leurs partenaires (EuroHIV, 2005).

Les épidémies sévissant en Europe centrale restent limitées. La plupart des nouveaux diagnostics de VIH surviennent en **Pologne**, seul pays à présenter des tendances nouvelles dignes d'être soulignées. Le nombre de nouveaux

02

Comme pour le reste de l'Europe, les pratiques sexuelles à risque entre hommes restent un facteur important de diffusion au Royaume-Uni, où l'on estime qu'elles sont responsables du tiers environ des 2214 nouveaux diagnostics établis en 2004.



diagnostics de VIH y a augmenté régulièrement depuis 2001, atteignant le chiffre de 656 en 2004 (EuroHIV, 2005). Les rapports non protégés—hétérosexuels ou entre hommes—constituent la cause principale de cette augmentation (Centre national SIDA, 2005).

Parmi les Etats baltes, c'est l'**Estonie** qui est la plus affectée, avec un taux national de prévalence chez l'adulte s'élevant à 1,3 % [0,6 %–4,3 %]. Le chiffre cumulé de cas de VIH signalés y dépassait les 5000 au terme de l'année 2005 (Inspectorat de la Protection sanitaire de l'Estonie, 2006). Le chiffre cumulé de cas de VIH signalés pour la **Lettonie** continue lui aussi d'augmenter et a atteint 3311 en 2005—même si le taux de progression des nouveaux cas d'infection a ralenti, comme il l'a fait pour l'épidémie plus limitée encore de la **Lituanie** (Centre de Prévention SIDA, 2006 ; Centre lituanien contre le SIDA, 2006).

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Excepté au **Soudan**, le taux de prévalence du VIH chez les adultes dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord est très faible et ne dépasse pas 0,1 %. Les données disponibles laissent penser néanmoins que les épidémies progressent dans plusieurs pays—dont l'**Algérie**, la **République islamique d'Iran**, la **Jamahiriya arabe libyenne** et le **Maroc**. Pour l'ensemble de la région, on estimait en 2005 que 64 000 [38 000–210 000] personnes avaient été infectées par le VIH peu de temps auparavant, ce qui porte à quelque 440 000 [250 000–720 000] le nombre total de personnes vivant avec le virus. Le **Soudan** compte largement 350 000 [170 000–580 000] de ces personnes. L'accès au traitement antirétroviral est inégal dans la région et le SIDA y a tué quelque 37 000 [20 000–62 000] adultes et enfants en 2005. Seules 5 % des 75 000 personnes que l'on estime avoir besoin de traitement antirétroviral en bénéficiaient au terme de l'année 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006).

Au **Soudan**, le taux de prévalence du VIH chez les adultes a été estimé à 1,6 % [0,8 %–2,7 %] en 2005. L'épidémie est particulièrement aiguë dans les zones méridionales du pays (voisines de pays présentant une prévalence du VIH relativement élevée). En 2005, dans l'Etat du Nil blanc, on a observé par exemple une prévalence du VIH de 2,2 % dans des

services de soins prénatals (Ministère de la Santé du Soudan, 2006). Des enquêtes communautaires récentes conduites parmi l'ensemble de la population adulte et parmi des femmes enceintes ont mis en évidence des taux de prévalence du VIH de 4,4 % et de 3 % respectivement dans la ville de Yei—proche de la frontière ougandaise et de 0,4 % et 0,8 % à Rumbek, plus loin à l'intérieur du pays (Kaiser et al., 2006). Il y a des signes récents d'une diffusion marquée du VIH à Khartoum, dans le nord du pays (Ministère de la Santé du Soudan, 2005). On a par exemple établi un taux de prévalence du VIH de 1,6 % parmi les femmes enceintes des populations déplacées reçues dans des services de soins prénatals de Khartoum en 2004, chiffre à comparer au taux inférieur à 0,3 % parmi les autres femmes enceintes (Ministère de la Santé du Soudan, 2005).

Les rapports sexuels non protégés constituent le principal mode de transmission du VIH dans la région—même si le recours aux drogues injectables est un facteur d'importance croissante, surtout dans les épidémies de la **République islamique d'Iran** et de la **Jamahiriya arabe libyenne**. Les comportements à risque sont fréquents au sein de l'importante population iranienne des consommateurs de drogues injectables et on y enregistre donc des taux élevés d'infection à VIH : 15 % par exemple des consommateurs de drogues injectables de sexe masculin testés dans un centre de Téhéran étaient séropositifs. La plupart étaient sexuellement actifs et l'échange d'argent contre des rapports sexuels y est monnaie courante ; néanmoins, seule la moitié d'entre eux n'avaient *jamais* eu recours au préservatif (Zamani et al., 2005 ; Ministère de la Santé et de l'Education médicale en Iran, 2004). A Marvdasht, les deux tiers des consommateurs de drogues injectables désireux d'être traités ont signalé avoir partagé des seringues et un sur cinq avait procédé à cet échange en prison (Day et al., 2005)—l'incarcération apparaît en fait comme un facteur de risque important pour l'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (Rahbar et al., 2004). Si l'on tient compte qu'une proportion importante de la population carcérale de l'Iran compte des personnes détenues pour des délits associés à la drogue (certains parlent de près de la moitié), il est urgent d'accroître les programmes de prévention du VIH (notamment les traitements de substitution à la méthadone), surtout en milieu carcéral (Zamani et al., 2005).

La **Jamahiriya arabe libyenne**, où l'on a constaté un taux de prévalence de 18 % chez les détenus, doit affronter un défi du même ordre (Sammud, 2005). Ce chiffre n'a rien d'étonnant au vu du décuplement des infections à VIH chez les jeunes hommes du pays depuis le début de ce siècle. Les pratiques d'injection sans respect de l'hygiène ont été la cause de 90 % environ de ces infections. De même, les comportements à risque associés à la consommation de drogues injectables augmentent le risque de progression extrêmement rapide du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans plusieurs autre pays. Selon diverses études, près de 41 % des consommateurs de drogues injectables partagent leur matériel en **Algérie**, 51 % au **Maroc**, 55 % en **Egypte** et 65 % au **Liban** (Mimouni et Remaoun, 2005 ; Elshimi et al., 2004 ; Khoury et Aaraj, 2005).

Les rapports sexuels non protégés (y compris les rapports monnayés et les rapports entre hommes) constituent l'autre grand moteur de l'épidémie dans la

Les rapports sexuels non protégés (y compris les rapports monnayés et les rapports entre hommes) constituent l'un des grands moteurs de l'épidémie dans la région—par exemple dans des pays comme l'Arabie saoudite, l'Egypte et le Maroc.



région—par exemple dans des pays comme l'**Egypte**, le **Maroc** et l'**Arabie saoudite**. Près de la moitié des cas d'infection à VIH enregistrés au cours d'une étude conduite à Riyad, capitale de l'**Arabie saoudite**, sont le résultat de rapports hétérosexuels. La majorité des femmes séropositives étaient des femmes mariées ayant vraisemblablement contracté le virus auprès de leur époux, lui-même sans doute infecté lors de rapports monnayés (Abdulrahman et al., 2004). Dans plusieurs pays, le commerce du sexe constitue un facteur de risque significatif : 9 % des professionnelles du sexe testées en 2004 à Tamanrasset en **Algérie** étaient séropositives. Au **Maroc**, des études ont permis d'établir une prévalence du VIH de 1,9 % en 2004, et au **Soudan** de 4,4 % en 2002, parmi les professionnelles du sexe (Fares et al, 2004 ; Ministère de la santé du Maroc, 2005 ; Ministère fédéral de la Santé du Soudan, 2002). En **Algérie**, l'épidémie s'est étendue au reste de la population et le taux de VIH parmi les femmes dépasse 1 % dans certains services de soins prénatals du sud du pays (Institut de Formation paramédicale de Parnet, 2004).

Le manque d'information sur les schémas de transmission du VIH et sur les comportements (en particulier l'influence que possèdent le commerce du sexe et les rapports entre hommes sur les épidémies) fait que l'on ne connaît presque rien de la diffusion du VIH dans les autres pays de la région. Il se peut que des épidémies localisées et occultes surviennent par endroits sans être décelées. Les services et l'information liés à la prévention du VIH font défaut dans toute la région, les connaissances sur le SIDA y sont maigres et les actions de prévention peu nombreuses, même parmi les populations les plus à risque. Il conviendra de renforcer les stratégies et les services de prévention afin de freiner les épidémies de la région, pour la plupart encore balbutiantes : des efforts importants devront être engagés s'agissant de la stigmatisation et de la discrimination qui freinent les activités en cours.

Progrès accomplis dans les pays 03





Chapitre 03



PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LES PAYS

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001 a été un moment historique dans la lutte engagée à l'échelle mondiale contre la crise du SIDA. Dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (Nations Unies, 2001), pour la première fois, les leaders de 189 Etats Membres se sont engagés à réaliser des objectifs de lutte contre le VIH assortis de délais.

Par un leadership et un engagement déterminés, la mobilisation de moyens sans précédent et l'application de stratégies efficaces de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien dans le domaine du VIH, les pays se sont engagés à stopper et à commencer d'inverser le cours de l'épidémie mondiale à l'horizon 2015, conformément à l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (Nations Unies, 2000). Au cours des années qui ont suivi la Session extraordinaire, la Déclaration a galvanisé une action considérablement intensifiée à l'échelle mondiale, renforcé le plaidoyer de la société civile, contribué à guider les décideurs nationaux et constitué un cadre fondamental de suivi de la riposte au VIH aux niveaux mondial, régional et national.

L'obligation redditionnelle et la transparence constituent des éléments clés de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, qui exige que des rapports réguliers soient présentés à l'Assemblée générale sur les progrès accomplis à l'échelle mondiale dans la réalisation des objectifs de la Déclaration. Pour satisfaire aux exigences de la Déclaration en matière de suivi, l'ONUSIDA a collaboré avec plusieurs partenaires pour formuler une série d'indicateurs de base permettant de mesurer les progrès à l'échelle mondiale et nationale dans la mise en œuvre (ONUSIDA, 2005a). En 2003, plus de 90 pays ont présenté des données relatives à ces indicateurs de base, ce qui a permis d'identifier des lacunes spécifiques dans la riposte au VIH aux niveaux national, régional et mondial (ONUSIDA, 2003).

Le présent Rapport est publié cinq ans après la Session extraordinaire, au moment où des chefs d'Etat et d'autres leaders nationaux se réunissent avec des représentants de la société civile, du

secteur privé et d'autres secteurs de la communauté internationale pour évaluer les progrès accomplis dans la riposte au VIH. Pour contribuer à cette évaluation sur cinq ans de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, l'ONUSIDA a, une fois encore, procédé à des enquêtes dans les pays sur les indicateurs de base, en prêtant une attention particulière à plusieurs cibles quantifiables qui étaient à atteindre d'ici à décembre 2005 (ONUSIDA, 2005a). En mars 2006, l'ONUSIDA avait reçu les réponses de 126 pays et territoires, qui sont présentées à l'Annexe 3. Dans ces rapports les plus récents, les pays font part, pour la première fois, de données systématiques sur un ensemble élargi d'indicateurs de base, dont la surveillance de la sécurité du sang, la réduction du risque dans la transmission sexuelle, la qualité des traitements du SIDA et la couverture des services destinés aux populations les plus exposées au risque. Ces rapports détaillés des pays sont partiellement le résultat du succès des processus consultatifs entrepris à l'échelon pays, du déploiement, par l'ONUSIDA et d'autres partenaires, de plus de 60 spécialistes techniques du suivi et de l'évaluation pour aider les pays dans cette tâche (CDC/GAP, 2005) et de la collecte systématique par les pays des données pertinentes au VIH dans le cadre du Système d'information sur la riposte des pays (ONUSIDA, 2005b). En outre, la collaboration du Consortium mondial de suivi des ressources et le parrainage de l'ONUSIDA pour des projets nationaux en vue de procéder à des Estimations des dépenses nationales relatives au SIDA ont facilité la notification des dépenses publiques réelles pour des activités contre le VIH dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs (ONUSIDA, 2006).

Ce rapport contient l'ensemble le plus complet jamais présenté de données relatives aux ripostes des pays à l'épidémie de SIDA. Des rapports ont non seulement été soumis par 126 pays et territoires, mais, pour la première fois, la société civile a activement participé à la collecte, l'examen et l'analyse de ces données (voir le chapitre sur la 'Société civile'). De plus, l'ONUSIDA a reçu des rapports séparés de la société civile pour plus de 30 pays, ce qui permet une estimation de l'engagement politique, de la qualité et de l'équité des services et de la manière dont



Des rapports ont non seulement été soumis par 126 pays et territoires, mais, pour la première fois, la société civile a activement participé à la collecte, l'examen et l'analyse de ces données.

est menée la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. L'ONUSIDA a également soutenu des enquêtes ciblées concernant la couverture de certaines interventions clés en matière de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien, ainsi que d'autres études sur des aspects particuliers de la riposte mondiale. Les données relatives aux indicateurs qui ont été fournies à l'ONUSIDA par les pays sont présentées à l'Annexe 3.

Sur les 126 pays et territoires qui ont soumis des rapports, 46 connaissent des épidémies généralisées, alors que 76 ont des épidémies concentrées ou à faible niveau (quatre territoires n'ont pas été classés). Tous les pays n'ont pas fourni d'informations pour tous les indicateurs de base. Quelques pays n'ont présenté que des données sur les indicateurs sans rapport narratif. Le présent chapitre porte surtout sur les pays à faible ou moyen revenu, avec une section spéciale concernant les résultats des pays à revenu élevé.

Les importants progrès réalisés dans la lutte contre le SIDA depuis la Session extraordinaire de 2001—notamment sur le plan de l'augmentation des ressources, du renforcement des cadres politiques nationaux, de l'extension de l'accès aux services de prévention et de traitement et du large consensus sur les principes soutenant une action efficace à l'échelon pays—constituent une fondation solide sur laquelle édifier maintenant une riposte à grande échelle et totalement exhaustive. Certains pays font également rapport sur les améliorations apportées aux cadres nationaux relatifs aux droits humains et certains progrès ont été accomplis dans la participation de la société civile à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des ripostes nationales.

Pourtant, en général, l'épidémie continue à prendre la riposte de vitesse. Les programmes de prévention ne touchent qu'une petite minorité de ceux qui en ont besoin : la couverture des programmes de prévention de la transmission mère-enfant n'a que peu progressé entre 2003 et 2005 et la moitié environ des pays d'Afrique subsaharienne qui ont présenté un rapport ne sont pas parvenus à atteindre la cible de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA demandant de réduire la prévalence du VIH parmi les jeunes (15 à 24 ans) de 25% d'ici à 2005. En dépit des progrès de l'extension de l'accès aux traitements, les médicaments antirétroviraux ne parviennent actuellement qu'à une sur cinq des personnes qui en ont besoin dans les pays à faible ou moyen revenu. Les enfants rendus orphelins par le SIDA restent à la traîne de leurs homologues non orphelins pour ce qui est de la fréquentation scolaire et les services de soutien ne touchent environ qu'un sur 10 des enfants rendus vulnérables par l'épidémie. Le niveau actuel de financement des activités de lutte contre le VIH, s'il a plus que quadruplé depuis 2001, ne représente qu'un tiers à peine des montants qui seront nécessaires d'ici à 2008 afin mettre le monde sur la bonne voie pour inverser le cours de l'épidémie mondiale.

Atteindre les objectifs

Cinq ans après la Session extraordinaire de 2001, les données disponibles montrent l'incroyable diversité entre les pays et régions de la mise en œuvre de la riposte telle que l'envisage la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Si certains pays ont atteint des objectifs et des cibles clés pour 2005, nombreux sont

ceux qui ne sont pas parvenus à remplir les engagements définis dans la Déclaration. Certains pays ont faits d'énormes progrès dans l'extension de l'accès aux traitements, mais ont peu avancé dans l'élargissement de leurs programmes de prévention du VIH, alors que d'autres pays, qui enregistrent maintenant une baisse de la prévalence nationale du VIH, n'avancent que lentement sur la voie qui permettrait d'assurer des traitements à tous ceux qui en ont besoin. Les progrès généraux accomplis vers la réalisation des objectifs mondiaux pour 2005 sont présentés dans la Figure 3.1 ci-après. Les écarts importants existant pratiquement pour chaque indicateur reflètentla diversité des performances selon les pays.

FIGURE 3.1 **Progrès réalisés par les pays pour atteindre les objectifs fixés à l'échelle mondiale par la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, 2005 (pays à faible ou moyen revenu)**

RÉSULTATS À L'ÉCHELLE MONDIALE	OBJECTIF MONDIAL POUR 2005
Total des dépenses annuelles*	
US$ 8 297 000 000 Fourchette estimée: US$ 7,5 milliards – US$ 8,5 milliards	US$ 7,0 – US$ 10,0 milliards Objectif mondial atteint
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir la transmission du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH**	
HOMMES : 33% (Fourchette nationale : couverture 7%–50%) (n = 16) **FEMMES** : 20% (Fourchette nationale: couverture 8%–44%) (n = 17)	Couverture 90% ■ *Aucun pays n'a atteint l'objectif*
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant de la prophylaxie antirétrovirale***	
9% (Fourchette nationale : couverture 1%–59%) (n = 41)	Couverture 80% ■ *Aucun pays n'a atteint l'objectif*
Pourcentage de personnes atteintes d'infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale****	
20% (Fourchette nationale : couverture 1%–100%) (n = 116) 1 300 000 personnes sous traitement	Couverture 50% ■ *21 pays ont atteint l'objectif* *3 millions de personnes sous traitement* ■ *Objectif mondial non atteint*
Pourcentage de jeunes hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, qui sont infectés par le VIH*****	
HOMMES : 1,4% (degré d'incertitude: 1,1%–1,8%), (n = 54) **FEMMES** : 3,8% (degré d'incertitude: 3,0%–4,7%), (n = 54) *Il n'existe pas de données mondiales comparables pour 2001 dans ce groupe d'âge. Les progrès ne peuvent être mesurés que dans des pays individuels.*	25% de réduction dans les pays les plus touchés ■ *6 des pays les plus touchés ont atteint l'objectif*
Pourcentage estimé de nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui ont été infectés, 2005******	
26% des enfants nés de mères infectées par le VIH étaient aussi infectés (n = 33, pays les plus touchés) *En 2001, 30% environ des enfants étaient infectés, On estime à 10% la baisse de la transmission du VIH entre 2001 et 2005.*	Réduction de 20% ■ *11 des pays les plus touchés ont atteint l'objectif*

Notes:
*Voir le chapitre sur le financement
**Demographic and Health Survey/AIDS Indicator Survey, 2001–2005 (MEASURE DHS, 2006)
***Stover et al., (2006)
****Rapport '3 millions d'ici 2005' (OMS/ONUSIDA, 2006)
*****ONUSIDA/OMS 2005 Estimations pour les pays connaissant des épidémies généralisées, voir Annexe 2
******ONUSIDA/OMS 2005, Estimations, voir Annexe 2

PRINCIPAUX RÉSULTATS POUR LES PAYS À FAIBLE OU MOYEN REVENU

La plupart des pays disposent maintenant d'une base solide sur laquelle édifier une riposte efficace au SIDA. Actuellement, 90% des pays ayant fait rapport disposent d'une stratégie nationale de lutte contre le SIDA, 85% ont mis en place un organisme national unique de coordination des activités contre le SIDA et 50% ont élaboré un cadre et un plan national de suivi et d'évaluation, ce qui correspond aux 'Trois Principes' d'une riposte efficace (voir le chapitre sur les capacités nationales). Dans près de 40 pays en développement, la riposte au SIDA est maintenant personnellement menée par les chefs de gouvernement ou leurs adjoints.

Les moyens financiers destinés à combattre le SIDA se sont considérablement accrus. Le taux de croissance des ressources liées au VIH s'est accéléré depuis la Session extraordinaire de 2001, avec une augmentation annuelle moyenne de US$ 1,7 milliard entre 2001 et 2004, par rapport à une augmentation annuelle moyenne de US$ 266 millions entre 1996 et 2001.

Les dépenses publiques intérieures des gouvernements se sont considérablement accrues dans les pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne et de manière plus modérée dans les pays à revenu intermédiaire. Parmi les 25 pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne, les dépenses intérieures du secteur public sur le SIDA ont augmenté de 130% depuis la Session extraordinaire de 2001, pour atteindre un montant de US$ 640 millions en 2005. L'augmentation dans les pays à revenu intermédiaire supérieur hors de l'Afrique subsaharienne pendant la même période a été d'environ 10%.

Les scientifiques sont de plus en plus convaincus qu'il sera possible de mettre au point un vaccin préventif et un microbicide sûrs et efficaces contre le VIH. Toutefois, il reste bien des problèmes scientifiques à résoudre et, pour assurer la mise au point en temps utile de ces deux outils, il conviendra d'intensifier la collaboration et la coordination à l'échelle mondiale. Il faudra aussi investir des ressources considérablement plus massives. Au cours des cinq dernières années, le financement alloué à ces deux moyens de prévention a doublé.

L'accès aux traitements s'est élargi de manière spectaculaire, même si les efforts dans ce sens n'ont pas atteint les objectifs fixés. En 2005, 1,3 million de personnes dans les pays à faible ou moyen revenu ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale et 21 pays ont atteint ou dépassé le but fixé au titre de l'initiative '3 millions d'ici 2005' qui était de fournir un traitement à 50% de ceux qui en ont besoin.

Certains pays ont considérablement accru la couverture des services de prévention, mais six pays seulement ont atteint la cible d'une baisse de 25% de la prévalence du VIH chez les 15 à 24 ans. Dans plus de 70 des pays interrogés, la fréquentation des services de conseil et de test a quadruplé au cours des cinq dernières années, de quatre millions de personnes environ en 2001 à 16,5 millions en 2005. Dans 58 pays ayant présenté des données, 74% des écoles primaires et 81% des écoles secondaires offrent maintenant un enseignement relatif au SIDA. Certains pays sont parvenus à une couverture de près de 60% des femmes enceintes séropositives au VIH par une prophylaxie antirétrovirale destinée à prévenir la transmission mère-enfant (mais la moyenne mondiale n'est que de 9%). Le sang

destiné aux transfusions est maintenant contrôlé systématiquement pour le VIH dans la plupart des pays.

Malgré les avancées obtenues dans l'accès à certains services de prévention, l'épidémie continue de frapper lourdement les femmes et les jeunes. Les femmes représentent près de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH, et près de 60% en Afrique. Plus de la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH se produisent chez les enfants et les jeunes de moins de 25 ans. Dans certaines parties d'Afrique et des Caraïbes, les jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ont six fois plus de risque d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes.

Les programmes de prévention du VIH ne parviennent toujours pas à toucher les personnes les plus exposées au risque. Neuf pour cent seulement des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes bénéficiaient d'une forme quelconque de prévention du VIH en 2005, alors que la couverture des services variait de 4% en Europe orientale et en Asie centrale à 24% en Amérique latine. Parmi les personnes qui s'injectent des drogues, moins de 20% bénéficiaient de services de prévention du VIH, une couverture inférieure à 10% étant notifiée en Europe orientale et en Asie centrale, où la consommation de drogues est l'un des grands moteurs de l'expansion rapide de l'infection à VIH. La couverture préventive est quelque peu plus élevée pour les professionnel(le)s du sexe, mais 10 pays sur 24 seulement ayant fourni des données sur cette question avaient atteint une couverture de 50% au moins pour cette population. Dix-neuf pays ont indiqué que plus de 50% des professionnel(le)s du sexe avaient utilisé un préservatif avec leur plus récent client. Quand bien même les données indiquent que la couverture des programmes de prévention est plus élevée pour les professionnel(le)s du sexe que pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, il est crucial que des efforts supplémentaires soient faits pour assurer un taux suffisant de couverture pour ces trois groupes de la population.

Les efforts de prévention du VIH en vue d'améliorer les connaissances relatives au SIDA sont encore insuffisants pour les jeunes, mais on note dans plusieurs pays des signes encourageants d'un changement positif des comportements. La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA visait à ce que 90% des jeunes aient acquis les connaissances nécessaires sur le SIDA d'ici à 2005, mais les enquêtes indiquent que moins de 50% des jeunes sont parvenus à un niveau suffisant de connaissances. Dans tous les pays sauf trois disposant d'enquêtes récentes, les jeunes femmes avaient systématiquement des niveaux de connaissances inférieurs à ceux des hommes. Point plus encourageant, le pourcentage de jeunes qui ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a baissé et l'usage du préservatif s'est accru dans huit des 11 pays d'Afrique subsaharienne étudiés.

La stigmatisation et la discrimination restent des obstacles importants à une mise en œuvre efficace des programmes de prévention, de traitement et de soutien. La stigmatisation est un obstacle particulièrement important au succès des programmes de prévention du VIH, dont les services à l'intention des populations vulnérables et la prévention de la transmission mère-enfant. Selon les rapports émanant de la société civile dans 30 pays, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH restent largement répandues.

03

La riposte au SIDA n'est pas suffisamment enracinée dans la promotion, la protection et la réalisation des droits de la personne. La moitié des pays qui ont soumis un rapport à l'ONUSIDA ont relevé l'existence de politiques qui entravent l'accessibilité et l'efficacité des mesures de prévention et de prise en charge du VIH. Les systèmes juridiques de nombreux pays ne parviennent pas non plus à offrir une réelle protection aux enfants affectés par le SIDA et aux personnes âgées qui s'en occupent. Lorsqu'il existe des protections juridiques, la capacité à les appliquer est souvent inadéquate.

Les gouvernements nationaux, les partenaires internationaux et les communautés ne parviennent pas à offrir une prise en charge et un soutien suffisants aux 15 millions d'enfants rendus orphelins par le SIDA et aux millions d'autres enfants rendus vulnérables par l'épidémie. Si la plupart des pays fortement touchés en Afrique subsaharienne disposent de cadres politiques nationaux à l'intention des enfants rendus vulnérables par le SIDA, moins d'un enfant sur 10 bénéficie de services de soutien élémentaires. De plus, les orphelins restent à la traîne des non-orphelins pour ce qui est de la fréquentation de l'école.

Leadership

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA stipule que tous les pays élaborent et appliquent des stratégies nationales multisectorielles solides contre le VIH, intègrent leur riposte au VIH dans la planification générale du développement et assurent la participation totale et active de la société civile, du monde des affaires et du secteur privé. Au titre de la Déclaration, les organes politiques régionaux comme les forums à l'échelle mondiale sont chargés de promouvoir l'intensification de l'action et de la coordination dans le domaine du VIH, y compris la constitution de partenariats publics-privés novateurs.

Selon des données d'auto-évaluation, les pays qui en 2003 estimaient disposer d'un appui politique déterminé n'avaient pas changé au cours des années suivantes, continuant à notifier en 2005 un soutien fort en faveur de la riposte au SIDA. Dans les endroits où les enquêtes de 2003 suggéraient que des améliorations étaient possibles en matière de leadership politique national, plusieurs pays ont semblé avoir relevé le défi, notamment en Afrique subsaharienne, région la plus gravement touchée par le SIDA. Quelque 85% des pays disposent d'un organe unique chargé de coordonner les activités de lutte contre le VIH. Dans près de 40 pays en développement, la riposte au SIDA est menée par les chefs de gouvernement ou leurs adjoints. Tous les pays ayant présenté un rapport affirment que le chef de l'Etat (81%) ou d'autres hauts fonctionnaires (97%) se sont exprimés publiquement et favorablement au moins deux fois sur la question du SIDA en 2005.

Sur une échelle de 0 à 10 (10 étant le niveau le plus élevé), 91% des pays estiment que leur planification stratégique nationale est supérieure à la moyenne (score entre 6 et 10), et trois-quarts des pays annoncent que des améliorations sont intervenues depuis 2003. Parmi les pays faisant rapport à l'ONUSIDA, 90% indiquent qu'une stratégie multisectorielle

ou un cadre d'action ont été mis en place pour guider la riposte nationale au VIH.

Plus de trois-quarts (78%) des pays indiquent que leur cadre national relatif au VIH a été intégré dans les plans généraux de développement du pays. Ce résultat traduit une reconnaissance politique de l'importance fondamentale d'une riposte déterminée au SIDA pour les perspectives nationales de développement et pourrait accroître la probabilité que le SIDA soit combattu selon une approche multisectorielle qui tienne compte des multiples sources de vulnérabilité au VIH. Toutefois, à peine plus de la moitié (56%) des pays qui connaissent une épidémie généralisée ont évalué l'impact du SIDA sur le développement économique et aucune amélioration n'est signalée par rapport à 2003.

L'impact d'un plan national quel qu'il soit dépend, dans une large mesure, du degré de succès de sa mise en œuvre. Sur les 73 pays qui disent disposer d'une stratégie ou d'un cadre à l'échelle nationale, un peu plus de la moitié (53%) ont un plan opérationnel doté d'objectifs programmatiques formels, d'un budget détaillé et de sources de financement identifiées. Dans de nombreux pays, les plans multisectoriels n'ont pas encore été traduits en actions à assise large, la mise en œuvre des programmes et les allocations budgétaires relatives au VIH étant encore fréquemment confinées au secteur de la santé.

Dans la plupart des pays, les groupes de la société civile sur lesquels portait l'enquête de l'ONUSIDA indiquent que les autorités nationales ont fait des efforts modestes—et dans certains cas déterminés—pour accroître la participation de la société civile. Dans plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et d'Europe, cependant, les représentants de la société civile affirment qu'ils n'ont pas été suffisamment impliqués. C'est dans le domaine de la planification et de la budgétisation de la lutte contre le VIH que l'engagement de la société civile est le plus marqué (79% indiquant une participation supérieure à la moyenne), mais il est moins évident pour ce qui est du suivi de l'action nationale. Plus d'un tiers (39%) des rapports de la société civile montrent une participation très faible à l'examen périodique des stratégies nationales. Dans environ un pays sur quatre (22%), les services offerts par les groupes de la société civile ne sont pas intégrés dans les mécanismes natio-

Parmi les pays faisant rapport à l'ONUSIDA, 90% indiquent qu'une stratégie multisectorielle ou un cadre d'action ont été mis en place pour guider la riposte nationale au VIH.



03

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, affirmant que la prévention du VIH est le pilier de notre riposte, demande que des programmes de prévention complets et adaptés aux pays soient mis en place dans tous les pays d'ici à 2005.



naux de coordination de la lutte contre le VIH. Pour ce qui est de l'intégration des personnes vivant avec le VIH et de leurs soignants dans l'examen des protocoles de la recherche liée au VIH impliquant des sujets humains, 71% des rapports de la société civile estiment que cet engagement est moyen ou inférieur à la moyenne, et près d'un tiers (31%) le qualifie de très insuffisant.

Bien que le nombre d'entreprises du secteur privé s'attendant à ce que le SIDA ait un impact sur leurs affaires au cours des cinq prochaines années ait augmenté de 37% à 46% entre 2004-2005 et 2005-2006, seules 6% des compagnies privées dans le monde disposent d'une politique écrite concernant le VIH. Dans les pays où la prévalence du VIH dépasse 20%, une majorité de compagnies (58%) en disposent. A ce jour, l'action des entreprises contre le VIH a surtout été axée sur la prévention du VIH, un nombre moins important d'entreprises ayant pris des dispositions pour fournir des médicaments antirétroviraux.

Si aucun indicateur quantifiable n'a été élaboré pour estimer l'action de lutte contre le VIH à l'échelle régionale, il est manifeste qu'elle s'est accrue depuis 2001, en parallèle avec la collaboration régionale. En reconnaissance du rôle central joué par le Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/SIDA (PANCAP) dans le renforcement de la riposte au SIDA dans les nations caraïbes, l'ONUSIDA a officiellement désigné le PANCAP 'exemple de meilleure pratique internationale'. Créé en 2002 pour répondre à la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, le Forum du leadership sur le VIH/SIDA et le développement de l'Asie-Pacifique appuie et renforce le leadership politique et celui de la société civile en Asie, partiellement grâce à la fourniture d'un appui technique dans plus de 12 pays. En 2005, 11 pays d'Amérique latine se sont associés pour négocier des baisses de prix allant jusqu'à 66% avec 26 fabricants de médicaments antirétroviraux. L'Union européenne, comme la Communauté des Etats indépendants, a accordé la priorité au renforcement de l'action de lutte contre le SIDA en Europe orientale et en Asie centrale. En mars 2006, les représentants de 51 pays de l'Union africaine ont adopté l'Engagement de Brazzaville sur l'extension en vue de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH, lors d'une consultation continentale

organisée par l'Union africaine avec l'appui des Nations Unies. Cet Engagement, qui fixe le ton, l'allure et l'orientation des politiques en matière de SIDA en Afrique jusqu'en 2010, est le fruit d'intenses discussions fondées sur des consultations nationales organisées dans 41 pays africains.

Depuis 2001, le VIH est resté en tête de l'agenda politique de la planète. En 2005, le Sommet mondial de l'ONU s'est engagé sur la voie de l'accès universel et a réitéré la résolution de la communauté internationale à atteindre les objectifs assortis de délais de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (Nations Unies, 2005). De même, dans le communiqué final de son sommet annuel de 2005, le Groupe des huit pays industrialisés (le G8) a adopté l'objectif en vue de travailler à « l'élaboration et la mise en œuvre d'une batterie de mesures relatives à la prévention, au traitement et aux soins, afin d'aller aussi loin que possible dans la réalisation de cet objectif crucial que constitue l'accès universel au traitement d'ici à 2010, pour tous ceux qui en ont besoin » (G8, 2005). Le Groupe des 77, dans sa Déclaration de Doha en 2005, a demandé une intensification de la coopération Sud-Sud pour mettre en œuvre des mesures de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien, en insistant sur la nécessité d'élargir les programmes dans les pays les moins avancés (Groupe des 77, 2005).

Prévention

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, affirmant que la prévention du VIH est le pilier de notre riposte, demande que des programmes de prévention complets et adaptés aux pays soient mis en place dans tous les pays d'ici à 2005. La Déclaration fixe comme objectif une réduction de 25% de la prévalence du VIH parmi les jeunes (de 15 à 24 ans) d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés, ainsi qu'une baisse de 20% de la proportion de nourrissons infectés par le VIH. Selon la Déclaration, 90% de tous les jeunes (entre 15 et 24 ans) devaient avoir accès à l'information et l'éducation relatives à la prévention du VIH ainsi qu'à des services essentiels de prévention, y compris une éducation aux compétences vitales en 2005.

PLANS NATIONAUX DE PRÉVENTION ET DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE

Quelque 85% des pays disposent de plans nationaux relatifs à la fourniture d'information, d'éducation et de communication sur le VIH dans la population générale ; 85% ont une politique ou une stratégie en faveur de l'éducation à la santé reproductive et sexuelle pour les jeunes ; 94% ont mis en place des plans nationaux destinés à faciliter l'accès aux produits essentiels de la prévention, tels que les préservatifs. A l'exception de l'accès aux produits essentiels, qui montre une augmentation marquée par rapport aux 81% annoncés en 2003, ces chiffres sont approximativement comparables aux pourcentages notifiés en 2003.

Cependant, il est évident que les plans nationaux de prévention ne sont généralement pas mis en œuvre avec efficacité. Les enquêtes indiquent qu'en moyenne un préservatif n'a été utilisé que pour 9% environ des rapports sexuels avec un partenaire non conjugal et non cohabitant en 2005—une baisse par rapport aux chiffres de 2003. On estime que 0,6% seulement des adultes dans les pays à faible ou moyen revenu se sont informés de leur sérologie VIH en 2005, et des taux de dépistage particulièrement faibles ont été

PERSPECTIVES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

La série 2005 de rapports à l'UNGASS est la première qui comprend des rapports indépendants de la société civile sur les progrès accomplis dans les ripostes nationales au SIDA et dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. L'ONUSIDA a reçu les rapports de représentants de la société civile dans 33 pays, dont 11 en Amérique latine et aux Caraïbes, 6 en Asie et dans le Pacifique, 8 en Afrique subsaharienne, 4 en Europe orientale et en Asie centrale et 4 en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale.

Ces rapports soulignent le rôle central de la société civile dans la conception et la mise en œuvre de ripostes nationales novatrices et efficaces et dans la promotion du changement dans les communautés, en vue de combattre la stigmatisation et la discrimination et d'accélérer la sensibilisation et la mobilisation communautaires. Au Sénégal, par exemple, cinq organisations non gouvernementales ont récemment lancé l'Observatoire de la réponse au VIH/SIDA, qui fait office d'organe de contrôle pour accroître la sensibilisation au VIH et relever les faiblesses des activités nationales de prévention et de prise en charge du VIH. Si la plupart des rapports insistent sur la valeur de l'engagement de la société civile dans la riposte nationale, plusieurs demandent une participation fortement accrue, notamment aux niveaux des districts et des localités, où l'engagement de la société civile est fréquemment moins important que dans les forums nationaux.

Plusieurs groupes de la société civile insistent sur la nécessité d'améliorer la coordination entre les efforts nationaux de lutte contre le SIDA et les activités de la société civile. Le rapport émanant de la société civile du Nicaragua, par exemple, relève que les organisations non gouvernementales, les chercheurs universitaires, les agents de santé et les organismes gouvernementaux travaillent souvent sans liens entre eux. Aux Etats-Unis, les représentants de la société civile soulignent qu'un processus décisionnel décentralisé favorise une capacité de riposte accrue aux besoins locaux, mais est plus exigeant sur les plans de la coordination, de l'obligation redditionnelle et de l'équité.

Les rapports de la société civile indiquent que d'importants progrès ont été faits dans de nombreux pays pour élargir les services de prévention et de traitement du VIH ; toutefois, il reste bien des lacunes. En Haïti, les rapports de la société civile indiquent que des services font cruellement défaut pour les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le SIDA et pour certaines populations exposées au risque, telles que les démunis (notamment les femmes), les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Plusieurs rapports relèvent que l'accès aux traitements est souvent très limité dans les zones rurales. D'après les représentants de la société civile de Tanzanie, l'absence d'une politique nationale claire concernant les co-infections par le VIH et la tuberculose entraîne une intégration insuffisante des services traitant des deux maladies, alors que certains rapports indiquent que la Thaïlande a fait de grands progrès pour cette intégration depuis 2001.

Les organisations de la société civile sont souvent peu au courant de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Dans plusieurs pays, ces groupes perçoivent la riposte nationale au SIDA comme une action principalement pilotée par les donateurs, qui exclut souvent les

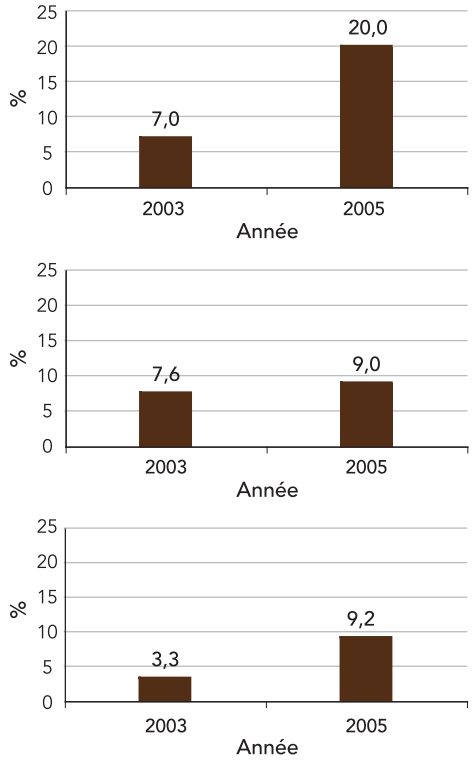
organisations de la société civile du processus décisionnel. Dans plusieurs pays, les groupes de la société civile étaient impliqués dans la rédaction des rapports nationaux sur les indicateurs de base relatifs à la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, alors que cette intégration était limitée ou inexistante dans d'autres pays. Tous les rapports émanant de la société civile observent qu'il est nécessaire d'améliorer la capacité nationale en matière de suivi et d'évaluation du SIDA.

relevés en Asie de l'Est et dans le Pacifique (0,1%), en Asie du Sud-Est (0,1%), et en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (0,2%). C'est en Afrique subsaharienne (2,2%) et en Amérique latine (2,1%) que la fréquentation des services de dépistage a été la plus importante en 2005.

PRÉVENIR LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT

Si l'accès aux traitements par association d'antirétroviraux a été multiplié par plus de trois entre 2003 et 2005, le monde n'a guère fait de progrès dans l'extension de l'accès aux programmes de prévention de

FIGURE 3.2 Comparaison entre les données de 2003 et de 2005 sur la couverture de la thérapie antirétrovirale, l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant et la couverture des mères infectées par le VIH bénéficiant de la prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant

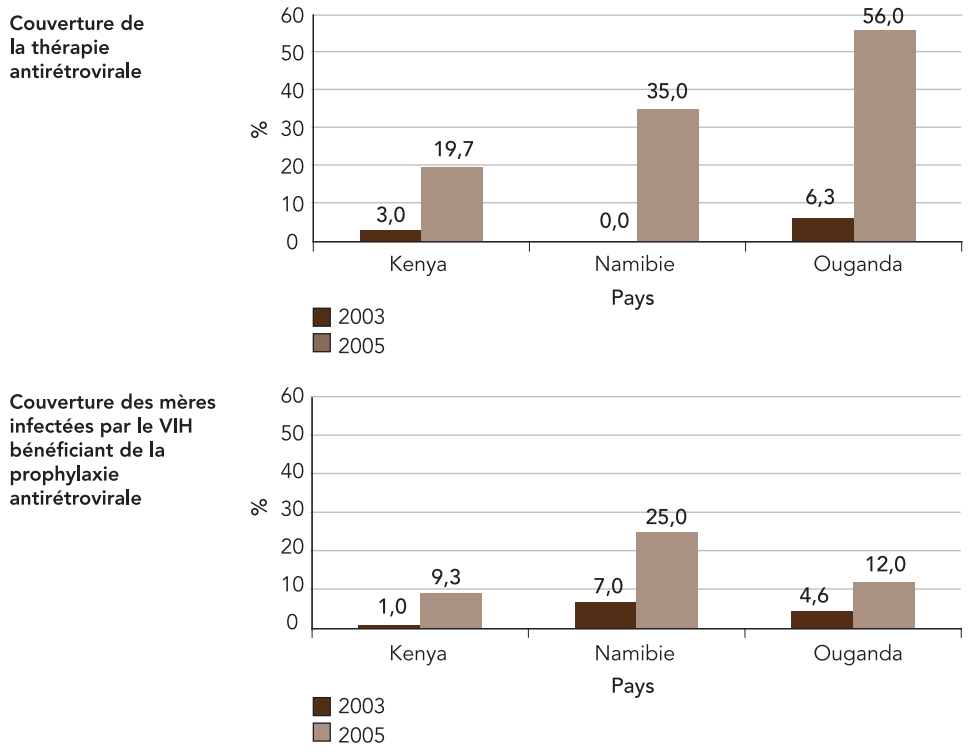


Source : OMS/ONUSIDA (2006). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy : a report on '3 by 5' and beyond ; USAID et al., 2006). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003 and 2005.

la transmission mère-enfant (Figure 3.2). En 2005, 9% des femmes enceintes dans les pays à faible ou moyen revenu se sont vu *offrir des services* destinés à prévenir la transmission à leur nouveau-né—augmentation modeste par rapport aux 7,6% relevés en 2003. Entre 2003 et 2005, le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH *qui ont bénéficié d'une prophylaxie par des antirétroviraux* a passé de 3,3% à 9,2%.

Les données suggèrent que les récents engagements en vue d'élargir les programmes de traitement antirétroviral ne se sont pas traduits par un engagement intensifié à élargir les stratégies avérées de prévention. Dans trois pays d'Afrique subsaharienne—Kenya, Namibie et Ouganda—pour lesquels les données ont été fournies en 2003 et en 2005 sur le niveau à la fois des traitements antirétroviraux pour des infections à VIH avancées et de la prévention de la transmission mère-enfant, l'accélération de la couverture des traitements dépasse largement les augmentations comparables de la couverture des services de prévention dans les consultations prénatales (Figure 3.3). En Ouganda, par exemple, la couverture par les antirétroviraux a passé de 6,3% en 2003 à 56% en 2005—une multiplication par près de 10—alors que la couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant a passé de 4,6% à 12%. L'intégration des services de prévention

FIGURE 3.3 **Comparaison entre les données de 2003 et de 2005 sur l'extension de la thérapie antirétrovirale et la couverture pour les mères infectées par le VIH bénéficiant de la prophylaxie antirétrovirale dans trois pays d'Afrique subsaharienne**



Source : Rapports individuels des pays (2005).

et de traitement constitue une priorité urgente si l'on veut accroître à la fois les traitements antirétroviraux et la prévention de la transmission mère-enfant.

ACCROÎTRE LES CONNAISSANCES ET LA SENSIBILISATION

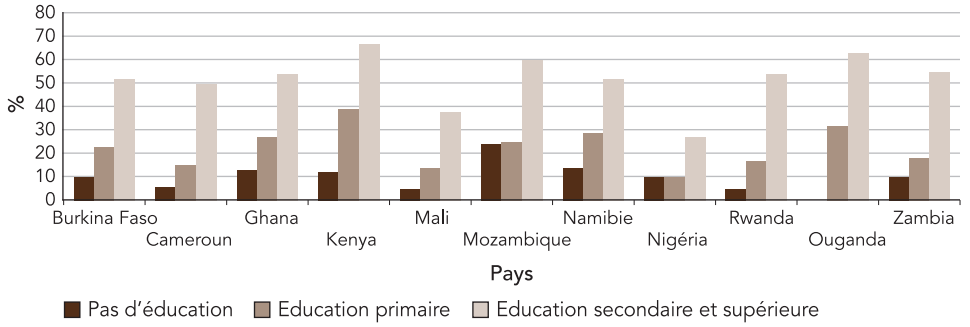
La plupart des pays semblent avoir manqué l'objectif de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA visant à assurer à 90% des jeunes des interventions essentielles de prévention d'ici à 2005, y compris des services destinés à développer les compétences vitales nécessaires pour réduire leur vulnérabilité au VIH. Parmi les 15 pays disposant de données pour les deux dernières années—dont 10 se trouvent en Afrique subsaharienne—trois seulement (Dominique, Malawi et Swaziland) ont atteint une couverture de 90% au moins d'écoles disposant d'enseignants qualifiés qui offrent une éducation sur le VIH fondée sur les compétences essentielles. Cinq des pays interrogés—Côte d'Ivoire, Honduras, Nigéria, Sainte-Lucie et Togo—ont lentement progressé dans la couverture de l'éducation au VIH, pour atteindre une couverture des écoles inférieure à 20% en 2005. Le nombre extrêmement faible de pays qui fournissent des données concernant ces indicateurs, moins encore qu'en 2003, souligne la nécessité d'une amélioration du suivi. Mais absence de rapports ne signifie pas nécessairement absence de progrès. Des données préliminaires émanant de l'enquête de couverture entreprise par le Policy Project en 2005 suggèrent une augmentation du nombre de pays apportant une éducation relative au SIDA dans les écoles primaires entre 2003 et 2005, bien qu'aucune augmentation n'ait été relevée pour les écoles secondaires (Stover et al., 2006). L'interprétation de ces résultats n'est pas simple, car l'existence de programmes d'enseignement ne signifie pas nécessairement que les enfants en bénéficient réellement. Au mieux, il semblerait que la moitié seulement environ des enfants qui fréquentent l'école bénéficient réellement d'un enseignement sur le VIH et le SIDA à l'école, ce qui souligne à quel point il est important de progresser encore dans ce domaine de la riposte au SIDA.

Loin d'assurer des connaissances globales liées au VIH pour 90% des jeunes (âgés de 15 à 24 ans) d'ici à 2005, aucun des 18 pays dans lesquels des jeunes ont été interrogés pour une Enquête démographique et de santé/Enquête relative au SIDA entre 2001 et 2005 n'a relevé des niveaux de connaissances supérieurs à 50% (Measure DHS, 2006). Dans tous les pays sauf trois pour lesquels des données sont disponibles à la fois pour les hommes et pour les femmes, les jeunes hommes avaient des niveaux de connaissances liées au VIH supérieurs à celui des jeunes femmes. La variation en matière de connaissances générales sur le VIH entre les pays est notable ; parmi les jeunes femmes de 14 pays d'Afrique subsaharienne, les niveaux de connaissance globale variaient de moins de 10% au Bénin, au Mali et au Tchad à plus de 40% au Botswana et en République-Unie de Tanzanie.

Des données suggèrent que l'éducation au VIH dans les écoles est cruciale pour améliorer les niveaux de connaissances relatives au VIH chez les jeunes (Measure DHS, 2006). En général, ces niveaux de connaissances semblent deux fois plus élevés pour les jeunes qui ont suivi au moins l'école primaire, et ils semblent quadrupler pour les jeunes qui ont eu une éducation secondaire ou supérieure (Figure 3.4 pour les jeunes hommes et Figure 3.5 pour les jeunes femmes).

Les enquêtes relatives au comportement sexuel présentent de nombreux

FIGURE 3.4 Connaissances globales concernant le VIH et le SIDA parmi les jeunes hommes de 15 à 24 ans, par niveau d'éducation, dans 11 pays d'Afrique subsaharienne, 2000–2004



Sources : Demographic and Health Surveys ; HIV/AIDS Indicator Surveys (2000-2004).

problèmes, pour ce qui est notamment des jeunes, qui réagissent parfois à la pression sociale en répondant d'une manière qui peut entraîner soit la sous-notification soit la sur-notification de l'activité sexuelle réelle. Même en tenant compte de ce biais, ces enquêtes révèlent des tendances intéressantes. Les enquêtes les plus récentes soulignent qu'un grand nombre de jeunes continuent d'avoir des comportements qui les exposent au risque d'infection à VIH, bien que l'on détecte aussi des tendances encourageantes.

DIFFÉRER L'ACTIVITÉ SEXUELLE

Retarder l'âge auquel les jeunes commencent leur activité sexuelle est un objectif important des efforts de prévention du VIH. Parmi les 15 pays d'Afrique subsaharienne interrogés dans le cadre des Enquêtes démographiques et de santé/Enquêtes sur les indicateurs relatifs au SIDA (Measure DHS, 2006), le pourcentage de jeunes hommes âgés de 15 à 19 ans qui indiquent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans variait de 2,1% en Mauritanie à 30,9% au Kenya, alors que les chiffres pour les jeunes femmes de 15 à 19 ans allaient de 7,3% au Burkina Faso à 27,7% au Mozambique. Des variations comparables sont également relevées ailleurs qu'en Afrique et d'autres enquêtes montrent que le pourcentage de jeunes hommes entre 15 et 19 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans varie de 0,3% au Viet Nam à 46% dans les zones urbaines de la République de Moldova. Tendances encourageantes, le pourcentage de jeunes qui avaient commencé leur activité sexuelle avant l'âge de 15 ans a baissé globalement ou partiellement (c.-à-d. soit parmi les femmes seulement ou les hommes seulement) dans les neuf pays d'Afrique subsaharienne sur 14 pour lesquels on dispose de données de tendances.

RÉDUIRE LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS

Les tendances sont moins nettes pour ce qui est du pourcentage de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) qui avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire non conjugal et non cohabitant au cours des 12 derniers mois. Comme c'est le cas pour le début de l'activité sexuelle, on note des variations marquées selon les populations de jeunes. Les récentes Enquêtes démographiques et de santé/Enquêtes sur les indicateurs relatifs au SIDA dans 13 pays d'Afrique subsaharienne ont montré que les taux parmi les jeunes femmes varient de 7% (Tchad) à 50% (Ghana) et parmi

les jeunes hommes de 72% (Madagascar) à 91% (Cameroun). Des variations comparables sont observées dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes (10-31% pour les jeunes femmes et 70-83% pour les jeunes hommes) (Measure DHS, 2006). Les rapports sexuels avec des partenaires non réguliers sont nettement moins fréquents en Asie, bien que là aussi, les taux soient au moins deux fois plus élevés pour les hommes que pour les femmes. Parmi les huit pays ayant reproduit des enquêtes de comportement parmi les jeunes, trois ont indiqué qu'il n'y avait eu que peu ou pas de changement au fil du temps dans le pourcentage de jeunes qui ont des rapports sexuels avec des partenaires non conjugaux et non cohabitants, trois ont noté une augmentation et deux une baisse. L'indicateur ne relève les changements que si les jeunes n'ont plus de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et non pas s'ils réduisent la fréquence des rapports avec de tels partenaires, même si cette réduction peut aussi avoir un effet important sur la propagation de l'épidémie.

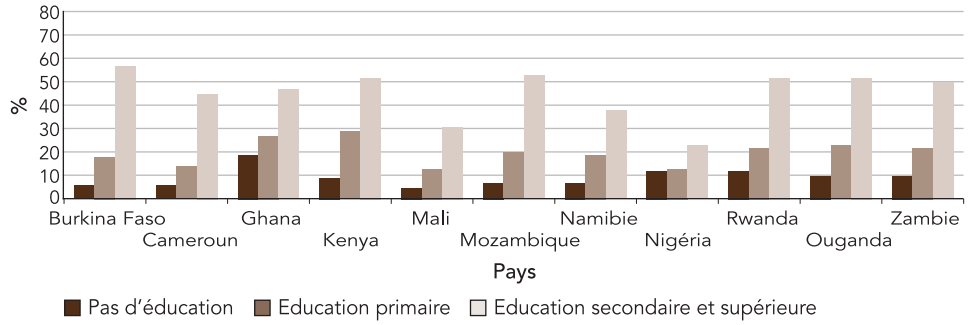
UTILISATION DU PRÉSERVATIF

Pour les jeunes qui sont sexuellement actifs, l'usage systématique du préservatif est une mesure essentielle de prévention du VIH. Les Enquêtes démographiques et de santé/Enquêtes sur les indicateurs relatifs au SIDA réalisées entre 2001 et 2005 indiquent que les jeunes hommes affirment utiliser plus souvent des préservatifs avec des partenaires non réguliers (Measure DHS, 2006). Dans les 20 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels on dispose de données, le pourcentage de jeunes qui utilisent un préservatif avec des partenaires non réguliers varie de 5% pour les femmes et 12% pour les hommes à Madagascar, à 75% pour les femmes et 88% pour les hommes au Botswana (Figure 3.6). Dans les 11 pays d'Afrique subsaharienne qui ont conduit des enquêtes répétées, l'utilisation du préservatif parmi les jeunes a augmenté dans huit pays, mais les taux d'utilisation du préservatif restent inférieurs à 50% dans la plupart des pays. Dans toutes les enquêtes nationales sauf une, le nombre de femmes indiquant utiliser un préservatif avec un partenaire non régulier était inférieur à celui des hommes dans la même situation.

TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les données précises sur la couverture des services de traitement des infections

FIGURE 3.5 Connaissances globales concernant le VIH et le SIDA parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans, par niveau d'éducation, dans 11 pays d'Afrique subsaharienne, 2000–2004



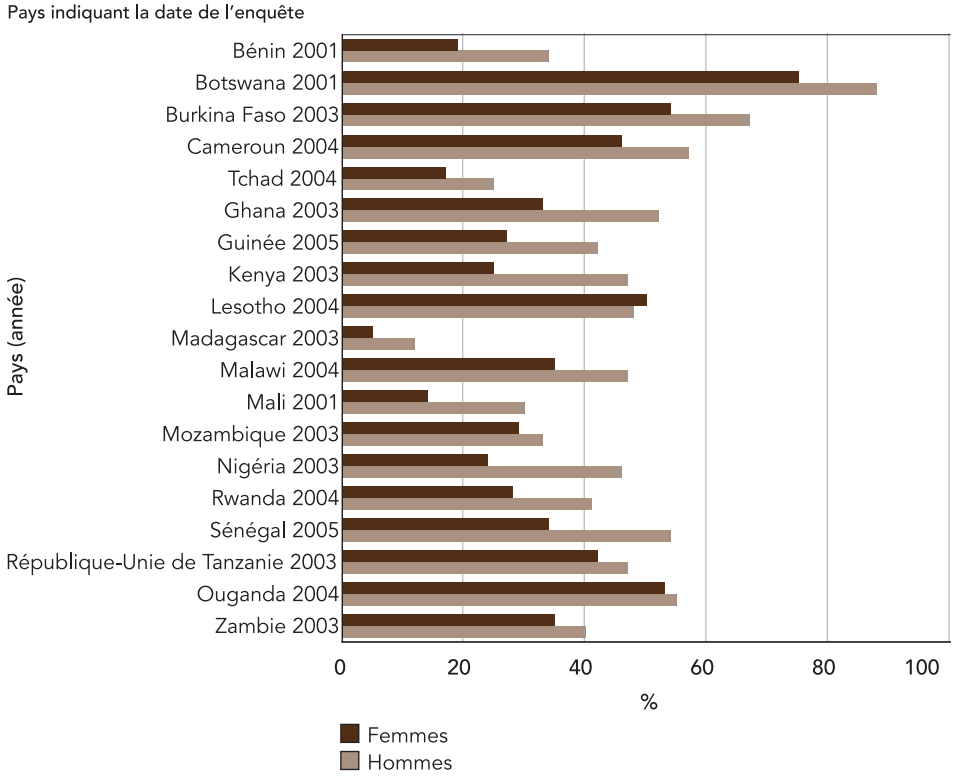
Sources : Demographic and Health Surveys ; HIV/AIDS Indicator Surveys (2000–2004).

sexuellement transmissibles sont extrêmement rares. En 2001, l'OMS estimait que moins de 18% des personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible avaient accès à des services de traitement. Dans le cadre du suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, 12 pays seulement ont présenté un rapport concernant les services de traitement des infections sexuellement transmissibles en 2005, et c'est pourquoi il est difficile d'évaluer la couverture mondiale ou régionale avec précision. En 2005 pourtant, l'OMS et l'Agence allemande de coopération technique (GTZ) ont rapporté que l'accès au traitement des infections sexuellement transmissibles était particulièrement limité en Afrique subsaharienne (Dehne et Riedner, 2005).

PROTÉGER L'APPROVISIONNEMENT EN SANG

Les pays ont fait des progrès notables dans l'amélioration de la sécurité des systèmes nationaux d'approvisionnement en sang, près de 100% des pays annonçant que le sang est maintenant systématiquement contrôlé pour les anticorps anti-VIH. Les transfusions sanguines peu sûres étaient responsables d'environ 5-10% des infections dans les années 1980 et au début des années 1990, ce qui a mené à l'introduction d'interventions relatives à la sécurité du sang, l'accent étant mis en particulier sur le dépistage du VIH dans les dons de

FIGURE 3.6 **Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans disant avoir utilisé un préservatif au cours d'un rapport sexuel avec un partenaire non régulier, Afrique subsaharienne, 2001–2005**



Sources : Demographic and Health Surveys ; HIV/AIDS Indicator Surveys (2001–2005).

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA souligne l'importance capitale des droits de la personne et des libertés fondamentales pour l'efficacité de la riposte au SIDA.



sang. Cependant les données disponibles suggèrent que les efforts nationaux de contrôle du sang sont souvent entravés par des mécanismes insuffisants d'assurance de la qualité, une formation du personnel inadéquate et des méthodes de laboratoire suboptimales, qui jettent le doute sur la fiabilité des résultats des tests.

RÉDUIRE LA PRÉVALENCE DU VIH

L'information est limitée en ce qui concerne les succès remportés à l'échelle mondiale pour réaliser l'objectif de la Déclaration d'engagement sur le VH/SIDA, visant à réduire de 25% la prévalence du VIH parmi les jeunes (de 15 à 24 ans) d'ici à 2005. L'analyse des tendances de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans dans les capitales se limite à un petit nombre de pays. Parmi les pays connaissant des épidémies généralisées, 33 ont rapporté des données pertinentes pour une année au moins entre 2000 et 2005. Sur les 11 pays qui ont fourni des données à la fois pour 2000-2001 et 2004-2005, six pays ont montré une baisse de la prévalence de 25% ou davantage entre 2001 et 2005. Il s'agit de l'Angola, du Burkina Faso, du Burundi, de l'Ethiopie, de l'Ouganda et du Zimbabwe. Pourtant, ces baisses en Angola, en Ethiopie et au Burkina Faso se limitent à la capitale et ne s'observent pas dans le reste du pays. En outre, des tendances à la baisse de la prévalence du VIH dans tous les groupes d'âge ont été relevées dans plusieurs pays, dont les Bahamas, le Kenya et le Rwanda, mais les données spécifiques au groupe d'âge des 15 à 24 ans n'ont pas été rapportées.

Prise en charge, soutien et traitement

Reconnaissant que la prise en charge, le soutien et le traitement sont les éléments fondamentaux d'une riposte efficace, la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA demande que les pays appliquent des stratégies nationales de traitement et améliorent l'accès à une prise en charge globale.

Depuis la Session extraordinaire de 2001, le nombre de personnes sous antirétroviraux dans les pays à faible ou moyen revenu a quintuplé pour atteindre 1,3 million en décembre 2005. Selon l'OMS, le nombre de sites de traitement dispensant des médicaments antirétroviraux a passé de 500 environ en juin 2004

à plus de 5000 à fin 2005. A cette même date, 21 pays avaient atteint la cible de l'initiative '3 millions d'ici 2005', qui était de fournir des traitements à la moitié au moins de ceux qui en ont besoin. L'OMS estime que l'extension de l'accès aux traitements a permis d'éviter entre 250 000 et 300 000 décès entre 2003 et 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006).

C'est la région de l'Amérique latine et des Caraïbes qui connaît la couverture de traitement la plus élevée, dispensant des médicaments antirétroviraux à 68% des 465 000 personnes qui ont besoin d'un traitement. L'Afrique subsaharienne, qui compte 72% de toutes les personnes qui ont besoin d'un traitement, a atteint une couverture de 17% en 2005. C'est en Afrique du Nord et au Moyen-Orient que l'accès aux traitements est le plus limité, car 5% seulement des 75 000 personnes qui ont besoin d'un traitement en bénéficiaient en décembre 2005. A l'échelle mondiale, une personne sur cinq ayant besoin de traitement en bénéficie actuellement.

La couverture par les antirétroviraux varie considérablement selon les régions. En Afrique subsaharienne, la couverture va de 3% en République centrafricaine à 85% au Botswana. Si plus de 80% des personnes qui ont besoin de médicaments antirétroviraux en Argentine, au Brésil et au Venezuela les reçoivent, la couverture par les antirétroviraux n'atteint que 29% au Paraguay et 37% en Bolivie. En Amérique centrale, la couverture par les antirétroviraux varie de 16% au Nicaragua à 97% au Panama et 80% au Costa Rica.

Dans les pays fortement peuplés où le VIH n'est apparu comme un problème majeur que ces dernières années, le tableau est composite. En Chine, 25% de ceux qui ont besoin de médicaments antirétroviraux les recevaient en 2005. Par contraste, la couverture par les antirétroviraux en Inde, qui pourrait bientôt compter la plus forte population de personnes vivant avec le VIH dans le monde, n'était que de 7% en 2005. En Fédération de Russie, 5% seulement des personnes qui ont besoin d'un traitement bénéficient actuellement d'une association thérapeutique antirétrovirale (OMS/ONUSIDA, 2006).

En 2003, seuls trois des 49 pays les plus gravement touchés disposaient de plans nationaux relatifs aux traitements. En décembre 2005, 46 pays avaient mis en place des plans nationaux relatifs aux traitements antirétroviraux. Entre 2003 et 2005, le nombre de pays ayant fixé des objectifs nationaux de traitement avait passé de quatre à 40. La plupart des pays ont suivi les directives de l'OMS relatives à l'extension des traitements pour élaborer leur plan national, et ont choisi des schémas thérapeutiques standards de première et de deuxième intention qui sont dispensés dans le secteur public.

VIH et droits humains

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA souligne l'importance capitale des droits de la personne et des libertés fondamentales pour l'efficacité de la riposte au SIDA. Elle invite les pays à passer des lois interdisant la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations vulnérables. Elle engage également les pays à appliquer des stratégies nationales pour promouvoir les droits des femmes et pour leur donner les moyens de se protéger de l'infection à VIH.

Sur les 115 rapports de pays sur les indicateurs de base soumis à l'ONUSIDA, sept

seulement ne mentionnent pas les droits humains. Si on se fonde sur ces rapports, on détecte une certaine amélioration dans les cadres nationaux relatifs aux droits de la personne entre 2003 et 2005. Dans 18 pays sur 21 en Afrique subsaharienne, dans la région Asie-Pacifique, en Europe orientale et occidentale et en Afrique du Nord, les rapports nationaux font état d'améliorations dans les politiques, les lois et les réglementations relatives à la promotion et à la protection des droits humains. Globalement, 61% des pays mentionnent l'existence de lois et règlements destinés à protéger de la discrimination les personnes vivant avec le VIH. Toutefois, de nombreux rapports indiquent que bien des lois nationales pertinentes n'ont pas été totalement mises en œuvre ou rigoureusement appliquées, et les allocations budgétaires destinées à la surveillance des droits humains sont souvent insuffisantes ; 59% des pays indiquent disposer de politiques interdisant le dépistage systématique du VIH avant de recruter du personnel.

Deux tiers (66%) des pays ne possèdent ni lois ni réglementations susceptibles de protéger spécifiquement de la discrimination les groupes les plus exposés au risque d'infection. Près de la moitié (45%) des pays qui ont soumis des données à l'ONUSIDA indiquent que les lois existantes pourraient entraver la prestation des services de prévention et de traitement du VIH aux populations vulnérables ou particulièrement exposées au risque. Il s'agit par exemple de lois qui criminalisent les rapports sexuels entre hommes consentants, de l'interdiction d'accès aux préservatifs et aux aiguilles pour les détenus et de lois qui limitent l'accès aux services de prévention et de traitement aux seuls résidents. Les pays qui mentionnent ce type de lois appartiennent aussi bien aux pays à revenu élevé qu'aux pays à faible revenu. Ce sont les pays d'Asie (70%) et des Caraïbes (83%) qui ont la probabilité la plus forte d'avoir des lois susceptibles d'entraver la prestation de services aux populations vulnérables. Soixante-dix-neuf pour cent de tous les pays indiquent avoir impliqué les 'groupes vulnérables' dans la conception des programmes et politiques de lutte contre le SIDA, mais les incertitudes entourant la définition de ce terme font qu'il est difficile d'estimer le degré d'implication active des populations les plus exposées au risque dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des efforts nationaux de lutte contre le SIDA.

La grande majorité des pays (82%) disposent de stratégies nationales en vue d'assurer l'égalité entre hommes et femmes à l'accès à la prévention et à la prise en charge. Pour ce qui est de réduire la vulnérabilité et d'assurer un accès équitable aux femmes, la grande difficulté pour de nombreux pays semble avoir trait à la mise en œuvre et à l'application effectives des lois et politiques existantes ainsi qu'à certains obstacles sociétaux et économiques. Le Maroc, par exemple, indique que le taux d'alphabétisation moins élevé des femmes pourrait entraver leur capacité à utiliser les services disponibles. L'Ouganda rapporte que les femmes ont fréquemment moins de ressources financières que les hommes, ce qui réduit potentiellement leur accès aux services liés au VIH.

Réduire la vulnérabilité des populations les plus exposées au risque

Reconnaissant que la pauvreté, la marginalisation sociale, l'inégalité entre les sexes et la discrimination créent les conditions

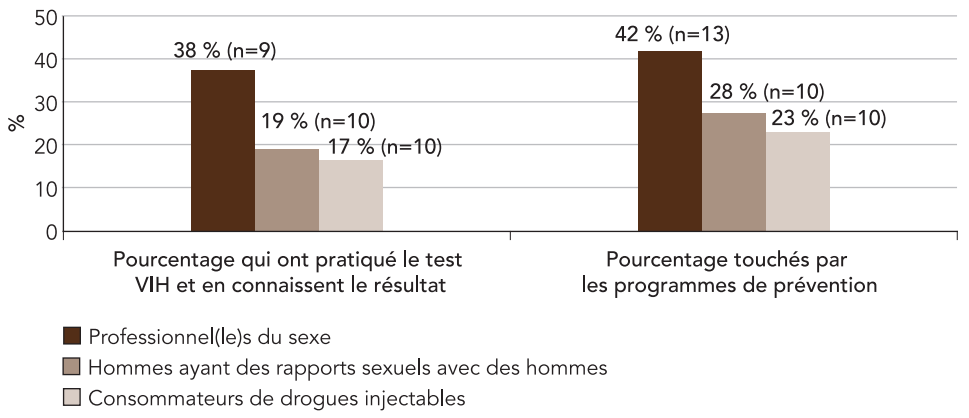
qui augmentent la vulnérabilité au VIH, la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA demande aux pays de mettre en œuvre des politiques et programmes nationaux en vue de promouvoir et de protéger la santé des populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH. Les enquêtes indépendantes comme les rapports soumis à l'ONUSIDA par les pays à faible ou moyen revenu indiquent que les efforts déployés par les pays n'accordent pas une priorité suffisamment élevée à la mise en place d'interventions essentielles et indispensables à l'intention des personnes particulièrement exposées au risque.

Selon les rapports nationaux, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables bénéficient d'une couverture en matière de prévention moins élevée que les professionnel(le)s du sexe, même dans les pays qui indiquent traiter de ces domaines dans leur politique ou stratégie nationale (Figure 3.7). De tels programmes comprennent, entre autres activités, des programmes de proximité dans les communautés qui intègrent l'éducation par les pairs, des campagnes ciblées dans les médias, le dépistage et/ou le traitement des infections sexuellement transmissibles, le conseil et le test VIH, les thérapies de substitution et les pratiques d'injection à moindre risque chez les consommateurs de drogues injectables.

A l'échelle mondiale, les services ciblés de prévention implantés dans des programmes communautaires de proximité ont touché 36% des professionnel(le)s du sexe en 2005, avec une variation allant de 8% en Europe orientale, 22,5% en Afrique subsaharienne, 35% en Amérique latine et aux Caraïbes à 39% en Asie du Sud-Est (Stover et al., 2006).

La couverture de la prévention est encore plus faible pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. A l'échelle mondiale, 9% de ces hommes bénéficient de services de prévention ou de programmes de proximité, l'Amérique latine et les Caraïbes enregistrant la couverture la plus élevée à 22%, et la couverture la plus faible étant relevée en Europe orientale et en Asie centrale (1%), en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (5%) et en Asie de l'Est et dans le Pacifique (8%) (Stover et al., 2006).

FIGURE 3.7 Pourcentage médian des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention et de celles qui ont pratiqué un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat



Même si la consommation de drogues injectables représente une proportion importante des nouvelles infections qui se produisent hors de l'Afrique, seule une petite fraction des personnes qui consomment des drogues injectables ont bénéficié de services de réduction des risques en 2005. Cette année-là, les programmes de réduction des risques ont touché 9% seulement des consommateurs de drogues injectables en Europe orientale, région où la consommation de drogues injectables est le moteur de l'expansion de l'épidémie.

Il semble aussi que les consommateurs de drogues injectables ne bénéficient pas non plus de manière équitable de l'extension de l'accès aux traitements dans le monde. L'OMS estime que le Brésil compte à lui seul 30 000 des 36 000 consommateurs de drogues injectables qui étaient sous antirétroviraux à fin 2004 (OMS/ONUSIDA, 2005). Les consommateurs de drogues injectables représentent plus de 70% des cas de VIH en Europe orientale et Asie centrale, et pourtant ils ne constituaient que 24% des personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale en 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006).

Enfants rendus orphelins ou vulnérables par le SIDA

Afin d'atténuer l'impact de l'épidémie sur les enfants, la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA demande aux pays de mettre en place des stratégies en vue d'aider les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le SIDA, de leur assurer un accès équitable à l'éducation et à d'autres services et de les protéger des abus et de la stigmatisation.

A l'échelle mondiale, la moitié seulement des pays disposent de politiques susceptibles de satisfaire les besoins des enfants rendus orphelins ou vulnérables par l'épidémie. En Afrique subsaharienne, 25 pays sur 29 ont rapporté qu'ils avaient mis en place des politiques nationales pour satisfaire les besoins supplémentaires des enfants et autres enfants vulnérables en raison du VIH et du SIDA. Globalement, 49% des pays indiquent que leur action concernant ces enfants est moyenne ou inférieure à la moyenne, y compris les 10 pays d'Afrique subsaharienne, où les besoins de ces enfants sont particulièrement pressants.

Parmi les 25 pays d'Afrique subsaharienne disposant de politiques nationales, 21 indiquent avoir réduit ou supprimé les frais de scolarité pour les enfants vulnérables et mis en place des programmes communautaires de soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables. Cependant les enfants rendus orphelins par le SIDA restent à la traîne des non-orphelins pour ce qui est de la fréquentation scolaire, 62% des enfants orphelins à cause du SIDA en Afrique fréquentant l'école en 2005, par rapport à 70% des non-orphelins. Les services de proximité n'ont eu de contact qu'avec 19,5% des enfants vivant dans la rue en 2003. A l'échelle mondiale, l'ONUSIDA estime que moins de 10% des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le SIDA bénéficient d'un appui extérieur quel qu'il soit (UNICEF, 2005).

Recherche et développement

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA souhaite que des efforts déterminés et soutenus soient déployés dans la recherche afin de renforcer la quête d'un vaccin préventif et d'autres nouvelles techniques de prévention. Elle exige aussi que tous les protocoles de recherche impliquant

LA RIPOSTE AU SIDA DES PAYS À REVENU ÉLEVÉ

En mars 2006, 15 pays à revenu élevé (Annexe 3) avaient notifié leurs progrès sur la voie de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. La plupart des pays à revenu élevé ont des systèmes assez solides de surveillance du VIH et du SIDA, mais nombre d'entre eux ne disposent pas d'un système coordonné de suivi à l'échelle nationale, permettant de regrouper divers ensembles de données, comme les évaluations des comportements à risque et la couverture des services essentiels. Alors que les donateurs soutiennent la collecte des données comportementales dans les pays en développement, le suivi systématique des pratiques sexuelles et de consommation de drogues est rarement officiellement mis en place dans les pays à revenu élevé. Même lorsque des organisations de la société civile recueillent ce type d'information, les gouvernements nationaux ne sont parfois pas au courant de ces activités ou ne reconnaissent pas cette information de manière officielle.

En général, la prévalence du VIH est en hausse dans les pays à revenu élevé. Plusieurs facteurs sont en cause, dont la pérennité de la transmission du VIH, associée à la baisse de la morbidité et de la mortalité associées au VIH en raison de la thérapie antirétrovirale, ainsi que la migration, vers les pays à revenu élevé, de personnes provenant de pays à faible revenu, où la prévalence du VIH est généralement plus forte. Dans certains pays à revenu élevé, il y a lieu de penser que les comportements sexuels à risque ont augmenté dans certaines populations ces dernières années.

Le fait que de nombreux pays industrialisés ne soumettent pas de données relatives aux indicateurs de base de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA suggère peut-être que les professionnels et les décideurs considèrent ce type de rapport comme pertinent exclusivement aux pays à faible ou moyen revenu. Toutefois, le SIDA est un problème mondial et les tendances dans les pays en développement peuvent aussi avoir un impact sur les pays à revenu élevé. Le Royaume-Uni, par exemple, a connu ces dernières années une augmentation importante du nombre de personnes résidant dans le pays après avoir été infectées en Afrique (UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance, 2005).

des sujets humains soient évalués par des comités d'éthique.

Il est probable qu'il faudra encore une décennie ou davantage avant de disposer d'un vaccin préventif contre le VIH. Les progrès de la recherche-développement de vaccin ont à ce jour été lents en raison d'une foule de problèmes logistiques et scientifiques. En 2004, les secteurs public, philanthropique et commercial ont investi environ US$ 682 millions dans la recherche et la mise au point d'un vaccin anti-VIH.

Depuis la Session extraordinaire de 2001, la dynamique de la recherche et du développement en matière de microbicides vaginaux pour prévenir la transmission du VIH s'est accrue. Les investissements des secteurs public et philanthropique dans ce domaine ont plus que doublé, passant de US$ 65 millions en 2001 à environ US$ 163 millions en 2005.

Près de trois-quarts (73%) des pays indiquent disposer d'une politique exigeant l'approbation de tous les protocoles de recherche impliquant des sujets humains par un comité d'éthique. La situation n'a pas changé par rapport à 2003. Pour ce qui est de l'intégration des personnes vivant avec le VIH et de celles qui leur prodiguent des soins dans l'examen éthique des protocoles de recherche, 71% des pays estiment que les efforts nationaux se situent dans la moyenne ou au-dessous (score de 0 sur une échelle allant de 0 à 10).

Le VIH dans les situations de conflit et les régions touchées par des catastrophes

Reconnaissant que les conflits et les catastrophes sont susceptibles d'accroître la vulnérabilité et de contribuer à la propagation du VIH, la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA demande aux pays d'intégrer les activités contre le VIH dans les programmes et plans d'action pour les situations d'urgence. Elle demande également que les organisations internationales et non gouvernementales investissent dans la sensibilisation et la formation de leurs personnels dans le domaine du VIH et que le VIH soit incorporé dans les opérations des services nationaux en uniforme et des troupes internationales de maintien de la paix.

Selon le HCR, 65% seulement des plans stratégiques nationaux en 2004 faisaient état des réfugiés et 43% seulement détaillaient des activités spécifiques à l'intention des réfugiés (ONUSIDA/HCR, 2005). En 2005, 86% des pays disposaient d'une stratégie officielle pour traiter du VIH parmi les services en uniforme, par rapport à 78% en 2003.

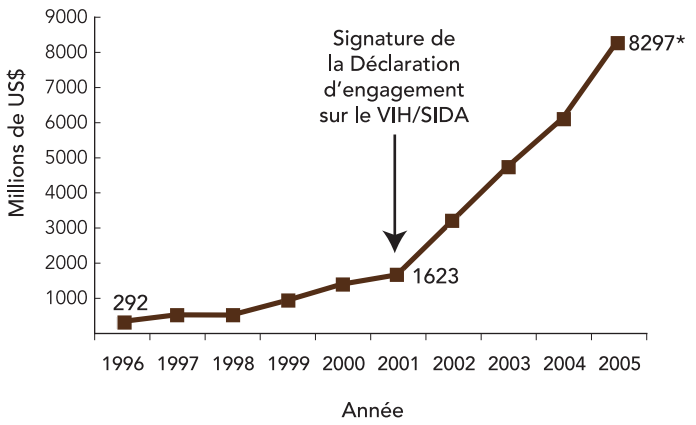
Par contraste, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Département des opérations de maintien de la paix de l'ONU ont pleinement intégré le VIH dans les opérations de maintien de la paix conduites par les Nations Unies. Actuellement, toutes les missions de maintien de la paix sont accompagnées par des conseillers VIH à temps complet ou partiel.

Ressources

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA a instamment demandé une augmentation progressive du financement du VIH à l'échelle mondiale, afin d'assurer, d'ici à 2005, la mobilisation annuelle de US$ 7 milliards à US$ 10 milliards au moins (Nations Unies, 2001). Pour encourager la mobilisation des ressources, elle a demandé la création d'un fonds mondial destiné à soutenir la prestation de services contre le VIH et autres interventions de santé. Elle a également prévu que les gouvernements nationaux augmentent les allocations budgétaires destinées au VIH et que les pays développés s'efforcent de consacrer au moins 0,7% de leur produit national brut à l'aide au développement.

La mobilisation globale des moyens financiers est l'un des rares objectifs de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA pour 2005 que la communauté internationale a manifestement atteint. Sur la base des tendances actuelles des promesses de contribution et des engagements de fonds, l'ONUSIDA a projeté que les dépenses relatives au VIH, provenant de sources nationales et internationales, se monteraient à US$ 8,3 milliards (fourchette estimée entre US$ 7,5 milliards et US$ 8,5 milliards) en 2005 dans les pays à faible ou moyen revenu, ce qui correspond à l'ordre de

FIGURE 3.8 Estimation du total annuel des ressources disponibles pour la lutte contre le SIDA, 1996–2005



Les données comprennent :

- Donateurs internationaux, dépenses intérieures (y compris dépenses du secteur public et frais assumés par les patients)
- Fondations internationales et Fonds mondial compris dès 2003. PEPFAR inclus dès 2004

*Projections fondées sur des promesses de dons et d'engagement précédentes (allant de US$ 7,5 à US$ 8,5 milliards).

grandeur de US$ 7-10 milliards mentionné dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (voir le chapitre sur le financement).

Si le succès de la mobilisation des ressources à l'échelle mondiale est encourageant, une analyse plus détaillée effectuée après la Session extraordinaire de 2001 indique qu'il faudra des moyens financiers considérablement plus importants pour mettre le monde en bonne voie de commencer à inverser le cours de l'épidémie de VIH à l'horizon 2015. Les fonds destinés au VIH disponibles en 2005 correspondent à un tiers à peine des montants qui seront nécessaires en 2008 (US$ 22,1 milliards) pour soutenir une riposte globale (ONUSIDA, 2005c).

L'augmentation annuelle moyenne des dépenses liées au SIDA à l'échelle mondiale a passé de US$ 266 millions par an entre 1996 et 2001 à US$ 1,7 milliard par an entre 2001 et 2005. Les estimations des ressources disponibles pour des activités liées au VIH dans les pays à faible ou moyen revenu en 2005 représentent une multiplication par 28 des dépenses mondiales sur le VIH en 1996, année de la création de l'ONUSIDA (Figure 3.8).

Selon les rapports fournis à l'Organisation de Coopération et de Développement économiques par les pays donateurs, le niveau du financement bilatéral pour des activités liées au VIH entre 2001 et 2004 a augmenté de 61%, alors que les dépenses de sources multilatérales (p. ex. le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les organisations de la famille de l'ONUSIDA, les banques régionales de développement et la Commission européenne) ont augmenté de 110%. Le rythme auquel les fonds engagés par les donateurs ont réellement été décaissés a augmenté de 53% en 2002 à 78% en 2004 (Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2006). Actuellement le Gouvernement des Etats-Unis couvre environ la moitié de tous les engagements bilatéraux liés au VIH.

Comme l'explique plus en détail le chapitre concernant le financement, le Fonds mondial a joué un rôle important dans l'acheminement des nouvelles ressources destinées à la lutte contre le VIH depuis

la Session extraordinaire de 2001. Comme le demandait la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, le Fonds mondial a été créé en décembre 2002. On estime que 20% environ de tous les flux financiers internationaux destinés au VIH sont actuellement acheminés par l'intermédiaire du Fonds mondial. En décembre 2005, le Fonds mondial avait reçu US$ 8,6 milliards de promesses de contribution (allant jusqu'en 2008) et avait approuvé 350 subventions à des gouvernements et autres bénéficiaires dans 128 pays, engageant ainsi US$ 4,79 milliards en subventions ; US$ 3,5 milliards ont été engagés par la signature d'accords de subventions ; et US$ 1,91 milliard a été décaissé. Sur ces fonds, entre 56% et 60% seront attribués à des activités de lutte contre le VIH. Les sous-totaux ajustés pour des activités contre le VIH seront de US$ 2,96 milliards pour des projets approuvés ; US$ 2,14 milliards engagés et US$ 1,2 milliard décaissé (Fonds mondial, 2006).

Le monde est confronté à d'autres difficultés importantes lorsqu'il s'agit de transformer ces moyens financiers en biens et services pour ceux qui en ont besoin. Les fonds disponibles notamment, peuvent ne pas être acheminés vers ceux qui en ont le plus besoin. Dans de nombreux pays, les ressources restent confinées dans les grandes villes et sont souvent attribuées aux populations les plus facilement accessibles, plutôt qu'à celles qui ont le plus besoin de services. En Amérique latine et en Asie du Sud-Est, par exemple, alors que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes forment une part importante de l'épidémie, ils ne reçoivent qu'une infime fraction des ressources de la prévention (Izazola-Licea, 2003). De même, les professionnel(le)s du sexe en Afrique subsaharienne ne bénéficient que d'une part anormalement faible des ressources disponibles.

Les pays à faible ou moyen revenu eux-mêmes fournissent environ un tiers des montants actuels dépensés à l'échelle mondiale pour des activités de lutte contre le SIDA, les dépenses du secteur public dans ces pays montrant une augmentation modeste entre 2001 et 2005. Les sources publiques représentent la plus grande part des dépenses intérieures sur le VIH, bien qu'une proportion substantielle de ces montants proviennent des dépenses engagées par les familles touchées par le VIH, pour financer la



Si d'importantes avancées ont été relevées dans le renforcement des capacités nationales de suivi et d'évaluation, les lacunes des rapports nationaux soulignent qu'il reste encore bien à faire.

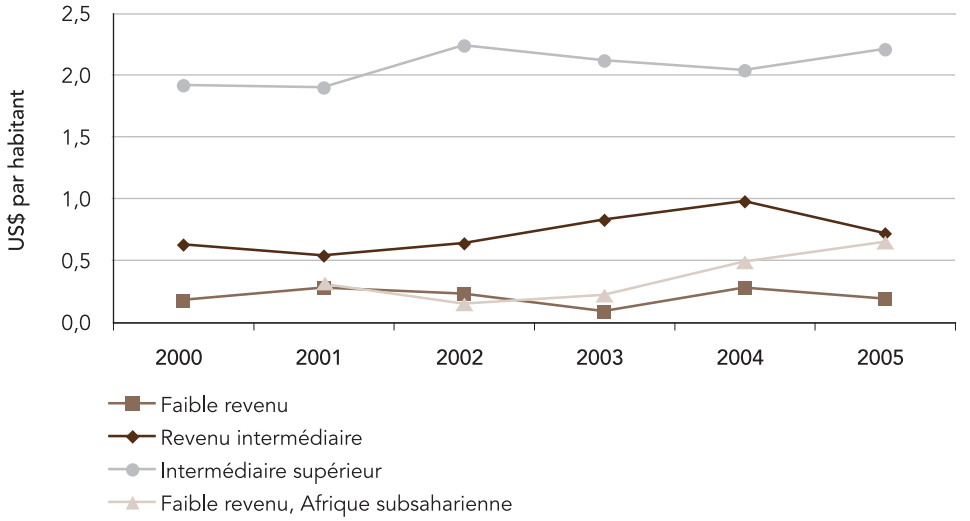
prise en charge et les traitements, ou, dans certains cas même, pour l'achat de préservatifs dans les classes moyennes des pays à revenu intermédiaire (ONUSIDA, 2004 ; Gutierrez et Bertozzi, 2004 ; Aran-Mantero et al., 2003).

Depuis la Session extraordinaire de 2001, on a noté une modeste augmentation des dépenses relatives au VIH par habitant sur l'ensemble des pays en développement (Figure 3.9). Dans un échantillon de 25 pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne, par contraste, les dépenses par habitant ont augmenté de 130% entre 2001 et 2005, pour atteindre en 2005 un montant total de US$ 670 millions dans ces pays. Les dépenses intérieures du secteur public par habitant sur le SIDA dans le même échantillon ont passé de US$ 0,31 en 2001 à environ US$ 0,65 en 2005. Les dépenses sur le VIH en Afrique subsaharienne ne sont pas en corrélation étroite avec la prévalence nationale du VIH, le revenu national ou les dépenses nationales de santé.

Les dépenses relatives au SIDA par habitant sont généralement plus élevées dans les autres régions qu'elles ne le sont en Afrique subsaharienne (n = 57 pays). Parmi les pays à faible revenu autres qu'en Afrique subsaharienne (avec un revenu national brut par habitant de US$ 825 ou moins), les dépenses relatives au SIDA sont restées pratiquement inchangées entre 2001 et 2004 (allant de US$ 0,35 à US$ 1,00). Parmi les pays à revenu faible à intermédiaire (revenu national brut par habitant entre US$ 826 et US$ 3255), on a relevé une augmentation d'environ 30% entre 2001 et 2005. Parmi les pays à revenu moyen à élevé (revenu national brut par habitant entre US$ 3256 et US$ 10 065) on a noté pendant la même période une augmentation d'environ 10%.

Il faut améliorer la capacité des pays à séparer les fonds de l'aide internationale et les sources nationales, à distinguer entre les montants budgétisés et les dépenses réelles et à produire des estimations fiables de

FIGURE 3.9 Dépenses relatives au VIH et au SIDA par habitant selon le niveau de revenu des pays*



*Tendances tirées d'un échantillon de 25 pays d'Afrique subsaharienne et de 57 pays d'autres régions.

l'ensemble des dépenses de tous les secteurs (ONUSIDA 2006). Le Consortium pour le suivi des ressources mondiales s'est attaché à compléter les informations présentées dans les rapports des pays par des estimations des dépenses nationales relatives au SIDA, un exercice de suivi des ressources qui a amélioré la fiabilité des estimations concernant les écarts existant entre les ressources disponibles et les besoins de ressources.

Suivi et évaluation

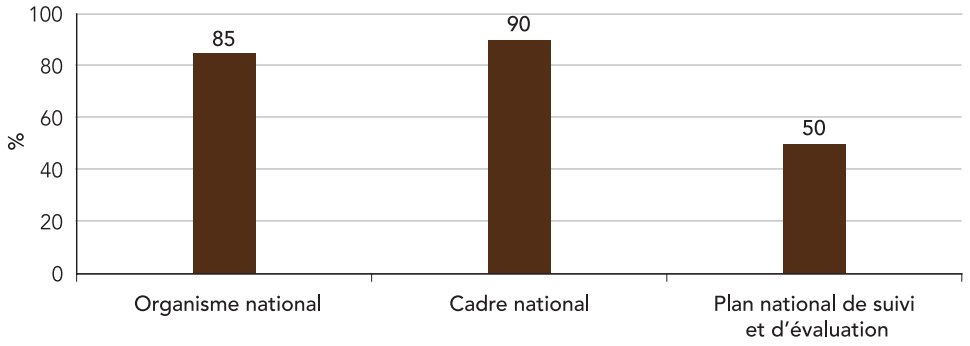
Pour élaborer, mettre en œuvre et améliorer des politiques et programmes de lutte contre le SIDA efficaces, il est essentiel de bien comprendre à la fois l'épidémie et la riposte nationale. Les pays en développement comme les donateurs internationaux ont accordé une place plus importante au suivi et à l'évaluation après la Session extraordinaire de 2001 et 51% des pays annoncent des progrès modestes à importants depuis 2003 dans le renforcement du suivi et de l'évaluation des programmes liés au VIH. Cependant, 43% des pays estiment que les efforts nationaux de suivi et d'évaluation se situent dans la moyenne ou au dessous. Ce sont souvent les pays qui disposent de spécialistes du suivi et de l'évaluation qui annoncent des améliorations dans leurs systèmes de suivi à l'échelle nationale. En outre, plus de 60 spécialistes techniques du suivi et de l'évaluation ont été déployés dans les pays par l'ONUSIDA et le Gouvernement des Etats-Unis, pour contribuer au développement des capacités nationales en matière de suivi et d'évaluation ainsi qu'à la planification et aux besoins en matière de notification (CDC/GAP, 2005).

La moitié des pays rapportent qu'ils disposent d'un plan national de suivi et d'évaluation, par rapport à 43% en 2003. Dans un peu plus de la moitié des cas (54%), le plan de suivi et d'évaluation a été élaboré en consultation avec la société civile et les personnes vivant avec le VIH. Tous ces pays, sauf quatre, ont un budget consacré au suivi et à l'évaluation, dont le financement est assuré dans 78% des cas. C'est là un important progrès depuis 2003, lorsque 24% seulement des pays disposaient d'un budget pour le suivi et l'évaluation. La majorité des pays (83%) ont mis en place une unité et/ou un comité consacrés au suivi et à l'évaluation qui se réunissent régulièrement, et 11 pays procèdent actuellement à la création d'une unité de ce type.

Pour ce qui est de l'information, 54% des pays disposent d'une base de données centralisée pour les informations concernant le VIH et 85% entretiennent un Système fonctionnel d'information sur la gestion sanitaire, la moitié de ces pays ayant les deux systèmes. Ces chiffres sont approximativement équivalents à ceux annoncés en 2003. Si l'existence de systèmes de gestion des données ne signifie pas nécessairement que cette technique est systématiquement employée, ce sont les pays qui disposent d'une base de données centralisée qui rapportent l'utilisation la plus grande des données pour la planification nationale et l'exécution des programmes. Plus de 70 pays ont utilisé le Système d'information sur la riposte des pays de l'ONUSIDA pour recueillir les données nécessaires à l'ONUSIDA concernant les indicateurs et plus de 90 pays utilisent aujourd'hui ce système à d'autres fins.

Près de la moitié des pays (49%) indiquent que le niveau de communication aux pays des résultats du suivi et de l'évaluation effectués par les institutions du

FIGURE 3.10 Progrès dans l'application des 'Trois Principes' : pourcentage de pays disposant d'un organisme national de coordination, d'une stratégie ou cadre national sur le VIH/SIDA et d'un plan national de suivi et d'évaluation



système des Nations Unies, les agences bilatérales et d'autres institutions est moyen à élevé. Bien que cela marque une amélioration, d'autres progrès sont nécessaires dans le domaine du partage de l'information, afin de maximiser la prise de décisions fondée sur le concret et de contribuer au renforcement des 'Trois Principes', notamment le troisième : un système intégré de suivi et d'évaluation.

Comme le montre la Figure 3.10, le premier principe (un organisme national unique) et le second (un cadre national unique) sont dans une large mesure acquis. Le succès dépendra maintenant de l'amélioration de la capacité nationale en matière de suivi et d'évaluation afin de soutenir un système unifié dans ce domaine. Comme l'indique cette figure, 50% seulement des pays disposent d'un plan de suivi et d'évaluation, qui est le premier pas essentiel vers la mise en place d'un système intégré.

Les rapports des pays concernant les indicateurs de base émanant de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA donnent une idée de la situation actuelle de la capacité de suivi et d'évaluation et suggèrent quels efforts il faudra déployer pour améliorer les capacités nationales dans ce domaine. Si les indicateurs concernant les traitements antirétroviraux et l'administration prophylactique de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant sont relativement bien notifiés, l'information concernant la survie à 12 mois après l'instauration d'une thérapie antirétrovirale est beaucoup moins complète. La prise en charge des infections sexuellement transmissibles est également insuffisamment présentée, ce qui provient peut-être partiellement de la complexité de cet indicateur qui exige des renseignements sur la précision du diagnostic, la fourniture de conseil et l'achèvement du traitement. Les indicateurs les moins fréquemment présentés sont ceux qui touchent aux enfants rendus orphelins par le SIDA : moins de 10 pays en ont parlé. Ceci a des conséquences sur la manière dont les pays sont capables d'estimer les besoins de services destinés à cette population extrêmement vulnérable et de mettre en œuvre ces services.

Dans l'ensemble, les pays connaissant des épidémies généralisées ont présenté des rapports plus complets que ceux qui ont des épidémies concentrées ou à faible prévalence. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une exigence pour les pays à épidémies

généralisées, 31% d'entre eux ont fourni des données sur les indicateurs relatifs aux populations les plus exposées au risque. Moins de deux tiers (60%) des pays connaissant des épidémies concentrées ou à faible prévalence l'ont fait. C'est la première fois que des informations spécifiques à ces populations sont notifiées par les pays et, bien qu'il soit possible de faire encore beaucoup mieux, il s'agit là d'une bonne base pour suivre les progrès qui seront encore réalisés.

Si d'importantes avancées ont été relevées dans le renforcement des capacités nationales de suivi et d'évaluation, les lacunes des rapports nationaux soulignent qu'il reste encore bien à faire. Parmi les domaines où des améliorations sont attendues, on peut noter l'augmentation du nombre et des types de programmes et services à suivre, la collecte d'informations plus solides et opportunes et l'amélioration de l'utilisation et de l'analyse de ces données par les stratèges et les prestataires de services en vue d'améliorer les programmes. De plus, il est urgent d'accorder une priorité accrue à l'évaluation qui a jusqu'ici été ignorée dans la plupart des pays. Ces activités d'évaluation constituent des mesures essentielles pour améliorer l'efficacité de la riposte au SIDA. Dans la plupart des pays, la mise en place de ces améliorations exigera des ressources financières et humaines supplémentaires, ainsi qu'une meilleure intégration de l'information émanant de diverses sources. En fin de compte, les pays doivent s'approprier toujours davantage le processus de suivi et d'évaluation et manifester une volonté accrue de traduire les résultats en action, afin d'améliorer la riposte nationale au SIDA et de contribuer ainsi à la riposte mondiale.

L'impact du SIDA sur les personnes et les sociétés 04





Chapitre 04



L'IMPACT DU SIDA SUR LES PERSONNES ET LES SOCIÉTÉS

Au cours des quelque 25 années écoulées depuis que le SIDA est apparu comme un problème de santé publique majeur, l'épidémie a eu des conséquences graves et dans bien des endroits dévastatrices sur le développement humain. Dans certains pays, le SIDA sape les efforts consentis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier en vue de la réduction de la pauvreté, d'une éducation primaire universelle, de l'égalité entre les sexes, de la baisse de la mortalité infantile et de l'amélioration de la santé maternelle (IAVI, 2005 ; UNFPA, 2003).

L'impact de l'épidémie, d'une ampleur très différente d'un lieu à un autre, a été mesuré avec une précision croissante au cours des années grâce à l'amélioration des outils de surveillance et d'analyse. De ce fait, l'interrelation du SIDA avec d'autres problèmes de développement humain est apparue plus clairement. La justesse de la perception qui, au début des années 1990, était celle de feu Jonathan Mann—le SIDA comme un projecteur braqué sur les droits de l'homme et les problèmes sociaux—s'est confirmée sur bien des plans, en particulier quant aux interactions de l'épidémie avec la pauvreté, les inégalités entre les sexes et l'exclusion sociale (Mann et al., 1994). La recherche a aussi montré ces dernières années que le SIDA aggrave les autres défis majeurs lancés au développement humain, depuis la détérioration des services publics et de la gouvernance jusqu'aux crises humanitaires nées de l'insécurité alimentaire ou des conflits. Comme le signale une étude récente de la relation entre SIDA et famine dans les Etats d'Afrique australe, le VIH/SIDA aggrave les difficultés existantes et nous contraint à faire face simultanément à de nombreux problèmes qui tous doivent être résolus (de Vaal et Whiteside, 2003).

L'impact du SIDA n'a pas encore été pleinement évalué, en particulier en ce qui concerne le long terme. L'épidémie se développe en vagues successives : la première—l'infection par le VIH—est suivie après plusieurs années par la vague des maladies opportunistes et enfin par celle du SIDA déclaré et de la mort (Barnett et Whiteside, 2002). Cette dernière affecte les économies et les sociétés à différents niveaux, depuis l'individu et la famille jusqu'à la communauté aux niveaux national et international. Une étude (Bell et al., 2003) a montré que

parmi les pays fortement affectés, aucun n'a encore atteint le sommet de la troisième vague ni connu grand-chose de la quatrième :

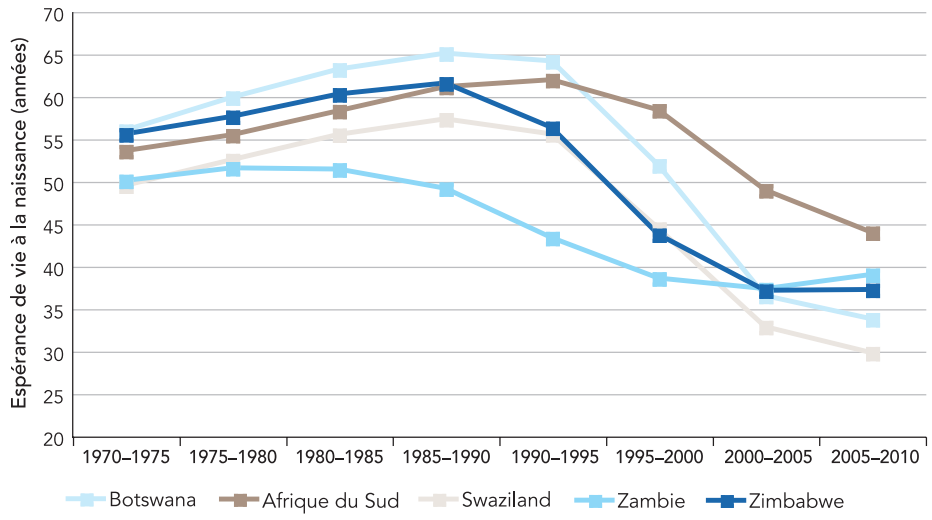
Nous ne savons pas quelle sera la gravité de la troisième et de la dernière vague—rien n'est linéaire dans cette pandémie et le SIDA est un fléau que nous n'avons jamais connu… Quels seront, par exemple, les probables dommages à long terme—sociaux, économiques, psychologiques—du fait que des millions d'enfants sont désormais orphelins ? Ce que nous savons c'est que ces effets se feront sentir pendant les années à venir et que la situation commencera par s'aggraver avant de s'améliorer.

Des ripostes vigoureuses en matière de prévention, de prise en charge, de soutien et de traitement peuvent beaucoup pour diminuer l'impact de l'épidémie et peut-être aurons-nous d'heureuses surprises au fur et à mesure que deviendront accessibles partout dans le monde les traitements antirétroviraux. Mais une chose est sûre : *Quelle que soit la forme que prendra l'épidémie dans un pays donné, ses effets sociaux et économiques—et surtout l'érosion du capital humain—croîtront encore bien des années après que la prévalence aura diminué.* Cette constatation a, sur les efforts à mener pour réduire l'impact de l'épidémie, d'importantes implications qui sont abordées dans les chapitres suivants.

Population et structure de la population

L'impact global du SIDA sur la population mondiale n'a pas encore atteint son maximum et ses effets démographiques se feront sans doute encore sentir pendant la seconde moitié du 21e siècle. Les projections actuelles suggèrent qu'en 2015, dans les 60 pays les plus touchés, la population totale sera inférieure de 115 millions à ce qu'elle aurait été sans le SIDA. L'Afrique comptera pour près des trois quarts de cette différence en 2050 et même si l'espérance de vie pour l'ensemble du continuent sera à cette date passée des 49,1 ans d'aujourd'hui à 65,4 ans, cette durée de vie sera encore de 12 à 17 ans inférieure à celle que connaissent déjà d'autres régions du monde (Nations Unies, Division de la Population, 2005b). La Figure 4.1 montre l'impact sur

FIGURE 4.1 Impact du SIDA sur l'espérance de vie dans cinq pays africains, 1970–2010



Source : Division de la Population des Nations Unies (2004). World Population Prospects : The 2004 Revision, database.

04

FAIRE FACE À L'IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA SUR LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN

Riposter au SIDA est l'une des hautes priorités du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Les Rapports sur le développement humain de l'organisation sont une source importante d'information et d'analyse pour l'impact socioéconomique de l'épidémie et constituent des outils politiques et de plaidoyer qui permettent de mettre en œuvre les stratégies visant à en renverser le cours.

Il existe diverses méthodes pour mesurer l'impact du SIDA ; l'approche par le développement humain adopte des indicateurs touchant les personnes de préférence à des indicateurs médicaux ou économiques. L'Indicateur de développement humain utilisé par le PNUD retient trois dimensions fondamentales du développement de la personne : une vie longue et en bonne santé—appréciée selon l'espérance de vie à la naissance ; les connaissances—mesurées par l'alphabétisation des adultes et le taux de scolarisation ; et enfin le niveau de vie—mesuré par le produit intérieur brut par habitant (PNUD, 2005).

Le Rapport mondial sur le développement humain 2005 identifie le SIDA comme le facteur qui a infligé au développement humain le revers le plus marquant de toute son histoire (PNUD, 2005). Entre 1990 et 2003, plusieurs des pays les plus gravement affectés par le SIDA ont fortement reculé dans le classement mondial des pays selon l'Indicateur de développement humain. L'Afrique du Sud a reculé de 35 places, le Zimbabwe de 23, le Botswana de 21, le Swaziland de 20, le Kenya de 18, la Zambie de 16 et le Lesotho de 15. (Le rapport classe 135 pays dans les différentes régions, à partir de données de 1990 et de 2003.)

Outre le rapport mondial annuel, il existe plusieurs Rapports nationaux et régionaux sur le développement humain couvrant le VIH et le SIDA, produits par plusieurs pays (Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Ghana, Namibie, Nigéria, Ouganda, Zimbabwe) et régions (Europe orientale, Afrique australe et Asie du Sud).

Ces rapports permettent de mieux comprendre l'impact de l'épidémie au niveau des ménages, des communautés et de la nation et proposent des actions adaptées à des situations spécifiques. Le rapport du Zimbabwe, par exemple, attire l'attention sur le nombre croissant d'élèves, en particulier les filles, qui abandonnent l'école pour soigner des membres de leur famille affectés par le SIDA et souligne l'urgence d'accroître l'égalité entre les sexes (PNUD, 2003b). Celui de l'Europe orientale appelle à un rééquilibrage des politiques sociales afin que les problèmes de la consommation de drogues et du commerce du sexe soient traités dans une optique de droits de la personne et de santé publique (PNUD, 2004).

Complément d'information et accès aux rapports sur le site web Rapport sur le développement humain : http://hdr.undp.org.

l'espérance de vie calculé pour les pays les plus gravement affectés.

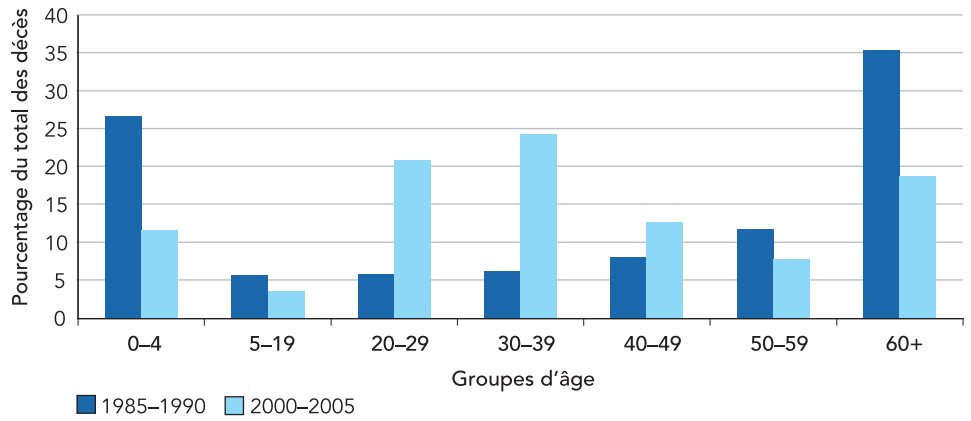
Dans les pays d'Afrique subsaharienne les plus sévèrement atteints, le SIDA continue à ralentir, voire à inverser les améliorations touchant l'espérance de vie et à bouleverser les structures âge-sexe de populations entières. Même si la majorité des pays les plus touchés dans la région ont vu leur espérance de vie diminuer du fait de l'épidémie—et d'autres facteurs tels que les conflits armés, la stagnation économique et la résurgence de la tuberculose, du paludisme et d'autres maladies—la population nationale continuera à augmenter du fait des taux élevés de fertilité.

L'impact du SIDA sur l'espérance de vie en Afrique subsaharienne est en partie dû à la mortalité infantile directement ou indirectement liée au SIDA. Les progrès constants accomplis avant l'arrivée de l'épidémie quant à l'espérance de vie ont été érodés. Au Botswana, la mortalité des enfants de moins de 5 ans qui était tombée entre 1990 et 1995 à 62 décès pour 1000 naissances vivantes est aujourd'hui de 106 décès pour 1000 naissances vivantes environ. Le plus fort accroissement de la mortalité s'observe néanmoins chez les adultes de 20 à 49 ans et renverse la distribution des décès en fonction de l'âge. Alors que ce groupe d'âge ne constituait que 20% de tous les décès entre 1985 et 1990, il en représente aujourd'hui 60%. La Figure 4.2 illustre ces données en comparant la distribution actuelle des décès selon l'âge en Afrique australe avec la distribution notée avant que l'épidémie de SIDA n'ait atteint toute son ampleur. Ce phénomène bouleverse la structure habituelle de la mortalité liée aux maladies, qui se concentrait chez les très jeunes et les très âgés. Le SIDA, lui, frappe les adultes dans les années de plus grande productivité économique et fait disparaître ceux qui pourraient le mieux riposter à la crise.

A l'extérieur de l'Afrique subsaharienne, dans les régions où la prévalence du VIH est plus faible, le SIDA a ralenti plutôt qu'annulé les gains en matière d'espérance de vie. On estime qu'au Cambodge l'espérance de vie est actuellement inférieure de quatre ans à ce qu'elle aurait été sans le SIDA.

Dans les Amériques, les Caraïbes connaissent les taux d'infection les plus élevés. En Haïti, le SIDA est devenu la cause

FIGURE 4.2 Répartition en pourcentage des décès selon l'âge en Afrique australe, 1985–1990 et 2000–2005



Source : Division de la Population des Nations Unies (2004). World Population Prospects : The 2004 Revision, highlights.

principale de décès chez les adultes de 15 à 44 ans. On estime qu'en République dominicaine l'espérance de vie est inférieure de trois ans à ce qu'elle aurait été sans le SIDA. A la Trinité-et-Tobago, un pays qui perd déjà sa population du fait de l'émigration, on estime que la mortalité due au SIDA réduira la population totale vers 2010 (Stanecki, 2004 ; Banque mondiale, 2005a).

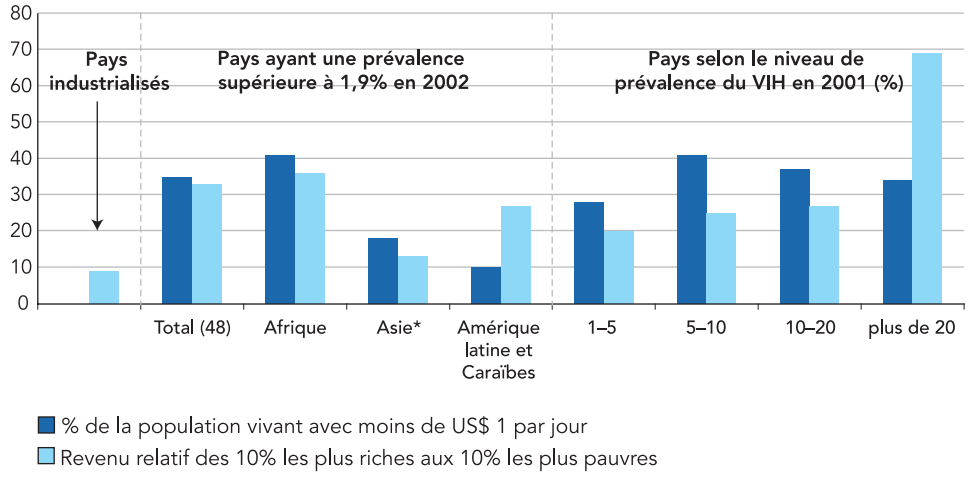
Les projections actuelles concernant l'impact à long terme du SIDA sont un peu moins graves que celles des rapports précédents. Cela est dû en partie à la révision des taux de prévalence et des estimations de mortalité due au SIDA pour certains pays et en partie à l'hypothèse, intégrée dans le calcul des projections, d'un accès au traitement antirétroviral étendu à un nombre croissant de personnes dans les pays les plus touchés. Toutefois, cette hypothèse n'est qu'une hypothèse et ne se vérifiera *que si* le progrès soutenu vers l'accès universel se confirme, avec adoption—et application généralisée—de toute une gamme de mesures concernant la prévention, le traitement et l'atténuation de l'impact.

Pauvreté et inégalité

La relation entre SIDA et pauvreté est forte mais comporte des nuances. Le niveau de vie des pauvres dans certains des pays les plus touchés s'était dégradé avant que n'ait été ressenti l'impact du SIDA et les pays aujourd'hui les plus affectés ne sont pas nécessairement les plus pauvres. L'Afrique australe, qui a la prévalence la plus forte du monde, compte les pays les plus développés économiquement de l'Afrique subsaharienne. Ces pays ont en général de plus hauts niveaux d'instruction, de produit intérieur brut, d'accès à l'eau et à l'assainissement que d'autres parties du continent. Mais ils ont aussi tendance à avoir une plus grande inégalité économique et un grand nombre de gens vivant dans la pauvreté, deux caractéristiques qui ont été nettement associées à la transmission du VIH.

La Figure 4.3 illustre ces faits. Dans les pays les plus atteints (prévalence supérieure à 20%—tous en Afrique australe), les 10% les plus riches de la population ont des revenus presque 70 fois supérieurs à ceux des 10% les plus pauvres, disparité

FIGURE 4.3 Richesse, pauvreté et VIH : pays groupés selon la région et la prévalence du VIH



*À l'exception du Japon

Source : Nations Unies, Division de la Population (2005a). La plupart des chiffres concernent 2002, ou antérieurement.

à comparer avec celle—beaucoup plus faible (entre 20 et 27)—que l'on observe dans les pays à moindre prévalence. En moyenne, un tiers de la population dans les pays les plus affectés ayant une forte disparité de revenus vit avec moins de US$ 1 par jour, ce qui, vu la relative importance du produit intérieur brut de ces pays, représente une forte proportion de personnes pauvres (Nations Unies, Division de la Population, 2005a).

Le SIDA a tendance à frapper les pauvres plus fortement que les autres groupes de population. Au Botswana, on estime qu'en moyenne chaque personne disposant d'un revenu court le risque de voir dans les 10 ans une personne de plus dépendre d'elle du fait de l'épidémie. Mais dans les familles appartenant au quartile des plus pauvres, ce sont huit personnes supplémentaires que le SIDA fera dépendre de ces mêmes revenus. On prévoit en outre une augmentation 'spectaculaire' du nombre de foyers sans ressources—sans personne qui assure le gagne-pain (Greener, 2004). Des prévisions semblables s'appliquent à l'Inde où un examen des recherches économiques sur le SIDA conclut que les foyers appartenant aux groupes de personnes pauvres, moins instruites et moins qualifiées, tout comme les femmes, doivent faire face à une part proportionnellement plus lourde du fardeau économique lié au SIDA (Mahal et Rao, 2005).

Les gouvernements sont de plus en plus sensibles à la nécessité de s'attaquer à la pauvreté pour riposter au SIDA et de lutter contre le SIDA pour réduire la pauvreté mais ils ont été lents à inscrire cette nécessité dans leurs programmes. Un examen des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et des Plans stratégiques nationaux de lutte contre le SIDA de 19 pays africains montre que la plupart des gouvernements restent centrés sur la riposte du secteur de la santé. Seuls 16% des documents analysés établissent clairement le lien entre SIDA et pauvreté et 42% ne le mentionnent pas du tout (Bonnel et al., 2004).

IMPACT SUR LES FOYERS

Ce que signifie 'avoir le SIDA dans la famille' a été analysé en divers points du globe. Les conséquences vont des coûts médicaux et funéraires à l'abandon de l'école ou du poste de travail pour veiller sur les malades. En Inde, des recherches effectuées à New Delhi ont montré que, chez les familles comptant un membre atteint par le VIH, les dépenses mensuelles moyennes étaient supérieures aux revenus, en partie à cause du doublement des achats de médicaments. Non seulement ces familles consacrent moins d'argent aux loisirs ou à l'éducation des enfants pour faire face aux coûts de la prise en charge et du traitement dus au VIH, mais la plupart sont également contraintes de vendre leurs biens et d'emprunter auprès des parents et des amis (OIT, 2003).

Les stratégies destinées à faire face varient elles aussi d'un endroit à l'autre. Par exemple, les ménages rwandais qui ont connu la mort d'un adulte (Gillespie et Kadiyala, 2005) ont plus tendance que ceux du Kenya ou du Mozambique à remplacer la force de travail perdue par de nouveaux membres de la famille (mariage ou invitation de jeunes parents). Quel que soit le pays, tout dépend de l'âge, du sexe et de la position dans la famille de la personne qui tombe malade ou meurt.

Une étude récente en Zambie du Nord étudie la dynamique de l'impact de la maladie liée au VIH sur les familles et les

communautés en comparant cinq catégories : foyer dirigé par une femme avec orphelins, foyer dirigé par un homme avec orphelins, foyer dirigé par une femme et prenant en charge des personnes atteintes d'une maladie liée au VIH, foyer dirigé par un homme et prenant en charge des personnes souffrant d'une maladie liée au VIH, foyer non atteint. Entre autres conclusions, l'étude montre qu'un foyer dirigé par une femme et prenant soin de personnes malades compte une moyenne de 3,6 orphelins, soit beaucoup plus que pour un foyer dirigé par un homme. Ces foyers souffrent également de 'carence en nourriture' —disposant de moins de nourriture qu'ils n'en avaient besoin—pour 3,4 mois en moyenne par an. Peu de foyers prenant en charge des personnes séropositives sont en mesure de faire partie d'une coopérative—la principale source de prêts pour les agriculteurs—faute de temps ou de moyens financiers. Les foyers dirigés par une femme sont moins que les autres capables de participer aux organisations à assise communautaire et possèdent peu de biens tels que haches, radios ou bicyclettes (FAO, 2004). Ces observations concordent avec de nombreuses études conduites dans d'autres pays qui montrent aussi que c'est sur les veuves et les membres de leur famille que repose le plus lourd fardeau du VIH (Aliber et al., 2004).

Le poids de la stigmatisation et de la discrimination

Stigmatisation et discrimination ne sont pas seulement des obstacles à la prévention, la

COMMENT 'FAIRE FACE'

Les statistiques ne peuvent rendre compte des innombrables exemples d'héroïsme domestique dont font preuve les familles affectées. La recherche dans des pays comme le Kenya, le Malawi, le Rwanda et la Zambie conduit à penser que les structures familiales en Afrique subsaharienne sont plus résistantes que la plupart des acteurs du développement international ne s'y attendaient. Au lieu de se désagréger une fois face au SIDA, les familles trouvent moyen de vivre, d'élever et éduquer leurs enfants tout en prenant en charge des malades, fût-ce bien souvent au prix de dépenses, de sacrifices et d'angoisses considérables.

Ces stratégies de survie doivent faire l'objet d'un examen attentif. Comme l'indiquait un commentateur (Marais, 2005) :

Décrire les activités des foyers tombés dans la misère comme étant une façon de 'faire face' c'est abandonner toute dimension éthique. Quel que soit le sens donné à cette expression, on ne peut pas dire que ces foyers 'font face' ; parler dans ce cas de 'stratégie fructueuse' est un oxymore. Retrouver une sorte de survie dans la précarité permanente ne peut raisonnablement être considéré comme un succès.

La pression sur les sociétés ne peut s'exercer que dans certaines limites et d'autres menaces—conflits armés, effondrement des marchés—peuvent aisément s'ajouter au SIDA pour plonger de nombreuses familles dans une pauvreté accrue, les briser et priver leurs membres de la prise en charge et du soutien dont elles ont désespérément besoin.

prise en charge et le traitement des personnes vivant avec le VIH, elles font aussi partie des pires conséquences de l'épidémie. Par stigmatisation, on entend toute attitude négative à l'égard des personnes infectées ou supposées l'être et de celles qui sont atteintes par ricochet, les orphelins, les enfants et les familles des personnes vivant avec le VIH. La discrimination, telle que la définit le Protocole de l'ONUSIDA pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH [*UNAIDS Protocol for the Identification of People Living with HIV*, non traduit en français], recouvre toute forme de distinction arbitraire, d'exclusion ou de préjudice visant des personnes à cause de leur statut réel ou supposé de séropositivité au VIH. Tant la stigmatisation que la discrimination constituent une entrave au développement humain en privant des centaines de milliers de personnes de toute chance de développer tout leur potentiel.

On observe stigmatisation et discrimination liées au SIDA partout dans le monde mais leurs manifestations varient d'un lieu à un autre. Lors d'une enquête conduite dans une cité côtière de la Chine orientale, un participant sur deux s'est déclaré convaincu que le châtiment est l'attitude à adopter à l'égard des personnes vivant avec le VIH, plus de la moitié des participants (56%) ne voulant pas avoir de relations amicales avec des personnes séropositives et 73% se déclarant en faveur de l'isolement des personnes vivant avec le VIH. Ces attitudes stigmatisantes s'observent surtout, semble-t-il, chez les hommes plus âgés, mariés, peu instruits et réfractaires au test de dépistage du VIH (Lee et al., 2005). Or, elles ont de graves implications.

Des recherches dans d'autres régions du pays ont montré que pour éviter stigmatisation et discrimination, certaines personnes séropositives refusent de s'informer sur le VIH et les maladies sexuellement transmissibles, évitent les professionnels de la santé et fuient les personnes suspectées de comportements à risque pour tenter de se conformer aux normes de la communauté (Lieber et al., 2005).

La stigmatisation liée au VIH va souvent de pair avec des attitudes négatives à l'égard de groupes marginalisés et elle peut être renforcée par la législation et des systèmes juridiques qui violent les droits fondamentaux de la personne humaine (voir chapitre sur les personnes à risque). On lit dans une étude récente de programmation sur le VIH aux Caraïbes (Banque mondiale, 2005a) :

Le cadre juridique actuel des Caraïbes anglophones perpétue la stigmatisation et la discrimination à l'égard de certains groupes à haut risque, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe. Dans tous les pays visités, l'homosexualité comme la prostitution sont illégales. Néanmoins, des signes d'une perception des conséquences de cette législation apparaissent de plus en plus. Aux Bahamas l'homosexualité a été récemment décriminalisée et, dans la plupart des pays—mais pas dans tous, il s'en faut—l'attitude envers les personnes vivant avec le VIH a évolué favorablement.

En 2005, le Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant avec le VIH/SIDA (APN+) a rendu compte d'une étude conduite en Inde, en Indonésie, aux Philippines et en Thaïlande. Plus de la moitié des 762 personnes séropositives incluses dans l'étude disaient avoir connu auprès des systèmes de soins de santé, sous une forme ou sous une autre, des actes de discrimination à leur égard, pouvant aller jusqu'à

04

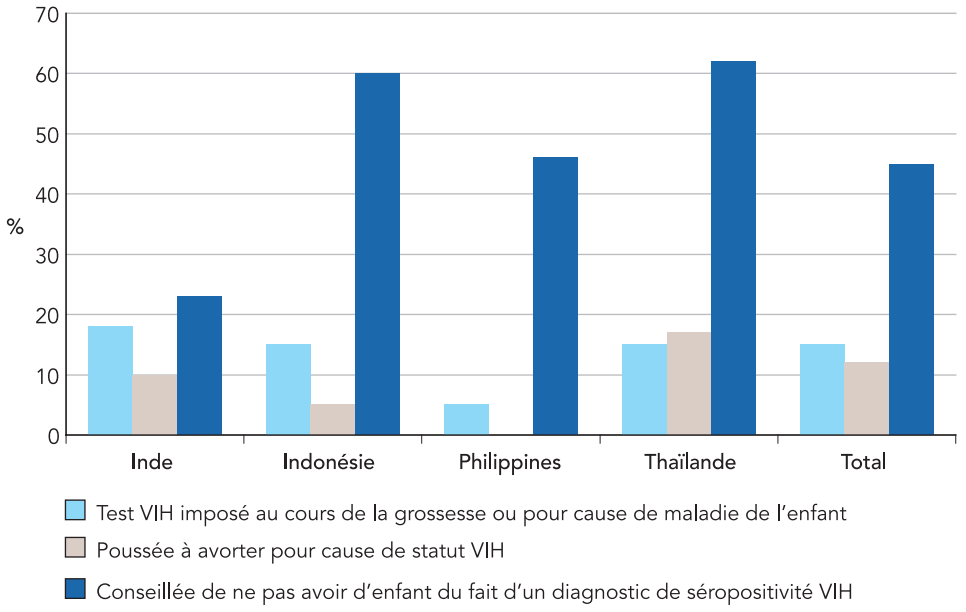
Selon le troisième des objectifs du Millénaire pour le développement, l'une des tâches principales du développement humain est de réduire et finalement d'éliminer l'inégalité entre hommes et femmes en donnant plus de pouvoir aux femmes.



priver les femmes de leurs droits en matière de reproduction (voir Figure 4.4). Les personnes ayant subi un dépistage imposé étaient plus exposées que les autres à une discrimination liée au VIH et beaucoup se sont vu refuser le traitement après avoir été diagnostiquées comme séropositives. Au sein de la famille et de la communauté, les femmes sont nettement plus exposées à la discrimination que les hommes, qu'il s'agisse de ridicule, de harcèlement, de violence physique ou de bannissement du foyer (Paxton et al., 2005).

La stigmatisation peut perdurer alors même que le traitement est devenu accessible. Ainsi au Brésil, où la thérapie antirétrovirale est partout accessible, beaucoup

FIGURE 4.4 Violations des droits en matière de reproduction—femmes enquêtées dans quatre pays asiatiques



Source : Paxton S et al. (2005). AIDS-related discrimination in Asia.

d'enfants séropositifs font encore l'objet d'une stigmatisation marquée (Abadia-Barrero et Castro, 2005). Au Botswana, où traitement antirétroviral, aliments pour nourrissons et eau potable sont largement disponibles, c'est encore la crainte de la stigmatisation que la moitié des femmes enceintes ont indiquée lors d'une enquête comme étant la raison pour laquelle elles ne nourrissaient pas leur enfant avec la préparation lactée—ce qui est un bon moyen d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant mais qui, dans bien des cas, signale clairement le statut sérologique de la mère (Shapiro et al., 2003).

Impact sur les femmes

Selon le troisième des objectifs du Millénaire pour le développement, l'une des tâches principales du développement humain est de réduire et finalement d'éliminer l'inégalité entre hommes et femmes en donnant plus de pouvoir aux femmes. Dans cette perspective, il peut être décisif de riposter efficacement au SIDA.

En Afrique subsaharienne, les femmes sont infectées plus souvent et plus tôt dans leur vie que les hommes. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans courent un risque de deux à six fois plus élevé d'être infectées que les hommes du même âge. Cet écart disparaît chez les groupes plus âgés mais souligne néanmoins la vulnérabilité des jeunes filles et jeunes femmes et le partage inégal du pouvoir dans bon nombre de sociétés.

On retrouve une structure analogue dans certains endroits des Caraïbes. En République dominicaine, les jeunes femmes de 20 à 24 ans courent un risque deux fois plus élevé d'être séropositives que les jeunes hommes (Measure DHS et ORC Macro International, 2002). En Amérique latine, en Europe orientale et en Asie centrale, en revanche, la probabilité d'être infecté est plus forte chez les jeunes hommes—encore que cela soit en train de changer avec le taux grandissant d'infection de la population générale.

GENRE, MORTALITÉ ET FERTILITÉ

Alors que dans la majeure partie du monde les femmes vivent plus longtemps que les hommes, le SIDA a aujourd'hui rendu leur espérance de vie inférieure à celle des hommes dans quatre pays : le Kenya, le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe (Nations Unies, Division de la Population, 2005b). Des données empiriques confirment l'existence de disparités selon le genre en matière de mortalité. En Zambie par exemple, une étude récente portant sur trois années et impliquant 19 000 personnes âgées de 15 à 59 ans a montré que 61% des décès (toutes causes confondues) surviennent chez les femmes et que celles-ci meurent en général plus tôt que les hommes (Chapoto et Jayne, 2005).

Le VIH affecte la fertilité des femmes, la réduisant de 25% à 40%. Cela peut tenir à bien des raisons, de la co-infection par d'autres maladies sexuellement transmissibles à un taux accru d'avortement spontané (Nations Unies, Division de la Population, 2005a). Les taux de fertilité peuvent encore diminuer à l'avenir à partir du moment où de plus de plus de femmes auront accès au test VIH et au conseil et prendront ou non la décision d'avoir un enfant en connaissance de cause. La majorité des femmes aujourd'hui ne connaissent pas leur statut par rapport au VIH et, le connaîtraient-elles, beaucoup ne pourraient pas modifier le comportement de leur partenaire ou prendre des mesures pour le protéger ou éviter une grossesse.

RÉFUGIÉS, PERSONNES DÉPLACÉES ET PAYS D'ACCUEIL

En 2005, le nombre de réfugiés dans le monde était de 19,2 millions. Bon nombre vivent dans des pays où les services de santé sont débordés par le VIH et le SIDA. Quatre millions environ se trouvent en Afrique subsaharienne où la sécheresse et les conflits continuent de contraindre un nombre considérable de personnes à quitter leur foyer.

Une panoplie de mythes, sources de stigmatisation, subsistent autour du SIDA et des populations déplacées. Ainsi les citoyens de pays d'accueil sont souvent persuadés 'que ces populations amènent le SIDA dans leurs bagages' alors que la réalité est en fait plus complexe. Bien des réfugiés et d'autres personnes déplacées fuient des pays à prévalence faible pour des pays plus stables mais à prévalence plus forte. Ainsi la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes dans les camps de réfugiés au Kenya, en République-Unie de Tanzanie et au Rwanda a noté des taux d'infection à VIH plus faibles—bien qu'encore significatifs—chez les réfugiées que dans les populations environnantes (Spiegel, 2004 ; Griekspoor et al., 2004).

Comme le souligne un examen récent de projets d'aide humanitaire, il est urgent que les besoins liés au VIH des réfugiés et personnes déplacées soient pris en compte tant pour les arrivants que pour la population hôte (ONUSIDA/HCR, 2005).

« De nombreux pays sont déjà submergés par le fardeau du SIDA et se montrent bien souvent peu enclins à apporter à ces populations les services et soins liés au VIH, voire sont dans l'incapacité de le faire. Pour de nombreux réfugiés, cette situation prend des allures kafkaïennes : ils ne bénéficient plus de la protection de leur pays d'origine et ne jouissent pas de l'aide du pays d'asile. Ils n'ont donc pas accès aux services liés au VIH dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit en vertu des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Les manquements dans la prévention du VIH et les soins du VIH auprès des réfugiés ont pour conséquence non seulement de saper les efforts de prévention et de soins du VIH, mais aussi de diminuer l'efficacité des efforts menés auprès des populations des pays hôtes. Sachant que les populations réfugiées restent actuellement en moyenne 17 années dans leur pays d'asile (...), les conséquences sont grandes pour les réfugiés et les populations hôtes.

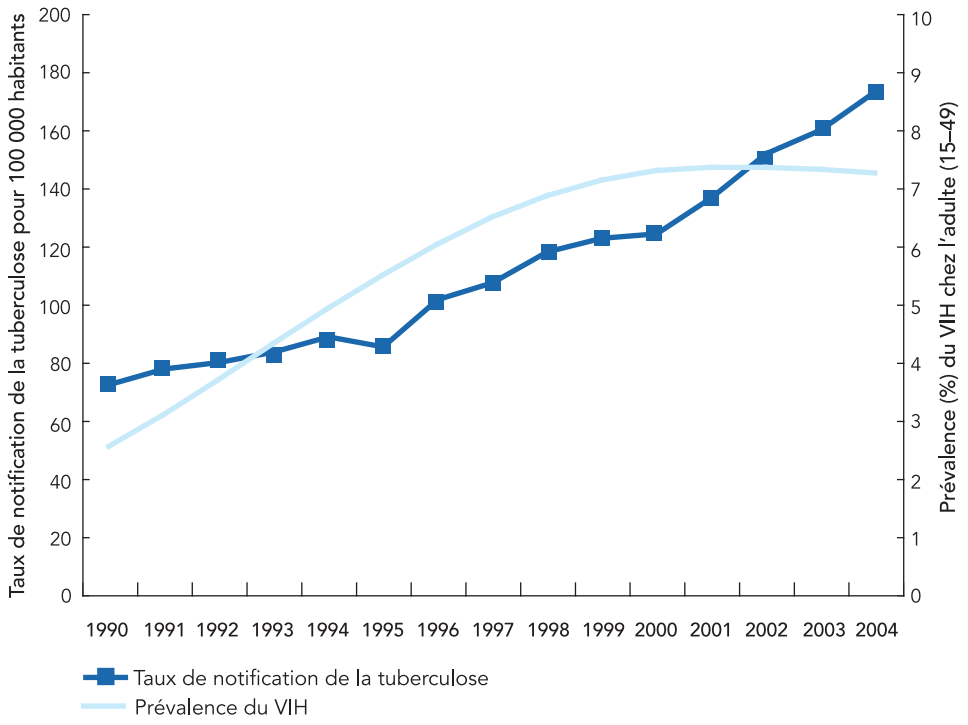
La prise en compte des besoins des réfugiés en matière de VIH nécessite que les autorités dans de nombreux pays d'asile changent leur manière de penser. Aujourd'hui, il est impossible de déterminer combien de temps les réfugiés resteront dans un autre pays. Pour autant, il est vital que pendant tout ce laps de temps les réfugiés et les populations hôtes avoisinantes bénéficient de tous les services nécessaires concernant le VIH, y compris ceux nécessitant un financement et une planification à long terme. »

AGGRAVER UN ÉTAT SANITAIRE DÉJÀ MÉDIOCRE

L'épidémie de SIDA a fortement influencé d'autres maladies épidémiques. Elle constitue par exemple le moteur essentiel de la résurgence mondiale constatée pour la tuberculose. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose, qui avait chuté depuis deux décennies, a dramatiquement augmenté depuis 1990 à travers toute l'Afrique subsaharienne, sous l'influence de l'accroissement simultané des nouveaux cas d'infection à VIH (voir Figure 4.5). Dans les Caraïbes, la tuberculose est maintenant la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH (CAREC/OPS/OMS, 2004).

On sait moins que l'infection à VIH affecte l'immunité contre le paludisme (Mount et al., 2004). Chez les personnes de plus de 5 ans vivant en zone d'endémie paludéenne, l'infection à VIH augmente le risque d'être infectées par *Plasmodium* et de présenter des pathologies liées au paludisme. Dans cinq pays d'Afrique australe, l'OMS estime que la prévalence élevée du VIH dans les zones rurales a augmenté de 28% l'incidence du paludisme et a plus que doublé la mortalité due à ce dernier (Korenromp, 2005).

FIGURE 4.5 Taux de notification de la tuberculose dans 20 pays africains* versus prévalence du VIH en Afrique subsaharienne, 1990–2004



*Faisant rapport chaque année : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Malawi, Maurice, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Zimbabwe.

Source : Organisation mondiale de la Santé, basée de données mondiales sur la tuberculose, 2006 ; ONUSIDA, 2006.

L'inégalité entre les sexes enracinée dans bien des traditions culturelles fait que le poids de la prise en charge du SIDA au foyer tombe plus lourdement sur les femmes, étant donné le rôle traditionnel de celles-ci, les attitudes sociales bien ancrées et l'inadéquation des services sociaux. Soigner les membres de la famille atteints du SIDA est un acte de compassion mais c'est aussi une charge qui peut limiter les chances des filles et des femmes sur les plans éducatif et économique.

LES ATTITUDES QUI STIGMATISENT

La stigmatisation s'attaque fortement aux femmes à cause d'hypothèses négatives quant aux comportements sexuels à risque associés au VIH—même lorsqu'une femme n'a présenté aucun de ces comportements. Une étude récente dans quatre villes de l'Inde montre que les femmes séropositives doivent faire face à une stigmatisation et à une discrimination plus graves que celles qui affectent les hommes—même si dans près de 90% des cas elles ont été infectées par leur conjoint—et qu'on les rend souvent responsables de la maladie de ces derniers. Les femmes qui vivent avec leur belle-famille risquent souvent l'expulsion à la mort de leur mari et ont souvent de la difficulté à trouver quelqu'un qui les prenne en charge lorsqu'elles tombent malades à leur tour (OIT, 2003). Il en est de même dans d'autres régions.

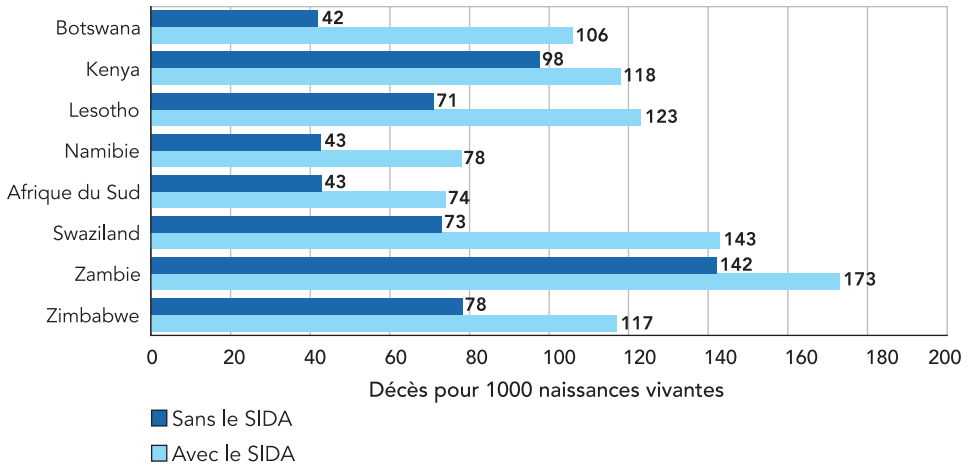
L'impact sur des femmes appartenant à des groupes marginalisés peut être particulièrement dur. En Fédération de Russie, la prévalence du VIH est relativement élevée chez les consommatrices de drogues injectables et pourtant ces femmes ont moins de chances que quiconque d'accéder aux services de santé à la fois du fait de la stigmatisation que pratiquent ces derniers et du mode de vie chaotique qui les a rendues vulnérables pour commencer. Réticentes à toute consultation prénatale lorsqu'elles sont enceintes, ces femmes n'apprennent souvent leur statut sérologique qu'en venant accoucher à l'hôpital et sont alors bien plus tentées d'abandonner leur nouveau-né—souvent dans l'espoir que celui-ci aura ainsi une meilleure vie sans elles (Intigrinova et Hauslohner, 2004).

Impact sur les enfants

L'impact du SIDA sur les enfants continue à augmenter de par le monde. A l'heure actuelle, un décès lié au SIDA sur six et une nouvelle infection à VIH sur sept surviennent parmi les enfants de moins de 15 ans—dans la grande majorité des cas il s'agit de transmission verticale de la mère à l'enfant (UNICEF, 2005). La Figure 4.6 illustre, pour huit des pays les plus atteints d'Afrique, l'impact du SIDA sur le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans (ramené à 1000 naissances vivantes).

Après l'impact même de la maladie et de la mort, c'est la perte de l'affection, de l'aide et de la protection parentales qui constitue pour les enfants l'impact le plus rude. Si, sans le savoir, un des deux parents est infecté par le VIH, le risque d'infection pour l'autre parent croît avec le temps. Le choc émotionnel que constitue la perte d'un parent risque donc d'être suivi par la perte du parent survivant. La séparation d'avec les frères et sœurs est courante, les orphelins au sein d'une fratrie nombreuse étant souvent répartis dans divers foyers. La pauvreté et la dislocation sociale—ainsi que la stigmatisation et la discrimination—peuvent ainsi s'ajouter au traumatisme psychologique subi par ces enfants et à leur malheur, les fragilisant vis-à-vis du VIH. D' innombrables enfants déjà confrontés à l'impact sur leur famille des maladies liées au VIH se voient en

FIGURE 4.6 Estimation de l'impact du SIDA sur les taux de mortalité des moins de cinq ans en 2002–2005, pays choisis d'Afrique subsaharienne



Source : UNICEF (2005). Division de la Population des Nations Unies, World Population Prospects : The 2004 Revision, database.

outre imposer la responsabilité de leurs frères et sœurs, voire d'autres membres de la famille, quand leurs parents sont affaiblis par leur mauvais état de santé.

En Afrique subsaharienne, environ 9% des enfants de moins de 15 ans ont perdu au moins un parent à cause du SIDA, et un sixième des foyers avec enfants compte en son sein au moins un orphelin (on appelle 'orphelin de père' ou 'orphelin de mère' l'enfant qui a respectivement perdu son père ou sa mère et 'double orphelin' celui dont les deux parents sont morts). A ce jour, les familles ont remarquablement bien fait face au problème, 90% des doubles orphelins (père et mère tous deux décédés) étant repris au sein de leur famille élargie (Monasch et Boerma, 2004). Ces chiffres cachent néanmoins de grandes variations en ce qui concerne les conditions de vie rencontrées par ces enfants, et en laisse plusieurs millions aux mains d'étrangers—ou sans personne pour les prendre en charge.

Une analyse récente des enquêtes à domicile effectuées dans 40 pays d'Afrique subsaharienne a montré que, dans l'ensemble et selon plusieurs indicateurs, les orphelins sont plus vulnérables que les autres enfants (Monasch et Boerma, 2004). Les schémas varient selon les pays et les régions mais en règle générale les orphelins sont plus susceptibles de vivre dans des familles dirigées par une femme, avec un plus grand nombre de personnes et plus d'individus dépendant d'un nombre restreint de 'soutiens de famille' (soit un taux de dépendance moins favorable). Comme le montre la Figure 4.7, cette situation affecte sérieusement l'éducation des orphelins, qui par rapport aux non-orphelins voient diminuer de 13% environ leurs chances de scolarisation (34 pays).

Le fardeau financier ou de travail imposé en surcroît aux foyers qui prennent en charge ces enfants peut expliquer en partie ce qui précède. Une étude dans 10 pays d'Afrique subsaharienne a néanmoins montré que, au sein d'un même foyer, les orphelins ont moins de chances de scolarisation que les non-orphelins, ce qui semble souligner l'importance qu'a l'étroitesse des liens entre l'enfant orphe-

FIGURE 4.7	Impact de la condition d'orphelin sur la scolarisation parmi les 10–14(%) ans en Afrique subsaharienne				
Pourcentage d'enfants scolarisés	**OUEST (9 pays)**	**CENTRE (6 pays)**	**EST (9 pays)**	**SUD (10 pays)**	**TOTAL (34 pays)**
Non-orphelins	67	75	70	88	74
Orphelins	58	69	54	84	69
Doubles orphelins	57	58	49	80	64
Ratios					
Doubles orphelins versus non-orphelins	0,86	0,94	0,72	0,90	0,87
Garçons	0,96	0,96	0,82	0,93	0,94
Filles	0,91	0,94	0,88	0,96	0,93

Source: Monasch R and Boerma JT (2004). Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS* 2004, 18 (suppl 2): S55–S65.

lin et la personne responsable du foyer (Case et al., 2004).

Dans l'ensemble, les enfants orphelins de père ont plus de chances de vivre avec leur mère que les enfants orphelins de mère n'en ont de vivre avec leur père. Le fait que ce soit le père ou la mère qui décède influence les chances de scolarisation des orphelins : au Zimbabwe, une étude a mis en évidence des taux d'achèvement pour les études primaires nettement plus faibles chez les enfants orphelins de mère. Ceci est en partie dû à l'absence de soutien de la part des pères (souvent absents pour cause de travail) et à la réticence des belles-mères à s'occuper de leurs beaux-enfants. Les orphelins de père et les doubles orphelins—surtout les filles—ont plus de chances de terminer leur scolarité primaire (Nyamukapa et Gregson, 2005). Une étude du même genre sur 20 000 enfants au Kenya a montré que le taux de scolarisation chute

PRISE EN CHARGE PAR LES PERSONNES ÂGÉES

Ce sont souvent des personnes âgées—en général pauvres et dépourvues de soutien social du type pension d'Etat—qui se voient imposer la prise en charge des adultes séropositifs et des enfants rendus orphelins par le SIDA. Dans la province de Chiang Mai, en Thaïlande, une étude récente parmi les enfants qui ont perdu un parent ou leurs deux parents à cause de maladies liées au VIH a montré que les grands-parents ou d'autres membres de la famille élargie prennent en charge ces enfants dans une forte proportion des cas. Nombreuses parmi ces familles d'accueil sont celles qui souffrent de difficultés financières importantes et expriment leur inquiétude quant au bien-être de ces enfants à long terme, quant à leur stabilité et quant à leurs chances de scolarisation et d'éducation (Safman, 2004). Dans les régions rurales de l'Ouganda, de la République-Unie de Tanzanie et de la Zambie, les grands-parents assurent au premier chef la prise en charge des orphelins dans plus du tiers des cas (Deininger et al., 2003). Outre cette prise en charge, ils peuvent devoir assumer d'autres dépenses, par exemple des dettes encourues pendant une maladie liée au VIH ou des frais funéraires. L'ensemble peut conduire à des contraintes physiques et financières importantes, aggravées par la douleur du deuil à l'égard des morts et par les angoisses liées à l'avenir des survivants (Schatz et Ogunmefun, 2005).



L'épidémie impose aux maigres ressources de santé déjà en place des fardeaux sans précédent.

de 5% en moyenne après la mort d'un parent et que cette chute est deux fois plus importante après la mort d'une mère qu'après celle d'un père (Evans et Miguel, 2005).

Si, ailleurs qu'en Afrique, le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables est à ce jour proportionnellement plus faible, l'impact individuel reste rude. Comme nous l'avons vu plus haut, les enfants nés de mères séropositives en Fédération de Russie (et dans d'autres pays de la Communauté des Etats indépendants, par exemple l'Ukraine) sont souvent abandonnés par leur mère. Sur les 13 000 enfants nés de mères séropositives à fin 2003, 5% environ ont été laissés à la garde de l'Etat ou tout simplement abandonnés. Contrairement à ce qui se passe en Afrique, ces enfants sont rarement adoptés ou placés en milieu familial. La plupart grandissent dans les institutions d'Etat ou dans des homes pour enfants ; certains passent les premières années de leur vie à l'hôpital—ce qui entraîne souvent un retard de croissance sur les plans physique, émotionnel et intellectuel (Intigrinova et Hauslohner, 2004). La proportion de mères séropositives qui abandonnent leur nourrisson est heureusement en diminution. Cet état de choses est dû en partie à l'augmentation de l'incidence du VIH parmi les femmes de l'ensemble de la population, qui ont plus de chances d'être soutenues par leur entourage, et par voie de conséquence à la réduction relative du nombre et de la proportion de ce type de naissances chez les consommatrices de drogues injectables, généralement moins entourées. Le fait que les femmes séropositives sont de mieux en mieux informées au sujet de la transmission mère-enfant du VIH joue aussi un rôle (Voronin et al., 2005).

Gouvernements et gouvernance

Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, l'épidémie affecte fortement les secteurs du service public. Les décès attribuables au SIDA parmi les adultes productifs entraînent d'une part une diminution de la productivité et de l'assiette fiscale et de l'autre des besoins croissants au niveau du service public—notamment la santé et l'éducation—et de l'administration (Grant et al., 2004).

Les autorités se montrent de plus en plus inquiètes quant aux effets à long terme du SIDA sur la qualité et la continuité des

A l'heure actuelle, seuls 64% des enfants africains et 83% des enfants en Asie du Sud et de l'Ouest sont scolarisés au niveau de l'enseignement primaire.



services publics et de la gouvernance, ainsi que sur l'érosion significative de la 'mémoire institutionnelle'. Un ministère gouvernemental pourra par exemple compenser une perte occasionnelle de son personnel s'élevant à 2% ou 3% (pertes excédentaires dues au SIDA et qui s'ajoutent aux pertes normalement attribuables aux départs en retraite, aux décès non dus au SIDA, etc.) en augmentant son recrutement ou en procédant à des modifications d'attribution internes. Si par contre le SIDA entraîne sur 10 ans une perte cumulée en personnel de 25% en sus de la rotation normale, les modifications de la structure par âges, ainsi que la perte de compétences et d'expérience au sein du personnel, pourront gravement affecter l'utilité et le rendement de cette institution. Une diminution du nombre de candidats aux postes de direction pourra par exemple entraîner la sélection de personnes moins qualifiées ou moins expérimentées, ce qui risque de conduire à une érosion qualitative des prises de décision (Haacker, 2004).

Même si le sujet est peu étudié (de Waal, 2005), le SIDA peut avoir un effet négatif sur la participation au niveau politique et sur d'autres aspects de la démocratie. Parmi les effets à envisager on notera une diminution du volontariat et une moindre implication dans les activités de politique locale (que ce soit l'effet de la mort, de la maladie ou d'une perte de tonus moral), une mortalité et un absentéisme accrus parmi les représentants élus et enfin une dérive qui consiste à accorder moins d'importance à la discussion des questions de démocratie et de droits de la personne au profit de questions plus immédiates et plus limitées comme par exemple la fourniture de services (Manning, 2002 ; Marais, 2005 ; Strand et al., 2004).

ORDRE ET SÉCURITÉ

L'ordre et la sécurité fondés sur les droits de la personne jouent un rôle important dans la création d'un environnement où peut s'épanouir le développement humain ; l'impact de l'épidémie sur les forces de police et l'armée entraîne des questionnements importants dans certains pays. Le Mozambique parvient difficilement à recruter et à former des officiers de police en nombre suffisant pour remplacer ceux qui meurent de maladies liées au SIDA ; en 2004, une enquête en Ethiopie auprès des épouses d'officiers de police a montré qu'environ un tiers d'entre elles vivaient avec le VIH (Garrett, 2005).

Un examen récent de la riposte au SIDA et des questions de sécurité nationale a montré que, partout dans le monde, les officiels de haut rang s'inquiètent des niveaux de prévalence du VIH au sein des services en uniforme et les nouvelles recrues. En Afrique, les forces armées du Zimbabwe ont été stupéfaites en 2004 quand un tiers des officiers envoyés en Chine pour y suivre un complément de formation se sont vu expulser pour cause de séropositivité (Garrett, 2005). Au sein de la Communauté des Etats indépendants, notamment en Fédération de Russie et en Ukraine, les forces armées éprouvent quelques difficultés à trouver un nombre suffisant de recrues en bonne santé. La situation pourrait encore s'aggraver : les taux de natalité en diminution de la fin des années 1980 et du début des années 1990, ainsi que le fort taux de rejet des recrues pour inaptitude au service militaire, risquent d'affecter les intentions russes d'entretenir une armée d'un million d'hommes (Frolov, 2004).

Les services de santé

Pour n'importe quel pays, l'existence de services de santé vigoureux constitue un élément essentiel de la riposte au SIDA et un palier-clé du développement. Au sein des pays les plus sévèrement atteints, l'épidémie est néanmoins en train de saper de diverses façons les services de santé. Cela peut aussi bien tenir au décès des membres du service de santé—déjà trop peu nombreux—qu'au nombre accru de personnes à admettre dans des hôpitaux et des consultations dont les ressources en personnel et en argent sont déjà d'une insuffisance criante.

Le SIDA a ainsi entraîné la disparition d'environ 17% de la force de travail des services de santé au Botswana entre 1999 et 2005. En Zambie, dans la capitale Lusaka, on estime à 40% le pourcentage de sages-femmes séropositives (OIT, 2004). Dans quatre provinces de l'Afrique du Sud, un échantillon de travailleurs de la santé (tant dans le secteur public que dans le secteur privé) comptait 16% de personnes vivant avec le VIH en 2002 ; chez les travailleurs de la santé plus jeunes (18 à 35 ans), l'estimation de la prévalence atteint 20% (Shisana et al., 2004).

L'épidémie impose aux maigres ressources de santé déjà en place des fardeaux sans précédent. En Afrique subsaharienne, plus de la moitié de tous les lits d'hôpitaux sont occupés par des personnes atteintes de maladies liées au VIH. Nombreuses sont les personnes qui abandonnent définitivement les professions de la santé à cause des charges de travail excessives, aggravées le plus souvent par la crainte d'être infectées en l'absence de pratiques normalisées de lutte contre l'infection sur les lieux de travail.

L'accès accru aux traitements antirétroviraux rendra des années de vie de bonne qualité à des millions de personnes infectées par le VIH qui autrement seraient mortes à brève échéance, mais ce fait même accroîtra la pression exercée sur des services de santé déjà sous tension. Depuis les années 1990 en République-Unie de Tanzanie, par exemple, les politiques d'ajustement structurel ont déjà diminué de façon significative l'importance de la force de travail dans le secteur de la santé, par ailleurs fortement frappé par le SIDA. Il est pourtant urgent d'accroître ce secteur. Une mission OMS en République-Unie de Tanzanie a calculé que la fourniture de médicaments antirétroviraux à toutes les personnes qui en auraient besoin requerrait dans le domaine de la santé une force de travail à temps complet correspondant à



Etant donné la taille et la complexité du secteur informel dans de nombreux pays, le SIDA peut entraîner des conséquences très importantes pour cette force de travail, mais il est difficile de suivre, de prévenir ou d'atténuer cet impact.

près de la moitié des forces actuellement en place (OIT/GTZ, 2004).

Si c'est au niveau des pays les plus atteints que les implications sont les plus évidentes, les pays à prévalence plus faible sont eux aussi menacés. Au Viet Nam, une évaluation récente fait craindre que d'ici à 2007 l'infection à VIH et le SIDA n'absorbent jusqu'à 5% de l'ensemble des dépenses en santé publique, dans la mesure où les efforts financiers liés au VIH et au SIDA atteindront le niveau requis pour une riposte efficace à l'épidémie. Même si les bailleurs de fonds peuvent en partie éponger ces dépenses, le financement des services nécessaires à la prévention, au traitement et à la prise en charge représentera un défi à l'engagement, aux compétences et à la ténacité de l'économie vietnamienne (PNUD, 2003a).

En Inde, l'épidémie pourrait avoir un impact grave sur l'accès aux soins de santé pour le secteur le plus pauvre de la population. Les assurances maladie, tant publiques que privées, ne couvrent à l'heure actuelle que 15% de la population et les services de santé accessibles aux plus pauvres manquent de personnel et d'argent. Au fur et à mesure que l'Inde accroîtra la disponibilité des traitements antirétroviraux et que de plus en plus de personnes pauvres vivant avec le VIH demanderont ces traitements, l'accroissement concomitant des coûts et de la charge de travail atteindra surtout les services publics (Mahal et Rao, 2005).

Impact sur l'éducation

L'éducation est un des piliers du développement, et tant les objectifs du Millénaire pour le développement proposés par les Nations Unies que l'Initiative Education pour Tous (EPT) de l'UNESCO visent à assurer un accès universel à l'éducation primaire d'ici à 2015 (UNESCO, 2000). Le dernier rapport de l'UNESCO sur les progrès vers les buts EPT fixés au Forum mondial de l'Education à Dakar en 2000 laisse penser que, malgré une amélioration constante, l'augmentation actuelle des taux d'inscription scolaire devra quadrupler en Afrique subsaharienne et doubler en Asie du Sud si l'on veut atteindre les buts de 2015. A l'heure actuelle, seuls 64% des enfants africains et 83% des enfants en Asie du Sud et de l'Ouest sont scolarisés au niveau de l'enseignement primaire (UNESCO, 2006).

Plus de la moitié des pays où il est peu probable que le but de l'accès universel à l'éducation primaire soit atteint d'ici à 2015 comptent parmi les pays les plus gravement atteints par le SIDA. L'UNESCO note sans équivoque que, de pair avec les conflits armés et la natalité élevée, le VIH/SIDA est une contrainte majeure au niveau mondial en ce qui concerne la fourniture d'une éducation de bonne qualité (UNESCO, 2005).

Si la prévalence et les taux de mortalité varient considérablement, l'impact du SIDA sur le personnel enseignant est critique dans certains pays. Il faudrait à la République-Unie de Tanzanie environ 45 000 enseignant(e)s de plus pour compenser les pertes dues aux décès ou aux abandons attribuables au SIDA—pour la plupart survenues, selon le Syndicat tanzanien des Enseignants, parmi le personnel particulièrement expérimenté des groupes d'âge de 41 à 50 ans (OIT/GTZ, 2004).

En Afrique du Sud, le système éducatif doit affronter une grande diversité de problèmes. Si le nombre d'enfants d'âge scolaire (6 à 18 ans) continue à croître, le taux de scolarisation a baissé, ce que l'on attribue à divers facteurs, dont une augmentation de la proportion d'enfants vulnérables (les filles et les enfants orphelins, par exemple) chez qui l'accès à la scolarité est réduit. S'y ajoute la chute du nombre d'enseignants dans le système public, chute dont le taux net a atteint plus de 5% entre 1998 et 2003. Outre les départs à la retraite, les démissions et l'émigration des enseignants, les décès en cours de service constituent un des principaux facteurs de cette évolution, pour une grande part due au SIDA. La prévalence du VIH chez les enseignants sud-africains est de 21% pour le groupe d'âge de 25 à 34 ans et de 13% pour le groupe d'âge de 35 à 44 ans. Par ailleurs, le nombre de personnes issues de la formation à l'enseignement diminue (Peltzer et al., 2005).

Le monde du travail

Le VIH présente un défi majeur à la croissance et au développement économiques pour des millions de personnes travaillant dans le secteur informel (ou 'économie informelle') parce qu'il atteint le plus souvent des adultes au sommet de leurs capacités de travail. Son impact est étendu et varié : la consommation diminue, les



On connaît maintenant bien la relation entre le SIDA, le fait d'être orphelin et la prévalence accrue du travail des enfants—qui tend en grande part à survenir dans le secteur informel.

IMPACT SUR LA QUALITÉ DE L'ÉDUCATION

L'Initiative 'Education pour Tous' souligne tout particulièrement la qualité et le niveau de l'éducation apportée aux enfants. Ici aussi le VIH a un impact important puisque la maladie atteint progressivement la capacité des enseignant(e)s à enseigner, celle des apprenants à apprendre et celle des gestionnaires à gérer le système éducatif avec compétence et efficacité. Au sein du système scolaire de la Zambie, plus de 60% des absences du personnel enseignant sont attribuables à la maladie de ce personnel ou à leurs responsabilités à l'égard des membres de leur famille (notamment la participation aux funérailles des membres de la famille). Cet état de choses est d'autant plus significatif que, d'après une enquête menée parmi les enseignant(e)s en mathématiques et en anglais de cinquième année, une augmentation de 5% de l'absentéisme enseignant correspond à une diminution de 4% à 8% des gains annuels d'apprentissage chez l'élève—non seulement à cause de l'absence de l'enseignant(e) mais aussi à travers l'impact indirect d'une moindre préparation des leçons et d'un enseignement de moindre qualité, même quand l'enseignant(e) est au travail (Das et al., 2005).

profits sont réduits à néant, les revenus fiscaux et les investissements chutent et les services essentiels ne sont pas assurés. Les adultes vivant avec le VIH, qui en d'autres circonstances généreraient des revenus, feraient vivre leur famille et participeraient à l'économie locale et nationale, perdent travail, salaire, épargne et enfin la vie.

PRÉOCCUPATIONS DU MONDE DES AFFAIRES

Le monde des affaires, les syndicats et les responsables gouvernementaux ont accumulé au cours des dernières années un *corpus* de recherche de plus en plus important sur l'impact du SIDA dans le domaine du travail. Ces informations confortent largement le soutien pragmatique du monde des affaires aux problèmes de prévention, de prise en charge et de traitement.

L'impact dans les pays les plus gravement atteints de l'Afrique australe est déjà important, mais il risque de s'aggraver au cours des décennies à venir. La Coalition sud-africaine du monde des affaires contre le VIH et le SIDA a récemment procédé à une enquête auprès de 1006 compagnies dans les secteurs de l'industrie, de la vente au détail ou en gros, du commerce automobile, de la construction et de l'immobilier. Parmi ces entreprises, 9% ont signalé un impact négatif significatif du SIDA. Un tiers environ ont signalé une rotation plus rapide du personnel, et chez un quart l'épidémie avait entraîné des coûts accrus de recrutement et de formation. L'impact régional est étroitement lié aux niveaux de prévalence du VIH : près de 40% des compagnies situées au KwaZulu-Natal et dans le Gauteng—zones particulièrement atteintes—signalent un impact négatif sur leurs profits. Si la plupart des grandes compagnies étudiées ont mis en place des politiques contre le SIDA et entamé une série d'interventions en matière de prévention et de prise en charge, seules 13% des compagnies employant moins de 100 personnes ont mis en place une politique maison (SABCOHA, 2004).

De nombreux facteurs affectent la croissance équilibrée et durable à long terme dans le domaine économique. Les pays en développement requerront par exemple



Comme c'est généralement le cas, l'impact le plus sérieux a tendance à frapper les secteurs les plus pauvres de la population.

un investissement extérieur plus important pour voir croître leurs économies, mais un des facteurs que prennent en compte les investisseurs quand ils envisagent la possibilité d'investir dans un pays donné est justement l'importance de l'épidémie de SIDA et cet état de choses joue donc contre les pays les plus gravement atteints.

LE SECTEUR INFORMEL

Le secteur informel est florissant dans la plupart des pays en développement. Il représente entre 25% et 40% du produit

EVALUER LES COÛTS—ET AGIR

Les mines de charbon de Singareni Collieries comptent parmi les grands employeurs de l'Andhra Pradesh, un des Etats de l'Inde où la prévalence du VIH est la plus forte. Les responsables de ces mines, qui fournissent environ 10% du charbon produit en Inde et emploient plus de 93 000 personnes, ont essayé d'évaluer l'impact actuel et potentiel de l'épidémie sur leur personnel et leurs activités. En se fondant sur une estimation de 2% environ (soit un peu plus que le taux de la population locale dans son ensemble) pour le taux actuel de séropositivité des employé(e)s, l'étude a permis d'évaluer divers coûts à prévoir au cours des années, en termes par exemple de perte de production, de dépenses médicales, coûts d'assurance et dépenses liées au remplacement des employé(e)s en cas de maladie ou de décès. L'étude a montré entre autres que si les employé(e)s malades ne recevaient pas de traitement, les coûts de compensation au cours de l'évolution de leur maladie sur les 10 ans à venir atteindraient US$ 21 millions. Par contre, la fourniture de thérapie antirétrovirale pour la même période—qui prolongerait leur vie de travail et leur permettrait de faire vivre leur famille—ne coûterait que US$ 1,24 million. Sur la base notamment de ces résultats, la compagnie a mis en place diverses mesures de prévention de l'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles ; elle étudie à l'heure actuelle une série d'options de traitement et de prise en charge pour les personnes séropositives au sein de la force de travail, en accord avec le gouvernement, les syndicats et les organisations non gouvernementales locales (OIT, 2005).

intérieur brut dans les pays en développement de l'Asie et de l'Afrique et peut représenter jusqu'à 80% des emplois non agricoles dans de nombreux pays (Banque mondiale, 2005b). On estime par exemple la part du secteur informel dans l'emploi général à 23% pour l'Afrique du Sud, à 40% pour l'Egypte, à 69% pour El Salvador et à 14% pour la Fédération de Russie (Avirgan et al., 2005). En Inde, les femmes représentent environ 60% du secteur informel (Treacy, 2003).

Etant donné la taille et la complexité du secteur informel dans de nombreux pays, le SIDA peut entraîner des conséquences très importantes pour cette force de travail, mais il est difficile de suivre, de prévenir ou d'atténuer cet impact. Les recherches mises en place en 2003 par l'Organisation internationale du Travail (OIT) en Afrique du Sud, au Ghana, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie apportent une quantité considérable d'informations sur la vulnérabilité des personnes travaillant dans le secteur informel à l'infection par le VIH. Le brassage et la vente de la bière, par exemple, est une activité informelle le plus souvent assurée par les femmes et vers laquelle les femmes des foyers atteints par le VIH ou le SIDA s'orientent souvent. En République—Unie de Tanzanie, ces études ont mis en évidence divers facteurs de vulnérabilité associés à cette activité, entre autres le fait que la vente de la bière est en majorité assurée par des femmes et que leur principale clientèle est constituée d'hommes, ce qui accroît pour les femmes le risque de vouloir ou de devoir offrir des services sexuels afin de pouvoir vendre leur bière (Mackay, 2003). Dans les quatre pays concernés, la recherche a mis en évidence le nécessité d'une prévention VIH au sein de la force de travail du secteur informel.

Au sein du secteur informel, le SIDA influence aussi les initiatives en cours contre la pauvreté. Les maladies liées au VIH peuvent affecter de diverses façons les programmes de microcrédit, qui visent souvent les personnes travaillant dans le secteur informel, qu'il s'agisse d'une diminution des flux monétaires et d'une augmentation des coûts unitaires de transaction (quand les clients ont de plus en plus de difficultés à assurer leurs paiements) ou des coûts de la maladie au sein du personnel même des institutions de microfinancement (Murray, 2005). Les efforts d'atténuation au niveau du secteur informel constituent donc une partie importante de toute riposte nationale au SIDA (voir chapitre 'Réduire l'impact').

On connaît maintenant bien la relation entre le SIDA, le fait d'être orphelin et la prévalence accrue du travail des enfants–qui tend en grande part à survenir dans le secteur informel. La majeure partie de cette information provient de l'Afrique subsaharienne (OIT/IPEC, 2003) ; cette relation a aussi été confirmée en d'autres régions du monde. A New Delhi, des études sur les familles affectées par le SIDA ont montré que non seulement de nombreux enfants devaient interrompre leur scolarité afin de pallier la diminution du revenu familial et l'accroissement des dépenses pharmaceutiques, mais que 17% de ces enfants avaient dû contribuer à la stabilité financière de leur famille en acceptant un emploi rémunéré (OIT, 2003).

AGRICULTURE ET DÉVELOPPEMENT RURAL

L'agriculture est indispensable à la plupart des pays en développement pour nourrir la plupart de leurs citoyens ; elle assure aussi une grande part des exportations et constitue souvent la source unique de travail la plus importante.

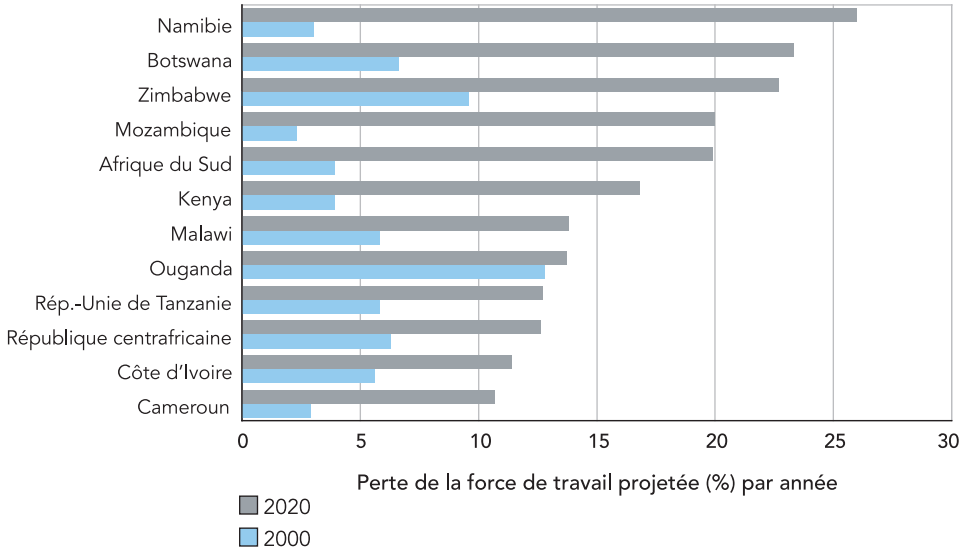
Dès l'an 2000, selon les estimations de la FAO, la force de travail agricole dans 12

pays africains à prévalence élevée comptait entre 3% et 10% moins de personnes que ç'aurait été le cas en l'absence du SIDA (en Ouganda, un des pays le plus précocement atteints par l'épidémie, ce chiffre était de 13%). Comme le montre la Figure 4.8, cette perte pourrait être supérieure à 10% dans ces pays d'ici à 2020, et supérieure à 20% au Botswana, au Mozambique, en Namibie et au Zimbabwe.

Les travailleurs agricoles subissent l'impact de l'épidémie au cours des années pendant lesquelles le virus évolue ; leur participation diminue (tant à cause de la maladie elle-même qu'à cause de l'obligation de soigner les malades et des périodes de deuil pour ceux et celles qui meurent), ainsi que leur productivité et leurs possibilités de gains. Une étude récente chez les travailleurs de l'industrie du thé au Kenya a comparé les personnes chargées de la cueillette du thé qui ont fini par cesser de travailler pour des raisons liées au VIH et les autres travailleurs, sur le plan des jours de congé-maladie, des jours de congé exceptionnels et des jours affectés à des tâches moins pénibles. On a constaté un impact marqué sur les salaires, qui ont diminué de 16% au cours de l'avant-dernière année de travail et de 18% au cours de la dernière année. En réalité, il se peut que l'impact ait été encore plus rude, puisqu'on a constaté que les personnes affectées par la maladie se faisaient souvent accompagner par des 'aides' non enregistré(e)s pour les aider dans leur travail (Fox et al., 2004).

Comme c'est généralement le cas, l'impact le plus sérieux a tendance à frapper les secteurs les plus pauvres de la population. Une enquête au Kenya a montré que les foyers relativement pauvres des zones rurales ne se tirent pas rapidement d'affaire à la mort du chef de famille : au cours des trois années de l'enquête, les niveaux de production et les revenus non liés aux activité agricoles ne sont pas revenus aux niveaux

FIGURE 4.8 Réduction de la force de travail agricole en Afrique à cause du VIH et du SIDA projetée d'ici à 2020



Source : OIT (2004). Le VIH/sida dans le monde du travail : évaluation mondiale, répercussions et réponses.

d'avant ce décès. Comme dans d'autres pays, le sexe de la personne décédée affecte considérablement la valeur des récoltes produites par la famille ; la mort d'un adulte masculin diminue la production de cultures de rapport (typiquement café, thé, sucre) alors que la mort d'une femme adulte entraîne le plus souvent une diminution de la production de céréales et autres récoltes de consommation (Yamano et Jayne, 2004).

ECONOMIES EN DÉVELOPPEMENT

Si l'impact du VIH et du SIDA sur les individus, les familles et les communautés peut être énorme, l'examen des économies nationales n'a jusqu'ici identifié que des effets relativement modestes en se fondant sur des mesures telles que le produit intérieur brut annuel. Des études centrées sur l'Afrique subsaharienne font estimer l'impact net sur le produit intérieur brut à 1% par an environ (Bell et al., 2003) ; ces chiffres sont nettement moins importants pour les pays où la prévalence du VIH est moindre. Des travaux récents ont tenté de mieux comprendre l'impact à plus long terme et d'étudier les facteurs qui influenceront ces derniers.

SIDA ET ENVIRONNEMENT

A première vue, l'objectif numéro 7 du Millénaire pour le développement proposé par les Nations Unies—assurer un environnement durable—a peu à voir avec le VIH et le SIDA. Mais l'épidémie a un impact même dans ce domaine. Par exemple, l'étude de quatre communautés de pêcheurs en Ouganda a montré non seulement que les familles de pêcheurs sont durement atteintes par la maladie mais aussi que les jeunes pêcheurs inexpérimentés qui se voient dans l'obligation de remplacer leurs aînés malades ignorent ou méconnaissent les traditions qui ont protégé le gagne-pain de leurs communautés depuis des générations et épuisent rapidement les stocks de poisson (Tanzarn et Bishop-Sambrook, 2003).

Des recherches en cours (FAO, 2004) montrent l'impact du VIH et du SIDA sur les habitats sylvatiques du Miombo, une vaste écorégion qui traverse quelques-uns des pays d'Afrique avec les plus hautes prévalences de VIH, parmi lesquels l'Angola, le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Ces recherches, qui ont eu lieu dans six communautés du Malawi et du Mozambique, ont montré que la forêt était une source importante de plantes médicinales auxquelles avaient recours les personnes souffrant de symptômes liés au VIH (le plus souvent des diarrhées, des lésions de la bouche et du pharynx, des éruptions et de la fièvre) ainsi qu'une source de nourriture et de combustible pour les familles atteintes par le VIH et le SIDA. En cas de décès de l'un de leurs membres (avec une diminution de la possibilité de se procurer des sources de combustible telles que du propane), ces familles ont cinq fois plus de chances que les familles non affectées d'accroître leur collecte de bois à brûler et donc de dénuder les zones proches de leurs installations. Plusieurs autres menaces ont été mises en évidence par la même occasion, par exemple celles que font planer sur les plantes médicinales les méthodes de récolte destructives et la récolte à des fins commerciales effectuée par des personnes extérieures à la communauté. Ces données soulignent l'urgence qu'il y a à évaluer l'impact sur les forêts et la riposte destinée à minimiser la destruction (Barany et al., 2005 ; Sitoe et al., 2004).

Personnes à risque et laissés-pour-compte : quatre groupes de population clés

05





Chapitre 05



PERSONNES À RISQUE ET LAISSÉS-POUR-COMPTE : QUATRE GROUPES DE POPULATION CLÉS

Ce chapitre s'intéresse à quatre groupes de population : les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les détenus.

Dans la plupart des pays, ces groupes ont tendance à afficher des taux de prévalence de l'infection à VIH plus élevés que ceux de la population générale, et ce, pour deux raisons principales : (i) ils ont des comportements qui les confrontent à un risque plus élevé d'infection et (ii) ils comptent parmi les groupes de population les plus marginalisés et les plus discriminés de la société. Parallèlement, les ressources allouées à la prévention, au traitement et aux soins du VIH parmi ces populations ne sont pas proportionnelles aux taux de prévalence du virus — ce qui met en lumière une très mauvaise gestion des ressources et un manquement grave au respect des droits fondamentaux de la personne.

Dans les pays à épidémies faibles et concentrées, des programmes de prévention du VIH ciblant ces populations, bien conçus et financés de manière appropriée, ont montré que l'on pouvait ralentir et même stopper la progression de l'épidémie. A la fin des années 1980, la Thaïlande, par exemple, a pris la décision capitale de mettre en œuvre un programme en faveur d'une 'utilisation systématique du préservatif 'dans les maisons de passe. Ce programme prévoyait la fourniture de services concentrés de prévention du VIH destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients. S'il n'avait pas été mis en place, on estime que la prévalence du VIH parmi les adultes serait de 15% – niveau 10 fois supérieur à ce qu'il est aujourd'hui, soit environ 1,5% (MAP, 2005). Les pays à épidémies généralisées qui – sensibles aux résultats de la surveillance épidémiologique – accordent une priorité élevée aux programmes d'action contre le VIH ciblant ces populations font l'usage le plus efficace des ressources.

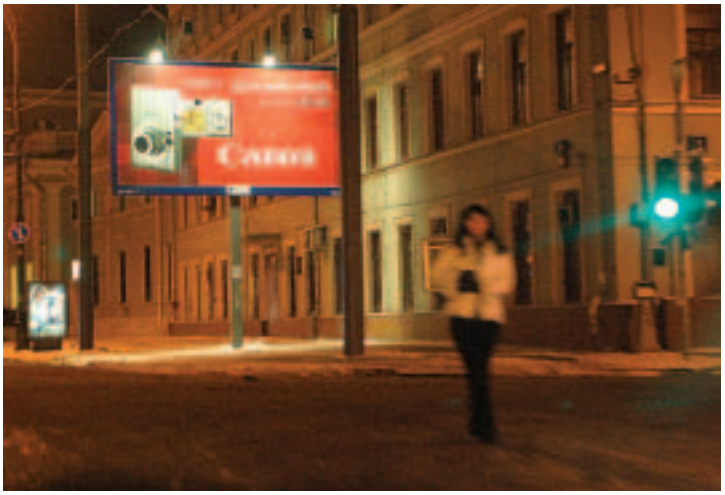
Les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de

RISQUE ET VULNÉRABILITÉ AU VIH

Le risque VIH peut être défini comme la probabilité qu'une personne soit infectée par le virus du fait de ses agissements propres, que ce soit en toute conscience ou non, ou du fait des agissements d'une autre personne. Par exemple, l'injection de drogues au moyen d'aiguilles contaminées ou les relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples sont des comportements qui augmentent le risque d'infection par le virus. La vulnérabilité au VIH reflète l'incapacité d'un individu (ou d'une communauté) à contrôler son risque d'infection. La pauvreté, l'inégalité entre les sexes et le déplacement de personnes du fait d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle constituent des exemples de facteurs socioéconomiques susceptibles d'accroître la vulnérabilité des personnes à l'infection à VIH. Il faut lutter contre le risque et la vulnérabilité en planifiant des ripostes complètes à l'épidémie (ONUSIDA, 1998).

drogues injectables et les détenus sont très sous-représentés et n'ont pas la parole dans les processus de prise de décisions qui affectent leur vie, y compris les décisions en rapport avec le VIH. Cependant, lorsqu'on les a fait participer aux ripostes à l'épidémie, ils ont souvent été parmi les acteurs les plus efficaces de la lutte. La participation de la société civile à la riposte au SIDA a commencé par celle d'associations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les pays industrialisés. Ces associations ont été suivies par des groupes organisés de professionnel(le)s du sexe et de consommateurs de drogues injectables dans différentes régions du monde (voir le chapitre 'Société civile').

Bien d'autres groupes de population sont aussi vulnérables au VIH (les femmes et les filles, les jeunes, les personnes vivant dans la pauvreté, les travailleurs migrants, les personnes vivant dans des zones affectées par des conflits ou sortant de conflits, les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays) et il faut également répondre à leurs besoins en matière de prévention du VIH.



Lapauvreté, l'inégalité entre les sexes et le déplacement de personnes du fait d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle constituent des exemples de facteurs socioéconomiques susceptibles d'accroître la vulnérabilité des personnes à l'infection à VIH.

05

Bien que les pays érigent parfois en infraction la prostitution et assujettissent, par là même, le fait d'acheter ou de vendre un rapport sexuel contre de l'argent à une sanction pénale, les professionnel(le)s du sexe ont les mêmes droits que les autres êtres humains.



Les professionnel(le)s du sexe

Bien qu'il ne soit pas possible de dénombrer précisément les personnes qui font commerce de rapports sexuels, on estime que les professionnel(le)s du sexe se comptent par dizaines de millions à travers le monde – et leurs clients par centaines de millions. Même si les professionnel(le)s du sexe peuvent être de tous âges, la plupart sont jeunes et la grande majorité sont de sexe féminin. Leurs clients (qu'il s'agisse des prostitués hommes ou femmes) sont pour la plupart des hommes. Dans de nombreuses nations, un fort pourcentage des professionnel(le)s du sexes sont des migrants.

Bien que les pays érigent parfois en infraction la prostitution et assujettissent, par là même, le fait d'acheter ou de vendre un rapport sexuel contre de l'argent à une sanction pénale, les professionnel(le)s du sexe ont les mêmes droits que les autres êtres humains, en particulier le droit à l'éducation, à l'information et au niveau de santé le plus élevé possible. Ils/elles ont également le droit à ne pas être soumis à la discrimination et la violence, notamment aux abus sexuels. Les gouvernements ont pour responsabilité de protéger ces droits et, dans le contexte de l'épidémie de VIH, d'apporter aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients un ensemble complet d'informations, de biens et de services en rapport avec le VIH. En outre, il faut trouver des solutions pour inciter les professionnel(le)s du sexe à utiliser ces services et à participer activement à la conception et à la fourniture des services de santé dont ils/elles ont besoin.

TAUX ÉLEVÉS D'INFECTION À VIH

En Asie, les nouvelles infections à VIH sont pour une grande partie d'entre elles contractées lors de rapports sexuels tarifés et l'on trouve une prévalence du virus relativement élevée parmi les professionnel(le)s du sexe dans de nombreux pays. Au Viet Nam, la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe a augmenté rapidement pendant les années 1990, passant de 0,06% en 1994 à 6% en 2002. En Indonésie, le taux d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe est de 3,1% au niveau national mais varie considérablement d'une région à l'autre. A Djakarta, il a atteint 6,4% en 2003 (MAP, 2005). En Chine, on estime que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients représentent presque 20% du nombre total de personnes

vivant avec le VIH (Ministère de la Santé, Chine/ONUSIDA, 2005a).

La prévalence du VIH est également élevée dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes (Partenariat Pan-Caraïbes contre le VIH/SIDA, 2002). Au Suriname, une étude de 2005 a révélé que la prévalence du virus parmi les professionnelles du sexe s'élevait à 21% ; au Guyana, un niveau de presque 27% avait été atteint en 2004. La Jamaïque a déclaré un taux de prévalence du virus de 20% parmi les professionnelles du sexe en 2002 (Ministère de la Santé, Jamaïque, 2002) et en El Salvador, 16% des professionnel(le)s du sexe travaillant dans les rues de San Salvador et de Puerto de Acajutla avaient été diagnostiqué(e)s séropositifs/ves au VIH la même année (Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale, El Salvador, 2003).

Bien que l'on en sache peu sur le commerce du sexe dans les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, Tamanrasset fait exception à cette règle et la prévalence du VIH y est passée de 1,7% en 2000 à 9% en 2004 parmi les professionnel(le)s du sexe (Banque mondiale, 2005). On en sait davantage au sujet de l'Europe orientale et de l'Asie centrale. Une étude menée à Saint-Pétersbourg, Fédération de Russie, a par exemple révélé que 33% des professionnel(le)s du sexe de moins de 19 ans étaient séropositifs/ves au VIH (Réseau d'Europe centrale et orientale de Réduction des Risques/OSI, 2005).

Dans les principales zones urbaines d'Afrique subsaharienne, différentes études réalisées sur les huit dernières années ont indiqué des niveaux d'infection à VIH parmi les professionnelles du sexe atteignant 73% en Ethiopie, 68% en Zambie, 50% au Ghana et en Afrique du Sud, 40% au Bénin, 31% en Côte d'Ivoire, 27% à Djibouti et au Kenya, et 23% au Mali (ONUSIDA, 2003). Ces données soulignent la nécessité d'intensifier les efforts de prévention du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, et ce, même dans les pays à épidémie généralisée.

PROFESSIONNELS DU SEXE : HOMMES ET TRANSGENRES

Bien que moins nombreux que les professionnelles du sexe, les prostitués hommes et transgenres font aussi commerce de rapports sexuels, principalement au profit de clients de sexe masculin. Parmi ces groupes de population, la prévalence du VIH est fréquemment élevée. Une étude menée récemment en Espagne a révélé que les taux d'infection par le virus étaient supérieurs à 12% chez les professionnels du sexe fréquentant des dispensaires de dépistage du VIH dans 19 villes espagnoles (Belza, 2005). En Indonésie, une étude a montré que la prévalence du virus était supérieure à 22% parmi les professionnels du sexe transgenres et de 3,6% parmi les professionnels du sexe hommes. Près de 60% des prostitués transgenres et de 65% des prostitués hommes déclaraient avoir eu récemment des rapports sexuels anaux non protégés avec leurs clients. Presque 55% des professionnels du sexe déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires de sexe féminin pendant l'année précédente (Pisani et al., 2004). Une enquête récente des autorités sanitaires municipales a révélé que 5% des professionnels du sexe hommes de Shenzhen, ville de Chine du sud, étaient séropositifs au VIH (South China Morning Post, 2005).

Les efforts de lutte contre le VIH dans le cadre de la prostitution ciblent pour la plupart les professionnels(le)s du sexe mais ne sont pas suffisamment axés sur leurs clients et le contexte dans lequel ils/elles travaillent.



COMMERCE DU SEXE ET CONSOMMATION DE DROGUES

Dans de nombreuses régions du monde, le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables sont très étroitement liés : les consommateurs de drogues se prostituent pour payer leur drogue et les professionnel(le)s du sexe deviennent des consommateurs de drogues pour échapper aux pressions de leur travail. Les professionnel(le)s du sexe qui consomment des drogues injectables sont confronté(e)s à un risque supplémentaire, en particulier parce que la combinaison de leur travail et de leur dépendance les exclut de la protection de la loi et les place dans une situation où ils/elles risquent de subir exploitation et abus, notamment abus sexuels, risques sanitaires et incapacité à négocier l'utilisation du préservatif.

Des taux élevés d'infection à VIH et d'infections sexuellement transmissibles ont été découverts chez les professionnel(le)s du sexe dans des pays ayant d'importantes populations de consommateurs de drogues injectables. En Chine, en Indonésie, au Kazakhstan, en Ouzbékistan, en Ukraine et au Viet Nam, l'important chevauchement entre la consommation de drogues injectables et le commerce du sexe est lié au développement des épidémies (ONUSIDA, 2005a). Au Manipur, en Inde, où l'épidémie de VIH est établie et dynamisée par la consommation de drogues injectables, 20% des professionnelles du sexe ont indiqué s'injecter des drogues si l'on en croit une étude de surveillance du comportement (MAP, 2005). A Ho Chi Minh Ville, en 2002, 49% des professionnel(le)s du sexe qui déclaraient consommer des drogues injectables ont été diagnostiqué(e)s séropositifs/ves au VIH, contre 19% de professionnel(le)s du sexe qui consommaient des drogues autrement que par injection et 8% de professionnel(le)s du sexe ne consommant pas de drogues. La recherche a également montré qu'au Viet Nam, la proportion des professionnel(le)s du sexe consommant des drogues qui étaient susceptibles d'utiliser un préservatif était inférieure de moitié environ à celle des professionnel(le)s du sexe qui ne consomment pas de drogues (Tran et al., 2004).

JEUNES, ET MAL INFORMÉS

Les femmes et les hommes qui se prostituent commencent pour la plupart à le faire à l'adolescence ou vers 20 ans. On estime que 80% des professionnel(le)s du sexe des régions de l'Europe orientale et de l'Asie centrale ont moins de 25 ans et que ceux qui consomment des drogues

injectables sont probablement plus jeunes que ceux qui ne le font pas.

Bon nombre de professionnel(le)s du sexe manquent d'informations sur le VIH et sur les services qui pourraient les aider à se protéger. Une étude de 2003 réalisée le long des principaux axes de transport en Afrique a révélé que la moyenne d'âge des professionnel(le)s du sexe était de 22,8 ans et que le niveau moyen d'éducation était le niveau six (dernière année du primaire). Seul(e)s 33% savaient qu'ils/elles couraient un risque d'infection en cas de rapport sexuel non protégé. Aucun(e) n'a déclaré avoir cherché à utiliser des services de conseil et de test VIH (Omondi et al., 2003). Les professionnel(le)s du sexe sont souvent moins susceptibles que la population générale d'accéder aux services de santé publique et peuvent ne pas avoir connaissance des traitements contre les infections sexuellement transmissibles ou ne pas avoir les moyens de se les payer, ce qui peut accroître leur vulnérabilité physiologique au VIH. A Dili (Timor-Leste), un quart des professionnel(le)s du sexe ayant fait l'objet d'une enquête en 2003 ont été diagnostiqué(e)s avec une blennorragie ou une infection à chlamydia, et 60% étaient infecté(e)s par le virus de l'herpès simplex de type 2 (Pisani et Dili STI survey team, 2004). Parmi les professionnel(le)s du sexe incarcéré(e)s dans des centres de détention pour jeunes en Fédération de Russie, 58% avaient au moins une infection bactérienne sexuellement transmissible et 4% étaient séropositifs/ves au VIH (Shakarishvili et al., 2005).

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT DU COMMERCE DU SEXE

Les professionnel(le)s du sexe travaillent dans des environnements très différents qui vont de maisons de passe et de salons de massage extrêmement bien organisés à la rue, aux marchés et véhicules ou aux cinémas, bars, hôtels et domiciles. Chaque lieu induit son propre degré de risque et de vulnérabilité en termes de stigmatisation, de discrimination ou de violence potentielle, ainsi que de danger évident d'infection par le VIH. En outre, le commerce du sexe n'est pas figé et ne cesse d'évoluer en fonction des conditions socioéconomiques. Cela signifie que les programmes de prévention du VIH doivent s'adapter pour faire face à ces changements. En Thaïlande, par exemple, on a constaté une très forte augmentation du nombre d'établissements proposant des services de nature sexuelle non basés dans des maisons de passe, tels que les salons de massage. Les professionnel(le)s du sexe présent(e)s dans ces établissements sont dans une large mesure peu sensibilisé(e)s par les programmes prônant une 'utilisation systématique du préservatif' (car ceux-ci ciblent principalement le commerce du sexe dans les maisons de passe) et doivent donc être atteint(e)s autrement. De même, les autorités de nombreuses villes d'Inde ont déclaré une augmentation du nombre de professionnel(le)s du sexe n'exerçant pas leurs activités dans des maisons de passe (ONUSIDA, 2005a).

LES CLIENTS DES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

Les efforts de lutte contre le VIH dans le cadre de la prostitution ciblent pour la plupart les professionnels(le)s du sexe mais ne sont pas suffisamment axés sur leurs clients et le contexte dans lequel ils/elles travaillent. Dans de nombreux pays, le fait qu'il existe une demande régulière de rapports sexuels tarifés est souvent ignoré par les politiques publiques qui sont exclusivement axées sur la répression ou la régulation de l'offre. La prévalence du commerce du sexe varie grandement. Par exemple, une étude sur la population générale dans 24 villes du Pérou a montré que 44% des hommes âgés de 18 à 29 ans déclaraient avoir payé pour des rapports

COMMERCE DU SEXE, TRAFIC D'ÊTRES HUMAINS ET VIH

On estime de 600 000 à 800 000 le nombre de personnes faisant l'objet d'une traite internationale chaque année (Département d'Etat des Etats-Unis, 2004). Si l'on ajoute à ces chiffres les personnes faisant l'objet d'un trafic dans leur propre pays, le nombre annuel de victimes peut atteindre quatre millions – dont 1,2 million d'enfants de moins de 18 ans (OIT, 2002). Toutes les régions du monde sont affectées même s'il existe des axes bien établis le long desquels d'importantes quantités de personnes font l'objet d'un trafic. En Asie du Sud, par exemple, l'Inde et le Pakistan sont les principales destinations pour la traite de fillettes de moins de 16 ans, en particulier en provenance du Bangladesh et du Népal (ONUSIDA, 2005b).

Il existe peu de données sur la prévalence du VIH parmi les femmes et les filles victimes de tels trafics. Toutefois, même dans les pays dans lesquels la prévalence du VIH est faible, les femmes et les filles victimes de la traite sont très vulnérables à l'infection parce qu'elles sont souvent placées dans des situations dans lesquelles elles ne peuvent négocier l'utilisation du préservatif, sont contraintes à des rapports sexuels avec de multiples partenaires et font l'objet de violences sexuelles (Burkhalter, 2003).

Les femmes et les filles victimes de la traite viennent principalement de segments de la société et de milieux marqués par la pauvreté, l'endettement, un chômage élevé et des discriminations sexospécifiques (OIT, 2004). Il est nécessaire de soutenir les efforts afin de surmonter cela dans le but d'empêcher la traite d'êtres humains. Toutefois, tant que ces efforts ne seront pas couronnés de succès décisifs, il faut mettre en œuvre des actions pour répondre aux besoins immédiats – y compris des services de prévention et de soins du VIH pour les victimes potentielles et réelles du trafic d'êtres humains.

sexuels en 2002. Sur ces hommes, 45% déclaraient ne pas avoir utilisé les préservatifs de manière systématique avec les professionnel(le)s du sexe (Guanira et al., 2004). Dans certains pays asiatiques, pas moins de 15% des hommes composant la population générale et de 44% des hommes composant des groupes de population mobiles à haut risque (ex : chauffeurs routiers parcourant de longues distances, hommes travaillant dans des mines ou des forêts éloignées de chez eux) déclaraient avoir payé pour des rapports sexuels en 2004 (MAP, 2005).

PROGRAMMATION EN RAPPORT AVEC LE VIH

Il existe des preuves significatives indiquant que les programmes de prévention du VIH destinés aux professionnel(le)s du sexe sont efficaces et que ces derniers/dernières peuvent participer très activement à ces programmes. La politique thaïlandaise en faveur d'une 'utilisation systématique du préservatif' a été reproduite avec succès dans des pays allant de l'Asie du Sud-Est aux Caraïbes et les enseignements transmis par des organisations de professionnel(le)s du sexe en Inde (Kolkata) ont été déterminants pour les projets ciblant ce groupe de population à travers le monde (ONUSIDA, 2000).

A Saint-Domingue, les bas niveaux d'infection à VIH de 3-4% parmi les professionnel(le)s du sexe sont considérés comme reflétant partiellement une utilisation régulière du préservatif et d'autres comportements à moindre risque promus



Dans certaines régions du monde, les informations épidémiologiques concernant la transmission du VIH lors de rapports sexuels entre hommes sont relativement restreintes.

par le programme mis en œuvre dans la ville en faveur d'une 'utilisation systématique du préservatif'. Une enquête récente a révélé que 87% des professionnel(le)s du sexe déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel tarifé et que 76% disaient toujours utiliser un préservatif lors d'un rapport de ce type (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale de la République dominicaine, 2005).

De nombreux projets cherchent à offrir aux professionnel(le)s du sexe d'autres moyens de générer des revenus. En Ethiopie, par exemple, la Sister Self-Help Association a été formée par un petit groupe de professionnel(le)s du sexe pour générer des revenus réguliers et pour avoir accès à de meilleurs services de santé. Les activités permettant de générer des revenus incluent la gestion d'un restaurant, d'un magasin de proximité (avec des horaires d'ouverture élargis, une gamme limitée de biens ménagers et de produits d'épicerie) et d'un service de restauration pour les hôtels locaux.

Les programmes de lutte contre le VIH qui marchent font appel à une combinaison de stratégies et tiennent compte de différents facteurs : les professionnel(le)s du sexe sont-ils/elles ou non basé(e)s dans une maison de passe, travaillent-ils/elles dans un quartier ou sont-ils/elles mobiles et quel est le statut de la prostitution vis-à-vis de la loi. Les stratégies efficaces sont notamment (ONUSIDA, 2002) :

- la promotion d'un comportement sexuel à moindre risque parmi les professionnel(le)s du sexe, leurs partenaires et leurs clients (ex : promotion de l'utilisation du préservatif et formation aux compétences pour négocier son utilisation) et de la solidarité des professionnel(le)s du sexe et des organisations locales (afin, notamment, que les clients ne puissent pas chercher des professionnel(le)s du sexe acceptant d'avoir des rapports non protégés) ;
- la fourniture de services de prévention et de soins des infections sexuellement transmissibles, et l'accès à des produits tels que les préservatifs masculins et féminins et les lubrifiants ;
- une éducation par les pairs et des actions de sensibilisation, comprenant des services de santé, sociaux et juridiques ;
- des soins pour les professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH ; et
- une réforme des politiques et de la législation, parallèlement à des efforts visant à garantir que les représentants de

l'autorité (police et personnel des établissements de santé publique, par exemple) respectent et protègent les droits humains des professionnel(le)s du sexe.

Ces stratégies doivent être accompagnées de programmes visant à empêcher de tomber dans la prostitution, d'une assistance pour aider les femmes à en sortir et de mesures contre la traite des êtres humains, notamment protection et assistance aux femmes et aux filles qui sont victimes de ce trafic et contraintes à la prostitution. Globalement, les programmes les plus efficaces sont ceux qui prévoient une participation active des professionnel(le)s du sexe eux/elles-mêmes à tous les stades des projets, de leur élaboration à leur évaluation, et qui ont pour but de réduire leur vulnérabilité en s'attaquant aux problèmes liés à l'environnement et au contexte (ex : problèmes d'ordre économique et liés à la sexospécificité) entourant la prostitution.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

L'expression 'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes' décrit un phénomène social et comportemental plutôt qu'un groupe spécifique de personnes. Elle inclut non seulement ceux qui s'identifient eux-mêmes comme homosexuels et bisexuels mais également les hommes qui ont des rapports sexuels entre hommes et s'identifient eux-mêmes comme des hétérosexuels ou qui ne s'identifient pas à cet égard, ainsi que les transgenres de sexe masculin. Il existe des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans tous les pays même si leur visibilité est faible dans bon nombre d'entre eux.

Les indicateurs actuels donnent à penser qu'au niveau mondial, moins d'un homme sur 20 qui a des rapports sexuels avec des hommes a accès aux services de prévention et de soins du VIH dont il a besoin (voir le chapitre 'Vue d'ensemble'). De nombreux facteurs contribuent à cette situation, notamment le déni par la société et les communautés, la stigmatisation et la discrimination, et la violation des droits de la personne.

La complexité des problèmes de sexospécificité, la marginalisation sociale et juridique, et l'absence d'accès à des informations sur le VIH ont une incidence sur le nombre de ces hommes qui perçoivent,

Confrontés à des sanctions juridiques ou sociales, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont soit exclus soit s'excluent eux-mêmes des centres de santé sexuelle et d'aide sociale du fait de leur peur d'être identifiés en tant qu'homosexuels.



ou ne perçoivent pas, les risques d'infection à VIH auxquels ils sont confrontés. Les normes sexospécifiques traditionnelles de la masculinité et de la féminité contribuent fortement à l'homophobie et à la stigmatisation et la discrimination qui y sont liées à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des transgenres et des personnes du 'troisième sexe'. (Les *hijaras* qui vivent dans différentes régions d'Asie du Sud et qui peuvent se définir comme n'étant ni hommes ni femmes mais d'un 'troisième sexe' en représentent un exemple.) L'homophobie a été recensée comme l'un des principaux obstacles à une riposte efficace au VIH sur la voie de l'accès universel au traitement.

LES DONNÉES SONT-ELLES INSUFFISANTES ?

Dans certaines régions du monde, les informations épidémiologiques concernant la transmission du VIH lors de rapports sexuels entre hommes sont relativement restreintes. Cela est en partie dû au fait que beaucoup d'hommes concernés sont mariés à des femmes et donc considérés comme faisant partie de la population générale plutôt que d'un sous-groupe de population distinct. Fondamentalement, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'ont pas d'identité sociale distincte (contrairement aux hommes s'identifiant eux-mêmes comme gays) dans de nombreuses parties du monde et les rapports sexuels entre hommes ne font généralement pas l'objet de conversations courantes ou ne sont pas reconnus, et ce, même par les hommes concernés.

Des recherches très utiles ont néanmoins été réalisées au fil des ans dans bon nombre de pays à revenu faible et intermédiaire et le poids des infections à VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est de plus en plus visible. Les rapports sexuels entre hommes ont un rôle central dans l'épidémie de VIH dans pratiquement tous les pays d'Amérique latine (ONUSIDA, 2006). A Bogotá, par exemple, une prévalence du VIH de 20% a été enregistrée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Montano et al., 2005). Mais les rapports sexuels entre hommes ont aussi des conséquences importantes dans bien d'autres régions. A Bangkok et à Mumbai, par exemple, des niveaux d'infection à VIH de 17% ont été découverts chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (ONUSIDA, 2005a). Malheureusement, même dans les nombreux pays dans lesquels les données indiquent que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes paient un lourd tribut au VIH, leurs besoins en matière de prévention sont largement ignorés ou insuffisamment financés (voir le chapitre 'Obtenir le maximum des ripostes nationales').

MANQUE D'INFORMATIONS SUR LE VIH ET DE SENSIBILISATION AU RISQUE

De nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne se considèrent pas comme des homosexuels et estiment donc que le risque d'infection à VIH ne les concerne pas. Même ceux qui s'identifient en tant que gays, bisexuels ou transgenres ne sont pas, pour bon nombre d'entre eux, suffisamment sensibilisés à la question du VIH et à ce qui constitue un comportement sexuel à risque. Une étude menée par des pairs parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Europe du Sud-Est a révélé que ceux-ci avaient des idées fausses sur les modes de transmission du virus, certains déclarant des comportements sexuels à risque (Longfield et al., 2004). A Beijing, 15% seulement d'un échantillon de 482 hommes ayant des

rapports sexuels avec des hommes savaient qu'ils étaient confrontés à un risque d'infection par le VIH et beaucoup d'entre eux avaient des idées erronées sur les modes de transmission du virus et des connaissances limitées au sujet des préservatifs. Quelque 49% des participants ont déclaré avoir eu des rapports anaux non protégés avec des hommes au cours des six mois précédents. Moins d'un quart avaient obtenu des préservatifs et des lubrifiants gratuits au cours des deux années précédentes (Gibson et al., 2004).

LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES ET DES FEMMES

De nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont aussi des rapports sexuels avec des femmes. L'étude menée à Beijing que nous venons d'évoquer a montré que 28% des hommes enquêtés déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec des hommes et des femmes au cours des six mois précédents et 11% avaient eu des rapports non protégés avec des hommes et des femmes (Gibson et al., 2004). Une étude de grande envergure réalisée dans l'Andhra Pradesh a révélé que 42% des hommes de l'échantillon d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient mariés, que 50% avaient eu des rapports sexuels avec une femme au cours des trois mois précédents et que près de 50% d'entre eux n'avaient pas utilisé de préservatifs (Dandona et al., 2005).

CRIMINALISATION ET MARGINALISATION

La vulnérabilité à l'infection à VIH est considérablement accrue lorsque les rapports sexuels entre hommes sont érigés en délit. A la Jamaïque, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être reconnus coupables de délit et incarcérés. Les rapports sexuels entre hommes sont passibles d'une peine de 14 ans d'emprisonnement au Malawi (Goyer, 2003). La criminalisation et l'homophobie limitent gravement la capacité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à avoir accès à des informations de prévention, des produits, des traitements et des soins en rapport avec le VIH (USAID, 2004). Confrontés à des sanctions juridiques ou sociales, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont soit exclus soit s'excluent eux-mêmes des centres de santé sexuelle et d'aide sociale du fait de leur peur d'être identifiés en tant qu'homosexuels.

LES EFFORTS DE PRÉVENTION PERDENT-ILS DU TERRAIN ?

Dans certains pays, les hommes qui s'identifient eux-mêmes comme des homosexuels se sont fait leur place au sein de la société grâce à un processus mêlant militantisme, réforme des lois et évolution des attitudes sociales. Ils sont à l'avant-garde de la prévention du VIH depuis les premières années de l'épidémie et y restent. Une enquête menée auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans cinq villes d'Inde a récemment mis en évidence que faire appel aux pairs pour distribuer et promouvoir les préservatifs se traduisait par une utilisation substantiellement accrue de ceux-ci, en particulier à Mumbai, où les éducateurs pour les pairs ont distribué plus de deux tiers des préservatifs utilisés par la population étudiée (MAP, 2005).

Il semble cependant qu'une partie des victoires remportées par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes contre le virus soit remise en question. Par exemple, la prise de risques par ces hommes augmente dans de nombreux pays, en partie liée à la consommation d'alcool ou de drogues. Aux Etats-Unis, par exemple, on a constaté au cours des dernières années une augmentation rapide



Quelque 20 années de recherche et d'expérience ont confirmé qu'il est possible de prévenir, de stabiliser et même d'inverser l'épidémie de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en mettant en place un ensemble complet d'activités de prévention et de soins du VIH.

de la consommation d'un stimulant appelé Crystal (méthamphétamine). La recherche indique qu'à Los Angeles, les hommes qui consomment cette drogue et ont des rapports sexuels entre eux affichent des taux d'infection à VIH plus de trois fois supérieurs à ceux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ne consomment pas de méthamphétamine (Peck et al., 2005). A San Francisco, près d'un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes sur cinq a récemment déclaré avoir utilisé cette drogue ; le chiffre est de un sur sept à New York et de un sur dix à Chicago et à Los Angeles (Chicago Department of Public Health, 2005 ; de Herrera et al., 2005).

La réapparition des comportements sexuels à risque peut s'expliquer de différentes manières. L'une des raisons peut être la croyance erronée qu'avec un large accès aux traitements antirétroviraux, le SIDA est devenu plus ou moins guérissable et que les rapports sexuels protégés ne sont donc plus obligatoires. Parallèlement, les autorités de santé publique de la plupart des pays allouent moins de ressources aux programmes ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que ce qui apparaît nécessaire au vu des résultats des enquêtes épidémiologiques. L'augmentation de la prévalence du VIH au sein de ce groupe de population dans de nombreux pays confirme que c'est une politique publique irresponsable et à courte vue.

IL EXISTE TOUT UN ÉVENTAIL DE RIPOSTES

Différentes ripostes visant à réduire les comportements à risque et la vulnérabilité au VIH des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont montré leur efficacité dans des milieux divers (ONUSIDA, 2000b). Celles-ci incluent :

- une promotion généralisée et ciblée de préservatifs de haute qualité et de lubrifiants à base d'eau, et la garantie d'une disponibilité permanente de ceux-ci ;
- des campagnes de promotion des rapports sexuels à moindre risque et de formation aux compétences, en mettant principalement l'accent sur une réduction du nombre de partenaires, une utilisation accrue des préservatifs et des solutions alternatives aux rapports avec pénétration ;
- une éducation par les pairs parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, parallèlement à des programmes de proximité par des

bénévoles ou des travailleurs de santé ou sociaux professionnels ;
- la fourniture d'une éducation et d'une sensibilisation destinées aux partenaires féminines des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; et
- des programmes adaptés à des sous-groupes de population spécifiques tels que le personnel de police et militaire, les détenus et les professionnels du sexe.

Outre ces mesures de prévention, il faut inciter les administrateurs de systèmes de santé et les responsables gouvernementaux à mettre en place un certain nombre d'activités. Premièrement, il est important de soutenir les organisations de gays qui s'identifient comme tels et de leur permettre de promouvoir des programmes de prévention et de soins du VIH. Il faut constituer des alliances entre les épidémiologistes, les sociologues, les politiciens, les groupes de défense des droits de la personne, les avocats, les médecins, les journalistes, les groupes organisés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et autres organisations de la société civile. Les lois qui érigent en délit les rapports sexuels entre adultes consentants de même sexe dans le privé doivent être revues et des lois anti-discriminatoires et protectrices doivent être appliquées pour que diminuent les violations des droits de la personne associées à l'orientation sexuelle. Enfin, mais c'est fondamental, les gouvernements, les commissions nationales de lutte contre le SIDA, les organisations communautaires et les donateurs doivent intégrer la question des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans leurs priorités en termes de financement et de programmation de la lutte contre le VIH. Les cadres nationaux d'action contre le SIDA doivent avoir des plans spécifiques de prévention, de traitement et de soins ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Les consommateurs de drogues injectables

On estime que la consommation de drogues injectables est responsable de presque un tiers des nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. Une fois que le VIH a pénétré une communauté de consommateurs de drogues injectables, la propagation de l'infection parmi le reste de la population peut aller très vite si des mesures

De nombreuses études dans des milieux épidémiologiques différents ont démontré que les stratégies de réduction des risques présentent un bon rapport qualité/prix pour prévenir la propagation du VIH.



LES PARTENAIRES SEXUELS (HOMMES ET FEMMES) DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Ignorer les risques des rapports sexuels anaux non protégés rend non seulement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vulnérables à l'infection à VIH mais expose également au risque leurs partenaires sexuelles féminines. Dans les pays à revenu élevé, l'incidence du virus se maintient à un niveau relativement haut parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une étude récente montre que bon nombre d'entre eux soit ne dévoilent pas leur séropositivité au VIH à leurs partenaires sexuels soit deviennent plus permissifs en matière de comportements sexuels à risque. Une enquête menée récemment auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes séropositifs à Los Angeles et à Seattle, aux Etats-Unis, a révélé qu'ils n'étaient pas enclins à faire part de leur séropositivité à leurs partenaires sexuels car ils considéraient que « cela ne regarde personne » ou parce qu'ils sont dans le déni, ont une charge virale faible ou peur du rejet (Gorbach et al., 2004).

appropriées ne sont pas prises de manière précoce. Cependant, malgré l'importance des consommateurs de drogues injectables dans la riposte au VIH, la couverture de la prévention ciblant cette population est au mieux de 5% au niveau planétaire (USAID et al., 2004).

On dénombre environ 13 millions de consommateurs de drogues injectables à travers le monde dont 8,8 millions vivent en Europe orientale et en Asie centrale, du Sud et du Sud-Est. Il y a environ 1,4 million de consommateurs de drogues injectables en Amérique du Nord et un million en Amérique latine (ONUDC, 2004). L'utilisation de matériels d'injection contaminés lors de la consommation de drogues est le principal mode de transmission du virus en Europe orientale et en Asie centrale où il est responsable de 80% de l'ensemble des cas de VIH. C'est également le point d'entrée de l'épidémie dans un large éventail de pays du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, d'Asie du Sud et du Sud-Est et d'Amérique latine. Un fait alarmant est que l'on constate de nouvelles épidémies liées à la consommation de drogues injectables dans des pays d'Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2005c).

RISQUES ET VULNÉRABILITÉ

Certaines pratiques de consommation des drogues contribuent de manière significative à propager l'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, le principal risque étant l'utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées ; les pratiques sexuelles à risque jouent aussi un rôle mais de moindre ampleur. Par exemple, la proportion des professionnel(le)s du sexe de Ho Chi Minh Ville consommateurs de drogues injectables susceptibles d'utiliser des préservatifs est inférieure de moitié à celle des professionnel(le)s du sexe qui ne consomment pas de drogues injectables (MAP, 2004). Le niveau élevé de la prévalence des infections sexuellement transmissibles parmi les consommateurs de drogues injectables reflète leurs pratiques sexuelles à risque.

Au-delà des risques physiques associés à la consommation de drogues injectables, les consommateurs sont vulnérables au VIH du fait de leur statut social et juridique. Il est paradoxal de penser que dans de nombreux pays cela signifie que les interventions en rapport avec le VIH ne sont pas accessibles aux consommateurs de drogues injectables et que ces derniers ne

L'inadéquation entre les objectifs de l'application des lois et les préoccupations de santé publique ne disparaîtra sans doute jamais complètement pour ce qui est de la question de la consommation de drogues injectables.



peuvent pas ou ne souhaitent pas y avoir accès de peur des récriminations. Par exemple, près de 80% des Russes vivant avec le VIH ont été infectés en utilisant des aiguilles et des seringues contaminées, et il a été établi qu'entre 1,5% et 8% de tous les hommes russes de moins de 30 ans avaient consommé des drogues injectables à un moment de leur vie (Molotilov et al., 2003). Malgré l'efficacité démontrée des mesures de prévention du VIH ciblant les consommateurs de drogues injectables, telles que les échanges d'aiguilles et de seringues et le traitement de substitution, la Fédération de Russie a été lente à mettre en place de telles mesures. Une enquête récente a montré que les financements alloués aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues avaient en fait diminué de 29% entre 2002 et 2004. Bien que certains législateurs régionaux aient voté des subventions au profit de projets d'échange de seringues et de centres de lutte contre le SIDA proposant des traitements du VIH, cet appui est loin d'avoir été universel et suffisamment répandu pour s'approcher des niveaux de couverture nécessaires pour contenir l'épidémie de VIH qui se propage via la consommation de drogues injectables. De nouveaux financements pourraient toutefois contribuer à un début de redressement de la situation. La première subvention accordée par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme à la Fédération de Russie a soutenu 23 projets d'échange dans 10 régions et les clauses de financement des traitements destinés aux personnes vivant avec le VIH ont explicitement mentionné l'inclusion de consommateurs de drogues injectables parmi les personnes ciblées (Wolfe, 2005).

LA RÉDUCTION DES RISQUES EST UNE PRIORITÉ ABSOLUE

Quelque 20 années de recherche et d'expérience ont confirmé qu'il est possible de prévenir, de stabiliser et même d'inverser l'épidémie de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en mettant en place un ensemble complet d'activités de prévention et de soins du VIH. Cet ensemble a été récemment résumé dans un document d'orientation de l'ONUSIDA sur la prévention du VIH comme étant un « système complet, intégré et efficace de mesures qui consistent en un éventail exhaustif d'options de traitement (notamment un traitement de substitution des drogues) et la mise en œuvre de mesures de réduction des risques (par le biais, entre autres, d'une sensibilisation par les pairs des



consommateurs de drogues injectables et de programmes de mise à disposition d'aiguilles et de seringues stériles), le conseil et le test volontaires et confidentiels du VIH, la prévention de la transmission sexuelle du virus parmi les consommateurs de drogues injectables (y compris les préservatifs, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles), l'accès à des soins de santé primaires et à un traitement antirétroviral. Cette approche doit être basée sur la promotion, la protection et le respect des droits humains des consommateurs de drogues » (ONUSIDA, 2005d).

De nombreuses études dans des milieux épidémiologiques différents ont démontré que les stratégies de réduction des risques présentent un bon rapport qualité/prix pour prévenir la propagation du VIH (Sullivan et al., 2005). Depuis les années 1990, les programmes d'entretien à la méthadone ont été efficaces pour aider à contenir l'épidémie de VIH dans des zones aussi différentes que l'Australie, les Etats-Unis, la Chine, la Région administrative spéciale de Hong Kong, la Suède et la Thaïlande (Mattick et al., 2003). Ces programmes d'entretien fournissent une opportunité pour stabiliser la situation sanitaire et sociale des consommateurs de drogues et améliorer l'observance du traitement antirétroviral. Malgré ces éléments concrets, certains aspects de la réduction des risques restent cependant sujets à controverse dans certaines régions du monde (Beckley Foundation, 2005). Par exemple, des politiques et des lois plus néfastes que bénéfiques en vigueur dans certains pays interdisent les traitements de substitution à la méthadone ou la buprénorphine.

L'OMS a ajouté ces deux produits à sa *Liste modèle OMS des médicaments essentiels* en 2005 et plaide en faveur de leur introduction dans les programmes de lutte contre la drogue dans les pays dans lesquels l'utilisation d'opiacés (opium et héroïne) est prévalente, en tant que composante essentielle de la prévention et du traitement du VIH. Ce plaidoyer a inclus un appui à l'élaboration de directives nationales pour le traitement de substitution à la méthadone et l'intensification des programmes de réduction des risques dans des pays tels que la Chine, le Myanmar et l'Ukraine.

Les enseignements tirés de programmes complets de prévention du VIH sont appliqués dans un nombre croissant de pays. Bien que la Malaisie privilégie massivement les traitements de désintoxication forcée et les programmes basés sur l'abstinence, elle a récemment décidé de mettre en place des programmes de réduction des risques. En 2004, on estimait que le nombre de consommateurs de drogues injectables se situait entre 117 000 et 240 000 dans ce pays et à près de 52 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH – dont l'immense majorité était composée de jeunes hommes de 20 à 29 ans (Ministère de la Santé, Malaisie/OMS, 2004 ; Huang et Hussein, 2004). Après un plaidoyer soutenu de la part

05

Si les pays hésitent à mettre en place des programmes de réduction des risques destinés à la population générale ou à reconnaître et à tolérer les rapports sexuels entre hommes, ils auront encore beaucoup plus de difficultés à le faire dans les prisons.



d'organisations non gouvernementales et de la communauté sanitaire, des programmes pilotes d'entretien à la méthadone ont été mis en place et des programmes pilotes d'échange d'aiguilles et de seringues devraient débuter en 2006. En outre, des traitements antirétroviraux sont désormais fournis à des consommateurs de drogues injectables résidant dans des centres de désintoxication. En 2005, une ordonnance de la République islamique d'Iran a stipulé que les personnes consommant des drogues illicites ne seraient plus la cible de la répression pénale mais traitées comme des patients par le système de santé publique (Réseau asiatique de Réduction des Risques, 2005).

En Asie centrale, le Gouvernement du Kirghizistan a appuyé des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans trois villes et dans des prisons du pays, et a été le premier membre de la Communauté des Etats Indépendants à proposer des traitements d'entretien à la méthadone. Bien que ces programmes n'aient pas encore été mis en œuvre à grande échelle, les premiers résultats concrets donnent à penser que le pays a bénéficié du fait d'avoir recherché activement une assistance technique et une participation massive d'organisations non gouvernementales à la formulation et à la mise en place d'actions de prévention du VIH au niveau national (Wolfe, 2005). La Chine a aussi adopté des programmes complets de prévention du VIH pour les consommateurs de drogues injectables avec la création de 91 programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans différentes régions du pays (Ministère de la Santé, Chine/ONUSIDA, 2005). La Chine est en train de mettre en place 1500 programmes d'entretien à la méthadone pour prendre en charge 300 000 consommateurs d'opiacés sur trois ans et relier ces services à des sites fournissant des médicaments antirétroviraux.

LE TRAITEMENT DU VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

La Coalition internationale pour la préparation au traitement recommande que les objectifs de traitement mondiaux et nationaux stipulent des cibles pour les principales populations à risque. Cela a été décidé au vu des éléments concrets indiquant que, dans de nombreux pays, les consommateurs de drogues injectables, les détenus, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et certaines



Les conditions qui régnent dans la plupart des prisons en font des environnements á trés haut risque en matiére de transmission du VIH, ce qui fait qu'on les appelle parfois des 'incubateurs' de l'infection á VIH ainsi que de l'hépatite C et de la tuberculose.

populations mobiles sont confrontés à des obstacles sérieux pour accéder aux traitements et aux soins appropriés du VIH (Coalition internationale pour la préparation au traitement, 2005).

Cela est particulièrement vrai concernant les consommateurs de drogues injectables et pour des raisons complexes. Du fait de l'illégalité de la consommation de drogues et de la stigmatisation qui lui est associée, les consommateurs de drogues injectables sont souvent exclus du système de santé et ne voient pas pourquoi ils chercheraient à utiliser les services médicaux. En Fédération de Russie, par exemple, un consommateur de drogues sera officiellement enregistré auprès des autorités gouvernementales s'il souhaite obtenir un traitement contre la dépendance ou avoir accès à des services de santé ou sociaux.

Bien que les consommateurs de drogues injectables prenant des médicaments antirétroviraux puissent obtenir des résultats cliniques comparables à ceux des patients non consommateurs de drogues

LA RÉDUCTION DES RISQUES OFFRE DES RÉSULTATS CONCRETS

Le meilleur moyen de contenir la transmission du VIH et l'impact du VIH/SIDA liés à la consommation de drogues injectables est de mettre en œuvre un ensemble structuré d'interventions ... Il existe des preuves nombreuses et régulières indiquant que cet ensemble de mesures visant à réduire les risques limite de manière significative la consommation de drogues injectables et les comportements à risque associés, et permet de ce fait de prévenir, de stopper et d'inverser les épidémies de VIH liées à cette consommation. A l'inverse, les principales incidences négatives de ces interventions n'ont pas été prouvées de manière convaincante, telles que le début de la consommation de drogues injectables parmi des personnes qui ne s'étaient jamais injecté de drogues auparavant ou une augmentation de la durée ou de la fréquence de la consommation ou de l'injection de drogues illicites (ONUSIDA, 2005c).

sous traitement antirétroviral, ils ont besoin de médecins expérimentés, capables de faire face aux nombreuses affections graves et susceptibles de mettre leur vie en danger qui doivent être gérées parallèlement à l'infection à VIH. Les consommateurs de drogues injectables infectés par le VIH sont particulièrement enclins à contracter des infections bactériennes graves, telles que l'endocardite infectieuse et la tuberculose pulmonaire (Gordon et Lowy, 2005).

Dans les milieux hospitaliers, fournir des traitements et des soins aux consommateurs de drogues injectables présente fréquemment des difficultés spécifiques. Ceux qui ont eu des styles de vie chaotiques essaient souvent de continuer de s'injecter des drogues lorsqu'ils sont hospitalisés, ont du mal à se plier aux règles de l'hôpital et se sentent parfois stigmatisés par le personnel hospitalier. Certaines approches novatrices ont été développées pour gérer ces difficultés. Des médecins de Vancouver s'intéressent depuis longtemps au fait que les patients consommateurs de drogues injectables quittent souvent l'hôpital avant la fin du traitement contre leurs infections bactériennes, ce qui entraîne des problèmes de santé à long terme et des séjours répétés en milieu hospitalier. Pour essayer de résoudre ce problème, l'autorité de santé publique a récemment piloté une unité de soins transitionnels conçue pour répondre aux besoins complexes des patients consommateurs de drogues. L'unité aménagée comme un appartement fournit des soins 24 heures sur 24 non seulement pour traiter les problèmes médicaux immédiats – dont les maladies liées au SIDA qui affectent fréquemment ce groupe de population – mais aussi pour offrir un accès à des programmes de traitement de la dépendance aux drogues et à des services sociaux tels que la fourniture d'un logement lorsque les patients quittent l'unité. Ce projet a démarré au début 2005 et son suivi a montré une amélioration de la santé des patients, des niveaux de satisfaction des patients et du personnel plus élevés, et des coûts nettement plus bas comparés à ceux d'une prise en charge à l'hôpital (Vancouver Coastal Health Authority, 2005).

METTRE EN ADÉQUATION LES OBJECTIFS DE LA LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

L'inadéquation entre les objectifs de l'application des lois et les préoccupations de santé publique ne disparaîtra sans doute jamais complètement pour ce qui est de la question de la consommation de drogues injectables. Toutefois, en ce qui concerne les principes éthiques de base et les pratiques de santé publique éprouvées, les politiques de lutte contre les drogues devraient contribuer à réduire – et non à augmenter – le risque d'infection à VIH auquel les consommateurs de drogues injectables sont confrontés (par exemple, elles ne doivent pas les empêcher d'avoir accès aux soins médicaux ou limiter leur accès à des matériels d'injection stériles). Parallèlement, les activités de prévention du virus ne doivent pas avoir pour effet indésirable de promouvoir la consommation de drogues illicites. Dans la pratique, il faut des politiques publiques et une législation claires qui autorisent la mise en œuvre de toutes les composantes d'un ensemble complet d'activités de prévention et de soins du VIH. Il faut aussi des financements suffisants afin de mettre en place ces mesures à suffisamment grande échelle. Comme pour toutes les actions de lutte contre le VIH ciblant des popula-

tions vulnérables, les politiques et les programmes concernant les consommateurs de drogues injectables et leur famille doivent également se conformer aux normes internationales en matière de protection des droits de la personne.

Les détenus

«Dostoïevski a dit qu'on pouvait juger du degré de civilisation d'une nation en visitant ses prisons. Cela prouve que c'était un homme intelligent ... Nous ne pouvons tolérer que la discrimination et la stigmatisation nous empêchent de parvenir à une solution. Les consommateurs de drogues injectables incarcérés doivent avoir accès aux mêmes soins que ceux dont bénéficient les personnes libres. »

Extrait d'une allocution d'Antonio Maria Costa, Directeur exécutif de l'ONUDC, 1er avril 2005

On estime à plus de neuf millions de personnes la population carcérale moyenne et à 30 millions le nombre de personnes incarcérées et libérées chaque année (Walmsley, 2005). Les conditions qui règnent dans la plupart des prisons en font des environnements à très haut risque en matière de transmission du VIH, ce qui fait qu'on les appelle parfois des 'incubateurs' de l'infection à VIH ainsi que de l'hépatite C et de la tuberculose (OSI, 2004). Les maisons d'arrêt sont des lieux où se pratiquent consommation de drogues illicites, injections sans respect de l'hygiène, tatouages avec des matériels contaminés, violences, viols et rapports sexuels non protégés. Elles sont souvent surpeuplées et caractérisées par une nourriture de piètre qualité, un accès limité aux soins et des taux élevés de maladies transmises par voie aérienne et sanguine.

Bien que les données provenant des pays à revenu faible et intermédiaire soient relativement rares, les chiffres réels disponibles confirment que la prévalence de l'infection à VIH dans les prisons est presque toujours plus élevée qu'au sein de la population générale. En Afrique du Sud, des estimations mettent en avant un chiffre de pas moins de 41% dans le système carcéral public et encore plus élevé dans les prisons privées. Au Cameroun, la prévalence du VIH dans la prison New Bell dans la ville de Douala était de 12,1% en 2005. Un rapport récent du quartier général des prisons de Zambie a indiqué que pour la seule année 2004, quelque 449 détenus étaient morts de maladies liées au SIDA (Simooya et Sanjobo, 2006). On estime que la prévalence du virus dans les prisons de la Fédération de Russie est au moins quatre fois plus élevée qu'au sein de la population générale (Ministère de la Justice de Russie, 2004). Mais le VIH n'affecte pas seulement les détenus masculins : aux Etats-Unis, on estime que les femmes incarcérées ont 15 fois plus de risques d'être séropositives au VIH que les femmes de la population générale (De Groot, 2005).

Les facteurs de risque expliquant ces niveaux de prévalence sont évidents. Pour commencer, les détenus hommes et femmes viennent souvent de groupes de population marginalisés, tels que les consommateurs de drogues injectables ou les professionnel(le)s du sexe, qui sont déjà confrontés à un risque élevé d'infection. L'utilisation par les consommateurs de drogues injectables de matériels d'injection contaminés ou non stériles est presque toujours plus élevée dans les prisons qu'en dehors et la prévalence d'activités sexuelles entre hommes est souvent plus élevée en prison que dans la population générale (OMS, 2005 ; Dolan et al., 2004). Le tatouage représente un autre

facteur de risque de transmission des virus véhiculés par le sang car les détenus utilisent souvent des instruments contaminés. Il n'y a généralement pas d'accès à des matériels d'injection stériles ni à des préservatifs – outils de base permettant de prévenir la transmission du virus.

PRÉVENTION ET SOINS DU VIH

Si les pays hésitent à mettre en place des programmes de réduction des risques destinés à la population générale ou à reconnaître et à tolérer les rapports sexuels entre hommes, ils auront encore beaucoup plus de difficultés à le faire dans les prisons. Il existe un grand nombre de preuves indiquant que certains responsables publics estiment que les détenus qui consomment des drogues injectables ou ont des rapports sexuels entre hommes « n'ont que ce qu'ils méritent ». De manière plus pragmatique, beaucoup craignent que des mesures de réduction des risques et la fourniture de préservatifs dans les prisons ne conduisent à une multiplication des pratiques sexuelles entre hommes ou de consommation de drogues injectables.

En fait, ces craintes ne sont justifiées par aucun élément concret. Dans les systèmes carcéraux européens, il n'y a pas eu d'augmentation des comportements sexuels à risque liée à la mise en place de programmes de réduction des risques destinés aux détenus (OMS, 2005). Au contraire, la fourniture de services de prévention du VIH dans les prisons a été extrêmement bien accueillie dans de nombreux pays (Stöver et Nelles, 2003). A la suite du succès des programmes pilotes mis en place à la fin des années 1990, l'Espagne a étendu les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues à plus de 30 prisons. D'autres pays ne font que commencer à prendre conscience des avantages de tels programmes. En Ukraine, une étude de 2005 a révélé que les connaissances de la plupart des détenus au sujet du VIH étaient généralement limitées et que 39% seulement avaient des idées de base sur la manière de prévenir la transmission sexuelle du virus. Toutefois, parmi les prisonniers qui avaient bénéficié de programmes de prévention dans les prisons, les deux tiers savaient comment se protéger contre le VIH (Ministère de la Santé, Ukraine, 2005). Après la mise en œuvre d'un programme d'éducation sur la santé géré par les pairs dans un milieu carcéral en Sibérie (Fédération de Russie), les prisonniers ont acquis des connaissances sur le VIH et utilisent davantage les préservatifs ; parallèlement la prévalence du tatouage s'est réduite (Dolan et al., 2004).

Les prisons ne sont pas totalement déconnectées du monde. Les détenus finissent par sortir et les infections attrapées en prison peuvent ainsi être facilement transmises en dehors. La prévention et le traitement du VIH chez les détenus constituent de ce fait aussi une stratégie susceptible d'avoir des effets bénéfiques pour le reste de la société. Pour être réellement efficaces, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA doivent élargir de manière significative leur fourniture de services complets de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH dans les prisons.

En octobre 2004, l'OMS a organisé une réunion internationale sur le thème des prisons et de la santé à De Leeuwenhorst. Le rapport publié à la suite, *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*, recommandait que tous les systèmes carcéraux adoptent une approche basée sur la

santé publique et le respect des droits de la personne « et ce, même si cela implique une reconnaissance des limites inhérentes à l'application de l'obligation officielle d'abstinence totale [de consommation de drogues et de rapports sexuels] » (OMS, 2005). Les mesures en rapport avec le VIH recommandées dans les prisons sont notamment :

- la fourniture de ce qui est nécessaire pour que le personnel carcéral puisse s'assurer que tous les détenus reçoivent des informations de base concernant le VIH et d'autres maladies transmises par voie sanguine et leur mode de propagation ;
- la fourniture d'une gestion clinique des prisonniers dépendants aux drogues dans le respect de normes équivalentes à celles que l'on applique dans la communauté locale ;
- la garantie que des informations et des directives appropriées sont fournies avant la libération des détenus ; et
- la fourniture de soins de suivi avec des liens vers les services communautaires, ce qui est important pour tous les détenus ayant des problèmes de santé mais essentiel pour ceux qui sont dépendants aux drogues.

Tous les systèmes carcéraux sont instamment invités à évoluer aussi vite que leurs ressources le leur permettent pour mettre en place des mesures de réduction des risques supplémentaires importantes :

- l'élaboration d'un programme de traitement clinique planifié et complet destiné aux détenus toxicomanes, notamment l'utilisation d'un traitement d'entretien permettant de traiter la dépendance aux opiacés ;
- l'élaboration d'un programme d'échange d'aiguilles et de seringues équivalent à celui qui est disponible dans la communauté, en particulier si la prévalence locale du VIH ou de l'hépatite C est élevée ou si l'on sait qu'il y a consommation de drogues injectables dans la prison ; et
- la fourniture d'une méthode efficace pour désinfecter les aiguilles et les seringues ainsi que les instruments de tatouage parallèlement à des informations et une formation appropriées dans le cas où des programmes d'échange des aiguilles et des seringues ne seraient pas considérés comme nécessaires ou réalisables.

C'EST UNE QUESTION DE RESPECT DES DROITS DE LA PERSONNE

Les efforts de prévention et de traitement du VIH dans les prisons devraient être des composantes importantes des stratégies nationales de lutte contre le SIDA, et ce, non seulement en raison des effets bénéfiques évidents que cela aurait pour la santé publique mais aussi en raison de la nécessité de respecter les droits fondamentaux de la personne. Les individus conservent la majorité de leurs droits humains lorsqu'ils entrent en prison, ne perdant que ceux qui sont nécessairement et explicitement limités du fait de leur incarcération. Ils conservent des droits tels que celui de ne pas être soumis à une punition inhumaine et cruelle, et le droit à bénéficier des normes de santé et de sécurité les plus élevées possibles. Les tribunaux de nombreuses régions du monde se sont prononcés pour dire que les gouvernements avaient en fait des obligations plus élevées vis-à-vis des prisonniers que vis-à-vis de la population générale parce qu'ils constituent l'unique source de fourniture des services essentiels aux détenus, y compris les soins de santé.

Lors d'une présentation devant la Commission des droits de l'homme de l'ONU en

LA PRÉVENTION DU VIH EST AUSSI NÉCESSAIRE HORS DES PRISONS QUE DANS CELLES-CI

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) souligne que la présence des drogues et du VIH dans les prisons révèle deux problèmes distincts. Premièrement, l'existence de drogues en prison représente un échec pour les systèmes de sécurité et une infraction aux règles légales. Deuxièmement, la consommation de drogues injectables par la population carcérale entraîne des taux élevés de transmission du VIH entre détenus et à des partenaires sexuels non infectés une fois les détenus libérés. Deux flux de population – les nouveaux détenus qui sont susceptibles de ne pas être infectés et les anciens détenus qui sont déjà séropositifs au VIH – entrent et sortent des prisons régulièrement.

Les expériences menées dans différents pays ont montré que les programmes de prévention du VIH basés sur le concret sont efficaces dans les prisons. Mais l'ONUDC, avec l'OMS et d'autres Coparrainants de l'ONUSIDA, soulignent que les autorités carcérales ne peuvent pas, à elles seules, résoudre le problème. Il est nécessaire de coordonner les efforts avec ceux d'autres entités gouvernementales, en particulier les entités chargées de la santé et de la justice, pour rompre la chaîne de la transmission du VIH qui accompagne les incarcérations et les libérations, et de prendre en charge les détenus vivant avec le VIH – qu'ils soient en prison ou aient purgé leur peine et soient libres.

avril 1996, le représentant de l'ONUSIDA avait déclaré (ONUSIDA, 1996) :

« [En] entrant dans les maisons d'arrêt, les détenus sont condamnés à l'emprisonnement pour leurs crimes ; ils ne devraient pas être condamnés au VIH et au SIDA. Il est évident que les gouvernements ont la responsabilité morale et juridique de prévenir la propagation du VIH parmi les détenus et le personnel carcéral, et de prendre soin de ceux qui sont infectés. »

Quelque 10 ans plus tard, cette position n'a pas changé.

Prévention globale du VIH 06





Chapitre 06



PRÉVENTION GLOBALE DU VIH

La croissance régulière de l'épidémie de SIDA n'est pas due aux carences des stratégies de prévention disponibles, mais plutôt à l'échec de la communauté internationale qui n'a pas fait usage des moyens extrêmement efficaces dont elle dispose pour ralentir la propagation du VIH. Quelque 25 ans après l'apparition de l'épidémie, la plupart des personnes exposées à un risque élevé d'infection à VIH ne bénéficient toujours pas de la prévention du VIH, car les décideurs n'appliquent pas les approches qui ont prouvé leur efficacité.

Si le chapitre précédent a porté sur des populations clés notamment dans le cadre des épidémies concentrées, le présent chapitre examine les interventions programmatiques et les actions politiques essentielles à tous les bons programmes nationaux de prévention du VIH. Il s'intéresse plus particulièrement aux besoins urgents des femmes et des jeunes en matière de prévention, ainsi qu'aux possibilités et aux défis complexes de la prévention que présente l'extension de l'accès aux traitements. Plus important encore, il souligne la nécessité urgente d'élargir des programmes nationaux complets et bien conçus de prévention du VIH, afin d'atteindre un nombre suffisant de personnes et d'allouer les ressources là où elles seront le plus utiles.

Intensification de la prévention du VIH

L'un des enseignements de l'épidémie ces 25 dernières années, c'est sans conteste que la prévention du VIH est efficace. Les premiers succès remportés par le Brésil, l'Ouganda et la Thaïlande pour inverser le cours de leurs épidémies nationales de SIDA grâce à un leadership politique courageux et à la mise en place rapide d'actions déterminées de prévention ont été bien documentés. Des recherches récentes montrent que les efforts de prévention contribuent aujourd'hui également à la réduction de la prévalence du VIH au Cambodge et au Zimbabwe, ainsi que dans certaines parties du Burkina Faso, d'Haïti, du Kenya et de la République-Unie de Tanzanie (ONUSIDA, 2005a).

La prévention du VIH, comme son traitement, doit durer toute la vie. Plutôt que de lancer des initiatives de prévention à court terme ou isolées, les programmes nationaux, pour être efficaces, doivent poursuivre des actions politiques et programmatiques essentielles à une échelle suffisante et à long terme, en les adaptant à l'évolution de l'épidémie, et en réagissant au changement des caractéristiques de l'infection et du contexte social. En reconnaissance du caractère intrinsèquement durable de l'action de prévention du VIH, l'application et l'extension des stratégies de prévention existantes devraient être associées à des mesures à plus long terme visant à résoudre le problème des ressources humaines et à mettre au point de nouvelles techniques de prévention, y compris l'outil ultime de la prévention, un vaccin préventif.

Si de grands progrès ont été accomplis, la riposte mondiale en matière de prévention est encore loin du niveau d'urgence et d'extension nécessaire pour ralentir la propagation de l'épidémie. Si le financement des programmes relatifs au VIH s'est accru ces dernières années, de nombreux pays n'allouent toujours pas de ressources financières directes aux activités visant à satisfaire les besoins des populations les plus exposées au risque en matière de prévention, et choisissent plutôt de donner la priorité à des efforts de prévention plus généraux qui sont moins rentables et ont moins de chances d'avoir un impact sur l'épidémie(voir le chapitre 'Financement').

De plus, certains signes inquiétants montrent que l'appui à la prévention du VIH pourrait être en baisse dans certaines régions. Ces dernières années, la Thaïlande, par exemple, a réduit son budget de prévention du VIH de deux tiers, quand bien même la consommation de drogues injectables contribue à un nombre important de nouvelles infections à VIH (PNUD/ONUSIDA, 2004).

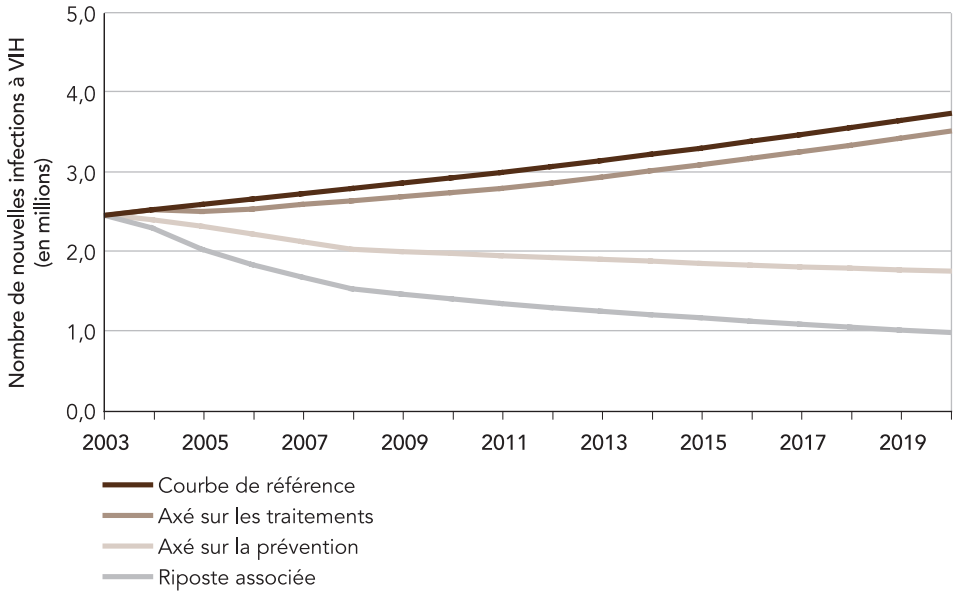
Une action déterminée peut—et doit—faire la différence

Le fait que la communauté internationale soit incapable de mettre les méthodes de prévention avérées à la disposition de ceux qui en ont besoin constitue une incroyable occasion manquée. L'extension des stratégies préventives disponibles dans 125 pays à faible ou moyen revenu



Les pays doivent également faire en sorte que la prévention comme le traitement soient élargis de manière équilibrée, afin de tirer réellement parti des synergies qui existent entre eux.

FIGURE 6.1 Impact de trois scénarios sur l'infection à VIH en Afrique subsaharienne, 2003–2020



Source : Salomon JA et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment : from slogans to impact.

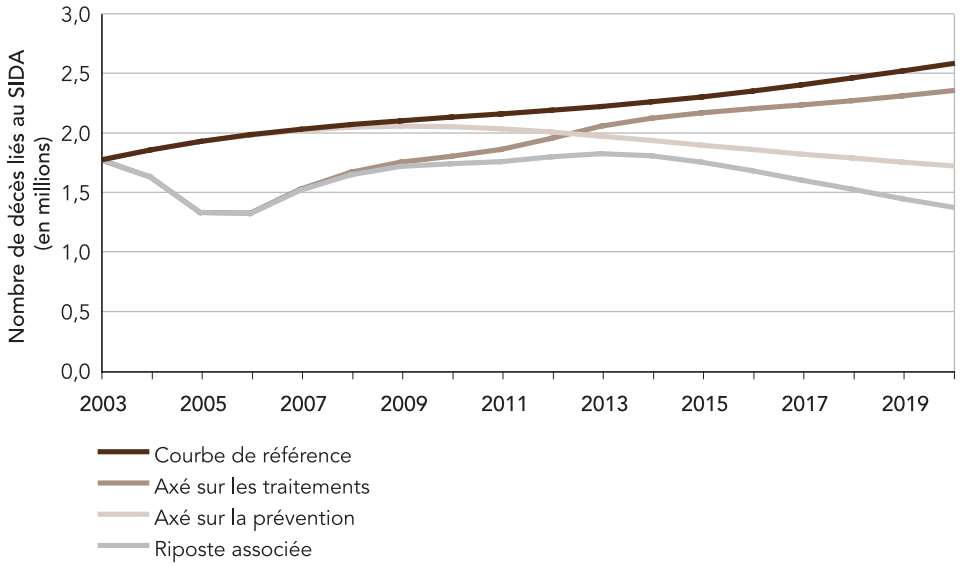
permettrait d'éviter quelque 28 millions de nouvelles infections à VIH entre 2005 et 2015—plus de la moitié du nombre projeté d'infections au cours de cette période—et d'économiser US$ 24 milliards en coûts associés de traitement (Stover et al., 2006).

Les pays doivent également faire en sorte que la prévention comme le traitement soient élargis de manière équilibrée, afin de tirer réellement parti des synergies qui existent entre eux. A l'échelle mondiale, on estime qu'une riposte axée exclusivement sur le traitement permettrait d'éviter 9 millions de nouvelles infections à VIH seulement. Par contraste, l'extension simultanée de la prévention et du traitement pourrait prévenir 29 millions de nouvelles infections à VIH d'ici à fin 2020 (Salomon et al., 2005). Les figures 6.1 et 6.2 illustrent les avantages de l'extension simultanée de la prévention et du traitement (le scénario d'une riposte associée), par rapport aux résultats obtenus soit par la prévention soit par le traitement pris isolément, soit en ne faisant rien (courbe de référence).

Prévenir la transmission sexuelle du VIH

Les rapports sexuels vaginaux sans protection sont responsables de la vaste majorité des infections à VIH à l'échelle mondiale. Une prévention efficace de la transmission sexuelle du VIH exige d'associer des interventions programmatiques et des actions politiques susceptibles d'encourager des comportements plus sûrs, de réduire la vulnérabilité biologique et sociale à la transmission, d'encourager l'utilisation des techniques essentielles de prévention et de promouvoir des normes sociales qui privilégient la réduction des risques, comme l'explique le document d'orientation politique de l'ONUSIDA

FIGURE 6.2 Impact de trois scénarios sur les décès liés au SIDA en Afrique subsaharienne, 2003–2020



Source : Salomon JA et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment : from slogans to impact.

intitulé *Intensification de la prévention du VIH* (voir à la fin du présent chapitre).

COMPORTEMENTS ET NORMES SEXUELLES PLUS SÛRS

L'analyse des interventions de prévention visant à modifier les comportements montre systématiquement que les programmes de ce type abaissent la fréquence des comportements sexuels à risque (Crepaz et al., 2005 ; Elwy et al., 2002 ; Merson et al., 2000). Les programmes visant au changement de comportement comprennent généralement des informations de base concernant le virus, une évaluation du risque personnel, le conseil, le renforcement des compétences, notamment la manière de négocier l'usage du préservatif avec des partenaires sexuels, et l'accès aux préservatifs et aux autres techniques de prévention.

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, les programmes visant au changement de comportement axés sur les populations exposées à un risque particulièrement élevé figurent parmi les interventions de prévention qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité et ils devraient constituer un élément fondamental des programmes nationaux de prévention du VIH, quels qu'ils soient. Même si ce type de programme est indispensable à toutes les ripostes nationales, des programmes plus larges sont également essentiels dans le cas d'épidémies généralisées ou dans les situations où l'épidémie est susceptible de se propager à partir de groupes distincts à forte prévalence vers la population générale. L'éducation du public et les programmes de sensibilisation touchant la population générale sont essentiels dans toute riposte au VIH bien conçue.

Parmi les objectifs comportementaux de la prévention du VIH, on peut noter : l'abstinence et le début différé de l'activité sexuelle chez les jeunes ; la

monogamie dans les relations de couple ; la réduction du nombre de partenaires ; et l'utilisation correcte et systématique du préservatif. Dans les situations où la prévalence du VIH est élevée tout particulièrement, une prévention efficace du VIH exige souvent des changements dans des traditions et des normes sociales relatives à la sexualité humaine fortement enracinées. Etant donné le rôle important des relations sexuelles parallèles sans protection dans la propagation du VIH en Afrique subsaharienne (Halperin et Epstein, 2004), parvenir à persuader les individus sexuellement actifs d'admettre qu'une baisse du nombre de leurs partenaires et la monogamie sont des normes précieuses peut être crucial pour le succès à long terme des efforts de prévention du VIH. Les pays qui sont parvenus à abaisser l'incidence du VIH ont bénéficié de l'apparition de nouveaux schémas de comportement sexuel—moins de transactions dans le commerce du sexe au Cambodge et en Thaïlande, début de l'activité sexuelle différé au Zimbabwe, insistance croissante sur la monogamie en Ouganda et augmentation de l'utilisation du préservatif.

LES PRÉSERVATIFS RESTENT ESSENTIELS

Pour les individus sexuellement actifs, le préservatif reste une technique vitale de prévention (UNFPA et al., 2004). L'usage correct et systématique du préservatif masculin réduit le risque de transmission sexuelle du VIH de 80% à 90%—un taux d'efficacité supérieur à ceux qu'atteignent un grand nombre des vaccins traditionnels dans le monde (Halperin et al., 2004 ; Cohen et Farly, 2004). Des études d'observation, des expériences en laboratoire et des modèles mathématiques indiquent que le préservatif féminin offre également une bonne protection contre l'infection à VIH (Hoffman et al., 2004).

En plus d'encourager l'accès aux préservatifs dans les populations particulièrement vulnérables, les efforts de prévention devraient accorder la priorité à la promotion du préservatif pour tous les adultes sexuellement actifs, notamment dans les pays connaissant des épidémies généralisées. Selon une estimation à l'échelle mondiale, les préservatifs fournis par le secteur public n'étaient utilisés que dans 21% des actes sexuels impliquant des partenaires non réguliers en 2003 (USAID et al., 2004).

De nombreux hommes entretiennent des attitudes négatives face au préservatif, estimant que son utilisation limite le plaisir sexuel et entrave l'intimité sexuelle entre partenaires réguliers. Toutefois, la promotion déterminée et soutenue du préservatif contribue à surmonter ce type de résistance, menant à une augmentation importante de son usage. Par exemple, pour tenter de rendre naturel l'usage du préservatif, le Ministère brésilien de la Santé a distribué cette année 25 millions de préservatifs lors de cortèges, bals, fêtes et dans la rue au cours du carnaval annuel—un des éléments du plan du gouvernement qui prévoit de distribuer 1,5 milliard de préservatifs en 2006. A Singapour, après l'exécution en 1995 d'une campagne énergique de promotion du préservatif auprès des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients, l'utilisation systématique du préservatif a passé de 45% avant l'intervention à plus de 95% en 2002, et les professionnel(le)s du sexe ont présenté une baisse importante de l'incidence de la blennorragie (Wong, Chan et Koh, 2004). En parallèle avec le marketing social du préservatif, celui-ci devrait également être mis gratuitement à disposition, car même un coût extrêmement faible peut être dissuasif (Cohen et Farley, 2004).



Les lieux de travail qui ont mis en place des campagnes sur le thème 'Découvrez votre statut sérologique', administrées en commun par l'employeur et les représentants des travailleurs, annoncent une amélioration de la fréquentation des services de test, de traitement et de prévention.

ACTION URGENTE : AMÉLIORER LES CONNAISSANCES CONCERNANT LE STATUT SÉROLOGIQUE

Une fois leur diagnostic de VIH posé, et notamment s'ils bénéficient d'un conseil approprié, la plupart des individus prennent les mesures nécessaires pour éviter d'exposer d'autres personnes au virus. Malheureusement, la plupart des personnes vivant avec le VIH ne sont pas conscientes de leur statut sérologique.

A l'échelle mondiale, 12% seulement des personnes qui souhaitent faire un test de diagnostic sont en mesure de le faire (ONUSIDA et al., 2005c). En 2003, on a estimé que 0,2% seulement des adultes dans les pays à faible ou moyen revenu bénéficiaient de services de conseil et de test VIH volontaires (USAID et al., 2004).

Il y a bien des raisons pour lesquelles les personnes exposées au risque d'infection à

LES PRÉSERVATIFS CONTINUENT À MANQUER

L'UNFPA, qui est le plus important acheteur de préservatifs masculins du secteur public, estime que l'approvisionnement mondial en préservatifs dans le secteur public représente moins de 50% des quantités qui seraient nécessaires pour assurer une couverture acceptable en préservatifs. L'organisation estime que l'écart entre l'approvisionnement et le besoin réel atteint 8,3 milliards de préservatifs. Bien que l'appui des donateurs pour les programmes relatifs aux préservatifs ait augmenté de 16% entre 2003 et 2004, pour atteindre US$ 72 millions, ce financement était presque de US$ 20 millions inférieur aux montants dépensés en 2001. Afin d'assurer un approvisionnement suffisant en préservatifs pour stopper l'épidémie de SIDA d'ici à 2015, le niveau de financement des achats et de la distribution de préservatifs doit tripler. En 2005, l'UNFPA a lancé le Programme mondial pour améliorer la sécurité des produits de santé reproductive. Cette initiative sur cinq ans a pour but de dynamiser les efforts nationaux déployés pour définir, s'approprier et piloter des stratégies susceptibles d'assurer l'accès à toutes les techniques de la santé sexuelle reproductive, y compris les préservatifs masculins et féminins.



Chaque année, plus de 340 millions de personnes contractent une infection sexuellement transmissible guérissable, les femmes présentant une vulnérabilité plus grande à l'infection que les hommes.

VIH ne font pas de dépistage : crainte de la discrimination, crainte de découvrir un résultat positif, absence d'accès aux traitements ou aux services de dépistage. Selon l'OIT, il est fréquent que la crainte de perdre son emploi décourage les individus de faire usage des services de test disponibles. Les lieux de travail qui ont mis en place des campagnes sur le thème 'Découvrez votre statut sérologique', administrées en commun par l'employeur et les représentants des travailleurs, annoncent une amélioration de la fréquentation des services de test, de traitement et de prévention. Par exemple, les syndicats du Rwanda qui disposent de fonds de solidarité destinés aux travailleurs dont le test se révèle positif indiquent que presque tous leurs membres ont pratiqué un test VIH (ONUSIDA/OIT/CISL, 2006).

Reconnaissant qu'il était urgent d'améliorer les connaissances relatives à la sérologie VIH, l'ONUSIDA et l'OMS ont recommandé en juin 2004 de compléter les programmes traditionnels de conseil et de test volontaires en accroissant le diagnostic du VIH et en offrant systématiquement le test dans les dispensaires de dermato-vénérologie, dans les sites d'implantation des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et dans les établissements communautaires de santé des régions à forte incidence du VIH et en offrant un accès aux médicaments antirétroviraux (ONUSIDA/OMS, 2004).

Pour recommander cette approche élargie du dépistage du VIH, l'ONUSIDA et l'OMS se sont appuyés sur l'expérience du Botswana, où le gouvernement central a décrété, début 2004, que les établissements de soins de santé publics et privés devaient systématiquement offrir le test VIH dans le cadre des contrôles médicaux—une réorientation politique qui a rapidement conduit à l'augmentation de la fréquentation des centres de dépistage (OMS, 2005a). Etant donné que jusqu'à la moitié des personnes vivant avec le VIH contractent aussi la tuberculose, les dispensaires de traitement de la tuberculose constituent un endroit idéal pour promouvoir le test VIH et donner aux individus séropositifs au VIH un accès aux services compétents. Toutefois, avec l'adoption de cette approche par les systèmes de santé, il convient de veiller à ce que cette offre systématique du test ne conduise pas à son imposition.

Il faudra, en plus du manque de sites de dépistage, surmonter d'autres obstacles, notamment le coût et les problèmes pratiques. Plusieurs approches se sont révélées efficaces. L'expérience de la République-Unie de Tanzanie a montré qu'en éliminant les coûts associés au test qui sont assumés par le patient, les services de dépistage du VIH peuvent considérablement accroître la fréquentation des services et leur rapport coût-efficacité (Thielman et al., 2006). Une autre approche consiste à réduire le temps que prend un test. Selon une enquête effectuée auprès d'adultes au Malawi, 90% des personnes qui souhaitaient connaître leur statut sérologique préféraient obtenir les résultats le jour même (Degraft-Johnson et al., 2005). Un tel souhait peut être réalisé au moyen des tests VIH rapides, qui fournissent un résultat en quelque 20 minutes et éliminent la nécessité, pour les individus, de revenir pour connaître leurs résultats. Mais si les techniques de dépistage rapide du VIH ne sont pas particulièrement complexes, elles n'en nécessitent pas moins une formation du personnel de laboratoire. L'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis ont mis au point un module complet de formation au test rapide sur cinq jours qui sera déployé en 2006.

PRÉVENIR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Chaque année, plus de 340 millions de personnes contractent une infection sexuellement transmissible guérissable, les femmes présentant une vulnérabilité plus grande à l'infection que les hommes (OMS, 2005b). Etant donné qu'une infection sexuellement transmissible non soignée multiplie plusieurs fois le risque de transmission du VIH (Fleming et Wasserheit, 1999), les actions en vue d'assurer le diagnostic et le traitement rapides des infections sexuellement transmissibles constituent une composante programmatique essentielle d'une riposte déterminée et globale au VIH (Dallabetta et Neilson, 2004). On a montré que l'amélioration de la coopération entre les actions de prévention du VIH et les programmes de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles était un moyen utile d'accroître leur efficacité mutuelle.

Si les traitements des infections sexuellement transmissibles disponibles figurent parmi les meilleurs outils de prévention du VIH qui soient, des techniques plus efficaces restent nécessaires. L'hépatite B est la seule infection sexuellement transmissible contre laquelle il existe un vaccin préventif homologué, même si les données qui apparaissent actuellement suggèrent qu'un vaccin susceptible de prévenir l'infection par le papillomavirus pourrait être imminent. La lutte contre la syphilis continue de s'appuyer sur des thérapies qui ont à peine changé en 60 ans, car on n'a pas évalué le potentiel des nouveaux antibiotiques pour le traitement de la syphilis et d'autres infections sexuellement transmissibles (Hook et Peeling, 2004). Deux essais à grande échelle sont actuellement en cours pour évaluer l'efficacité de l'administration massive d'acyclovir pour la prévention du VIH. S'ils sont couronnés de succès, cette méthode offrira un traitement relativement peu coûteux de l'infection par le virus de l'herpès de type 2, maladie qui triple le risque d'infection par le VIH (Freeman et al., 2005).

PRÉVENTION DU VIH DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Le déplacement des populations en raison d'un conflit peut parfois accroître le risque d'infection à VIH de la population

LA CIRCONCISION POUR PRÉVENIR LE VIH : QUELLE EFFICACITÉ ?

Si l'on a depuis longtemps démontré que les hommes circoncis ont des taux d'infection à VIH inférieurs à ceux des hommes non circoncis, aucune étude prospective n'avait, il y a peu encore, testé spécifiquement l'efficacité de la circoncision masculine pour prévenir l'infection à VIH (Siegfried et al., 2005 ; Weiss et al. 2006). En 2005, des chercheurs ont annoncé les résultats d'un essai contrôlé randomisé portant sur 3274 hommes entre 18 et 24 ans recrutés à Orange Farm, en Afrique du Sud, dans une région où près d'un adulte sur trois est séropositif au VIH. L'essai a montré que la circoncision masculine chez l'adulte avait réduit le risque que les hommes contractent le VIH au cours des rapports sexuels de plus de 60% au cours des 18 mois de l'étude (Auvert et al., 2005). La recherche suggère, entre autres possibilités, que la circoncision masculine peut contribuer à préserver de l'infection à VIH en éliminant les cellules internes du prépuce qui constituent des points de pénétration du virus (Reynols et al., 2004).

En juillet 2005, l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont demandé que les résultats de l'essai sud-africain soient confirmés avant de promouvoir systématiquement la circoncision masculine comme élément standard des programmes de prévention du VIH (UNFPA et al., 2005). Deux essais d'efficacité de la circoncision masculine sont en cours au Kenya et en Ouganda, dont les résultats sont attendus en 2007. L'essai kényen portant sur 2776 hommes applique la même méthode de circoncision que celle testée en Afrique du Sud, alors que l'essai ougandais, portant sur 5000 hommes, utilise une autre technique de circoncision. Les deux essais suivront les participants pendant une période plus longue afin d'évaluer la durée des éventuels avantages observés et de déterminer si l'intervention a un effet sur le niveau global de comportement sexuel à risque. Un troisième essai en Ouganda évalue le degré de protection que la circoncision masculine pourrait apporter aux partenaires féminines des hommes séropositifs au VIH.

touchée, car il réduit son accès aux services de prévention du VIH, perturbe les réseaux de soutien social, augmente l'exposition à la violence sexuelle, encourage la pratique des rapports sexuels en échange de nourriture, d'un abri ou autres nécessités ou entraîne simplement la population vers des lieux où la prévalence du VIH est plus élevée (ONUSIDA/HCR, 2005). Au Népal, où un conflit violent de longue durée a déplacé entre 200 000 et 400 000 personnes, les importants déplacements de population pourraient bien accélérer la propagation de l'épidémie de VIH dans le pays. Plus particulièrement, le conflit réduit considérablement la capacité des organisations non gouvernementales à offrir des services de prévention du VIH dans des circonstances aussi chaotiques et dangereuses (Singh et al. 2005).

L'ONUSIDA et le HCR recommandent que les programmes à l'intention des réfugiés intègrent des interventions de prévention communautaires pertinentes sur les plans culturel et linguistique (HCR, 2005). En Ouganda, où plus de 220 000 réfugiés partagent les services de santé avec les 135 000 personnes des communautés environnantes, le HCR collabore avec le gouvernement pour



L'administration en temps utile de médicaments antirétroviraux à une femme enceinte dont le diagnostic VIH est positif et à son nouveau-né réduit considérablement le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

offrir aux réfugiés un accès au conseil et au test VIH volontaires, au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles et à des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Des données récentes ont montré une augmentation de l'usage du préservatif parmi les réfugiés du camp Kyaka II en Ouganda.

Les actions humanitaires intègrent aujourd'hui systématiquement la prévention du VIH. Les institutions du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales, par exemple, ont accordé une priorité élevée à la prévention du VIH dès le lancement de la riposte internationale au tsunami asiatique en 2004.

Prévenir la transmission mère-enfant du VIH

A l'échelle mondiale, 1800 enfants sont chaque jour infectés par le VIH—et la vaste majorité d'entre eux sont des nouveau-nés. Plus de 85% des enfants infectés par le VIH vivent en Afrique subsaharienne, même si l'incidence de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est en rapide augmentation en Europe orientale et en Asie centrale (UNICEF, 2005).

Une prévention efficace de la transmission mère-enfant du VIH implique l'association de plusieurs stratégies. Il s'agit notamment de la prévention primaire du VIH parmi les femmes (y compris l'intégration de la prévention du VIH dans les services de santé reproductive et sexuelle), la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives au VIH, l'accès à une prise en charge prénatale globale, la promotion du conseil et du test VIH volontaires auprès des femmes enceintes et de leurs partenaires dans les consultations prénatales et les établissements communautaires, la thérapie antirétrovirale pour les mères et les nouveau-nés et le conseil relatif à la réduction de la transmission du VIH par l'allaitement maternel.

Des projets pilotes offrent actuellement des services de prévention du VIH dans des consultations prénatales, mais peu de pays ont réellement élargi ce type de service. A l'échelle mondiale, un peu moins de 8% des femmes enceintes bénéficient aujourd'hui de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (voir le chapitre sur les progrès accomplis). En

Afrique subsaharienne, moins de 6% des femmes enceintes ont pu bénéficier de services de ce type en 2005.

L'administration en temps utile de médicaments antirétroviraux à une femme enceinte dont le diagnostic VIH est positif et à son nouveau-né réduit considérablement le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les associations de médicaments semblent le moyen le plus efficace, mais encore récemment, elles étaient considérées comme trop coûteuses pour être largement appliquées dans les pays à faible ou moyen revenu. Ces dernières années, les projets de prévention de la transmission mère-enfant dans les situations où les ressources sont limitées ont été principalement axés sur la distribution d'une dose unique de névirapine pendant et après l'accouchement, qui abaisse de plus de 40% le risque de transmission du VIH (Jackson et al, 2003). Cependant, des études indiquent que les femmes qui reçoivent une dose unique de névirapine pour prévenir la transmission du virus à leur nouveau-né risquent de développer une résistance au médicament, ce qui peut compromettre l'efficacité des schémas thérapeutiques par les antirétroviraux prescrits plus tard (Johnson et al., 2005 ; Flys et al., 2005 ; Jourdain et al., 2004). Même si les avantages de la dose unique de névirapine sont supérieurs au risque de résistance dans les situations où les ressources sont limitées, la mise au point de schémas thérapeutiques financièrement abordables présentant des profils de résistance plus élevés constitue une priorité mondiale urgente.

L'allaitement au sein prolongé par des mères infectées par le VIH accroît sensiblement le risque de transmission du VIH au nourrisson. L'allaitement maternel est préférable à l'alimentation artificielle au cours des six premiers mois de la vie,



quelle que soit la sérologie VIH de la mère, car les aliments de substitution présentent un risque de décès plus élevé pour le nourrisson que l'allaitement maternel d'une mère infectée par le VIH au cours des premiers mois (Ross et Labbok, 2004). On conseille donc aux mères infectées par le VIH de sevrer leur nourrisson assez rapidement pour ne pas prolonger l'exposition de l'enfant et d'éviter d'associer l'allaitement maternel à une alimentation de substitution, méthode qui semble présenter un risque accru de transmission. Les liens complexes entre l'allaitement maternel et le risque de transmission du VIH au nouveau-né soulignent l'importance que revêt un conseil détaillé et approprié sur le plan culturel aux mères vivant avec le VIH. Les recherches actuelles se penchent sur le potentiel que pourrait présenter un traitement prolongé par la névirapine pour réduire le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel.

Etant donné que les femmes et les familles bénéficiant de services de prévention de la transmission mère-enfant ont des besoins multiples et souvent considérables, les efforts entrepris pour élargir ces services exigent des investissements

PRÉVENTION DU VIH DANS LE SECTEUR DES TRANSPORTS

Les efforts de prévention du VIH destinés à des groupes particuliers de travailleurs, qui ciblent les rapports sexuels rémunérés pratiqués pendant des déplacements professionnels, ont rencontré un succès considérable. Il a été largement démontré que les programmes de prévention du VIH à l'intention des chauffeurs routiers permettent de réduire la fréquence des rapports sexuels non protégés. Au Tamil Nadu, par exemple, une recherche effectuée après une intervention de prévention du VIH parmi les routiers a montré que le pourcentage des chauffeurs déclarant qu'ils avaient eu recours au commerce du sexe avait baissé de 14% en 1996 à 2% en 2003. De plus, le pourcentage de routiers chez lesquels le dernier rapport sexuel rémunéré n'était pas protégé a chuté de 45% à 9% au cours de la même période (MAP, 2005).

Bien que les chauffeurs routiers de longue distance risquent davantage d'avoir des rapports sexuels occasionnels en raison des longues périodes qu'ils passent loin de leur foyer, les chauffeurs travaillant sur de courtes distances ont davantage accès aux communautés et on sait qu'il leur arrive de ne livrer les marchandises ou la nourriture qu'en échange de rapports sexuels. Ce phénomène est particulièrement fréquent lorsque les marchandises livrées sont très attendues, par exemple dans des situations d'urgence. Les occasions d'exploitation et d'abus sexuel et de rapports sexuels non protégés augmentent parfois dans de telles situations et il convient de se pencher sur ce problème (PAM, 2006).

C'est lorsque les programmes destinés aux chauffeurs routiers sont exécutés avec l'accord des employeurs comme des employés qu'ils sont les plus efficaces. En Afrique du Sud, un accord passé entre les représentants des travailleurs et les employeurs a permis la mise en place d'un réseau de dispensaires le long des voies de communication pour offrir des services généraux de santé et des interventions de prévention du VIH (OIT, 2005). Au Malawi, le Programme alimentaire mondial a conclu un partenariat avec des compagnies privées, des organisations non gouvernementales et les pouvoirs publics pour fournir une information relative à la prévention du VIH, des préservatifs, le traitement des infections sexuellement transmissibles, le conseil et le test VIH volontaires et un système d'orientation vers des centres de traitement du VIH pour les chauffeurs routiers et les professionnel(le)s du sexe dans deux endroits du pays.

importants dans des programmes qui vont bien au-delà de la fourniture de conseil et de thérapie antirétrovirale de brève durée dans les consultations prénatales. Lancée en 2002, l'Initiative MTCT-Plus administrée par la Mailman School of Public Health de l'Université Columbia, aux Etats-Unis, tente d'accroître la fréquentation des services de prévention du VIH en assurant aux femmes participant à des programmes de prévention de la transmission mère-enfant un accès à long terme aux médicaments antirétroviraux. Début 2006, l'Initiative finançait 13 sites dans neuf pays d'Afrique et d'Asie et offrait une prise en charge et un traitement du VIH à plus de 8000 personnes.

En 2004, le PAM a publié des directives importantes relatives à l'intégration du

L'ONUSIDA estime que les personnes de moins de 25 ans constituent la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH.



soutien alimentaire et nutritionnel dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Au Rwanda, le PAM offre une aide alimentaire dès le 7e mois de la grossesse et pendant 12 mois après la naissance. Une aide de ce type ne contribue pas seulement à la santé des mères infectées par le VIH et de leur nourrisson, mais elle réduit aussi le fardeau économique associé à la naissance et à l'infection par le VIH (PAM, 2004).

L'Association de planification familiale du Kenya apporte un exemple d'une telle intégration en action. En collaboration étroite avec la Fédération internationale pour la planification familiale, l'association du Kenya a mis au point un modèle de services qui offre une prise en charge globale en matière de santé sexuelle et reproductive en parallèle avec toute une gamme de services liés au VIH, dont la thérapie antirétrovirale, aux personnes vivant avec le VIH. Ce programme pionnier dispense la thérapie antirétrovirale dans les lieux de soins de santé sexuelle et reproductive. Les neuf dispensaires de l'association offrent le conseil et le test VIH volontaires ; plusieurs offrent la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le cadre de leurs services de santé maternelle et quatre centres sur neuf se préparent à dispenser la thérapie antirétrovirale. Ce dernier service est un élément de l'Initiative BACKUP (Constituer des alliances, susciter des connaissances, tenir à jour les partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme) de l'agence allemande de développement, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. L'Association de planification familiale du Kenya a ainsi démontré qu'il était à la fois possible et pratique de dispenser la thérapie antirétrovirale dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive. Le solide réseau de volontaires en santé communautaire attachés aux dispensaires constitue une excellente infrastructure pour dispenser ces traitements antirétroviraux et les espoirs sont bons de pouvoir fournir aux pauvres et aux marginalisés cette thérapie salvatrice.

Prévenir le VIH parmi les femmes et les jeunes filles : une priorité mondiale

On a amplement démontré que les initiatives de prévention du VIH spécialement

ASSOCIER LES RIPOSTES AU VIH AUX SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE ET SEXUELLE

Il existe un rapport intrinsèque entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive, puisque bien plus de 75% des infections à VIH sont contractées par la transmission sexuelle ou par une transmission durant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein. La présence d'infections sexuellement transmissibles autres que le VIH accroît le risque de transmission du VIH. Outre ces associations directes évidentes, plusieurs des facteurs fondamentaux touchant à l'état de santé sexuelle et reproductive sont également liés à l'épidémie, notamment l'inégalité entre les sexes, la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination et la marginalisation des populations vulnérables au VIH (UNFPA, 2005).

L'expérience montre que le renforcement des liens entre la santé sexuelle et reproductive et les programmes de lutte contre le VIH peut présenter d'importants avantages sur le plan de la santé publique. L'engagement de la communauté internationale à l'intensification des liens entre santé sexuelle et reproductive et VIH au niveau politique et programmatique s'exprime dans le document d'orientation politique de l'ONUSIDA publié en juin 2005 sous le titre *Intensification de la prévention du VIH*. Ce document reflète et développe deux déclarations politiques adoptées à l'échelle internationale, à savoir (i) l'Appel de New York à l'engagement : les liens entre VIH/SIDA et santé sexuelle et reproductive (UNFPA, 2004a) ; et (ii) l'Appel à l'action de Glion sur la planification familiale et le VIH/SIDA chez les femmes et les enfants (UNFPA, 2004b).

L'Appel de New York a été lancé en juin 2004 par l'ONUSIDA, l'UNFPA et Family Care International, lors d'une consultation de haut niveau qui a souligné la nécessité urgente d'associer les services concernant le VIH avec les services de santé sexuelle et reproductive. Notant que l'absence de liens entre ces systèmes a réduit l'efficacité des efforts à l'échelle mondiale, l'Appel à l'action de Glion demande des ressources suffisantes pour promouvoir ces liens, les intégrer dans les plans et budgets nationaux de développement et mettre en place une riposte coordonnée et cohérente au VIH fondée sur les 'Trois Principes' (voir le chapitre sur les ripostes nationales).

adaptées aux besoins des femmes sont susceptibles de réduire le risque d'infection à VIH qu'elles présentent. Cependant, on compte encore trop peu de programmes de prévention fondés sur le concret qui soient conçus pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des jeunes filles. Ils font cruellement défaut. Pour la plupart, les stratégies de prévention du VIH ne se sont pas efficacement intéressées aux dimensions sexospécifiques de la prévention, du traitement et de l'atténuation de l'impact du VIH. Outre qu'elles sont plus vulnérables d'un point de vue physiologique à la transmission sexuelle du VIH que les hommes, les femmes sont confrontées à d'innombrables désavantages sociaux, économiques et juridiques qui limitent gravement leur capacité à se protéger de l'infection à VIH. Dans de nombreux pays, les femmes mariées n'ont guère le moyen d'insister sur l'abstinence ou sur l'utilisation par leur mari d'un préservatif au cours des rapports sexuels, même si elles soupçonnent leur compagnon d'avoir des rapports extraconjugaux non protégés.

Contrairement aux craintes souvent exprimées ou aux stéréotypes courants, des recherches poussées n'ont guère trouvé de preuves à l'appui du fait que l'éducation sexuelle entraînerait une augmentation de l'activité sexuelle.



Une prévention efficace du VIH à l'intention des femmes comporte plusieurs éléments, dont un accès facile à des services et des produits de prévention du VIH, des efforts accrus de recherche afin de mettre au point de nouvelles méthodes de prévention que les femmes peuvent contrôler, des réformes politiques visant à réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH et des efforts à plus long terme pour mettre en place de nouvelles normes sexospécifiques et influencer le comportement et les attitudes des hommes et des garçons. Un plaidoyer soutenu sera nécessaire pour réaliser tous ces objectifs, et c'est pourquoi l'ONUSIDA a lancé en 2004 la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA. La coalition a pour but d'accroître, dans le monde, la sensibilisation au fardeau croissant que l'épidémie fait peser sur les femmes et les jeunes filles et de dynamiser l'action en vue de s'attaquer aux nombreuses sources de vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH. La coalition regroupe une vaste palette de parties prenantes—dont des groupes de la société civile, des réseaux de femmes vivant avec le VIH, des gouvernements et des institutions du système des Nations Unies—et plaide en faveur de politiques susceptibles de redresser les inégalités fondamentales entre les sexes et de promouvoir l'autonomisation des femmes.

AUTONOMISATION DES FEMMES ET ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES

Pourtant, il ne suffit pas de fournir des services cliniques et des produits de prévention du VIH pour contenir l'épidémie parmi les femmes et les jeunes filles. A long terme, pour être efficace, la prévention du VIH à l'intention des femmes exigera des réformes politiques qui encouragent l'autonomisation des femmes et l'égalité entre les sexes. Au cœur d'une riposte efficace de prévention du VIH à l'intention des femmes, on trouvera un engagement déterminé en faveur de l'éducation universelle (voir le chapitre 'Réduire l'impact'). Des niveaux plus élevés d'éducation des jeunes filles sont associés à une élévation de l'âge au mariage, à une baisse de la fécondité, à une amélioration des comportements favorables à la santé, à une baisse de la vulnérabilité aux mutilations génitales et du risque d'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles (Grown et al., 2005).

Parmi d'autres mesures politiques qui renforcent la prévention du VIH pour les femmes et les jeunes filles, on peut noter

les réformes juridiques pour assurer les droits des femmes à la propriété et à l'héritage, l'application et le respect de mesures juridiques fortes combattant la violence à l'égard des femmes, l'amélioration de la collaboration mondiale et régionale en matière de lutte contre le trafic d'êtres humains et l'intégration des questions de genre dans les programmes et politiques. Les leaders des gouvernements, des religions, des entreprises et des médias devraient se faire clairement entendre pour encourager l'égalité et l'autonomisation des femmes et le secteur de l'éducation devrait accorder la priorité aux initiatives en vue d'inculquer aux garçons des normes sexospécifiques plus saines.

Protéger les jeunes

L'ONUSIDA estime que les personnes de moins de 25 ans constituent la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH. Le risque d'infection à VIH des jeunes est en corrélation étroite avec l'âge du début de l'activité sexuelle (Pettifor et al., 2004). Par conséquent, l'abstinence sexuelle et le début différé de l'activité sexuelle figurent parmi les objectifs premiers des efforts de prévention du VIH parmi les jeunes (Santelli et al., 2006). Pour les nombreux jeunes qui sont sexuellement actifs, l'accès à des services complets de prévention, y compris l'éducation à la prévention et la fourniture de préservatifs, sont une nécessité sanitaire urgente à l'échelle mondiale et un droit humain fondamental.

Les jeunes qui ont besoin de services de prévention du VIH, ce sont les garçons comme les filles, scolarisés et non scolarisés, jeunes inexpérimentés sur le plan sexuel comme ceux qui sont sexuellement actifs, ainsi qu'un pourcentage important (notamment chez les jeunes filles) de jeunes déjà mariés. Il n'existe pas d'approche unique de la prévention susceptible de satisfaire les besoins très divers de tous ces jeunes qui sont vulnérables à l'infection par le VIH.

CHANGER LES ATTITUDES DES HOMMES ET DES GARÇONS

Pour fixer de nouvelles normes entre les sexes, il faudra changer les attitudes et les pratiques des hommes et des garçons. La Fédération internationale pour la planification familiale dirige actuellement plusieurs projets dans le monde en vue d'encourager les hommes à adopter des normes plus saines. Par exemple, dans le cadre d'une initiative en vue de développer la capacité d'Haïti en matière de santé sexuelle et reproductive, l'appui de la Fédération a permis à la PROFAMIL (Association pour la promotion de la famille haïtienne) d'aider des femmes et des hommes à négocier la prise de décisions en matière sexuelle et à reconnaître que les deux partenaires devraient décider ensemble de l'usage du préservatif (IPPF, 2003a). Dans le but de changer les attitudes des hommes et de promouvoir la communication entre hommes et femmes en ce qui concerne l'usage du préservatif, la Fédération a soutenu un projet au Kenya comprenant des dispensaires à l'intention exclusive des hommes, des exercices de motivation pour encourager les hommes à utiliser des préservatifs et diverses approches d'information, d'éducation et de communication destinées aux hommes (IPPF, 2003b). Au Brésil, elle appuie des groupes de discussion avec des hommes afin de les encourager à reformuler certaines de leurs croyances concernant la sexualité et le rôle des hommes dans la santé sexuelle et reproductive.

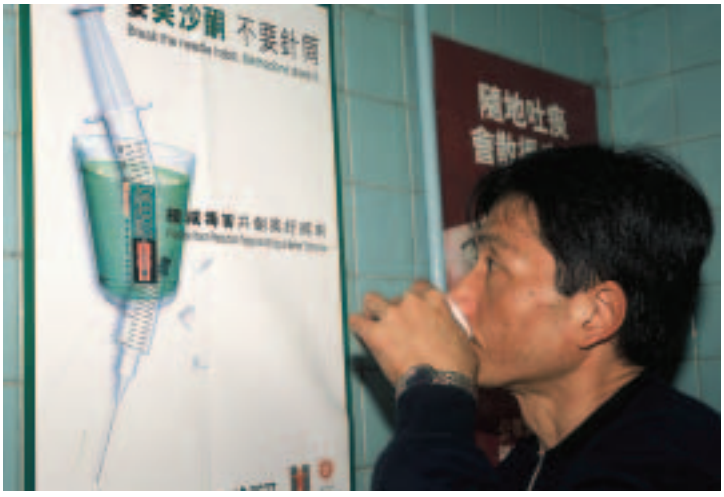
Pour être efficaces, les services de prévention du VIH à l'intention des jeunes seront facilement accessibles, fondés sur le concret, ancrés dans les droits humains, adaptés à leur âge et sensibles aux questions de genre ; ils contribueront à développer les compétences essentielles afin de permettre aux jeunes de réduire leur vulnérabilité. Ces services intéresseront également les jeunes vivant avec le VIH et soutiendront des stratégies de prévention équilibrées et complètes qui encouragent l'abstinence, la fidélité, l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, la réduction du nombre de partenaires et l'utilisation systématique du préservatif (UNICEF, 2005). Ce sont souvent les jeunes eux-mêmes qui sont les meilleurs prestataires des interventions de prévention du VIH destinées à leurs pairs, et c'est pourquoi ils ont un rôle important à jouer dans la conception, l'exécution et l'évaluation des programmes de prévention du VIH à l'intention des jeunes.

Il est nécessaire de discuter ouvertement des questions sexuelles si l'on veut offrir aux jeunes une prévention efficace du VIH. Dans certaines cultures, de nombreux jeunes, en particulier les filles qui souhaitent conserver leur virginité, pratiquent des rapports sexuels anaux ou oraux en pensant que ces comportements ne sont pas vraiment des rapports sexuels. Une discussion voilée ou basée sur les euphémismes concernant la sexualité peut, par inadvertance, permettre à ces idées fausses de persister, exposant ainsi les jeunes au risque d'infection par le VIH.

PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH DANS LES ÉCOLES

Assurer l'accès des jeunes à l'école ou à d'autres possibilités d'éducation est un élément critique des activités de prévention du VIH. Le niveau d'éducation est associé à des comportements sexuels plus sûrs et au démarrage différé de l'activité sexuelle (UNICEF, 2005 ; Prata, Vahidnia et Fraser, 2005), mais la fréquentation de l'école permet aussi aux écoliers de profiter des programmes d'éducation à la sexualité et de prévention du VIH au sein de l'école. Un examen des études portant sur les programmes de prévention du VIH dans les écoles en Afrique a montré que dans 10 études sur 11, ces programmes étaient associés à d'importantes améliorations de la connaissance qu'ont les jeunes du VIH, et toutes les études qui ont évalué les attitudes des écoliers ont relevé des modifications positives du comportement. L'examen a pu démontrer que les programmes dans les écoles pourraient contribuer à différer l'initiation sexuelle, à réduire le nombre des partenaires sexuels et accroître l'usage du préservatif, même s'il paraît plus difficile d'obtenir des modifications durables du comportement que d'accroître les connaissances (Gallant et Maticka-Tyndale, 2004).

Contrairement aux craintes souvent exprimées ou aux stéréotypes courants, des recherches poussées n'ont guère trouvé de preuves à l'appui du fait que l'éducation sexuelle entraînerait une augmentation de l'activité sexuelle (Kirby et al. ; Cowan, 2002). Ces dernières années, les programmes fondés sur l'abstinence comme seule stratégie de prévention du VIH pour les jeunes ont attiré l'attention des chercheurs, des directeurs de programmes, des stratèges, des militants et des commentateurs. En s'appuyant sur l'expérience considérable des pays à faible ou moyen revenu ainsi que des pays riches, les experts de la santé des adolescents conviennent généralement que les programmes complets de prévention du VIH—qui encouragent



Il existe de bonnes mesures de prévention du VIH pour les principales sources de transmission par le sang même si de nombreux pays n'utilisent pas suffisamment ces outils extrêmement efficaces.

simultanément l'utilisation du préservatif et le démarrage différé de l'activité sexuelle pour ceux qui sont sexuellement actifs—constituent l'approche la plus efficace de la prévention du VIH chez les jeunes. Une déclaration d'orientation officielle de la Society for Adolescent Medicine, publiée en janvier 2006, soutient « une approche globale de la réduction des risques sexuels, y compris l'abstinence, ainsi que l'usage correct et systématique du préservatif et de la contraception parmi les adolescents qui choisissent d'être sexuellement actifs » (Santelli et al., 2006).

Cependant, les programmes de prévention du VIH implantés dans les écoles ne peuvent toucher les jeunes qui ne sont pas scolarisés. La distribution de repas à l'école contribue à la fréquentation scolaire des enfants vulnérables et leur offre l'accès à l'éducation y compris l'éducation au VIH. Le PAM collabore avec des gouvernements, des organisations non gouvernementales et des institutions des Nations Unies pour intégrer l'éducation à la prévention du VIH dans ses programmes d'alimentation dans les écoles, atteignant ainsi un double objectif en matière de protection des jeunes.

Etant donné les liens existant entre l'infection à VIH et la consommation de drogues injectables (voir le chapitre concernant les personnes à risque), les programmes de prévention du VIH à l'intention des jeunes devront comprendre des messages de prévention forts et fondés sur le concret en matière de drogues. Les initiatives de prévention du VIH à l'intention des jeunes devront également s'intéresser aux autres facteurs susceptibles d'accroître le risque de transmission du VIH, tels que la violence ou les abus sexuels. En outre, des programmes sont nécessaires pour satisfaire les besoins en matière de prévention du VIH des millions d'enfants d'âge scolaire qui ne fréquentent pas l'école (voir le chapitre 'Réduire l'impact').

En 2005, pour répondre au besoin urgent de prévention du VIH parmi les jeunes, l'ONUSIDA et l'UNICEF, avec l'appui de l'UNFPA et de l'UNESCO, ont lancé la campagne *Unissons-nous pour les enfants contre le SIDA* qui s'efforce, entre autres, de faire en sorte que l'objectif de la Déclaration d'engagement 2001 visant à réduire de 25% la prévalence du VIH parmi les jeunes d'ici à 2010 soit atteint.

LE THÉÂTRE POUR PROMOUVOIR LA PRÉVENTION DU VIH PARMI LES JEUNES

Au Burkina Faso, la Fédération internationale des travailleurs du bâtiment et du bois soutient une troupe de théâtre qui utilise la musique, le théâtre et la poésie pour instruire les communautés des questions relatives au VIH. Sous le nom de Yamwekre, qui signifie 'aiguillonnez votre conscience', le groupe a touché plus de 10 000 personnes. Des discussions ont lieu après chaque représentation. Le groupe s'est attaché en particulier à toucher les jeunes et leurs parents. Etant donné que la bonne pratique insiste sur la participation des enfants à la conception des programmes qui les concernent, des enfants de 30 écoles ont été invités à participer à un concours pour choisir les thèmes que la troupe de théâtre fera figurer à son répertoire.

EDUCATION AU VIH PAR LE BIAIS DES MÉDIAS

Les médias de masse ont un rôle important à jouer dans la promotion de la sensibilisation et de la compréhension du VIH et donc de sa prévention. En Zambie, une étude d'une campagne dans les médias à l'intention des jeunes intitulée Helping Each Other Act Responsibly Together-HEART (s'entraider et agir ensemble de manière responsable) a montré que les jeunes qui avaient suivi la campagne avaient 60% de chances de plus que les autres d'être abstinents et avaient deux fois plus de chances d'avoir déjà utilisé un préservatif (Underwood et al., 2006). De même, au Cameroun, une campagne dans les médias portant sur la communication interpersonnelle à l'intention des jeunes a entraîné une augmentation de 32% de l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire régulier (Meekers, Agha et Klein, 2005). Pour obtenir de bons résultats, les journalistes et les rédacteurs doivent être eux-mêmes bien informés des questions relatives au VIH. Si ce n'est pas le cas, les conséquences peuvent être graves, comme l'ont montré trois études de cas en Guinée, en Ouganda et au Soudan. Dans chacun de ces cas, des rapports imprécis, trompeurs et discriminatoires dans les médias concernant le VIH et les réfugiés ont risqué d'enflammer la population locale et d'exposer les réfugiés à la stigmatisation (Lowicki-Zucca, Spiegel et Ciantia, 2005).

Depuis que le Secrétaire général de l'ONU Kofi Annan a convoqué une réunion spéciale des leaders du domaine des médias en janvier 2004 en vue de lancer l'Initiative mondiale des médias contre le SIDA, l'engagement des médias dans la riposte s'est sensiblement accru à l'échelle mondiale. Des réunions régionales et nationales des leaders du domaine ont été organisées à Moscou et New Delhi et, en novembre 2004, 100 créatifs venus de 35 médias ont participé à la première rencontre jamais organisée pour encourager une meilleure intégration des messages de prévention du VIH dans les programmes de divertissement. L'organisation Transatlantic Partners Against AIDS et le projet Heroes ont lancé des campagnes d'éducation du public en Fédération de Russie et en Inde, respectivement. Lors d'une réunion à Johannesburg, en octobre 2005, des responsables africains de la radiodiffusion et de la télévision ont adopté une déclaration, the Old Fort Declaration on HIV/AIDS, qui demande aux médias régionaux de redoubler d'efforts, en faisant notamment du VIH et du SIDA une composante intégrante des projets stratégiques d'entreprises des médias.



En dernière analyse, le meilleur espoir qui s'offre au monde d'inverser le cours de l'épidémie de SIDA est un vaccin préventif.

Associer l'accès aux traitements et la prévention du VIH

Les efforts déployés aujourd'hui à l'échelle mondiale sur la voie de l'accès universel aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH (voir le chapitre 'Traitement et prise en charge') fournissent une occasion inestimable de renforcer et d'accélérer les efforts de prévention du VIH. Il y a de fortes raisons de penser que l'amélioration de l'accès au traitement accroît la sensibilisation, abaisse la stigmatisation, améliore la fréquentation des services de test VIH et encourage la mobilisation des communautés touchées par le VIH (Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2004). De nombreuses personnes pensent que les médicaments antirétroviraux peuvent diminuer la probabilité qu'à chaque contact un individu infecté par le VIH transmette le virus, même si cette hypothèse n'est pas confirmée par des données.

La dynamique existant entre la prévention et le traitement du VIH est complexe. Au fur et à mesure de l'extension des traitements dans les pays dont les ressources sont limitées, la santé, la longévité et la qualité de vie des personnes

LA TÉLÉVISION ENSEIGNE LA TOLÉRANCE AUX ENFANTS

En Afrique du Sud, le programme Takalani Sesame Street informe les enfants sur le VIH et le SIDA. Lancée par le Public Broadcasting System aux Etats-Unis en 1969, la Rue Sésame a été introduite en Afrique du Sud en 1996 et en 2000, une version propre au pays a été lancée, avec l'appui de l'Agence pour le développement international des Etats-Unis et du Département sud-africain de l'éducation. En septembre 2002, Kami, une marionnette représentant une petite fille de cinq ans, a fait son apparition dans le programme. C'est une orpheline dont la mère est décédée de maladies liées au SIDA et son rôle est d'humaniser les personnes vivant avec le VIH et de réduire la stigmatisation à leur encontre et d'encourager une franche discussion sur des questions telles que la manière de faire face à la maladie et au deuil.

vivant avec le VIH va s'améliorer, accroissant potentiellement les risques de transmission sexuelle. Dans le même temps, l'optimisme concernant les traitements ou une mauvaise compréhension des effets des médicaments antirétroviraux pourrait entraîner certaines personnes à intensifier leurs comportements à risque. Les préoccupations relatives à cette éventuelle conséquence ne sont pas sans fondement. Une étude portant sur 1168 femmes séropositives au VIH aux Etats-Unis a montré que le début de la thérapie antirétrovirale était associé à une probabilité accrue de pratiquer des rapports sexuels sans protection (Wilson et al., 2004). Parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Sao Paulo, les hommes qui se montraient optimistes quant aux résultats du traitement du VIH avaient considérablement plus de risques de pratiquer des rapports sexuels non protégés (da Silva et al., 2005).

SERVICES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES PERSONNES SÉROPOSITIVES AU VIH

Un des moyens de maximiser les avantages en matière de prévention de l'extension de l'accès au traitement est d'accroître les services de prévention à l'intention des personnes vivant avec le VIH. Si la plupart des personnes qui se révèlent séropositives au VIH sont attentives aux mesures à prendre pour éviter d'exposer d'autres individus au virus, les études indiquent qu'une minorité de personnes dont le diagnostic d'infection à VIH est confirmé ont parfois des difficultés à appliquer et conserver des pratiques sexuelles à moindre risque (Denning et Campsmith, 2005). Il existe relativement peu d'études destinées à mesurer l'efficacité des interventions comportementales à l'intention des personnes vivant avec le VIH, mais des données récentes indiquent que ces programmes sont efficaces pour réduire la probabilité que les individus affectés par le VIH se livrent à des activités sexuelles susceptibles d'exposer d'autres personnes au virus (Crepaz et al., 2005). L'intégration du conseil à la prévention du VIH dans un programme de thérapie antirétrovirale dispensée à domicile en Ouganda, associée au conseil et au test VIH volontaires pour les partenaires des personnes sous thérapie antirétrovirale, a eu pour effet une chute de 70% des rapports sexuels non protégés, et une baisse de 85% des rapports sexuels non protégés chez les couples mariés (Bunnell, 2006).

En raison de l'extension de l'accès au traitement, des millions de personnes vivant avec le VIH fréquentent périodiquement des centres de soins afin de suivre les progrès de leur traitement. C'est là l'occasion de présenter et de renforcer la prévention du VIH à l'intention des personnes vivant avec le VIH (Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2004 ; CDC, 2003). Une étude réalisée dans des dispensaires VIH en Californie a montré qu'un conseil de prévention du VIH de brève durée dispensé par le personnel médical a abaissé le nombre des épisodes notifiés de rapports sexuels non protégés de 38% parmi les personnes infectées par le VIH fréquentant les dispensaires (Richardson et al., 2004).

Injections sans risque et précautions en matière de soins de santé

Bien que la transmission par le sang entraîne considérablement moins de nouvelles infections à VIH chaque année que les rapports sexuels, l'exposition directe du sang au VIH est le moyen le plus efficace de transmettre le virus. Il



existe de bonnes mesures de prévention du VIH pour les principales sources de transmission par le sang—la consommation de drogues injectables (voir le chapitre concernant les personnes à risque), les injections dans les établissements de santé et la transfusion sanguine—même si de nombreux pays n'utilisent pas suffisamment ces outils extrêmement efficaces.

Les injections dangereuses dans les établissements de santé représentent quelque 5% des nouvelles infections à VIH dans le monde, y compris 2,5% des nouvelles infections en Afrique subsaharienne (Hauri, Armstrong et Hutin, 2004). Si ces injections entraînent considérablement moins de nouvelles infections à VIH que les rapports sexuels (Schmid et al., 2004), on estime que 250 000 personnes ont contracté le VIH par le biais d'injections médicales en 2003, ce qui montre bien que tous les programmes nationaux de prévention du VIH devraient promouvoir le respect des pratiques rationnelles de lutte contre l'infection dans les établissements de santé, y compris l'interdiction de réutiliser du matériel d'injection. Des seringues autobloquantes relativement peu coûteuses contribuent à éviter la transmission du VIH dans les lieux de soins en rendant impossible la réutilisation et en éliminant le risque de se blesser par inadvertance avec les aiguilles. Des directives internationales recommandent les seringues autobloquantes comme matériel de choix dans les programmes de vaccination (OMS et al., 1999).

Si l'utilisation des seringues autobloquantes dans les programmes de vaccination systématique s'est considérablement accrue ces dernières années, 38% des pays à faible ou moyen revenu n'utilisaient toujours pas ce type de seringues dans leurs programmes nationaux de vaccination en 2004 (OMS, 2005c). L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a sensiblement contribué à la mise en place de pratiques plus sûres d'injection dans le monde, en finançant l'achat et la distribution de près d'un milliard de seringues autobloquantes entre 2000 et 2005.

La prévention des injections dangereuses n'est qu'un élément d'une action plus large pour garantir des pratiques rationnelles de lutte contre l'infection dans les établissements de santé et les situations d'urgence, où le personnel peut être exposé au sang ou à d'autres liquides corporels. Ce risque peut être considérablement abaissé si les employés respectent les précautions universelles, ce qui implique l'utilisation systématique de gants et autres équipements de protection pour éviter les expositions dans le cadre du travail, l'élimination sans danger des instruments pointus et coupants, et l'administration en temps utile d'un traitement prophylactique de quatre semaines au moyen d'antirétroviraux (CDC, 2001). Lorsque les personnels risquent d'être exposés à du sang ou à d'autres liquides



Tous les programmes nationaux de prévention devront adopter chacune des actions programmatiques et politiques cle's, mais l'importance relative des mesures de prévention du VIH pourra varier, selon nature et de la gravité des épidémies nationales et sous-nationales.

corporels dans le cadre de leur travail, les employeurs ont l'obligation de les former à la lutte contre l'infection et de faire en sorte qu'ils aient facilement accès à des équipements de protection et à une prophylaxie après exposition.

SÉCURITÉ DU SANG

Si les transfusions sanguines constituaient une source importante de transmission du VIH au début de l'épidémie, l'incidence des infections à VIH liées au sang a baissé au cours des années au fur et à mesure que les pays ont mis en place les stratégies recommandées pour améliorer la sécurité de l'approvisionnement en sang. Mais malgré les récents progrès, il reste particulièrement difficile d'assurer la sécurité de l'approvisionnement en sang dans les situations d'urgence, lorsque les guerres, les conflits civils, les catastrophes et les épidémies dégradent les infrastructures de santé.

Une des importantes mesures que les systèmes de santé publique peuvent appliquer, c'est de réduire (en vue d'y mettre fin) les dons de sang rémunérés et d'accroître le recours aux donneurs volontaires, qui ont la probabilité la plus faible de transmettre des agents infectieux tels que le VIH et les virus de l'hépatite. Seuls 40 pays dans le monde sont parvenus à obtenir 100% de dons de sang volontaires. Mais certains pays ont fait de bons progrès dans cette direction. En Chine, par exemple, le pourcentage d'unités de sang obtenues auprès de donneurs volontaires est passé de 22% en 1998 à 94,5% en 2005 (Ministère de la Santé, Chine, 2006).

Techniques de prévention

Si les stratégies de prévention disponibles sont très efficaces, elles comportent des limites importantes. Les outils existants de prévention de la transmission sexuelle du VIH ne sont pas efficaces à 100%, ne confèrent pas une protection qui dure toute la vie et dépendent en général d'une utilisation correcte et systématique lors de chaque rapport sexuel ainsi que de la capacité de l'individu à négocier l'usage du préservatif avec son ou sa partenaire. L'éventail actuel des options de prévention est notamment insuffisant pour les femmes, qui n'ont pas accès à des méthodes discrètes de prévention qu'elles contrôleraient elles-mêmes.

Pourtant, on a noté, ces dernières années, une accélération des efforts déployés pour mettre au point de nouvelles approches de la prévention. Au début 2006, des essais à grande échelle sur l'être humain ont été lancés pour évaluer l'efficacité préventive des microbicides, du diaphragme féminin et de la circoncision chez l'homme adulte, et les recherches se poursuivent sur la mise au point de vaccins.

SOUTENIR LA RECHERCHE

Quand bien même les progrès de la recherche sur un vaccin anti-VIH ont été lents, la quête d'un vaccin reste l'une des priorités scientifiques les plus urgentes de la planète. Un essai de Phase III est en cours en Thaïlande en vue d'évaluer l'efficacité d'un vaccin utilisant un vecteur canary-pox contenant des composantes génétiques du VIH. Plusieurs autres candidats sont également à des stades préliminaires de mise au point, avec des essais cliniques actuellement en cours en Afrique, en Asie, en Australie, en Europe, en Amérique du Sud et du Nord.

Pourtant, une foule de problèmes scientifiques complexes ont ralenti la mise au point d'un vaccin. Il n'existe pas de modèle animal parfait pour le VIH, les indicateurs immunologiques de protection ne sont pas connus, le virus peut se transmettre de plusieurs façons, et on observe une importante variabilité virale à travers le monde.

Dans le but de surmonter les obstacles à l'accélération de la mise au point des vaccins, plusieurs partenaires ont lancé, en 2003, le Groupement mondial pour le vaccin contre le VIH. Il s'agit d'une

MISE AU POINT DES MICROBICIDES : IL NE FAUT PAS RELÂCHER LES EFFORTS

Vu le besoin critique de techniques discrètes de prévention que les femmes pourraient contrôler, une énergie accrue a été déployée à l'échelle mondiale sur la recherche en vue de mettre au point des microbicides à action locale susceptibles de protéger de la transmission du VIH au cours d'un rapport sexuel vaginal (Weber et al., 2005 ; Moore, 2005). Les microbicides sont des gels, crèmes ou autres substances qui peuvent être insérés dans le vagin afin de réduire le risque de transmission du VIH. On pense que les microbicides pourraient peut-être aussi offrir une certaine protection contre la transmission du VIH et des autres micro-organismes transmis par la voie sexuelle pendant un rapport anal, bien que la recherche sur ce type de produit soit beaucoup moins avancée que celle concernant les microbicides vaginaux. Plus de 60 microbicides vaginaux expérimentaux sont actuellement mis au point, dont cinq ont atteint les essais à grande échelle de Phase III sur l'être humain dans 10 pays.

Les dépenses engagées par le secteur public et les philanthropes pour la recherche et la mise au point de microbicides a plus que doublé depuis 2000 (voir le chapitre sur le financement). A l'occasion de la Journée mondiale SIDA en 2005, les Gouvernements du Danemark, de l'Irlande, du Royaume-Uni et de la Suède ont annoncé un nouveau financement à hauteur de près de US$ 30 millions pour le Partenariat international pour les microbicides, fruit d'un plaidoyer intensif des parties prenantes internationales et d'autres partenaires tels que la Campagne mondiale pour les microbicides et l'Alliance pour le développement de microbicides.

alliance regroupant de multiples organisations indépendantes de recherche, consacrée à une collaboration stratégique accrue en matière de recherche d'un vaccin anti-VIH. Après d'importantes délibérations au sein de groupes de travail, axées sur les principaux obstacles scientifiques et logistiques à la mise au point accélérée d'un vaccin, le Groupement a publié en 2005 un plan scientifique stratégique visant à orienter les principaux acteurs du domaine en matière de collaboration et d'allocation des ressources (Groupement mondial pour le vaccin contre le VIH, 2005).

Membre fondateur du Groupement mondial pour le vaccin contre le VIH, l'Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA—qui célèbre cette année son dixième anniversaire—a rassemblé des consortiums de recherche afin d'améliorer la compréhension des mécanismes d'action des vaccins vivants atténués et des exigences pour obtenir des anticorps anti-VIH largement neutralisants. Depuis sa création, l'Initiative a fait avancer cinq vaccins expérimentaux jusqu'au stade des essais sur l'être humain et recueilli approximativement US$ 300 millions de fonds nouveaux pour la recherche d'un vaccin contre le VIH.

L'appui politique à la mise au point d'un vaccin anti-VIH s'est accru, tout comme les fonds disponibles (voir le chapitre sur le financement). En octobre 2005, 2000 leaders africains, chercheurs internationaux et parties prenantes de la recherche vaccinale se sont réunis à Yaoundé, Cameroun, afin de formuler des stratégies relatives à la législation et autres questions politiques pour veiller à ce que la région soit prête pour les essais vaccinaux à venir. Le Groupe des huit grands pays industrialisés a réaffirmé l'engagement de ses membres en faveur d'une action déterminée de recherche sur les vaccins lors de son sommet annuel à Gleneagles, en 2005.

LES OBSTACLES À LA RECHERCHE ET AU DÉVELOPPEMENT

Le rythme accéléré de la recherche sur les nouvelles approches de la prévention du VIH n'est que l'une des conséquences d'une nouvelle approche de la santé mondiale, dynamisée par un activisme déterminé et soutenu et de nouvelles sources de financement. Cependant, les essais cliniques de prévention du VIH sont souvent complexes et coûteux, car ils exigent de recruter et de garder pendant plusieurs années des milliers de volontaires non infectés. Entre 2004 et 2010, on estime qu'il faudra au moins 96 000 volontaires pour des essais cliniques si l'on veut éviter des retards dans la mise au point des nouveaux outils de prévention du VIH potentiellement prometteurs.

La recherche dans le domaine de la prévention donne souvent matière à de grandes controverses. Par exemple, les critiques des activistes concernant l'équité d'une recherche prévue dans plusieurs pays a conduit à l'arrêt, en 2005, des essais entrepris au Cambodge et au Cameroun pour tester l'utilisation de l'antirétroviral ténofovir pour la prévention avant exposition. Cette expérience montre bien la nécessité, pour les chercheurs, d'impliquer un large éventail de parties prenantes nationales et communautaires dans la planification et l'exécution des essais de prévention (ONUSIDA, 2006 ; Société internationale du SIDA, 2005). En 2005, l'ONUSIDA a lancé un processus mondial de consultation en vue de contribuer à l'élaboration de principes directeurs relatifs à des partenariats dura-

bles entre les chercheurs du domaine de la prévention du VIH et les principales parties prenantes.

Un contexte politique rationnel

Il faut davantage, pour exécuter un programme national solide de prévention du VIH, qu'une sélection des actions programmatiques les plus appropriées. Il faut aussi un cadre politique national fort qui encourage les comportements plus sûrs, réduit la vulnérabilité, maximise l'accessibilité et l'efficacité des services de prévention du VIH, favorise l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, et réduit la stigmatisation et la discrimination (voir le chapitre relatif aux ripostes nationales).

Pour mettre en place une action globale soutenue de prévention du VIH, offrant la couverture et l'intensité voulues, il faut sensiblement augmenter les ressources. L'ONUSIDA et ses partenaires de recherche estiment qu'il faudra US$ 11,4 milliards d'ici à 2008 pour des activités de prévention du VIH, afin de faire en sorte que la communauté internationale soit bien sur la voie de la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement qui demande de stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie mondiale de SIDA d'ici à 2015. Si le monde mettait en place une telle riposte globale fondée sur le concret dans toutes les régions, la prévention du VIH représenterait 52% de toutes les dépenses relatives au VIH et au SIDA à l'échelle mondiale en 2008 (ONUSIDA, 2005c).

En 2005, pour promouvoir l'accès universel à la prévention du VIH, l'ONUSIDA a publié un document d'orientation politique intitulé *Intensification de la prévention du VIH*, qui décrit les principes et les stratégies fondamentaux qui devraient constituer la base de plans nationaux forts de prévention du VIH (ONUSIDA, 2005a). Dans tous les pays, la prévention du VIH exige des actions politiques et programmatiques spécifiques, appliquées à une échelle et une intensité suffisantes. Ces actions sont détaillées ci-dessous. Tous les programmes nationaux de prévention dans toutes les situations devront adopter chacune des actions programmatiques et politiques essentielles, mais l'importance relative des mesures particulières de prévention du VIH pourra varier, en fonction de la nature et de la gravité des épidémies nationales et sous-nationales.

ACTIONS POLITIQUES ESSENTIELLES À LA PRÉVENTION DU VIH

- Faire en sorte que les droits humains soient soutenus, protégés et respectés et que des mesures soient prises pour éliminer la discrimination et combattre la stigmatisation.
- Susciter et entretenir le leadership de tous les secteurs de la société, notamment les gouvernements, les communautés affectées, les organisations non gouvernementales, les organisations confessionnelles, le secteur de l'enseignement, les médias, le secteur privé et les syndicats.
- Impliquer les personnes vivant avec le VIH dans la conception, l'application et l'évaluation des stratégies de prévention, en répondant à leurs besoins spécifiques en matière de prévention.
- Examiner les normes et croyances culturelles, et reconnaître à la fois le rôle de soutien qu'elles sont susceptibles de jouer dans les actions de prévention et le fait qu'elles peuvent alimenter la transmission du VIH.

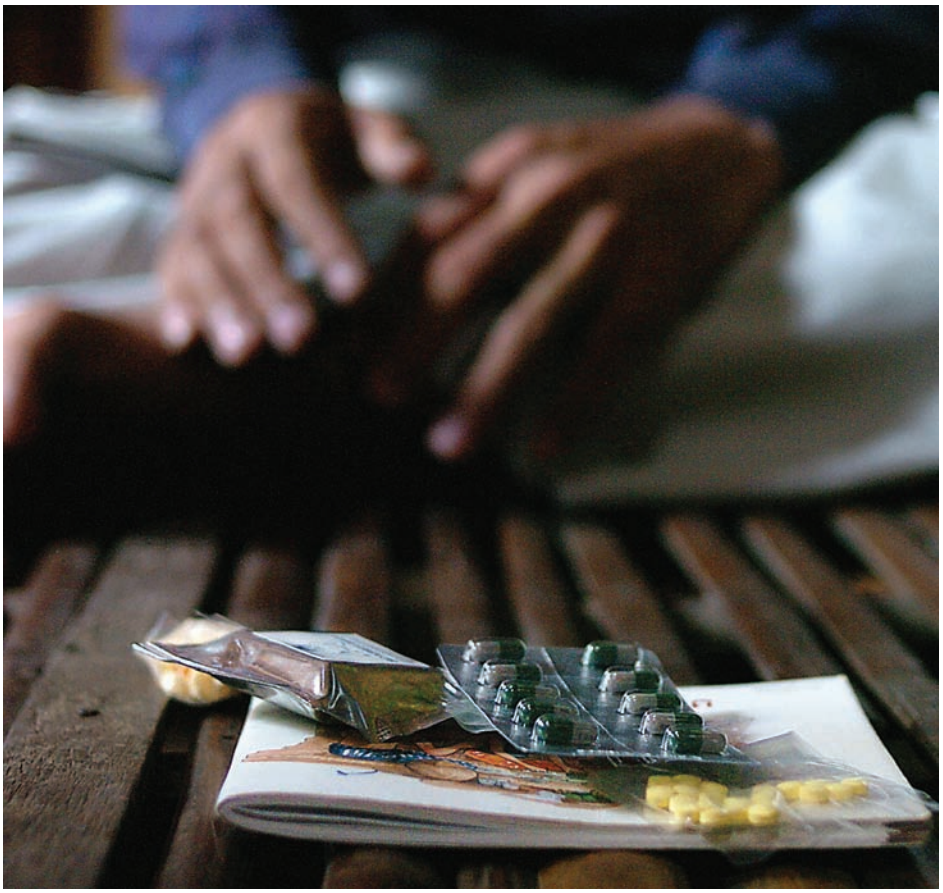
- Examiner les normes sexospécifiques et les rapports entre les sexes afin de réduire la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles, tout en impliquant les hommes et les garçons dans cet effort.
- Encourager une généralisation de la connaissance et de la conscience des modes de transmission du VIH et de la manière d'éviter l'infection.
- Promouvoir les liens entre la prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive.
- Appuyer la mobilisation des actions à assise communautaire, en s'appuyant sur la filière prévention, prise en charge et traitement.
- Promouvoir des programmes axés sur les besoins en matière de prévention du VIH des principaux groupes et populations affectés.
- Mobiliser et renforcer les capacités financières, humaines et institutionnelles dans tous les secteurs, et plus particulièrement dans ceux de la santé et de l'éducation.
- Examiner et modifier les cadres juridiques afin de supprimer les obstacles à une prévention du VIH réelle et fondée sur le concret, de combattre la stigmatisation et la discrimination et protéger les droits des personnes vivant avec le VIH, rendues vulnérables par l'épidémie ou exposées au risque d'infection par le VIH.
- Faire en sorte que des investissements suffisants soient consentis dans la recherche et le développement des nouvelles techniques de prévention, ainsi que dans le plaidoyer en leur faveur.

ACTIONS PROGRAMMATIQUES ESSENTIELLES À LA PRÉVENTION DU VIH

- Prévenir la transmission du VIH par la voie sexuelle.
- Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Prévenir la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables, notamment les mesures de réduction des risques.
- Assurer la sécurité de l'approvisionnement en sang.
- Prévenir la transmission dans les lieux de soins.
- Promouvoir un meilleur accès au test et au conseil volontaires, tout en respectant les principes de confidentialité et de consentement.
- Intégrer la prévention du VIH dans les services de traitement du SIDA.
- Mettre l'accent sur la prévention du VIH parmi les jeunes.
- Offrir l'information et l'éducation liées au VIH permettant aux individus de se préserver de l'infection.
- Confronter et atténuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.
- Préparer l'accès et l'utilisation des vaccins et microbicides.

Traitement et prise en charge 07





Chapitre 07



TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Au cours de la dernière décennie, le SIDA a contribué à l'avènement d'une révolution mondiale s'agissant de la manière d'appréhender la distribution continue de thérapies complexes et coûteuses dans des situations de précarité.

En 1996, les résultats des études effectuées dans les pays à revenu élevé, confirmant l'efficacité des schémas thérapeutiques administrés en association pour prévenir les maladies et les décès imputables au SIDA, ont été présentés aux milliers de délégués présents lors de la XIème Conférence internationale sur le SIDA. La plupart des délégués ont quitté la conférence avec la crainte de voir les nouvelles thérapies rester hors de portée des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour confirmer ces craintes, et alors que le nombre de décès imputables au SIDA chutait radicalement dans les pays les plus riches de la planète au cours des premières années suivant la conférence, celui des victimes de l'épidémie explosait dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, anéantissant des décennies de progrès dans le domaine de la santé publique en Afrique subsaharienne.

A l'approche de l'an 2000 cependant, des voix toujours plus nombreuses se sont élevées pour rejeter l'inéluctabilité de la mort et du désespoir dans les pays les plus pauvres de la planète. Dans leurs revendications pour que le monde reconnaisse le droit universel à accéder au traitement, les personnes vivant avec le VIH ont rapidement reçu l'appui des autorités gouvernementales, religieuses, industrielles et des représentants de la société civile. La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001, a embrassé l'idée selon laquelle l'accès équitable à la prise en charge et au traitement constituait un élément fondamental de la riposte mondiale globale et efficace au VIH. En 2003, à l'occasion de la Journée mondiale SIDA, l'OMS, affirmant que la pénurie de traitement constituait une urgence de santé publique à l'échelle mondiale, a lancé l'initiative "3 millions d'ici 2005" qui engageait tous les membres de la famille de l'ONUSIDA et un vaste éventail de partenaires, à atteindre un objectif extrêmement ambitieux. Résultat d'initiatives telles que le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA des Etats-Unis et le Fonds

mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les fonds alloués au traitement ont dans le même temps considérablement augmenté (se reporter au chapitre "Financer la riposte au SIDA" du présent document).

Bien que la communauté internationale ne soit pas parvenue à atteindre l'objectif de "3 millions d'ici 2005", l'initiative a galvanisé une action mondiale sans précédent d'extension destinée à élargir l'accès au traitement, et a changé à tout jamais la manière d'envisager le traitement et la prise en charge. L'initiative "3 millions d'ici 2005", le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA des Etats-Unis et le Fonds mondial ont une fois pour toutes établi la faisabilité de la distribution de traitements contre le VIH, y compris dans des situations d'extrême précarité, et ont contribué à démontrer que les pays à revenu faible ou intermédiaire pouvaient, eux aussi, être associés à l'extraordinaire recul des cas de maladie et de décès associés au SIDA enregistré dans les pays à revenu élevé. L'expérience a permis de déterminer les éléments essentiels du succès, a mis en lumière les obstacles à l'élargissement rapide de l'accès au traitement et a contribué à mettre au jour les meilleures pratiques susceptibles de contribuer à surmonter ces obstacles. L'accès au traitement a favorisé la mobilisation des communautés en faveur de la lutte contre le VIH, a contribué à préserver la santé et la stabilité des familles vulnérables au VIH et au renforcement des efforts de prévention contre l'infection à VIH dans de nombreuses régions du monde. Pour la première fois, une riposte globale au SIDA comprend dorénavant la prévention, la prise en charge et le traitement du VIH.



S'appuyant sur l'impulsion donnée par l'initiative "3 millions d'ici 2005", par le Fonds mondial et le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA des Etats-Unis, le Groupe des huit pays les plus industrialisés réunis en Ecosse durant l'été 2005, a appelé la communauté internationale à s'approcher le plus possible de l'accès universel aux médicaments antirétroviraux à l'horizon 2010. Cet objectif a par la suite été adopté par tous les Etats Membres des Nations Unies réunis lors de la Réunion plénière de haut niveau de la 60e Session de l'Assemblée générale des Nations Unies organisée en septembre 2005 (se reporter au chapitre "Financer la riposte au SIDA").

Elargir l'accès aux médicaments antirétroviraux

Pour élargir la distribution des médicaments antirétroviraux dans les endroits où les ressources sont limitées, l'OMS a tracé les grandes lignes d'une approche de santé publique en matière de thérapie, simplifiant et normalisant les schémas thérapeutiques. Un point essentiel de cette approche consiste à convenir d'un consensus national sur un ou plusieurs des schémas thérapeutiques de première inten-

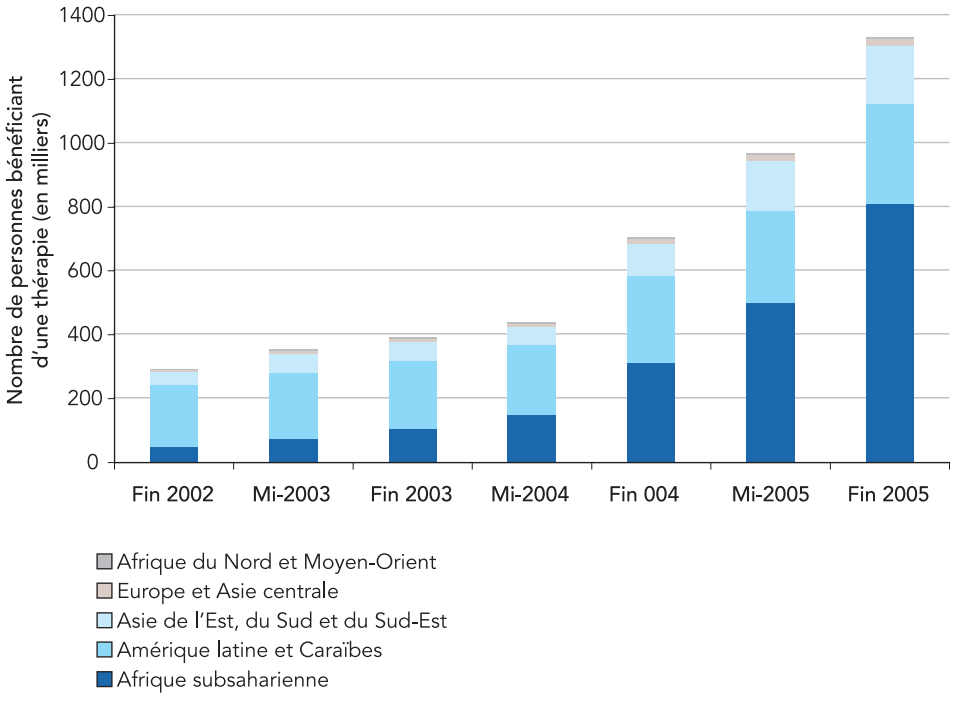
tion recommandés par l'OMS, ainsi que sur une thérapie de deuxième intention destinée aux personnes pour lesquelles le traitement de première intention reste sans effet (OMS, 2004). Une récente enquête a montré que 36 des 49 pays cibles de l'initiative "3 millions d'ici 2005" avaient formulé des principes directeurs nationaux relatifs à la thérapie antirétrovirale comportant au moins un des schémas thérapeutiques de première intention recommandés par l'OMS (Beck et al., 2006).

Entre 2001 et 2005, le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a plus que quintuplé—passant de 240 000 à près de 1,3 million (Figure 7.1). En juin 2005, 21 pays dispensaient un traitement antirétroviral à 50 % au moins des personnes qui présentaient un besoin clinique (OMS et ONUSIDA, 2005).

Au cours de l'année 2005 à elle seule, le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale a plus que doublé en Afrique, et près d'une personne sur six en attente d'un traitement bénéficiait de médicaments antirétroviraux en décembre 2005. Au Kenya, près de 200 sites dispensaient un traitement antirétroviral à cette même date. En Afrique du Sud—pays qui compte la plus importante population vivant avec le VIH—le nombre de personnes sous antirétroviraux est passé de moins de 5000 au début de l'année 2004 à près de 190 000 d'ici a la fin de 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006). La Figure 7.2 montre la rapide progression de la couverture assurée en Afrique subsaharienne au cours des deux dernières

07

FIGURE 7.1 Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002–2005



Source : OMS et ONUSIDA (2005). Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : le point sur l'initiative "3 millions d'ici 2005".

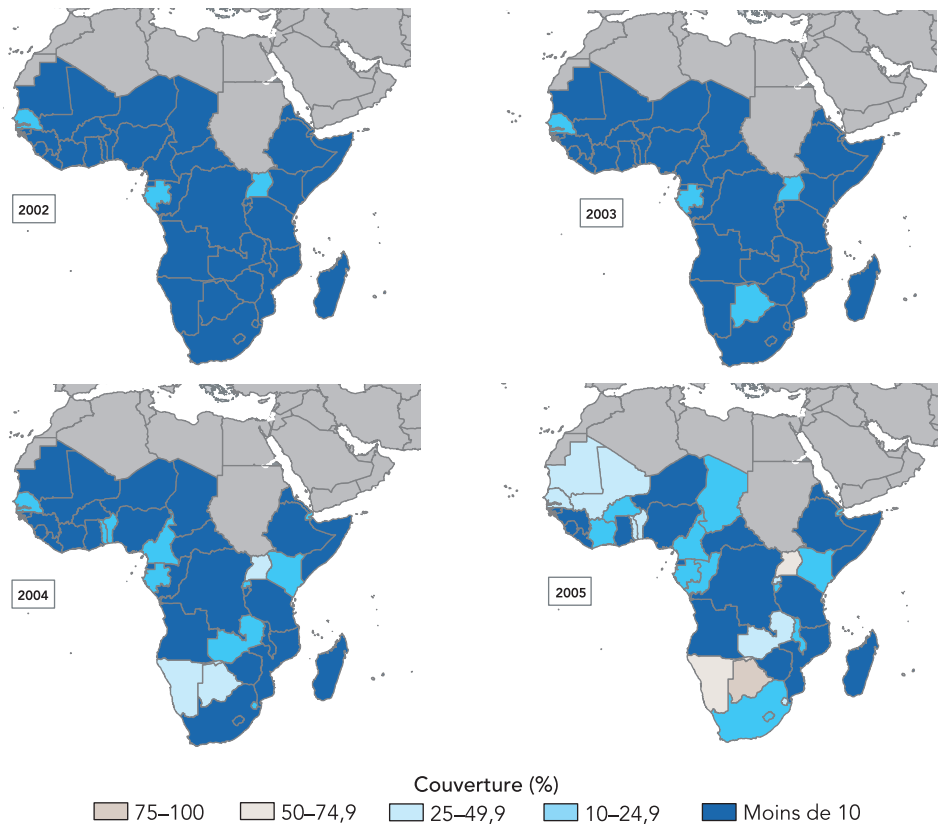
années, mais illustre également les disparités constatées entre pays dans les progrès réalisés. Des taux de couverture atteignant 50 % ou davantage ont été atteints dans des pays comme le Botswana et l'Ouganda, alors qu'ils restaient inférieurs à 10 % ailleurs.

Des progrès ont également été réalisés dans d'autres régions. Grâce à l'appui déterminé des pouvoirs publics nationaux en faveur de l'élargissement de l'accès au traitement, le Cambodge était en mesure de dispenser un traitement antirétroviral à plus de 12 000 d'ici a la fin de 2005. Début 2006, plus de 20 000 personnes bénéficiaient d'antirétroviraux dans 28 provinces de Chine (Ministère de la Santé, République populaire de Chine, 2006). La Région de l'Amérique latine et des Caraïbes possède actuellement la plus large couverture en matière de thérapie antirétrovirale (68 %), et le nombre de personnes sous traitement y est passé de 275 000 à la fin de l'année 2004 à 315 000 au terme de l'année 2005.

Certains pays confrontés à des défis majeurs ont réalisé des avancées remarquables dans le domaine de l'élargissement de l'accès au traitement. Le Rwanda, qui se remet encore du génocide ayant causé des centaines de milliers de victimes dans les années 1990, dispensait des médicaments antirétroviraux à plus de 18 000 personnes d'ici a la fin de 2005, tout en

07

FIGURE 7.2 Personnes sous thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne, en pourcentage du nombre de celles qui en ont besoin, 2002–2005



Source : OMS et ONUSIDA (2005). Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : le point sur l'initiative "3 millions d'ici 2005".

SAUVER DES VIES, FAIRE EXPLOSER LES MYTHES

L'élargissement de l'accès au traitement fait exploser le mythe autrefois répandu selon lequel les programmes de thérapie antirétrovirale seraient inopérationnels dans les endroits aux ressources limitées ou parmi les populations à haut risque. Les données disponibles montrent que le niveau d'observance des traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est au moins équivalent et souvent supérieur au niveau notifié dans les pays à revenu élevé (Nemes et al., 2004). En Haïti, 87 % des adultes et 98 % des enfants étaient encore en vie un an après avoir entamé leur traitement antirétroviral, un adulte moyen présentant une augmentation de 163 du nombre de ses cellules T CD4+ (Severe et al., 2005). De même, des programmes développés en Argentine, au Brésil, en Chine, dans la Région administrative spéciale de Hong Kong et dans d'autres points du globe dispensent avec succès un traitement antirétroviral à des consommateurs de drogues injectables infectés par le VIH, parvenant à des niveaux élevés d'observance des traitements et dissipant ainsi l'idée selon laquelle ces personnes ne sont pas capables de participer de façon fiable aux initiatives de traitement du SIDA ni d'en profiter (Open Society Institute, 2004).

prévoyant d'élargir encore l'accès au traitement. 76 centres de thérapie antirétrovirale étaient en outre opérationnels à l'approche du mois de septembre 2005, contre 16 au terme de l'année 2003. Les organisations humanitaires indiquent cependant que dans 26 pays d'Afrique et d'Asie, un nombre très limité de réfugiés bénéficient actuellement d'une thérapie antirétrovirale (HCR, 2006).

A l'échelle mondiale, on estime qu'entre 250 000 et 350 000 décès ont pu être évités en 2005 grâce à l'amélioration de l'accès au traitement (OMS/ONUSIDA, 2005).

Bien que toutes sortes de problèmes techniques et logistiques aient ralenti la mise en place du traitement et de la prise en charge pédiatrique du VIH, des progrès ont été accomplis dans certains pays. En juillet 2005, sur 61 sites dispensant une thérapie antirétrovirale à des adultes au Malawi, 19 traitaient également des enfants.

FINANCER ET PARVENIR A ELARGIR L'ACCES AU TRAITEMENT

Elargir l'accès au traitement constitue véritablement une entreprise d'envergure internationale, et un large éventail de donateurs internationaux et d'organisations multilatérales se sont réunis pour collaborer avec les gouvernements à l'achat et à la mise à disposition d'antirétroviraux. Le soutien financier accordé au Fonds mondial par plus de 50 pays et de nombreuses fondations et entreprises lui ont permis de collaborer à différents programmes qui, en décembre 2005, étaient en mesure de prodiguer un traitement antirétroviral à 384 000 personnes. Le nombre de personnes bénéficiant d'antirétroviraux par l'intermédiaire des projets financés par le Fonds mondial a presque triplé entre décembre 2004 et décembre 2005. Par l'intermédiaire du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA des Etats-Unis, le Gouvernement des Etats-Unis fournit une assistance intensive à 15 pays d'Afrique, d'Asie et des Caraïbes et apporte son soutien à 100 pays supplémentaires. Ce plan a pour objectif de dispenser

un traitement antirétroviral à deux millions de personnes d'ici 2007. En octobre 2005, le Plan présidentiel d'urgence finançait des thérapies antirétrovirales pour quelque 471 000 personnes vivant avec le VIH, dont près de 60 % étaient des femmes et 7 % des enfants. La Banque mondiale a pour sa part lancé un Projet d'accélération des traitements à hauteur de US$ 60 millions, et les premières subventions ont été accordées au Burkina Faso, au Ghana et au Mozambique en 2004 et 2005.

Encouragées par cette multiplication des financements, de nombreuses organisations de la société civile mènent des actions destinées à élargir l'accès aux médicaments antirétroviraux et à encourager l'éducation en faveur des traitements (se reporter au chapitre concernant la société civile). Au Burundi, par exemple, les 125 organisations membres de l'Alliance nationale burundaise contre le SIDA participent étroitement à l'exécution de 14 des 16 éléments programmatiques du Plan national d'action, comprenant notamment la thérapie antirétrovirale, le traitement des infections opportunistes et un soutien psychosocial. L'Association nationale des Séropositifs et Sidéens du Burundi, groupement national qui représente les personnes séropositives au VIH, s'occupe maintenant de plus de 3000 personnes dont 1357 bénéficient d'une thérapie antirétrovirale. La Coalition sur l'accès aux médicaments essentiels du Kenya—comprenant des réseaux de personnes vivant avec le VIH, l'Association médicale du Kenya, des organisations non gouvernementales internationales et toute un ensemble de groupes de la société civile—encourage une action coordonnée destinée à accélérer l'élargissement de l'accès au traitement. Sensibiliser la société civile demeure un élément majeur dans l'élargissement de l'accès au traitement. Le Réseau indien des personnes vivant avec le VIH/SIDA est par exemple parvenu à influencer la décision de son Gouvernement en faveur de la mise à disposition gratuite de médicaments antirétroviraux dans six états fortement touchés par l'épidémie.

Dans le même temps, un nombre croissant d'employeurs se sont engagés à fournir des antirétroviraux et d'autres services médicaux à leurs employés vivant avec le VIH (ONUSIDA, 2005a). Au terme du premier semestre 2005, le secteur privé d'Afrique du Sud dispensait des médicaments antirétroviraux à quelque 70 000–80 000 personnes,



Même si les systèmes de santé publique fournissent toujours davantage de médicaments, l'observance d'un traitement génère souvent des dépenses considérables pour le patient, s'agissant notamment de l'accès à certains services publics.

et dans plusieurs autres pays africains, les employeurs du secteur public, les ministères de l'éducation et de la santé notamment, commencent, eux, à dispenser des médicaments antirétroviraux dans le cadre d'actions engagées en faveur de la santé de leur personnel (voir le chapitre "Réduire l'impact").

DE SÉRIEUX OBSTACLES

Malgré les résultats obtenus, en décembre 2005, au moins 80 % des personnes qui présentaient un besoin clinique de médicaments antirétroviraux n'en bénéficiaient pas. Rien qu'en Inde, où 770 000 personnes avaient besoin d'antirétroviraux en 2005, on estime que seules 40 000 d'entre elles en bénéficiaient au mois d'août 2005, le secteur public couvrant alors moins de un tiers des personnes sous thérapie (ITPC, 2005).

Même si le recul spectaculaire du prix des principaux médicaments antirétroviraux a

CONSEIL ET APPUI TECHNIQUE EN FAVEUR DE L'ÉLARGISSEMENT DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT

L'OMS offre aux pays de nombreux types d'appui technique pour les aider à élargir l'accès au traitement en se fondant sur une approche de santé publique. Elle recommande que les plans nationaux d'amélioration des traitements appliquent un modèle de prise en charge des maladies chroniques comportant des schémas thérapeutiques antirétroviraux standardisés de première et de deuxième intention et des prestations de services intégrés, la formation de nouveaux cadres de la santé fondée sur la stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte élaborée par l'OMS (voir plus loin), des systèmes renforcés d'achat et de gestion des stocks de médicaments, produits diagnostics et autres produits de base, et d'autres actions susceptibles de permettre l'accès le plus large possible aux médicaments indispensables (OMS, 2004).

L'OMS présélectionne les médicaments antirétroviraux susceptibles d'être inclus dans les programmes nationaux. Les médicaments présélectionnés peuvent compter des génériques que l'OMS considère comme équivalents aux produits sous brevet produits par les grandes compagnies pharmaceutiques. Le programme de présélection de l'OMS n'offre pas seulement des orientations aux décideurs nationaux mais contribue également à faire en sorte que les médicaments utilisés dans le traitement du SIDA soient de qualité satisfaisante. Le Service des diagnostics et des traitements du SIDA, mis en place par l'OMS, procure aux pays des informations cruciales concernant le prix et la disponibilité des médicaments présélectionnés contre le SIDA. Il est composé de plus de 20 institutions partenaires, dont les organisations du système des Nations Unies (le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale notamment), d'organismes d'achat (tels que le Crown Agents et l'Association internationale de développement), de partenaires donateurs (tels que l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, le Fonds mondial et la Fondation Clinton), et d'organismes d'appui technique (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau, par exemple).

L'OMS collabore également avec d'autres Coparrainants de l'ONUSIDA à plusieurs projets relatifs aux traitements et elle a apporté son aide technique à plusieurs pays pour élaborer des propositions qui ont été acceptées par le Fonds mondial.

contribué à l'élargissement de l'accès au traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, tous n'ont pas vraiment tiré parti des options offertes en la matière. Au sein de la Fédération de Russie par exemple, les antirétroviraux génériques n'ont toujours pas été homologués et la vaste industrie pharmaceutique du pays n'a pas pris de mesures claires en faveur de la fabrication locale d'antirétroviraux (International Treatment Preparedness Coalition, 2005). Etant donné que de nombreux antirétroviraux de deuxième intention restent trop coûteux pour être largement utilisés dans bien des pays, d'autres baisses de prix seront sans doute nécessaires pour soutenir et élargir les initiatives d'accès au traitement.

Même si les systèmes de santé publique fournissent toujours davantage de médicaments, l'observance d'un traitement génère souvent des dépenses considérables pour le patient, s'agissant notamment de l'accès à certains services publics. Au Nigéria, les dépenses consenties par les personnes qui reçoivent une thérapie antirétrovirale dans des dispensaires publics atteindraient environ US$ 300 par an (International Treatment Preparedness Coalition, 2005), somme importante pour 91 % des ménages vivant avec moins de US$ 2 par jour dans le pays (PNUD, 2005). En décembre 2005, l'organisation non gouvernementale Médecins sans Frontières a rapporté que sur l'ensemble des malades nigérians sous thérapie antirétrovirale sollicités dans le cadre de l'une de ses enquêtes, 44 % avaient été contraints d'interrompre leur traitement ou prenaient des doses insuffisantes, faute de pouvoir couvrir les frais exigés par les dispensaires publics de thérapie antirétrovirale (Deutsche Presse-Agentur, 2005). La Zambie—pays dans lequel un adulte sur six est séropositif au VIH—tente d'éviter l'effet dissuasif des coûts à la charge du patient en fournissant gratuitement les antirétroviraux dans les dispensaires publics. En 2005, le nombre de personnes sous antirétroviraux a augmenté de 1000 par mois, et environ 30 000 personnes étaient sous traitement en juin 2005 (OMS/ONUSIDA, 2005). Dans certains cas, les pays qui ont réduit ou supprimé les frais à la charge du patient concernant les antirétroviraux n'ont pas élargi cette politique au traitement des infections opportunistes.

Les moyens financiers ont rapidement augmenté, mais toutes sortes d'obstacles empêchent de maintenir un rythme soutenu en matière d'élargissement de l'ac-



S'appuyant sur la forte impulsion donnée par l'initiative "3 millions d'ici 2005," la communauté internationale s'est lancée dans une course sans précédent en vue de s'approcher de l'accès universel à la prise en charge et au traitement du VIH.

cès au traitement. Un grand nombre de personnes séropositives au VIH vivent en milieu rural, alors que les traitements se limitent, dans une large mesure, aux régions urbaines, ce qui exige des résidents des campagnes soit qu'ils se passent de traitement ou qu'ils se déplacent sur de grandes distances pour obtenir des soins essentiels. Qui plus est, le traitement nécessite souvent de séjourner une nuit en milieu hospitalier, ce qui peut se révéler trop coûteux ou inenvisageable compte tenu de la présence d'enfants au domicile et d'autres responsabilités familiales. Il arrive aussi que les patients ayant entamé une thérapie dans le secteur privé, où un grand nombre d'antirétroviraux sont souvent disponibles, rencontrent ensuite des difficultés s'agissant de bénéficier des mêmes schémas thérapeutiques dans le cadre de l'approche normalisée recommandée dans le secteur public.

Dans le cadre des actions engagées en faveur de l'accès au traitement, les besoins de certaines populations particulièrement vulnérables au VIH ont en outre été sous-estimés. Il s'agit notamment des professionnel(le)s du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues injectables et des détenus (voir le chapitre concernant les personnes à risque), ainsi que des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et de diverses populations mobiles traversant les frontières pour des raisons professionnelles ou autres. Les pays se doivent de tenir compte de ces populations au moment d'élargir l'accès au traitement. Les mécanismes internationaux de financement tels que le Fonds mondial, dépendent des propositions émises par les pays. De nombreux pays d'asile ou de pays comptant des personnes déplacées à l'intérieur de leurs frontières ne leur accordent toutefois pas la priorité, s'agissant de populations faisant fréquemment l'objet de discrimination.

Les principes directeurs nationaux relatifs aux traitements constituent pour un pays un moyen important d'accélérer l'élargissement de l'accès au traitement, de promouvoir l'équité et de s'approprier la question des traitements. De nombreux pays ont élaboré leurs propres règles de gestion de la distribution des antirétroviraux, généralement dans le cadre des directives de l'OMS relatives au traitement. Publiées pour la première fois en 2001 sous forme de recommandations, les directives révisées en 2003 ont maintenant évolué, à la demande des pays, pour devenir des principes directeurs séparés pour les nourrissons et les enfants (OMS, 2006a) et pour les adultes, et elles sont pleinement harmonisées avec les directives révisées relatives à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (l'OMS devrait publier ces deux séries de directives au terme du premier semestre 2006).

En formulant leurs directives nationales, les pays devront inévitablement se pencher sur les tensions existant entre l'approche de santé publique de la thérapie de masse et la forte variabilité des besoins individuels des patients. L'OMS préconise que les pays prennent des dispositions pour fournir des soins spécialisés dans des centres tertiaires de recours, qui pourront conseiller et contrôler les sites de traitement dans les zones avoisinantes. Au Sénégal, cette approche a permis à un nombre relativement modeste de centres de soutenir les hôpitaux de district et les centres de traitement de l'ensemble du pays. Des médecins-conseils assurent des gardes pour répondre aux questions urgentes des infirmières intervenant sur le terrain, innovation qui a aidé le Sénégal à atteindre son objectif de "3 millions d'ici

2005", lequel consistait à placer 4200 personnes sous antirétroviraux au terme de l'année 2005.

Sur la voie de l'accès universel au traitement

S'appuyant sur la forte impulsion donnée par l'initiative "3 millions d'ici 2005", la communauté internationale s'est lancée dans une course sans précédent en vue de s'approcher de l'accès universel à la prise en charge et au traitement du VIH. Pour atteindre ce but, il importe de concevoir des stratégies applicables grâce auxquelles on parviendra à surmonter les innombrables obstacles ayant jusque-là ralenti le rythme de l'élargissement de l'accès au traitement. Par chance, au fur et à mesure que s'accroît le nombre de pays qui acquièrent une expérience en matière d'adoption des traitements antirétroviraux, on assiste en parallèle au développement de stratégies opérationnelles dans la gestion des difficultés rencontrées.

AMÉLIORER LES CONNAISSANCES RELATIVES À LA SÉROLOGIE VIH

On ne peut traiter efficacement le VIH s'il n'est pas diagnostiqué. Dans de nombreux pays, l'élargissement de l'accès au traitement s'est accompagné d'une forte augmentation de la fréquentation des services de dépistage du VIH et de conseil volontaires (Global HIV Prevention Working Group, 2004). Le Cambodge par exemple, a augmenté de près de 20 % le nombre de ses centres de conseil et de test volontaires au début de l'année 2005, et prévoit de poursuivre cette expansion. A l'échelle internationale, le HCR et ses partenaires proposent désormais conseil et test VIH volontaires dans plus de 30 camps de réfugiés de 11 pays distincts.

Globalement pourtant, la fréquentation des services de dépistage reste bien trop faible pour contribuer à l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux à l'échelle planétaire. Même aux Etats-Unis, où les antirétroviraux sont largement disponibles depuis une décennie, on estime qu'une personne sur quatre vivant avec le VIH ne se sait pas infectée.

Diverses actions sont mises en place pour accroître le recours aux services de dépistage. Une étude effectuée en 2005 en République-Unie de Tanzanie montre par exemple que la suppression des frais liés au test contribue à la fois à l'accroissement du



Les initiatives classiques de formation, si elles sont essentielles à l'élargissement de l'accès au traitement, ne suffisent pas pour remédier à la pénurie mondiale aiguë et à la mauvaise répartition des agents de santé.

nombre de personnes testées et à un meilleur rapport coût-efficacité de l'intervention (Thielman et al., 2006). Il est aussi utile de simplifier le processus et de le rendre plus pratique, comme le fait le Lesotho qui, en 2005, a entamé une campagne de dépistage gratuit auprès de l'ensemble de ses citoyens, et sollicité ses agents de santé dans le cadre d'interventions de porte-à-porte au sein-même des villages. Le pays s'est lancé dans un ambitieux programme intitulé "Découvrez votre sérologie", qui encourage tous les citoyens à pratiquer le test VIH. Les méthodes de dépistage du VIH dans les hôpitaux et les dispensaires doivent également évoluer, notamment lorsqu'il est possible d'offrir à un malade un traitement susceptible de préserver sa vie. Le Botswana l'a reconnu et a récemment lancé une nouvelle politique d'offre systématique du test VIH dans tous les centres de soins. Cette approche de l'offre systématique du test VIH (parfois dénommée test sollicité par le prestataire de services) présente un important potentiel, si elle est appliquée dans les dispensaires antituberculeux, les services de soins prenatals, les services de réalimentation, les centres de traitement des infections sexuellement transmissibles, et à tous les adultes et enfants hospitalisés dans les pays à forte prévalence du VIH.

RÉDUIRE LES OBSTACLES ATTRIBUÉS À LA STIGMATISATION

Connue pour être un fréquent obstacle aux programmes de prévention, la stigmatisation associée au VIH (voir le chapitre "Réduire l'impact") entrave également l'élargissement de l'accès au traitement. Des personnes interrogées au Kenya ont affirmé que la stigmatisation et la discrimination constituaient les plus importants obstacles à l'élargissement de l'accès au traitement (International Treatment Preparedness Coalition, 2005). De même, des entreprises d'Afrique du Sud, qui offrent des antirétroviraux par le biais de programmes de couverture médicale à l'intention de leur personnel, estiment que la stigmatisation pourrait expliquer la faible utilisation des services de traitement du SIDA par les travailleurs (ONUSIDA, 2005a).

Dans de nombreux pays, il faudra réduire la stigmatisation et la discrimination parmi les prestataires de services et au sein de la population (voir le chapitre "Réduire l'impact") pour élargir tant l'accès que l'utilisation de la thérapie antirétrovirale. Dans le même temps, on s'attend à ce que l'accès accru aux soins contribue à réduire la stigmatisation et la discrimination, dès lors que SIDA et mort ne seront plus associés et que l'on commencera à considérer cette maladie comme une affection chronique gérable qui–facteur essentiel–est en outre évitable.

RENFORCER LES CAPACITÉS HUMAINES POUR MIEUX SOUTENIR LE TRAITEMENT DU VIH

Les actions entreprises pour élargir l'accès aux programmes de traitement doivent surmonter la crise inhérente aux ressources humaines qui sévit dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et qui est particulièrement aiguë dans le secteur de la santé (se reporter au chapitre 8). C'est pour cette raison que de nombreux donateurs et organisations non gouvernementales internationaux intègrent des éléments de formation dans leurs programmes de traitement. En Inde par exemple, la Fondation Clinton collabore avec le gouvernement central pour former les médecins à l'administration des antirétroviraux et pour améliorer les infrastructures des laboratoires nécessaires. Au Botswana, plus de 1300 soignants ont reçu une formation en cours d'emploi dispensée par des experts du VIH issus d'institutions

médicales de niveau international, qui participent pendant six à 24 mois au Programme de 'préceptorat clinique' du Partenariat global africain contre le VIH/SIDA, initiative publique-privée des autorités nationales, de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Fondation de la Compagnie Merck/Merck & Co. Inc. En 2005, l'OMS a élaboré des outils de formation pour la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte et pour la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, qui ont permis la formation de plus de 15 000 prestataires de services—intervenant dans le cadre de la lutte contre le SIDA—à une approche intégrée de la thérapie antirétrovirale, de la prise en charge et de la prévention (OMS, 2006a, 2006b). Au cours de la même année, le premier d'une série de dispositifs régionaux d'appui technique financés par l'ONUSIDA est devenu opérationnel en Afrique australe.

Les initiatives classiques de formation, si elles sont essentielles à l'élargissement de l'accès au traitement, ne suffisent pas pour remédier à la pénurie mondiale aiguë et à la mauvaise répartition des agents de santé (Narasimhan et al., 2004). Les gouvernements, les donateurs et autres partenaires doivent impérativement explorer des solutions innovantes, qui complèteront les programmes de formation (PNUD, 2005). Ainsi, lors de la Troisième Conférence de la Société internationale du SIDA sur la Pathogenèse et le traitement du VIH organisée à Rio de Janeiro, Brésil, en juillet 2005, les experts ont apprécié les exemples des compagnies privées qui ont, avec succès, élargi les traitements du SIDA au-delà du lieu de travail pour toucher, dans plusieurs pays, les communautés environnantes (Beckmann et al., 2005).

En l'absence d'un nombre suffisant de prestataires de soins qualifiés, les pays devraient maximiser le recours aux agents de santé communautaires, aux assistants médicaux et aux autres ressources à assise communautaire disponibles pour faciliter l'élargissement de l'accès au traitement. La coopération entre pays à revenu faible ou intermédiaire—qui peut prendre la forme de brigades médicales de soutien et de formation des personnels de niveau intermédiaire—peut contribuer à tirer le maximum des ressources humaines dans le domaine de la santé, en particulier si on examine en même temps attentive-



Pour éviter ou pour retarder substantiellement l'apparition de la résistance aux médicaments, il est essentiel que les patients respectent leurs schémas thérapeutiques par les antirétroviraux en suivant avec exactitude les consignes données.

ment les moyens d'optimiser les rôles et responsabilités des médecins, infirmier(è-re)s et autres personnels (PNUD, 2005). L'approche développée par l'OMS dans le cadre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte encourage cette évolution des tâches (OMS, 2006b).

AMÉLIORER LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT

Lorsqu'une personne entame une thérapie antirétrovirale, elle devra prendre ces médicaments régulièrement pour le reste de sa vie. Pourtant, dans de nombreux endroits, les retards dans l'achat ou le paiement des médicaments antirétroviraux entraînent souvent des interruptions de traitement et des attentes. Les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et les centres de traitement doivent être en mesure d'estimer la demande future de médicaments antirétroviraux et de mettre en place des systèmes fiables d'achat, de distribution et d'approvisionnement afin d'éviter les pénuries.

La République dominicaine par exemple, a parfois connu des pénuries aiguës de médicaments de première intention et on rapporte que certains médecins ont ainsi été poussés à faire entrer dans le pays des antirétroviraux de contrebande pour éviter des interruptions de traitement potentiellement graves. En 2005, des centres de traitement du Nigeria ont également signalé des ruptures de stock d'antirétroviraux ayant parfois duré jusqu'à deux mois. La lenteur du décaissement des fonds est l'un des facteurs cités par le Fonds mondial dans son rapport concernant les insuffisances relevées dans ce pays dans l'utilisation de la subvention du cycle 1 destinée à élargir l'accès au traitement.

La nécessité d'améliorer la capacité des pays à gérer les stocks de médicaments et à dispenser efficacement des prestations de santé est un élément important des "Trois Principes" (voir le chapitre "Renforcer les capacités nationales"), élément de plus en plus soutenu par les donateurs, les organismes multilatéraux et les organisations non gouvernementales internationales. Bien des approches sont mises à l'essai pour répondre aux conditions particulières de chaque pays. Après une évaluation du système de gestion des achats du pays, effectuée par l'OMS et l'UNICEF, le Cambodge procède au remplacement de ses méthodes fragmentées d'achat et de gestion des approvisionnements par un système national intégré qui comprend une base de données constituant un inventaire national des produits pharmaceutiques. Le Burkina Faso s'efforce de surmonter les retards inhérents à la bureaucratie en mettant en place un organisme indépendant à but non lucratif destiné à assurer un approvisionnement régulier en médicaments et en produits diagnostics abordables simultanément à l'action engagée dans le but d'élargir l'accès au traitement. A l'échelle internationale, l'Equipe de la Banque mondiale chargée de l'accélération de la mise en œuvre collabore avec les gouvernements en vue d'améliorer les activités telles que la planification, la gestion financière et le suivi des dépenses (Banque mondiale, 2005).

ENCOURAGER L'OBSERVANCE DES TRAITEMENTS

Pour garantir l'efficacité des thérapies antirétrovirales dans le temps, il convient de minimiser le risque que le virus ne devienne résistant aux médicaments utilisés pour traiter l'infection. Les souches résistantes du VIH peuvent être transmises à d'autres personnes, ce qui peut anéantir ou entraver l'efficacité des options de traitement pour les personnes qui seront infectées dans l'avenir. Les

efforts de lutte contre la tuberculose, le paludisme et les infections respiratoires ont également été ralentis par l'apparition au fil du temps, d'une résistance aux thérapies de première intention, ce qui souligne le danger potentiel à long terme que présente la résistance aux médicaments pour la riposte mondiale au VIH (Norrby et al., 2005 ; Okere et al., 2005 ; Bates et al., 2004).

Pour éviter ou pour retarder substantiellement l'apparition de la résistance aux médicaments, il est essentiel que les patients respectent leurs schémas thérapeutiques par les antirétroviraux en suivant avec exactitude les consignes données. Une observance de 90 % ou davantage est nécessaire pour supprimer l'activité virale et minimiser la résistance aux médicaments dans le temps (Paterson et al., 2000). Une discontinuité ou une interruption de la thérapie est même encore plus dangereuse que le manque périodique d'observance (Lucas, 2005).

Si les niveaux d'observance des thérapies antirétrovirales relevés jusqu'ici sont au moins aussi hauts dans les endroits où les ressources sont limitées que dans les pays à revenu élevé, des études indiquent toutefois que ces niveaux d'observance risquent de ne pas suffire à prévenir l'apparition d'une résistance aux médicaments. Parmi les malades suivis pendant douze mois dans un dispensaire public de Belo Horizonte, au Brésil, près de 40 % ne respectaient pas leur traitement (Bonolo et al., 2005). La complexité des schémas thérapeutiques fait partie des facteurs qui affectent l'observance : les patients ont tendance à prendre leurs médicaments moins régulièrement lorsque le schéma thérapeutique est complexe, c.-à-d. lorsqu'un grand nombre de comprimés doivent être absorbé à différents moments de la journée (Osterberg and Balsche, 2005). L'OMS a toujours encouragé les associations de médicaments en dose fixe et a invité les fabricants à produire ce type de médicaments. Plusieurs associations d'antirétroviraux en dose fixe, basées sur le formulaire simple de l'OMS comprenant cinq médicaments de première intention, sont disponibles ; elles sont produites par l'industrie fondée sur la recherche et le développement comme par l'industrie des génériques et elles ont été approuvées par les autorités de réglementation ou ont été présélectionnées par l'OMS.



Les interventions programmatiques destinées à satisfaire les besoins des enfants et des femmes en matière de traitement devraient être spécialement examinées et intégrées dans les ripostes nationales, tout comme celles qui sont destinées aux populations vulnérables comme les réfugiés, les personnes déplacées et les populations les plus exposées au risque.

Au fur et à mesure que s'accroît le fardeau de l'épidémie de SIDA parmi les femmes et les jeunes filles, il est de plus en plus nécessaire de faire en sorte que les femmes bénéficient d'un accès équitable aux médicaments antirétroviraux et aux autres traitements associés au VIH.



Dans le cadre de l'initiative "3 millions d'ici 2005", l'OMS et un grand nombre de partenaires ont créé un réseau appelé HIVResNet dont l'action, à l'échelle mondiale, consiste à assurer une surveillance et un suivi standardisés de la pharmacorésistance du VIH, qui réunit un ensemble de laboratoires internationaux en mesure d'assurer cette surveillance sur la base d'un protocole normalisé. Un module de surveillance de la résistance aux médicaments anti-VIH chez les patients spécifique aux pays sera utilisé pour adapter les directives et les programmes de traitement.

INTÉGRER LA PRISE EN CHARGE DU VIH DANS LES AUTRES SERVICES DE SANTÉ

En intégrant la prise en charge du VIH dans les systèmes destinés à traiter les autres problèmes de santé, les pays peuvent améliorer la participation à la thérapie antirétrovirale et dispenser des soins plus complets et de meilleure qualité. Dans de nombreux pays, par exemple, le VIH et la tuberculose sont gérés par deux systèmes de soins verticaux séparés qui communiquent peu. En outre, les cliniciens ont souvent peu d'expérience ou de compétences pour traiter la tuberculose et vice versa. Sans une

« C'EST L'HEURE DE TES MÉDICAMENTS . . . »

Partout dans le monde, l'expérience montre que ce sont souvent les membres de la famille, les pairs ou les collègues qui sont les mieux placés pour encourager l'observance. En Haïti et en Afrique du Sud, des projets innovants de thérapie antirétrovirale ont montré que l'appui apporté par les pairs contribuait de manière significative aux excellents niveaux d'observance et de succès des traitements. Avec la multiplication des programmes de traitement sur le lieu de travail, les éducateurs pour les pairs séropositifs au VIH deviennent toujours davantage des modèles positifs et des exemples de succès des traitements. Pour encourager l'observance des traitements dans son programme de thérapie antirétrovirale financé par la compagnie, l'entreprise minière Anglo American en Afrique du Sud recrute parmi ses employés séropositifs au VIH des personnes susceptibles de soutenir leurs collègues sous thérapie antirétrovirale (ONUSIDA, 2005a).

coordination étroite des soins à la fois pour le VIH et pour la tuberculose, les cliniciens ne pourront pas intervenir pour éviter ou traiter les éventuelles interactions médicamenteuses, les effets secondaires des médicaments et les infections parfois associées à la restauration du système immunitaire (Karim et al., 2004)

Le Malawi nous donne un exemple de ce qui peut être fait : ce pays a collaboré avec des partenaires nationaux, bilatéraux, internationaux et non gouvernementaux pour intégrer ses systèmes de prise en charge du VIH et de la tuberculose dans le Plan national d'extension des traitements antirétroviraux. Le Fonds mondial constitue un moyen idéal de promouvoir l'intégration de la prise en charge du traitement du VIH et de la tuberculose.

Les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les services de santé reproductive et sexuelle offrent également des possibilités d'intégration ou d'amélioration de la coordination. En Amérique latine et aux Caraïbes, par exemple, la Fédération internationale de planification familiale finance des services de test VIH et de recours dans des centres de santé reproductive à la Barbade, au Brésil, en Colombie, à El Salvador, au Guatemala et au Nicaragua. L'Alliance internationale sur le VIH/SIDA et d'autres organisations soutiennent des programmes à l'échelon pays pour améliorer l'intégration des programmes sur le VIH dans les services de santé sexuelle et reproductive et la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA demande instamment qu'une telle intégration devienne un élément de base des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

SUIVI DES PATIENTS

Au cours des prochaines années, la plupart des malades des pays à revenu faible ou intermédiaire continueront d'être suivis sur le plan clinique car leur accès à des services de suivi immunologique et de laboratoire reste limité (comptage des cellules T CD4+). Dans le but de soutenir les systèmes de santé à cet égard, l'OMS a récemment révisé ses directives relatives aux stades cliniques et immunologiques pour les adultes et les enfants (OMS, 2006a). Les nouvelles directives de traitement de l'adulte et de l'enfant comme les directives révisées pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH encouragent une plus grande diffusion et une meilleure disponibilité des techniques permettant d'effectuer une numération des cellules T CD4+. Cependant, elles reconnaissent aussi que des décisions cliniques peuvent toujours être prises même sans accès à la numération des cellules T CD4+, pour décider du début d'un traitement, du moment où il faut substituer un antirétroviral à un autre en raison de problèmes de toxicité, et du moment où le schéma thérapeutique doit être modifié parce qu'inefficace.

De nombreux donateurs et organisations internationales accordent maintenant la priorité aux initiatives destinées à élargir l'accès à des services et à du matériel de laboratoire essentiels. En 2004, la Fondation Clinton a négocié un accord avec cinq compagnies afin de réduire considérablement le prix des tests permettant de dénombrer les cellules T CD4+ et d'analyser la charge virale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans la région des Caraïbes, la Banque mondiale apporte une aide financière au Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/SIDA pour améliorer la capacité des laboratoires régionaux dans l'appui à l'élargissement de l'accès au traitement. Un prêt de la Banque mondiale à hauteur de US$ 59 millions a été accordé

LE TRAITEMENT DANS LES SITUATIONS DE CONFLIT

Les conflits entraînent souvent d'importants déplacements de populations, des perturbations dans les services de santé et ils exposent les individus à de graves risques sanitaires. Cependant, chaque situation est un cas particulier qui doit être examiné individuellement (Spiegel and Qassim, 2003 ; Spiegel and Haroff-Tavel, 2005). Certes, dans de telles situations, des problèmes particuliers se posent pour assurer une bonne observance des traitements, mais des données de plus en plus nombreuses montrent que les personnes touchées par des conflits sont en mesure de bénéficier d'une thérapie antirétrovirale et de respecter les prescriptions médicales (Ellman et al., 2005).

Le Groupe d'étude du Comité permanent interinstitutions sur le VIH/SIDA dans les situations d'urgence—une alliance élargie composée des institutions du système des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales et d'autres intervenants décidés à agir rapidement, efficacement et d'une manière coordonnée pour répondre aux besoins des personnes touchées par les conflits et autres situations d'urgence—a élaboré des *Directives concernant les interventions relatives au VIH et au SIDA dans les situations d'urgence* (IASC, 2004). Ces directives, qui sont maintenant appliquées par divers partenaires dans différents contextes d'urgence, offrent un cadre de référence commun et pratique à utiliser dans de telles situations (HCR, 2006). Dispenser soins et traitement de manière opportune constitue une priorité de base des directives—importance également soulignée dans la stratégie du HCR sur le VIH/SIDA pour 2005-2007, qui appelle à ce que des efforts soient engagés afin d'assurer l'accès aux antirétroviraux pour les réfugiés et les autres personnes déplacées lorsque ces thérapies sont parallèlement disponibles au sein des populations avoisinantes (HCR, 2005).

au Nigéria pour soutenir le développement des capacités nationales en matière de diagnostic. Pourtant, il reste difficile d'obtenir des services et des pièces détachées pour les équipements diagnostic dans de nombreux endroits aux ressources limitées, et il faudra déployer des efforts considérables pour surmonter ces problèmes.

Assurer l'équité au fur et à mesure de l'élargissement de l'accès au traitement

Dans la plupart des pays, les populations les plus vulnérables et les plus démunies (qui sont souvent les mêmes) ont moins accès aux traitements contre le VIH que celles qui sont plus riches ou vivent dans des communautés plus prospères. Pour assurer un accès équitable au traitement au fur et à mesure de son élargissement, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA recommandent aux pays de prendre des mesures dans plusieurs domaines, et notamment de créer un organe consultatif en matière d'éthique à représentation large (conforme aux structures mises en place au titre des "Trois Principes"), de conduire un dialogue public sur l'accès équitable au traitement et à la prise en charge du VIH et d'élaborer et d'appliquer des politiques et des systèmes d'évaluation spécifiquement conçus pour encourager l'équité (OMS/ONUSIDA, 2004). En outre, les interventions programmatiques destinées à satisfaire les besoins des enfants et des femmes en matière de traitement devraient être spécialement

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE : INCERTITUDES

Le coût des médicaments a toujours constitué un problème dans la riposte au VIH. Plusieurs des médicaments préconisés dans la thérapie antirétrovirale sont protégés par des brevets et des droits de propriété intellectuelle susceptibles de limiter leur utilisation ou de maintenir leur prix à des niveaux trop élevés pour être largement mis à disposition dans les pays à faible revenu. L'élaboration de médicaments antirétroviraux génériques et la volonté manifestée par l'industrie pharmaceutique internationale de baisser les prix dans les pays à faible revenu constituent des progrès importants s'agissant de l'amélioration de l'accès au traitement.

Au cours des deux dernières années écoulées, la communauté internationale a pris de nouvelles mesures pour améliorer l'accès à des thérapies antirétrovirales financièrement abordables. En décembre 2005, l'OMC a amendé ses règles de propriété intellectuelle afin de rendre permanente une dérogation jusque-là temporaire permettant aux pays qui ne disposent pas d'une industrie pharmaceutique suffisante d'importer des médicaments génériques contre le VIH et les autres maladies transmissibles prioritaires. En 2004-2005, le PNUD et d'autres partenaires ont aidé 36 pays à tirer le meilleur parti des flexibilités et des sauvegardes à leur disposition pour accéder aux médicaments essentiels au titre de l'accord de l'OMC sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce.

Mais des incertitudes concernant la pérennité des sources existantes de génériques assombrissent les perspectives d'un accès durable aux antirétroviraux essentiels. Par exemple, on ne sait pas avec certitude si les pays disposeront d'un accès fiable à des thérapies de deuxième intention financièrement abordables et conformes aux recommandations de l'OMS relatives à l'efficacité à long terme des traitements. Les options de traitement envisageables au terme d'une thérapie de deuxième intention ne sont pas encore définies et on ignore encore comment de nombreux pays s'y prendront pour fournir ce type de thérapie dans le cadre de leurs systèmes de santé publique.

En 2005, l'Inde a révisé ses lois sur les brevets pour se conformer aux règles de l'OMC, empêchant potentiellement son industrie pharmaceutique générique de fabriquer les équivalents génériques des médicaments brevetés après 1996. Jusqu'ici, l'Inde a été une source essentielle d'antirétroviraux génériques qui ont contribué à la baisse des prix et ont rendu possible l'accès au traitement dans les pays aux ressources limitées. Si les programmes nationaux de traitement peuvent envisager de continuer à accéder à la zidovudine et à d'autres antirétroviraux de première génération à un prix abordable—en partie parce que les brevets de ces médicaments sont sur le point d'expirer—les lois révisées pourraient empêcher les pays de se tourner vers l'Inde pour obtenir des équivalents génériques abordables des antirétroviraux de deuxième intention (Havlir and Hammer, 2005).

examinées et intégrées dans les ripostes nationales, tout comme celles qui sont destinées aux populations vulnérables comme les réfugiés, les personnes déplacées et les populations les plus exposées au risque (se reporter au chapitre concernant les risques).

LES BESOINS DES ENFANTS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT

Etant donné que plus de 600 000 enfants contractent une infection à VIH chaque année, la plupart du temps transmise par la mère, l'accès à des produits diagnostics et à des traitements financièrement abordables constitue une priorité sanitaire mondiale. En 2005, l'ONUSIDA et l'UNICEF ont lancé un appel mondial à l'action et mis la communauté internationale au défi d'assurer que les thérapies antirétrovirales et la prophylaxie au moyen de l'antibiotique cotrimoxazole (voir ci-dessous) touchent 80 % des enfants en ayant besoin d'ici 2010 (UNICEF et ONUSIDA, 2005).

Un diagnostic précis de l'infection à VIH chez l'enfant peut s'avérer difficile dans les situations de précarité. En raison de la persistance des anticorps maternels jusqu'à dix-huit mois après la naissance, des tests extrêmement sensibles tels que la réaction en chaîne par polymérase ou l'évaluation de la charge virale sont généralement nécessaires pour poser un diagnostic définitif chez le jeune enfant. Ces tests ont longtemps été considérés comme inenvisageables dans des contextes de ressources insuffisantes, en raison de leur coût élevé et de la difficulté de pratiquer des prises de sang sur les nouveau-nés, mais de récentes avancées techniques utilisant des gouttes de sang séché sont prometteuses, car elles permettent un diagnostic plus précoce et évitent les prises de sang intraveineuses.

Les formules antirétrovirales susceptibles d'être utilisées chez l'enfant restent rares et ont tendance à être plus coûteuses que les traitements administrés chez l'adulte. La plupart des formules antirétrovirales pédiatriques sont des sirops dont le goût déplaît à de nombreux enfants, ce qui peut compliquer l'observance du traitement. Certains doivent être dilués dans de l'eau ou réfrigérés, ce qui est peu pratique dans certaines situations. Dans de nombreux endroits, les dosages de médicaments pour les adultes sont simplement réduits pour les enfants, avec le risque concomitant d'administrer un traitement insuffisant (qui peut conduire à une résistance aux médicaments) ou des doses trop fortes (qui peuvent entraîner des effets secondaires en raison de la toxicité des médicaments). Récemment, certains fabricants ont essayé de produire des mini-comprimés particulièrement adaptés aux jeunes enfants. Cependant, tout nouveau produit doit être correctement testé, présélectionné et homologué, ce qui prend du temps.

L'accès au cotrimoxazole est crucial, notamment là où les antirétroviraux ne sont pas encore mis à disposition. Il a été démontré que cet antibiotique, qui confère une protection contre les infections opportunistes dangereuses et peut retarder la nécessité d'entamer une thérapie antirétrovirale, réduit de plus de 40 % le risque de décès chez les enfants vivant avec le VIH (Chintu et al., 2004). Pourtant, bien que le cotrimoxazole coûte à peine US$ 0,03 par jour, on estime que 4 millions d'enfants ayant besoin de ce médicament ne sont pas encore en mesure de l'obtenir à ce jour (OMS et ONUSIDA, 2005).

Les effets secondaires associés à la thérapie antirétrovirale peuvent être parfois plus graves chez l'enfant que chez l'adulte (McComsey and Leonard, 2004). De plus,

il est parfois difficile de distinguer chez l'enfant les complications de la maladie imputables au VIH lui-même de la toxicité ou des effets secondaires associés aux médicaments utilisés pour la prise en charge de l'infection. De nombreux enfants infectés par le VIH souffrent également de tuberculose ou de malnutrition, ce qui complique encore davantage leur prise en charge médicale (OMS, 2006a).

Les enfants séropositifs au VIH sont vulnérables à des infections graves, c'est pourquoi respecter un calendrier vaccinal correct est particulièrement important dans leur cas. Les vaccinations systématiques peuvent généralement être administrées sans danger aux enfants infectés par le VIH, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour trouver les moyens d'assurer l'efficacité de la vaccination systématique des enfants vivant avec le VIH et pour permettre aux cliniciens de prendre des décisions thérapeutiques plus informées (Obaro et al., 2004).

La Figure 7.3 présente des données recueillies dans trois régions du monde, montrant le pourcentage d'enfants traités par rapport au nombre total de personnes sous thérapie antirétrovirale. En Afrique subsaharienne, près de 7 % des personnes traitées sont des enfants, en Amérique latine et aux Caraïbes, la valeur médiane pour neuf pays est de 8 %, alors qu'elle est d'environ 4 % en Asie.

CONTRÔLER L'ACCÈS AU TRAITEMENT PARMI LES FEMMES

Au fur et à mesure que s'accroît le fardeau de l'épidémie de SIDA parmi les femmes et les jeunes filles (voir le chapitre "L'épidémie de SIDA dans le monde"), il est de plus en plus nécessaire de faire en sorte que les femmes bénéficient d'un accès équitable aux médicaments antirétroviraux et aux autres traitements associés au VIH. A cette fin, les programmes de traitement devraient être conçus de manière à surmonter les nombreux obstacles auxquels les femmes et les jeunes filles sont confrontées en matière d'accès aux soins de santé et comprendre des actions susceptibles de réduire les violences dont elles sont victimes, d'abaisser le coût des traitements, de raccourcir les temps d'attente, de proposer des calendriers de consultation appropriés et un nombre suffisant d'agents de santé de sexe féminin, de combattre la stigmatisation et la discrimination et de garantir la vie privée et la confidentialité.

Il existe de nombreux documents attestant d'inégalités dans certains domaines de la prise en charge du SIDA. Au Kenya par exemple, on a constaté qu'au cours de période 2002-2004, un homme avait deux fois plus de chances d'être hospitalisé en cas de séropositivité au VIH qu'une femme, et le coût d'une consultation pour une femme était en outre supérieur de 65 % à celui réclamé à un homme (ONUSIDA, Consortium pour le suivi des ressources mondiales, 2004).

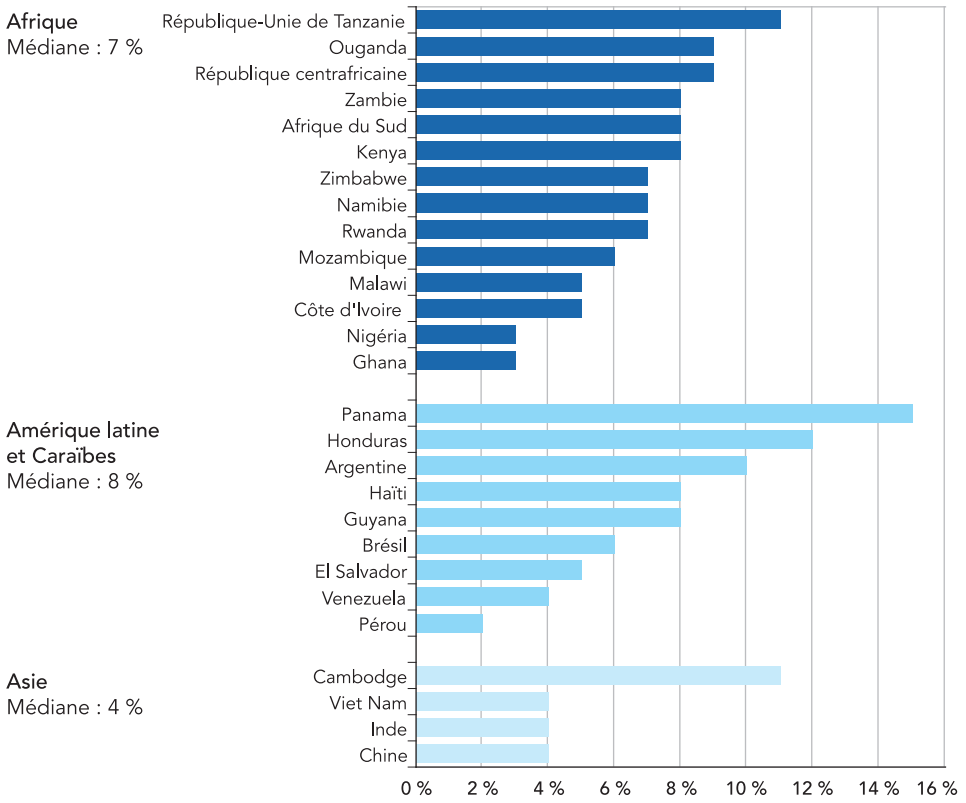
Heureusement, au fur et à mesure de l'élargissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale au cours de ces dernières années, il semble que le monde soit jusque-là parvenu à éviter de graves inégalités sexospécifiques dans l'utilisation des médicaments antirétroviraux. En juin 2005, l'ONUSIDA et l'OMS ont indiqué que des données recueillies dans des pays à revenu faible ou intermédiaire sur l'utilisation des antirétroviraux n'avaient pas permis de déceler d'inégalités notables entre hommes et femmes (OMS et ONUSIDA, 2005). En outre, le développement continu des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH—en particulier l'approche intitulée

Une bonne nutrition est aussi nécessaire pour tirer les meilleurs avantages possibles de l'utilisation de la thérapie antirétrovirale, qui est essentielle pour prolonger la vie des personnes infectées par le VIH et éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant.



07

FIGURE 7.3 Pourcentage d'enfants parmi les personnes sous traitement, par pays, 2005

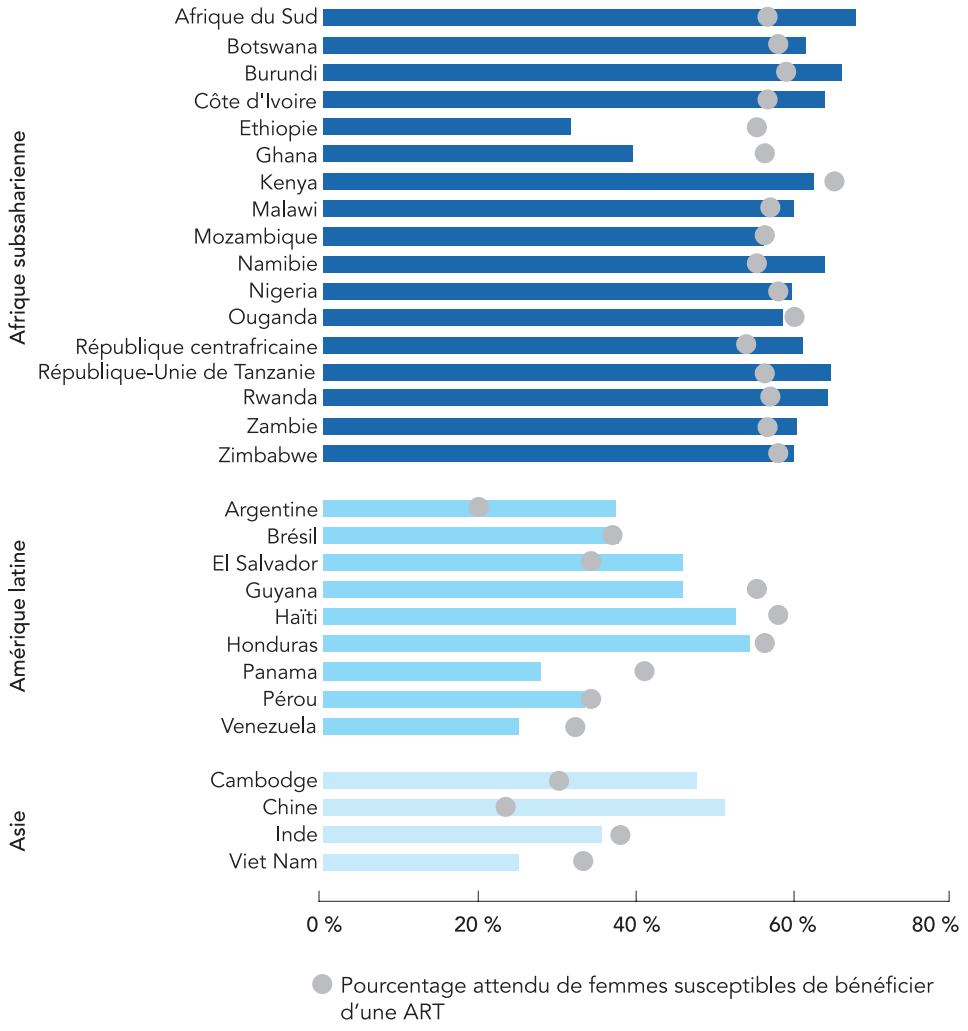


Source : OMS et ONUSIDA (2005). Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : le point sur l'initiative "3 millions d'ici 2005".

Prévention de la transmission mère-enfant-plus (PTME-Plus), qui comprend une prise en charge totale de la mère—a constitué une occasion supplémentaire d'accroître le nombre de femmes pratiquant le test et commençant à recevoir une thérapie antirétrovirale ou à être orientées vers les services appropriés. Toutefois, il importe de faciliter les possibilités d'accès aux services de dépistage du VIH et d'accompagnement psychologique ainsi qu'au traitement pour les femmes et les jeunes filles qui ne sont pas enceintes.

La Figure 7.4 présente des données recueillies dans 30 pays montrant le pourcentage de femmes par rapport au total des adultes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale,

FIGURE 7.4 **Pourcentage de femmes par rapport au total des adultes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale dans 30 pays : pourcentages réels/pourcentages attendus, 2005[a]**



[a]Le pourcentage attendu de femmes susceptibles de bénéficier d'une ART est fondé sur le pourcentage de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui sont des femmes.

Source : OMS et ONUSIDA (2005). Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : le point sur l'initiative "3 millions d'ici 2005".



L'immunosuppression liée au VIH accroît la vulnérabilité à une foule de maladies opportunistes potentiellement mortelles, y compris des maladies respiratoires, certaines infections bactériennes et fongiques et des troubles neurologiques.

comparé au pourcentage attendu. Le pourcentage attendu varie en fonction du type d'épidémie : le nombre de femmes à bénéficier d'un traitement sera plus élevé en présence d'une épidémie généralisée que dans le cas d'une épidémie concentrée parmi des consommateurs de drogues injectables (plus probablement de sexe masculin). Les données concernant l'Ethiopie et le Ghana, qui font face tous deux à des épidémies généralisées, montrent un biais éventuel vers les hommes, le pourcentage de femmes sous thérapie antirétrovirale étant bien inférieur à 50 %. En Afrique du Sud, au Burundi, au Cambodge, en Chine, et au Panama, c'est l'inverse que l'on observe, les femmes représentant une proportion plus importante que prévu des adultes sous traitement. Il n'existe actuellement que peu de données susceptibles d'expliquer précisément de telles différences entre pays.

S'appuyer sur un accès élargi au traitement pour renforcer la prévention du VIH

Elargir l'accès au traitement possédera inévitablement une forte incidence sur les actions de prévention du VIH. Un exemple caractéristique concerne la fourniture de médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes pour leurs besoins de santé et son impact majeur sur le recul du risque de transmission au cours de la naissance ou durant l'allaitement. Le risque de transmission sexuelle étant étroitement associé à la charge virale (Quinn et al., 2000), le fait de réduire la charge virale d'une personne grâce à la thérapie antirétrovirale pourrait réduire la probabilité d'une contamination. Dans le cadre d'une récente étude conduite en Ouganda, on a calculé que le risque de transmission sexuelle du VIH dans les couples sérodifférents chute de 98 % lorsque le partenaire infecté par le VIH bénéficie d'une thérapie antirétrovirale (Bunnell et al., 2006).

On peut espérer qu'un meilleur accès au traitement contribuera aux efforts de prévention du VIH en favorisant la pratique du test volontaire, en réduisant la stigmatisation associée au VIH et en apportant aux cliniciens de nouvelles possibilités de prestations de services et de renforcement des messages de prévention en milieu clinique (Groupe de travail mondial sur la prévention du

VIH, 2004). Pourtant, on peut aussi craindre qu'un accès élargi au traitement ne complique les efforts de prévention en prolongeant la durée de l'état infectieux, en contribuant à la pharmacorésistance et en générant davantage de comportements à risque, l'infection à VIH étant dès lors considérée comme moins menaçante (Over et al., 2004). Au Brésil, des enquêtes menées à Sao Paulo parmi des hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes ont montré que ceux qui manifestaient le plus d'optimisme à l'égard du traitement du VIH avaient vraisemblablement eu plus de rapports sexuels anaux sans protection avec des partenaires réguliers ou occasionnels au cours des six mois qui venaient de s'écouler que les autres (da Silva et al., 2005). Il faudra peut-être concevoir de nouvelles stratégies de prévention pour abaisser cette tension dynamique apparente entre comportements sexuels à risque et accès accru au traitement (Gayle and Lange, 2004).

Pour tirer parti des effets bénéfiques du traitement dans le cadre de la prévention du VIH et pour éviter une augmentation des comportements sexuels à risque, le Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH recommande le développement simultané de l'accès au traitement et des programmes de prévention. Les efforts engagés pour tenter de planifier le cours futur de l'épidémie de SIDA montrent systématiquement qu'une riposte qui associe le développement de la prévention et de l'accès au traitement aura un impact beaucoup plus grand sur l'épidémie qu'une riposte qui accorde la priorité à l'une plutôt qu'à l'autre des interventions (Salomon et al., 2005 ; Over et al., 2004).

Prise en charge et thérapie font un tout

Etant donné l'enthousiasme compréhensible suscité par les réussites de la thérapie antirétrovirale, on oublie parfois qu'elle ne constitue qu'un des éléments d'une stratégie globale de traitement et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Même lorsqu'ils sont sous antirétroviraux, les gens ont toutes sortes d'autres besoins, s'agissant par exemple de pouvoir se nourrir en quantité suffisante et de bénéficier d'une alimentation équilibrée en nutriments, de pouvoir prévenir et, le cas échéant, de traiter les infections opportunistes et de pouvoir bénéficier d'un soutien

AMÉLIORER LA COLLECTE DE DONNÉES DÉTAILLÉES PAR SEXE

Pour s'assurer que les femmes ont un accès équitable à la thérapie antirétrovirale, des données précises doivent être recueillies concernant le sexe des individus en bénéficiant. La Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et d'autres membres de la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA ont plaidé activement en faveur de l'intégration d'obligations d'équité sexospécifique dans les mécanismes de financement de la lutte contre le SIDA. Le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA des Etats-Unis est la première initiative importante de traitement qui recueille les données par sexe dans le cadre de ses indicateurs de résultats.

psychosocial. C'est pourquoi les actions destinées à élargir l'accès à la prise en charge et au traitement doivent être envisagées de manière globale. Par exemple, si elle est opportunément conçue et financée, la fourniture d'une prise en charge et d'un traitement complets renforcera aussi les interventions destinées à diagnostiquer et traiter d'autres maladies associées au SIDA, telles que la tuberculose et le paludisme. Il en résultera non seulement des améliorations pour le patient, mais une accélération des progrès réalisés pour tout un éventail de problèmes de santé publique.

ALIMENTATION ET NUTRITION

Une bonne nutrition ne guérira pas une infection à VIH, mais elle est essentielle pour préserver le système immunitaire d'un individu, pour conserver de bons niveaux d'activité physique et pour optimiser la qualité de vie (OMS, 2005). Une bonne nutrition est aussi nécessaire pour tirer les meilleurs avantages possibles de l'utilisation de la thérapie antirétrovirale, qui est essentielle pour prolonger la vie des personnes infectées par le VIH et éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le PAM distribue de la nourriture dans le cadre d'un programme global de thérapie antirétrovirale dans 17 pays d'Afrique.

La résolution de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA, qui a été adoptée par le Conseil exécutif lors de sa 117e session en janvier 2006, invite les Etats Membres à faire de la nutrition une composante intégrante de la riposte au VIH en identifiant les interventions de nutrition susceptibles d'être immédiatement intégrées dans leurs programmes sur le VIH et le SIDA. Il s'agit notamment de renforcer l'engagement politique en faveur de la nutrition et du VIH dans le plan d'action des pays en matière de santé ainsi que les composantes relatives à la nutrition des politiques et programmes de lutte contre le VIH et le SIDA, et d'intégrer les questions liées au VIH et au SIDA dans les politiques et programmes nationaux en matière de nutrition.

A ce jour cependant, les interventions engagées dans le domaine de la nutrition n'ont pas été largement intégrées dans les plans nationaux de traitement. Au dispensaire Harriet Shezi de l'hôpital Chris Hani Baragwanath, en Afrique du Sud, par exemple, 6 % seulement des enfants sous antirétroviraux ont accès à un complément nutritionnel, sous forme de farine de maïs et de lait en poudre vitaminés, et le personnel est insuffisant pour fournir un conseil aux malades sur les questions de nutrition. Les Coparrainants de l'ONUSIDA comme l'UNICEF, le PAM et l'OMS collaborent étroitement pour assurer l'intégration de l'alimentation et de la nutrition dans l'élargissement de l'accès au traitement, en tant qu'interventions de traitement mais aussi comme moyen d'atténuer les effets du SIDA sur les individus et les communautés (voir le chapitre "Réduire l'impact"). Les organisations qui dispensent des services aux réfugiés et aux personnes déplacées ont constaté que les programmes d'alimentation et de nutrition peuvent également être l'occasion pour eux d'apporter une éducation à la prévention du VIH. Le HCR et le PAM ont collaboré à l'élaboration de 20 stratégies programmatiques qui intègrent des activités liées au VIH dans le cadre de l'appui prodigué à l'intérieur des camps de réfugiés en matière d'alimentation et de nutrition. Ces stratégies

ont été mises en œuvre dans des camps de réfugiés en Ouganda et en Zambie (HCR/PAM, 2004)

TUBERCULOSE

La tuberculose est une des principales causes de décès liées au SIDA, c'est pourquoi le diagnostic, la prévention et le traitement de la tuberculose sont d'une importance capitale (voir le chapitre "Réduire l'impact"). Plusieurs obstacles entravent le diagnostic et le traitement en temps opportun de la tuberculose, et il conviendra de les surmonter. Par exemple, étant donné que les tests de diagnostic rapide systématiquement utilisés dans les pays à revenu élevé sont souvent introuvables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, un pourcentage important des personnes atteintes de tuberculose doivent attendre plusieurs semaines avant de connaître leur diagnostic, ce qui menace leur propre santé et celle des personnes qui les entourent.

Les personnes séropositives au VIH et atteintes d'une tuberculose latente diagnostiquée ont besoin d'une thérapie préventive pour éviter de développer une tuberculose active potentiellement mortelle. Cependant, il est important d'exclure la tuberculose active lorsqu'on emploie l'isoniazide en prophylaxie de la tuberculose, ce qui présente des difficultés opérationnelles importantes. La couverture de la thérapie préventive est très limitée, 1 % seulement des adultes infectés par le VIH dans le monde étant traités, et cette couverture est pratiquement nulle en Afrique subsaharienne (USAID et al., 2003).

Il est également urgent de mettre au point des schémas thérapeutiques améliorés et simplifiés pour traiter la tuberculose. Une résistance croissante aux médicaments antituberculeux disponibles accroît le coût et la complexité de la lutte contre la tuberculose et souligne la nécessité de disposer de nouveaux médicaments. Au Botswana, la prévalence de la résistance à un médicament antituberculeux au moins parmi les individus qui ont fait un test VIH anonyme est passée de 3,7 % en 1995 à 10,4 % en 2002 (Nelson et al., 2005). Des traitements plus simples et plus courts de la tuberculose permettront d'augmenter les taux d'achèvement des traitements et de réduire l'apparition de la résistance. L'Alliance mondiale pour la mise au point de médicaments antituberculeux, qui pilote les actions mondiales destinées à générer de nouveaux médicaments pour soigner la tuberculose, est une alliance publique-privée qui a conçu depuis les années 1960 la filière la plus complète de recherche sur les médicaments antituberculeux, dans le but d'assurer la mise au point d'un nouveau médicament au moins au cours de la prochaine décennie.

INFECTIONS OPPORTUNISTES

L'immunosuppression liée au VIH accroît la vulnérabilité à une foule de maladies opportunistes potentiellement mortelles, y compris des maladies respiratoires, certaines infections bactériennes et fongiques et des troubles neurologiques (Felkin et al., 2004). L'infection à VIH peut également accroître le risque de certains cancers notamment chez les individus atteints d'une infection jumelée avec le papillomavirus humain (Sobhani et al., 2004). Il arrive que la moitié des personnes vivant avec le VIH soit atteinte d'infections buccales, parfois au tout début de l'infection à VIH (Petersen et al., 2005). La thérapie antirétrovirale réduit considérablement l'incidence de ces infections opportunistes invalidantes et potentiellement mortelles.

ALIMENTATION ET TRAITEMENT POUR LES PLUS DÉMUNIS

Le PAM a plaidé avec détermination en faveur d'une intensification de l'attention portée au rôle de l'alimentation et de la nutrition dans le traitement et la prise en charge du VIH, travaillant étroitement avec l'initiative "3 millions d'ici 2005" de l'OMS. En 2005, le PAM a fourni un appui alimentaire et nutritionnel à neuf millions de personnes séropositives au VIH et à d'autres personnes affectées par le VIH et le SIDA dans le cadre de divers programmes développés en Afrique, en Asie et en Amérique latine.

L'importance de l'alimentation et du soutien nutritionnel pour la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH étant dorénavant mieux reconnue, le PAM apporte maintenant un soutien alimentaire en parallèle à la thérapie antirétrovirale dans 17 pays africains. Dans de nombreux cas, les activités en sont encore au stade de projets pilotes et ont généralement été mises en œuvre depuis moins de deux ans. On espère que les études des différentes approches de fourniture d'aliments et d'appui nutritionnel aux personnes sous traitement, couplées à une évaluation rigoureuse, permettront de mettre au point un modèle susceptible d'être élargi. A ce jour, les programmes pilotes du PAM ont abouti à plusieurs approches innovantes.

Au Malawi, le PAM travail avec l'ONG internationale Action contre la faim pour fournir à des malades gravement malnutris une ration quotidienne d'une pâte d'arachides enrichie en protéines et en énergie, mise au point en France vers la fin des années 1990. Cette pâte prête à l'emploi est très efficace pour la réalimentation des enfants gravement malnutris. Pour les patients atteints de formes moins graves de malnutrition, des emballages individuels composés d'un mélange maïs-soja et d'huile végétale sont distribués. On utilise l'indice de masse corporelle et le stade atteint par le VIH pour déterminer si les personnes sont éligibles pour une aide alimentaire. Les effets tels que la prise de poids et le temps de récupération sont étroitement contrôlés afin de documenter les résultats.

L'approche faisant l'objet du projet pilote du Malawi est axée sur une prise en charge individualisée, mais de nombreux pays se sont aperçus qu'une proportion importante des personnes qui demandent une thérapie antirétrovirale est touchée par l'insécurité alimentaire au niveau de la famille, ce qui est une conséquence fréquente de la maladie prolongée du principal salarié du ménage. Une telle vulnérabilité constitue un réel défi pour les prestataires de services. Etant donné qu'elles manquent à la fois de revenus et de sécurité alimentaire, les familles ont de la peine à privilégier les soins plutôt que la nourriture, ce qui signifie que l'alimentation fournie aux malades sera vraisemblablement partagée avec les membres de la famille, réduisant ainsi les avantages attendus. Pour contribuer à résoudre ce problème, de nombreux pays offrent une ration de protection en plus de la ration individuelle, afin de minimiser le partage à l'échelle de la famille. Au Mozambique et en Zambie, des agents de santé ont également élaboré des listes de contrôle relatives à la sécurité alimentaire, qui sont utilisées par les soignants ou par les agents communautaires pour identifier les ménages qui auraient le plus besoin d'une aide alimentaire.

A l'ère des médicaments antirétroviraux, la prévention et le traitement des infections opportunistes associées au VIH restent des piliers de la riposte mondiale au SIDA. Même dans les pays à revenu élevé où la thérapie antirétrovirale est partout disponible, les infections opportunistes constituent toujours une importante cause de décès parmi les personnes vivant avec le VIH (Bonnett et al., 2005). La thérapie antirétrovirale échoue chez une proportion importante de malades, souvent parce qu'ils ne respectent pas totalement les traitements prescrits ou présentent une résistance préexistante à l'un ou l'autre des antirétroviraux. Pour ces personnes—et pour la majorité des séropositifs au VIH dans le monde qui n'ont actuellement pas accès à la thérapie antirétrovirale—le traitement des infections opportunistes peut faire la différence entre la vie et la mort.

Etant donné qu'un grand nombre d'infections opportunistes comme la tuberculose, le paludisme, la pneumonie bactérienne, l'entérite bactérienne ou la diarrhée sont provoquées par des agents infectieux qui sont depuis longtemps répandus dans la communauté, le traitement de ces maladies devrait être facilement accessible. D'autres, comme la pneumonie à protozoaires Pneumocystis carinii, peuvent être évitées et traitées au moyen d'antibiotiques largement disponibles comme le cotrimoxazole. Cependant, certaines maladies opportunistes—notamment les infections cryptococciques, les infections à herpès simplex disséminé et les infections provoquées par le cytomégalovirus et le virus de l'hépatite C, la toxoplasmose et le sarcome de Kaposi—exigent des médicaments complexes et coûteux qui ne sont ni disponibles ni abordables dans de nombreux endroits.

En fait, seule une fraction des personnes vivant avec le VIH ont un accès fiable à la prophylaxie ou à des traitements avérés des infections opportunistes. A l'échelle mondiale, 4 % seulement des adultes infectés par le VIH et 1 % des enfants vivant avec le VIH parviennent jusque-là à obtenir du cotrimoxazole, médicament peu coûteux qui permet de prévenir la pneumonie à Pneumocystis carinii ou d'autres infections bactériennes. Plusieurs études ont montré les avantages de cet antibiotique dans différents lieux et situations, mais malheureusement, dans le monde, bien peu de centres ou de programmes manifestent un réel enthousiasme à l'égard de cette intervention simple de preé-thérapie antirétrovirale. Ce faible taux de couverture est particulièrement préoccupant pour les nourrissons nés de mères infectées par le VIH et identifiés comme exposés au VIH par les programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Les directives récemment révisées de l'OMS soulignent la nécessité d'élargir considérablement la mise en œuvre de cette intervention simple et d'étudier en outre à quel stade interrompre l'administration de cotrimoxazole aux enfants et aux adultes qui ont entamé une thérapie antirétrovirale (OMS, 2006b).

Plusieurs des traitements de pointe des infections opportunistes sont actuellement financièrement inabordables pour de nombreux systèmes nationaux de santé publique. En République dominicaine par exemple, certains des médicaments les plus coûteux utilisés pour traiter des infections opportunistes courantes—p. ex. le fluconazole, l'amphotéricine B, l'acyclovir et le ganciclovir—ne sont disponibles que si on les achète directement dans les pharmacies privées, option qui est économiquement inenvisageable pour la plupart des personnes vivant avec le VIH (International Treatment Preparedness Coalition, 2005). Toutefois, des progrès

ont été faits sur plusieurs fronts. Par exemple, par l'intermédiaire de son programme de dons, Pfizer offre gratuitement ou à des tarifs très réduits du fluconazole alors qu'en Afrique du Sud, la pression des activistes a convaincu Bristol-Myers Squibb, fabricant de l'amphotéricine B, de réduire radicalement le prix de ce médicament en 2005 (Bicanic et al., 2005).

ATTÉNUER ET GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES

Les médicaments antirétroviraux sont extrêmement efficaces pour ralentir la progression des maladies associées au VIH, mais ils provoquent d'importants effets secondaires chez certaines personnes, et quelques-uns peuvent même altérer le pronostic vital. Des réactions cutanées graves, l'hépatite, l'anémie et des maladies cardio-vasculaires figurent parmi ces effets secondaires. Certains des effets secondaires chroniques peuvent être débilitants (dans le cas de l'intolérance gastro-intestinale chronique par exemple) ou entraîner des modifications altérant l'apparence physique (p. ex. lipodystrophie et lipoatrophie). Le nombre et la gravité des effets secondaires varient en fonction de l'état nutritionnel ou d'autres

INFECTION CONCOMITANTE DU VIH ET DE L'HÉPATITE B ET C

Les transfusions de sang non contrôlé et la consommation de drogues injectables sont les principaux modes de transmission à la fois du VIH et des virus de l'hépatite B ou C. C'est pourquoi un grand nombre de personnes séropositives au VIH sont également infectées par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C. Aux Etats-Unis et en Europe, on estime que 30 % des personnes infectées par le VIH le sont aussi par le virus de l'hépatite C (Kontorinis, Agarwal and Dieterich, 2005), dont 90 % au moins des personnes qui ont contracté le VIH par la consommation de drogues injectables (CDC, 2003). Même au Kenya, où la consommation de drogues injectables est beaucoup moins courante que dans certaines autres parties du monde, il a été démontré que près d'un patient sur 25 testé dans un des grands dispensaires SIDA présentait une infection concomitante du VIH et de l'hépatite C (Karuru et al., 2005). L'infection à VIH est susceptible d'accélérer la progression de l'hépatite C, ce qui accroît le risque de maladie mortelle du foie (Bonacini et al., 2004).

Deux des antirétroviraux efficaces contre le VIH sont également utiles contre le virus de l'hépatite B et la thérapie antirétrovirale pourrait apporter des avantages indirects aux malades atteints d'hépatite B chronique. Il existe des traitements efficaces à la fois pour l'hépatite C nouvellement contractée et pour l'hépatite chronique, mais les médicaments sont coûteux (US$ 25 000 en moyenne pour un traitement de 48 semaines) et sont rarement disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le moment choisi pour commencer une thérapie contre l'infection par l'hépatite C peut également être affecté par la présence d'une infection à VIH, et les cliniciens conseillent de restaurer l'immunité après l'instauration d'une thérapie antirétrovirale avant de lancer le traitement antiviral de l'hépatite C (Cooper, 2005). Pour faire en sorte que les consommateurs de drogues injectables tirent le meilleur parti des thérapies antirétrovirales, des directives nationales devraient fournir une orientation claire concernant les antirétroviraux destinés aux individus atteints d'une infection concomitante du VIH et du virus de l'hépatite B ou C.

caractéristiques des différents groupes de patients. La prise en charge médicale des malades sous antirétroviraux doit aussi tenir compte des interactions éventuelles entre médicaments—plus particulièrement entre les médicaments antituberculeux (comme la rifampicine) et certaines classes d'antirétroviraux—ainsi que du traitement à long terme de l'hépatite C. Avec l'élargissement de l'accès au traitement, l'expérience acquise apporte un éclairage sur les questions de sécurité des malades dans les situations où les ressources sont limitées et fournit une information utile pour l'examen régulier des directives et recommandations relatives au traitement formulées par l'OMS pour obtenir des schémas thérapeutiques optimaux de première et de deuxième intention.

SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

La plupart des pays allouent moins de 1 % des budgets nationaux de santé à la santé mentale et les pays à revenu faible ou intermédiaire comptent proportionnellement beaucoup moins de professionnels de la santé mentale que les pays industrialisés. Ceci constitue un obstacle à l'ensemble des soins et au traitement destinés à être administrés, car l'infection à VIH peut entraîner des déficiences mentales et neurologiques, et qu'un nombre important de personnes vivant avec le VIH sont atteintes de troubles cognitifs sous-jacents et de problèmes liés à l'abus de substances (McArthur et al., 2005). Une maladie mentale qui n'est pas traitée ne réduit pas seulement la qualité de vie des individus et des familles affectées par le VIH, elle est aussi fortement associée au non-respect des schémas thérapeutiques (Singh et al., 1999 ; Gordillo et al., 1999). A ce jour la planification des programmes de prise en charge et de traitement du VIH n'a que rarement tenu compte de la nécessité d'intégrer des interventions solides de santé mentale et de soutien psychosocial (Baingana et al., 2004).

La thérapie antirétrovirale est probablement l'intervention unique la plus efficace pour combattre les troubles mentaux liés au VIH, car elle réduit l'incidence de la démence et améliore les fonctions cognitives et comportementales. Toutefois, elle n'a peut-être pas d'effet sur la dépression sous-jacente et d'autres problèmes de santé mentale qui ne sont pas associés à l'infection à VIH elle-même (Siegel et al., 2004). Les initiatives d'élargissement de l'accès aux antirétroviraux doivent s'accompagner d'un renforcement de la capacité à reconnaître la maladie mentale, de l'intégration des services psychosociaux dans les programmes de traitement et d'un accès accru aux médicaments psychotropes (Baingana et al., 2004).

Soins palliatifs

Même lorsqu'on dispose des meilleurs traitements contre le VIH, les soins palliatifs permettant la prise en charge des symptômes, le contrôle de la douleur et les soins en fin de vie restent un élément important de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH. L'OMS a produit des directives relatives aux soins palliatifs intitulées Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (OMS, 2006b), mais il existe peu d'autres manuels, protocoles et systèmes de contrôle de la douleur et de gestion des soins en fin de vie dans les lieux où les ressources sont limitées.

Récemment, un examen analytique de 26 organisations offrant des services de soins palliatifs en Afrique subsaharienne a montré que les soins palliatifs dans les hôpi-

taux étaient pratiquement inexistants dans la région en raison de leur coût élevé et de la faible priorité que leur accordent les systèmes de santé. Bien que l'on ait prouvé depuis longtemps que les soins à domicile constituaient une excellente source de soutien palliatif pour les personnes vivant avec le VIH, l'accès à ce type de soins est faible, en particulier en milieu rural. Généralement, les besoins intenses et variés des individus vivant avec le VIH dépassent la capacité des ressources de soutien dans les communautés et la stigmatisation associée au VIH et au SIDA décourage les ménages affectés de recourir à des services palliatifs auxquels ils pourraient avoir accès. Un engagement accru est impératif pour intégrer les soins palliatifs dans la prise en charge globale des malades et pour mettre en place des protocoles simplifiés de soins palliatifs susceptibles d'être dispensés par des personnels qualifiés et non qualifiés (Harding and Higginson, 2005).

La recherche est vitale

L'identification et l'application rapide de nouvelles connaissances ont constitué l'un des piliers de l'initiative "3 millions d'ici 2005". L'initiative a particulièrement mis l'accent sur l'apprentissage pratique, accordant une priorité élevée à l'évaluation et à l'analyse continues de la performance des programmes et à la recherche opérationnelle ciblée.

L'OMS, en collaboration avec le Secrétariat de l'ONUSIDA et d'autres partenaires, a élaboré des directives de suivi des malades pour la prise en charge du VIH et la thérapie antirétrovirale afin d'aider les centres de soins de santé primaires à recueillir des données de suivi sur les adultes et les enfants. Les dossiers des patients et les registres des centres de santé produisent des données qui peuvent être utiles pour les activités d'évaluation. L'OMS a soutenu quatre pays dans l'élaboration de plans de recherche opérationnelle liée à l'élargissement de l'accès au traitement, et des donateurs bilatéraux investissent également des moyens importants dans des évaluations ciblées des programmes.

On note actuellement d'importantes variations dans les directives relatives au moment opportun pour entamer une thérapie antirétrovirale, car aucun essai randomisé n'a été effectué à ce jour afin de déterminer le moment optimal pour commencer ce type de traitement (Wood et al., 2005). Parmi les questions encore sans réponses, on peut noter les éventuels avantages cliniques à long terme de la thérapie antirétrovirale au cours de l'infection primaire. D'autres recherches sont nécessaires pour offrir aux cliniciens et aux malades une base plus solide sur laquelle appuyer les grandes décisions en matière de traitement.

Des recherches supplémentaires sont également nécessaires dans le domaine de la prévention et du traitement des infections opportunistes. Par exemple, si la thérapie antirétrovirale atténue l'incidence et la gravité de la démence liée au VIH, la prévalence des maladies neurologiques chez les personnes vivant avec le VIH dans les régions qui disposent depuis longtemps d'un accès aux antirétroviraux, a en fait augmenté. Ceci souligne la nécessité de mettre en place de nouvelles stratégies thérapeutiques susceptibles d'agir directement sur le système nerveux central (Percy et al., 2005).

Réduire l'impact du SIDA 08





Chapitre 08



RÉDUIRE L'IMPACT DU SIDA

Les activités d'atténuation ont pour but de faire disparaître ou de réduire les ravages de l'épidémie de SIDA sur les individus, les familles et les communautés, les institutions et, dans certains cas, les économies et les systèmes sociaux.

Tout comme cela se fait dans la riposte élargie au SIDA, les actions entreprises pour atténuer son impact doivent renforcer les autres initiatives de santé et de développement, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement en vue d'éradiquer l'extrême pauvreté, de réduire le fardeau de la maladie, de parvenir à l'éducation primaire universelle, d'assurer l'égalité entre les sexes, de protéger l'environnement et d'instaurer un partenariat mondial en faveur du développement. Les liens entre la mauvaise santé et la pauvreté sont bien connus et constituent un argument de poids pour faire figurer le SIDA au cœur du plan d'action international en faveur du développement (OMS, 2001).

L'intérêt croissant pour le SIDA manifesté par les institutions de développement et les instances gouvernementales nationales est l'occasion de renforcer ou de mettre en place des systèmes de santé, d'enseignement et d'aide sociale dans les régions où ils sont peu développés ou insuffisamment financés. Les améliorations apportées dans ces domaines—par exemple une meilleure couverture des services essentiels de santé reproductive, des projets relatifs à l'eau et à l'assainissement ou des mesures de réduction de la pauvreté—contribueront alors à réduire l'impact du SIDA, quand bien même ce n'est pas leur objectif premier. Dans les pays qui sont confrontés, outre le SIDA, à toutes sortes de difficultés, des approches indirectes de ce type complètent utilement les programmes de prévention, de prise en charge et de traitement spécifiques au VIH (Sengwana et Quinlan, 2004). La protection et le renforcement de la capacité humaine, à un moment où la maladie arrache au monde du travail un personnel qualifié et prive à la fois l'Etat et le secteur privé de leurs compétences et de leur expérience, sont des composantes importantes de l'atténuation dans les pays connaissant des épidémies généralisées (PNUD, 2005).

Comme les initiatives de prévention et de prise en charge, les programmes d'atténuation du SIDA doivent être intégrés dans les processus de développement à plusieurs

niveaux (voir le chapitre sur les ripostes nationales). Il s'agit notamment des instruments internationaux et nationaux relatifs au développement, par exemple le Cadre d'aide au développement des Nations Unies et les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, mais également de l'action de la société civile exécutée par les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires ou confessionnels sur le terrain.

Etant donné que les effets sociaux et économiques du décès des adultes en raison de maladies liées au SIDA pèsent particulièrement lourdement sur les familles pauvres, dont beaucoup sont gérées par des femmes, les programmes de développement devraient comporter des mesures en faveur des pauvres et des éléments qui tiennent compte des questions sexospécifiques (Mather et al., 2004). La société civile a un rôle essentiel à jouer à cet égard, notamment en contribuant, par le plaidoyer et les pressions politiques, à faire en sorte que ces efforts soient viables à long terme et ne soient pas perturbés par les cycles politiques.

Il est important de souligner que l'atténuation du SIDA ne saurait être considérée comme une alternative à la prévention du VIH : elle est un élément crucial d'une riposte mondiale complète au SIDA. En termes économiques, tout succès remporté dans la prévention de l'infection aujourd'hui représente d'énormes économies en termes d'argent et d'efforts dans l'avenir.

Il est essentiel de baser toutes ces actions sur les droits humains. Les programmes d'atténuation du SIDA, en plus de parvenir aux résultats désirés—stabilité des revenus et sécurité alimentaire, soutien aux orphelins et aux autres enfants rendus vulnérables par le SIDA, égalité entre les sexes, etc.—doivent s'appuyer sur des processus fondés sur les droits. Cela signifie qu'ils doivent être participatifs, transparents et impliquer toutes les personnes touchées par l'épidémie.

Soutien aux personnes séropositives au VIH et à leur famille

Les personnes les plus directement touchées par le SIDA sont, bien entendu, celles qui vivent avec le VIH ainsi que leur famille. Par conséquent, la priorité



Les programmes d'atténuation du SIDA doivent s'appuyer sur des processus fondés sur les droits. Cela signifie qu'ils doivent être participatifs, transparents et impliquer toutes les personnes touchées par l'épidémie.

Des pays tels que le Botswana, la Namibie, le Malawi, le Rwanda et le Zimbabwe ont tous mis en place des politiques nationales globales à l'intention des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables par le SIDA.



primordiale de l'atténuation est de permettre aux personnes séropositives au VIH de rester en bonne santé aussi longtemps que possible grâce à des interventions telles que la thérapie antirétrovirale, l'appui nutritionnel et le traitement des infections opportunistes. Dans la plupart des pays à faible ou moyen revenu, cela implique l'expansion des services de santé pour accroître l'accès aux services de conseil et de test VIH (étant donné que la plupart des personnes séropositives au VIH dans le monde ne connaissent pas leur statut sérologique) et améliorer l'accès à la prise en charge et au traitement. Il ne faut pas oublier non plus que la santé d'un grand nombre des personnes séropositives au VIH dans les pays à faible ou moyen revenu est minée par la tuberculose, le paludisme, les infections sexuellement transmissibles et toutes sortes de maladies parasitaires telles que la schistosomiase (également appelée bilharziose). L'impact du SIDA peut donc être atténué en combattant ces maladies par des interventions de santé publique relativement peu coûteuses, comme les programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles et des maladies parasitaires (Stillwaggon, 2005).

La thérapie antirétrovirale peut avoir un effet rapide non seulement sur la santé d'une personne vivant avec le SIDA, mais aussi sur sa vie sociale et économique. Une étude récente a estimé l'impact économique de ce traitement en Afrique subsaharienne, en se fondant sur la participation au travail des malades du SIDA (c.-à-d. des personnes suivant un traitement) et des enfants et adultes vivant avec ces malades. L'étude a montré que dans les six mois suivant le lancement d'un traitement, la probabilité qu'un malade travaille augmentait de 20% et que les heures hebdomadaires de travail augmentaient de 35%. Les chercheurs ont fait l'observation suivante : « Etant donné que la santé des patients aurait continué à se détériorer s'ils n'étaient pas sous traitement, ces résultats en matière de main-d'œuvre sous-estiment de fait l'impact du traitement sur les personnes traitées » (Thirumurthy et al., 2005).

L'accès à la thérapie antirétrovirale peut aussi apporter des avantages économiques et sociaux importants pour ceux qui s'occupent des personnes vivant avec le VIH et de leur famille. Les soignants plus âgés notamment sont soulagés lorsque la santé de la personne dont ils occupent s'améliore.

ASSURER LE GAGNE-PAIN DES ORPHELINS ET DES ENFANTS VULNÉRABLES

Le PAM et la FAO ont adopté une approche novatrice pour assurer aux orphelins et aux enfants affectés par le SIDA un gagne-pain pour l'avenir et la sécurité alimentaire à long terme. Associant des techniques agricoles traditionnelles et modernes, les JFFLS (Ecoles pratiques d'agriculture et d'apprentissage à la vie pour jeunes agriculteurs) forment des enfants entre 12 et 17 ans (garçons et filles en nombre équivalent) pendant 12 mois, en s'attachant principalement aux pratiques agricoles telles que la préparation des champs, la récolte, le stockage, la nutrition et les compétences commerciales. L'éducation à la prévention du VIH est intégrée au programme d'enseignement. Les enfants participent à ces écoles pratiques trois fois par semaine et reçoivent deux repas par jour (FAO, 2006). Ce modèle a montré un tel potentiel que le Ministère de l'Agriculture du Mozambique a intégré cette approche dans son plan national relatif à l'agriculture.

La demande en matière de soins physiques peut être réduite ou même totalement éliminée, le stress émotionnel du soignant s'abaisse et son bien-être économique s'améliore (HelpAge International, 2005).

Il est probable que ce sont les programmes complets comprenant un appui psychosocial et financier et une prise en charge médicale qui devraient fournir les meilleurs résultats pour atténuer l'impact du SIDA sur les individus. En Chine, une politique nationale fondée sur la gratuité des services et la prise en charge en tient compte et offre les avantages suivants aux personnes vivant avec le VIH :

- gratuité des antirétroviraux pour les malades du SIDA dans les campagnes ou ceux qui, en zones urbaines, connaissent des difficultés financières ;
- gratuité du conseil et du test volontaires ;
- gratuité des médicaments pour les femmes enceintes infectées par le VIH en vue de prévenir la transmission mère-enfant, ainsi que la gratuité du test VIH pour les nouveau-nés ;
- gratuité de la scolarité pour les enfants rendus orphelins par le SIDA ; et
- prise en charge et aide économique pour les familles des personnes vivant avec le VIH et le SIDA.

Cette politique est particulièrement appropriée pour les préfectures de Chine connaissant une forte prévalence, où un tiers environ des malades du SIDA en sont au dernier stade de la maladie et ne cherchent à se faire soigner que lorsque les symptômes des infections opportunistes menacent leur vie. Elle veille à ce qu'un grand nombre de personnes soient en mesure de reprendre une vie normale, sans subir le lourd fardeau financier que les personnes séropositives au VIH supportent dans de nombreuses parties du monde (ONUSIDA, 2006).

Protéger les revenus et le niveau de vie

Bien des familles affectées par le SIDA doivent dans l'urgence préserver ou rétablir leur source de revenu, notamment dans les régions où les dispositifs de protection sociale sont rares et où la pauvreté largement répandue ne permet

pas aux familles ou aux voisins d'apporter un appui suffisant.

SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE

Parmi les options politiques susceptibles d'atténuer l'impact du SIDA, notamment en Afrique subsaharienne, l'extension des systèmes de protection sociale et de bien-être social bénéficie d'une priorité croissante (Wilton Park et UNICEF, 2005). Les options de protection sociale comprennent un large éventail de mesures, dont des programmes d'assistance publique, l'appui aux enfants et orphelins, les travaux publics générateurs d'emplois, les systèmes nationaux de retraite, les allocations destinées aux indigents et les systèmes de micro-crédit. Etant donné que les personnes les plus touchées par le SIDA sont celles qui sont le moins à même de financer des services, des mesures spécifiques de paiement bénéficiant aux défavorisés, p. ex. des exemptions et des bons pour les personnes ayant un revenu inférieur à un certain seuil, pourraient être instituées dans les endroits où les services médicaux sont dispensés moyennant une participation financière (Onwujekwe et Uzochukwu, 2005). S'il est probable que les fonds des donateurs restent nécessaires pendant encore des années dans les pays les plus touchés, des systèmes de financement soutenus par un impôt ou fondés sur des assurances devront être mis en place ou élargis pour pérenniser la protection sociale (Russell, 2004).

Récemment, l'UNICEF a commandé une vaste étude sur les interventions de protection sociale destinées aux orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le SIDA dans 15 pays d'Afrique orientale et australe (UNICEF, 2005a). L'étude, qui regroupait les interventions dans les trois catégories de l'enseignement, des travaux publics et des systèmes de transfert en espèces, a montré que de nombreuses approches sont appliquées dans la région, allant des programmes de subsides alimentaires au Mozambique au programme pilote de transfert en espèces de la Zambie destiné aux 10% les plus pauvres des familles (Kalomo District Pilot Social Cash Transfer Scheme— programme social pilote de transfert en espèces). Cependant, leur portée est limitée et bien des interventions auraient gagné en efficacité si elles avaient été planifiées et coordonnées en commun.

Par exemple, les programmes de transfert en espèces (c.-à-d. subventions aux familles de placement, subsides alimentaires et systèmes de pension auxquels il n'est pas nécessaire de cotiser) deviennent plus courants pour combattre la pauvreté chronique, l'insécurité alimentaire et le SIDA dans les pays d'Afrique orientale et australe à forte prévalence du VIH. Plusieurs types de programmes ont été exécutés ou essayés, souvent, mais pas toujours, avec l'appui de donateurs internationaux et d'organisations non gouvernementales. L'étude a montré que même s'ils étaient rarement destinés spécifiquement aux enfants, ces derniers ont bénéficié de ces investissements, à la fois directement et indirectement. Elle a relevé que ces transferts en espèces renforçaient les autres mesures de protection sociale destinées aux enfants affectés par le SIDA, par exemple l'accès à la santé et à l'éducation, la protection juridique et le soutien psychosocial (Save the Children, HelpAge International et Institute of Development Studies, 2005).

De même, les pensions destinées aux personnes âgées sont utiles en raison du nombre élevé d'orphelins et d'autres enfants rendus vulnérables par le SIDA qui sont pris en charge par leurs grands-parents. Une récente étude de l'Organisation internationale du Travail concernant le coût de la protection sociale dans les pays



C'est avant que l'impact du SIDA ne devienne grave, lorsque la santé des gens est encore assez bonne pour leur permettre d'épargner et d'utiliser les prêts pour des activités productives, que le microfinancement se révèle généralement le plus utile aux ménages.

à faible revenu en Afrique estime qu'une pension universelle n'exigeant pas de cotisation d'un montant de US$ 15 par mois, attribuée aux personnes de plus de 65 ans ou atteintes d'une incapacité coûterait moins de 1% du produit intérieur brut dans les sept pays étudiés (Pal et al., 2005).

MICROFINANCEMENT

Des systèmes de microfinancement sont utilisés pour contribuer à protéger les revenus et les biens des ménages touchés par le SIDA. Plusieurs d'entre eux sont pilotés par les donateurs, mais certains émanent d'initiatives locales, par exemple de coopératives. Les produits et services offerts aux familles touchées par le SIDA dans divers pays comprennent notamment le conseil financier spécialisé, des prêts d'urgence ou à des conditions de faveur, des encouragements à l'épargne, des assurances obsèques et des fonds en fidéicommis pour l'éducation à l'intention des enfants (Mathison, 2005 ; CGAP, 2003).

C'est avant que l'impact du SIDA ne devienne grave, lorsque la santé des gens est encore assez bonne pour leur permettre d'épargner et d'utiliser les prêts pour des activités productives, que le microfinancement se révèle généralement le plus utile aux ménages. Il peut également être utile plus tard ou pour soutenir les activités productives des membres de la famille qui sont en bonne santé (Murray, 2005). Depuis 2002 en Thaïlande, une approche novatrice appelée Positive Partner Project, qui bénéficie du financement et de l'appui technique de l'Association de développement communautaire du pays, est parvenue à associer des personnes séropositives et séronégatives dans des partenariats générateurs de revenus. Ces partenariats peuvent obtenir des prêts à hauteur de US$ 600, qui sont utilisés pour créer des revenus et des emplois dans des activités telles que l'élevage du bétail, les services de blanchisserie et d'autres entreprises rapidement rentables et peu coûteuses (PDA, 2005).

Au Mozambique, le Syndicat provincial des petits agriculteurs et l'organisation non gouvernementale HelpAge International aident des personnes âgées qui s'occupent de certains membres de leur famille touchés par le VIH à mettre en place des comités de personnes âgées (*Conselhos dos Idosos*) dans le double but de réduire les coûts de la prise en charge et d'améliorer les revenus. Le besoin est évident : alors

que le revenu mensuel moyen d'une personne âgée dans les zones rurales du Mozambique n'est que de US$ 12, le coût mensuel de prise en charge d'un orphelin est d'environ US$ 21, alors qu'il en coûte US$ 30 de s'occuper d'une personne vivant avec le SIDA. Utilisant les profits de petites entreprises financées par un dispositif communautaire de crédit (qui est lui-même un moyen d'améliorer les possibilités de revenus), un fonds social organisé par ces comités finance les transports vers les centres de dépistage du VIH et les dispensaires qui offrent une thérapie antirétrovirale. Il existe actuellement 44 comités de personnes âgées dans quatre districts ruraux (HelpAge International, 2005).

Les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le SIDA

Des millions d'enfants ont été rendus orphelins par le VIH, ou fortement affectés par les effets multiples du SIDA sur leur famille et leur communauté. L'épidémie continue à entraîner une augmentation de la mortalité et un lourd fardeau de maladie parmi les adultes, et c'est ainsi que les gouvernements et les communautés auront la lourde tâche d'offrir une enfance sûre et en bonne santé à ces jeunes et de le faire pour un nombre croissant d'entre eux au cours de la décennie à venir, ou plus longtemps encore.

Sur la base des expériences réalisées pas les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et les experts de la protection de l'enfance, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont publié le *Cadre pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA* (UNICEF/ONUSIDA, 2004). A fin 2005, le cadre avait été adopté par près de 30 organisations différentes, ce qui montre bien que les stratégies qu'il propose pour modeler des ripostes efficaces à ce problème croissant sont largement acceptées. Tout en reconnaissant qu'il n'existe pas de modèle unique susceptible de convenir à toutes les communautés et à tous les pays, le cadre présente cinq stratégies clés qui peuvent être appliquées du niveau local au niveau national :

- renforcement des capacités des familles à protéger et prendre soin des orphelins et des enfants vulnérables en prolongeant la vie des parents et en leur apportant un soutien économique, psychosocial, et autre ;

Dans la mesure du possible, une prise en charge communautaire est préférable au placement à long terme des enfants dans des institutions telles que les orphelinats.



- mobilisation et soutien aux interventions communautaires ;
- garantie de l'accès des orphelins et enfants vulnérables aux services essentiels, notamment l'éducation, les soins médicaux, l'inscription au registre des naissances, et autres) ;
- garantie que les gouvernements protègent les enfants les plus vulnérables en renforçant les politiques et la législation et en orientant les ressources vers les familles et les communautés ;
- renforcement de la prise de conscience à tous les niveaux grâce à des activités de sensibilisation et de mobilisation sociale afin de créer un cadre offrant aux enfants et aux familles touchés par le VIH tout le soutien nécessaire.

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 a reconnu dans sa Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA qu'il était important pour les autorités nationales de s'attaquer aux problèmes d'une manière globale. Les gouvernements ont convenu « d'élaborer, d'ici à 2003, et de 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 ». Il est encourageant de noter que plusieurs gouvernements ont progressé dans ce domaine depuis la Déclaration. Par exemple, des pays tels que le Botswana, la Namibie, le Malawi, le Rwanda et le Zimbabwe ont tous mis en place des politiques nationales globales à l'intention des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables par le SIDA, alors que d'autres comme le Cambodge, Haïti et le Kenya traitent de cette question dans le cadre de leurs stratégies nationales de lutte contre le SIDA (FHI, 2005).

ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Dans la mesure du possible, une prise en charge communautaire est préférable au placement à long terme des enfants dans des institutions telles que les orphelinats (même si ces derniers peuvent être une solution à court terme nécessaire pour les enfants ayant besoin de soins immédiats). Les dispositifs de prise en charge communautaire consistent notamment à soutenir la famille de l'enfant touché par le SIDA, à procéder à l'adoption ou au placement dans la famille élargie ou dans des familles d'accueil, et offrir une aide directe aux enfants rendus vulnérables par le SIDA. Ce type de soins n'est pas toujours facile à mettre en œuvre ou à gérer et la qualité de la prise en charge varie parfois considérablement, mais les recherches indiquent qu'il est beaucoup plus efficace sur le plan des coûts que la prise en charge institutionnelle et implique une utilisation plus équitable des rares ressources. Par exemple, une étude de la Banque mondiale portant sur des projets récents à l'intention des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le SIDA a révélé que le coût d'établissement d'un foyer pour un groupe d'orphelins en Erythrée était en moyenne de US$ 1900, alors que le coût du placement d'un orphelin dans une famille était d'environ US$ 100 (Prywes et al., 2004).

Comme le montre clairement le cadre UNICEF/ONUSIDA 2004, le fait de choisir exclusivement des enfants rendus orphelins par le SIDA pour l'octroi d'une aide particulière est fondamentalement stigmatisant et dans de nombreux endroits peu pratique. En termes d'options de sécurité sociale, cela signifie que le but des programmes des gouvernements, plutôt que d'apporter des subventions à des catégories particulières d'enfants (comme les orphelins), devrait être d'accueillir davantage d'enfants défavorisés—quelles que

DÉFENSE DES ENFANTS À L'ÉCHELLE LOCALE

Les gouvernements peuvent fournir une orientation et des directives politiques, mais ce sont les organisations locales qui effectuent une bonne part des activités nécessaires aux enfants affectés par le SIDA. Par exemple, partout en Afrique subsaharienne, des organisations communautaires offrent un appui notamment sous forme de repas et d'uniformes scolaires aux enfants affectés par le SIDA. Mais ces organisations ont également un important rôle de plaidoyer. Par exemple, elles défendent avec détermination le droit à l'éducation des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables par le SIDA, tâche permanente en raison de la capacité limitée du système scolaire à aider les enfants les plus démunis. Un récent rapport de Human Rights Watch en donne plusieurs exemples. A Soweto, Afrique du Sud, une organisation locale qui s'occupe d'enfants rendus orphelins par le SIDA a négocié avec les autorités scolaires afin qu'elles renoncent aux frais de scolarité de ces enfants—un droit dont les enfants disposent déjà sur le plan juridique, mais que de nombreuses écoles leur refusent. En Ouganda, plusieurs organisations non gouvernementales locales financent les dépenses scolaires des enfants affectés par le SIDA et organisent dans les écoles des ateliers dont le but est de combattre la stigmatisation liée au SIDA (Human Rights Watch, 2005).

soient leurs circonstances familiales—dans des dispositifs de protection sociale (Meintjes et al., 2003).

ACCÈS À L'ÉDUCATION

Aider les enfants à poursuivre leur scolarité et faire en sorte que les filles ne soient pas désavantagées dans leur accès à l'éducation, telles sont quelques-unes des activités les plus importantes dans le domaine du développement humain. Ce fait est reconnu dans l'Initiative Education pour tous et dans les objectifs du Millénaire pour le développement 2 (éducation primaire universelle d'ici à 2015) et 3 (éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2015 en vue de promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes). Des progrès ont été faits pour réaliser ces deux objectifs (UNESCO, 2005a) : par exemple, alors que 82% seulement des enfants d'âge scolaire dans le monde étaient inscrits dans les écoles primaires en 2001, ce chiffre était passé à 85% environ en 2005 (UNICEF, 2005b). Cependant, on estime que 113 millions d'enfants d'âge scolaire ne fréquentent pas l'école actuellement et sur ce nombre, 54% sont des filles (Nations Unies, Division de la Population, 2005). Généralement, ces enfants sont engagés dans une forme ou une autre de travail, ce qui, dans certains cas, peut accroître leur vulnérabilité à l'infection par le VIH.

Les coûts de scolarité sont pour de nombreux enfants un des principaux obstacles à leur fréquentation de l'école. Ce fait a été largement prouvé par l'augmentation rapide des inscriptions qui a suivi la suppression des frais de scolarité au Kenya, au Malawi, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie. Par exemple, lorsque le Kenya a supprimé les frais de scolarité dans les écoles primaires en 2003, il n'a fallu que quelques mois pour que les inscriptions passent de 6 millions à 7,2 millions. Pourtant, même lorsque les frais de scolarité ont été supprimés, l'accès des enfants à l'école reste parfois entravé par les cotisations prélevées par les associations de parents d'élèves et de professeurs, les uniformes obligatoires,



Un secteur de la santé qui fonctionne bien est une composante essentielle de la riposte nationale au SIDA quelle qu'elle soit, et ce bon fonctionnement est crucial pour atteindre trois des huit objectifs du Millénaire pour le développement.

les livres et le matériel et d'autres coûts. Donc la suppression des frais de scolarité n'est qu'une composante d'un engagement global en faveur de l'éducation primaire universelle. Elle doit s'accompagner d'autres mesures, notamment dans les systèmes d'enseignement particulièrement frappés par le SIDA (voir la section relative au Renforcement du secteur de l'éducation). La Banque mondiale et l'UNICEF mettent actuellement au point des stratégies pour que les pays ne se contentent pas de supprimer les frais de scolarité, mais s'occupent aussi des mesures politiques, financières et administratives qui doivent accompagner ces initiatives (Forum mondial des partenaires, 2006).

« La suppression des frais de scolarité ouvre des portes aux enfants marginalisés et exclus. Etant donné l'importance de l'éducation pour tous les enfants vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA, il est manifeste que la suppression des frais de scolarité est une priorité primordiale pour tous les enfants affectés par la pandémie. »

Forum mondial des partenaires sur les enfants victimes du VIH/sida, février 2006.

LE SIDA ET LE TRAVAIL DES ENFANTS

Le Programme international pour l'abolition du travail des enfants de l'Organisation internationale du Travail a effectué des évaluations rapides dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (Afrique du Sud, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) pour étudier les liens existant entre le SIDA, le fait d'être orphelin et le travail des enfants. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, les orphelins—dont la plupart avaient perdu leurs parents à cause de maladies dues au SIDA—représentaient environ 70% des enfants questionnés travaillant de manière indépendante, 60% de ceux qui effectuent un travail domestique et 55% de ceux qui se retrouvent dans le commerce du sexe. Dans leur grande majorité, ces enfants avaient quitté l'école ou ne l'avaient jamais fréquentée. Le SIDA réduit particulièrement les possibilités d'éducation et d'emploi des filles, car il est plus fréquent qu'elles soient retirées de l'école pour réduire les frais du ménage et aider à la maison (OIT/IPEC, 2003).

Les efforts d'atténuation doivent s'attaquer aux causes premières du travail des

enfants, à savoir la pauvreté, l'analphabétisme et les insuffisances alimentaires. Le projet du Malawi intitulé 'Assurer ensemble la sécurité des enfants' en est un exemple. Le projet, largement financé par l'industrie du tabac, a pour but de réduire le travail des enfants dans le secteur agricole, en particulier dans le secteur du tabac qui compte le plus grand nombre d'enfants au travail. En améliorant la sécurité alimentaire des familles, leur niveau de revenu et la productivité agricole, le projet contribue à faire en sorte que les enfants ne soient pas contraints à un travail rémunéré pour aider à soutenir leur famille. Le projet comporte un élément pédagogique visant à encourager les enfants à fréquenter l'école primaire en sensibilisant la communauté à l'importance de l'éducation et en construisant des établissements scolaires (Sibale et Kachale, 2004).

Prestation et administration des services

Dans certains pays, les services publics sont si durement frappés que les méthodes traditionnelles d'administration ne fonctionnent plus et qu'ils doivent être reconstruits—p. ex. en adoptant de nouvelles méthodes de gestion des ressources humaines—pour tenir compte des effets du SIDA sur les effectifs. Des efforts particuliers seront nécessaires pour que ces services conservent leur intégrité organisationnelle, protègent et complètent les connaissances et l'expertise existantes et répondent à la demande croissante en matière de prestations (Sengwana et Quinlan, 2004).

En 2005, un rapport intitulé *Capacité à susciter l'espoir : les pays les moins avancés face au défi du VIH/SIDA* a été publié conjointement par le PNUD et le Bureau du Haut Représentant pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits Etats insulaires en développement (PNUD, 2005). En évaluant les défis auxquels sont confrontés les pays durement frappés dans leurs capacités par l'épidémie, le rapport fournit plusieurs recommandations en vue d'atténuer l'impact direct du SIDA sur l'efficacité des institutions gouvernementales. La mesure la plus urgente est, bien entendu, la mise en place des traitements et de la prise en charge sur le lieu de travail en vue de prolonger la vie productive des employés séropositifs au VIH. Mais le rapport offre également des idées plus novatrices, notamment l'obligation faite à toutes les institutions prestataires de services de consacrer un pourcentage de leur budget global au développement de capacités supplémentaires. Parmi les autres mesures, on peut noter l'examen des structures étatiques existantes pour déterminer comment elles entravent ou facilitent la prestation des services afin d'utiliser plus efficacement les ressources humaines et d'améliorer la planification et le développement des ressources humaines.

Une autre approche consiste à améliorer les pratiques de l'administration publique, en considérant que cela peut accroître et améliorer l'efficacité des services même en l'absence de nouvelles ressources. Pourtant, prises isolément, ces mesures ont peu de chance de permettre aux autorités publiques à tous les niveaux de relever les extraordinaires défis auxquels elles sont confrontées, en particulier dans des secteurs clés tels que la santé et l'éducation et les domaines responsables de l'extension des infrastructures essentielles. Malheureusement, les décisions portant sur l'allocation des ressources n'en tiennent pas toujours compte et sont souvent

liées par les réalités macro-économiques et les accords passés avec les institutions internationales de prêt. Par exemple, la Zambie est récemment devenue éligible pour participer à l'Initiative des pays fortement endettés, après avoir accepté de maintenir la facture des salaires dans le secteur public à un maximum de 8% du produit intérieur brut (PNUD, 2005). Même si cette mesure a pour but de réduire les déficits et de contrôler l'inflation, qui pénalise également des populations entières, elle limite gravement la capacité du pays à intensifier le recrutement de nouveaux effectifs pour le secteur public.

De nombreux pays aux économies précaires et dépendantes des donateurs sont confrontés à ce type de pression sur leurs budgets nationaux et leurs options politiques. Il devient alors extrêmement difficile pour les services de santé publique et d'éducation de s'élargir, à un moment où la capacité de millions de personnes à payer ces services est si faible que l'on ne peut attendre du secteur privé qu'il comble les déficits. C'est aussi un moment où les efforts déployés pour améliorer la productivité de la main-d'œuvre en Afrique—autre exigence urgente du développement—devraient se pencher sur les priorités du secteur public telles que le recrutement des enseignants et des agents de santé, et la réorientation des systèmes de prestations de santé « afin qu'ils s'occupent moins des établissements de soins dans les régions relativement aisées et davantage des établissements préventifs des zones rurales, dont les effectifs sont composés de personnels infirmiers communautaires et autres agents de santé auxiliaires » (Centre for Development Policy Research, 2005).

Préserver la capacité du secteur de la santé

Un secteur de la santé qui fonctionne bien est une composante essentielle de la riposte nationale au SIDA quelle qu'elle soit, et ce bon fonctionnement est crucial pour atteindre trois des huit objectifs du Millénaire pour le développement. Cependant, dans de nombreux pays, le secteur de la santé est menacé non seulement par le SIDA mais aussi par d'autres forces, notamment l'accélération de l'émigration de leur main-d'œuvre (ce qu'on appelle 'l'exode des cerveaux' de médecins et infirmières vers les pays industrialisés) et le sous-investissement chronique en



De nombreux infirmier(ère)s et médecins dans les pays à faible revenu sont attirés vers les pays industrialisés non seulement parce que les salaires y sont plus élevés, mais parce que les installations leur permettent de mieux utiliser leur formation et leurs compétences.

COOPÉRATION RÉGIONALE DANS LA RÉGION AFRICAINE DES GRANDS LACS

Dans la région africaine des Grand Lacs, on estime que plus six millions de personnes vivent actuellement avec le VIH. En 1999, les ministres de la santé de six pays (Burundi, Kenya, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Rwanda) ont reconnu qu'ils ne pouvaient pas riposter de manière appropriée au VIH sans s'intéresser au rôle que jouent la migration et le déplacement des populations dans sa propagation. Ils ont convenu de coopérer au sein de l'Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA, financée par le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique de la Banque mondiale. L'initiative exige des gouvernements nationaux qu'ils apprennent de nouvelles méthodes de travail et s'attachent aux besoins des populations qui, habituellement, bénéficient de bien peu d'attention et de services.

Une bonne partie de l'action de l'initiative est axée sur la prévention et la prise en charge du VIH parmi les réfugiés, les communautés qui les entourent, les personnes déplacées à l'intérieur des frontières et les rapatriés. Au titre d'un accord récent, la responsabilité de divers groupes de la population a été attribuée comme suit : les programmes à l'intention des individus dans les pays connaissant un afflux de réfugiés sont du ressort des pays participants et devraient être exécutés conformément à leurs cadres nationaux de lutte contre le VIH et le SIDA. Le HCR conserve son mandat pour tous les réfugiés, alors que la responsabilité à l'égard des individus déplacés à l'intérieur des frontières est décidée au cas par cas. Enfin la responsabilité des programmes destinés aux personnes rapatriées est partagée entre le HCR et la Commission nationale du SIDA de chaque pays.

En mars 2005, la Banque mondiale a approuvé un subside de US$ 20 millions pour financer l'initiative au cours des quatre prochaines années. Une planification commune des programmes de lutte contre le VIH a été entreprise et des plans d'action rédigés pour la première année d'exécution dans les six pays. Afin de donner une base solide à l'évaluation de l'initiative, il est prévu de pratiquer, la première et la quatrième année du projet, une surveillance sentinelle comportementale et prénatale parmi les réfugiés et les communautés qui les entourent dans les six pays (ONUSIDA/HCR, 2005).

personnel. En plus de la pénurie de professionnels qualifiés—l'Afrique subsaharienne compte moins d'un dixième des professionnels de la santé par habitant que n'en compte l'Europe—les compétences sont souvent mal réparties, avec une dépendance trop importante sur les médecins spécialistes installés dans les villes et un manque de personnel de santé publique dans les zones rurales (Initiative commune d'apprentissage, 2004).

Les pays à faible ou moyen revenu en général, et ceux qui connaissent des épidémies à forte ou moyenne prévalence en particulier, doivent former beaucoup plus de médecins, de personnels infirmiers et d'administrateurs pour remédier à la pénurie et rééquilibrer la répartition actuelle des services. C'est là une tâche colossale. L'OMS a estimé que l'extension en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5 (réduire la mortalité

infantile et améliorer la santé maternelle) exigera la formation de 100 000 professionnels de la santé à temps complet de plus dans les 75 pays où la mortalité infantile est la plus forte (OMS, 2005a). Mais l'effort massif de formation exigé sera dans une large mesure perdu si les pays ne peuvent pas retenir ces précieux spécialistes. Une des plus importantes manières de le faire est d'assurer que les salaires sont justes, suffisants et correspondent aux attentes des professionnels de la santé.

De nombreux infirmier(ère)s et médecins dans les pays à faible revenu sont attirés vers les pays industrialisés non seulement parce que les salaires y sont plus élevés, mais parce que les installations leur permettent de mieux utiliser leur formation et leurs compétences. En plus de ces facteurs d'attirance, les facteurs qui les poussent à partir comprennent la pression croissante du travail en raison de l'expansion de l'épidémie, la crainte de l'infection et le fait que la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH s'étend souvent à ceux qui leur prodiguent des soins. Les effets sont évidents et croissants. En 1999, le Ghana a diplômé 320 nouveaux infirmier(ère)s et en a perdu 320 du fait de l'émigration. L'année suivante, il en a perdu le double. Aujourd'hui, plus de la moitié de ces postes infirmiers ne sont pas pourvus, caractéristique qui se retrouve dans une bonne partie de l'Afrique subsaharienne. Les facteurs d'attirance sont tout aussi évidents. En 2001, le Service national de santé du Royaume-Uni a promis de mettre fin au recrutement direct de personnels infirmiers dans les pays souffrant aussi de pénurie dans ce domaine, mais depuis, d'importantes institutions du secteur privé au Royaume-Uni ont attiré plus de 7000 infirmières d'Afrique. Aux Etats-Unis, le Congrès a approuvé en 2005 une loi d'affectation additionnelle urgente mettant à la disposition des personnels infirmiers et de leur famille 50 000 nouveaux visas. Cette mesure visait à combler un déficit de 126 000 médecins, déficit qui s'accroît chaque jour. Les propres écoles de soins infirmiers du pays ne peuvent suffire à la demande, alors que la population augmente et vieillit, exigeant un nombre toujours croissant d'infirmier(ère)s (Chaguturu et Vallabhaneni, 2005).

Plusieurs approches ont été proposées pour résoudre le problème, notamment l'augmentation des programmes d'échanges et la création d'un fonds mondial de réinvestissement



Les employeurs ont tout intérêt à assurer le succès des mesures d'atténuation du SIDA, tout comme les travailleurs et leurs représentants et les ministères du travail.

La coopération entresystèmeséducatifs et initiatives de protection sociale est l'occasion d'améliorer l'efficacité de ces deux éléments.



dans l'éducation pour contribuer à améliorer et élargir les possibilités de formation dans les pays à faible ou moyen revenu (Initiative commune d'apprentissage, 2004). Outre les mesures prises à l'échelle nationale et internationale, il pourrait être utile d'appliquer des approches novatrices pour aider les nombreux prestataires de santé du secteur privé dans les pays à faible ou moyen revenu. L'Ouganda offre un exemple de ce type, où un programme de microfinancement a été essayé pour offrir aux sages-femmes du secteur privé une formation administrative, améliorer la qualité du service offert (interactions entre usagers et fournisseurs de services, hygiène et assainissement, confidentialité, etc.) et offrir des prêts renouvelables susceptibles d'être utilisés pour améliorer les conditions de travail ou acquérir des fournitures médicales. Le financement a été apporté par la Fondation Summa et administré par l'intermédiaire du Syndicat ougandais de microfinancement. Appliqué à l'essai dans 15 dispensaires dans les districts et les villes (plus cinq dispensaires supplémentaires utilisés comme contrôles) pendant 13 mois, le programme a un bon potentiel : les sages-femmes elles-mêmes étaient enthousiastes et ont présenté un taux élevé de remboursement des prêts, alors que les patients ont affirmé que la qualité des soins s'était améliorée dans les dispensaires participants. Ces résultats indiquent que des interventions modestes de ce type pourraient renforcer le rôle essentiel du secteur privé dans le domaine des soins de santé (Agha, Balal et Ogojo-Okello, 2004).

Renforcer le secteur de l'éducation

Le SIDA a de graves conséquences pour les systèmes d'enseignement dans un grand nombre des pays les plus touchés, ce qui limite leur capacité à réaliser les objectifs de l'Education pour tous, adoptés en 2000 (UNESCO, 2005a). Des données émanant de l'Ouganda montrent qu'un enfant qui abandonne l'école a trois fois plus de risque de devenir séropositif au VIH en atteignant la vingtaine qu'un enfant qui achève sa scolarité de base. Des analyses communautaires montrent une prévalence du VIH systématiquement plus élevée parmi les enfants qui ne fréquentent pas l'école par rapport à ceux qui sont scolarisés. Une récente analyse effectuée par la Banque mondiale des données d'Enquêtes démographiques et de santé de cinq pays africains montre

que l'éducation est un solide indicateur de plusieurs comportements préventifs importants et que nombre de spécialistes de la recherche en éducation s'accordent à penser qu'une bonne éducation des jeunes filles est associée à des comportements de protection (Banque mondiale, 2006).

L'atténuation de l'impact du SIDA sur le secteur éducatif implique plusieurs mesures prioritaires. Il s'agit notamment de faire en sorte que le VIH soit intégré dans l'ensemble du secteur éducatif et que les capacités soient renforcées pour réaliser les objectifs de l'Education pour tous (IATT, 2003). Plusieurs mesures ont été prises par la communauté internationale, par exemple l'Initiative de mise en œuvre accélérée de l'éducation pour tous lancée en 2002—partenariat mondial mis en place pour accélérer les progrès accomplis sur la voie de l'éducation primaire universelle d'ici à 2015. L'initiative peut faciliter l'octroi d'un appui financier à tous les pays à faible revenu qui sont confrontés à une pénurie de fonds alors qu'ils s'efforcent d'atteindre l'objectif de l'achèvement de la scolarité primaire universelle. En 2004, l'aide extérieure apportée aux 12 pays participant à l'initiative a passé de US$ 300 millions environ à US$ 350 millions, réduisant le déficit entre fonds nécessaires et fonds disponibles dans cinq de ces pays. Deux autres pays pourront combler leur déficit grâce aux fonds supplémentaires fournis par les donateurs bilatéraux en 2005-2006. L'initiative a décaissé à ce jour US$ 45 millions provenant de son propre Fonds catalytique, l'un des deux fonds fiduciaires susceptibles d'apporter un financement à court terme pour combler les déficits et contribuer à l'élaboration de stratégies d'éducation solides.

Le Groupe spécial interinstitutions de l'ONUSIDA sur l'éducation dont le secrétariat se trouve l'UNESCO a été créé pour améliorer la coordination et l'harmonisation entre les institutions des Nations Unies, les donateurs multilatéraux et bilatéraux et les organisations de la société civile. En 2002, un groupe de travail a été créé pour soutenir le secteur de l'éducation dans plusieurs pays d'Afrique au titre d'un projet intitulé 'Accélérer la riposte du secteur de l'éducation au VIH/SIDA en Afrique'. Entre autres activités, cette initiative a organisé des ateliers sous-régionaux et nationaux réunissant des spécialistes de l'éducation, de la santé et du SIDA afin qu'ils échangent leurs bonnes pratiques et mettent au point des stratégies pour faire en sorte que ces bonnes pratiques soient mises en œuvre dans les écoles. Depuis 2002, 33 pays d'Afrique subsaharienne ont participé à cette activité et 19 d'entre eux ont maintenant entrepris d'accélérer leurs programmes nationaux. Le leadership est de plus en plus fondé sur des entités sous-régionales : la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest, réseau de 15 pays, un réseau en Afrique orientale comptant neuf pays, un réseau lusophone (de langue portugaise) comptant cinq pays, ainsi que les réseaux de l'Union douanière d'Afrique centrale et d'Afrique australe qui sont actuellement mis en place. Les Coparrainants de l'ONUSIDA soutiennent maintenant la mise en œuvre de cette approche hors de l'Afrique, avec la Communauté et Marché commun de la Communauté du bassin des Caraïbes pour réaliser une activité régionale impliquant 15 pays, avec un programme sous-régional du Grand Mékong mis en œuvre dans six pays d'Asie de l'Est, une action en Asie centrale avec cinq pays et un programme émergent en Asie du Sud avec la participation de cinq pays.

Une autre initiative plurinationale intitulée EDUSIDA, l'Initiative mondiale pour

Même si elle ne suffit pas en soi à changer les attitudes sociales, une législation progressiste est un moyen important de s'attaquer à des actes de discrimination à l'égard de personnes vivant avec le VIH ou touchées par le SIDA.



étendre l'éducation préventive contre le VIH/SIDA, a été lancée en 2004 à l'impulsion de l'UNESCO. Elle est maintenant implantée dans plusieurs pays dont le Cambodge, la Jamaïque, le Lesotho, la Namibie, le Swaziland, et le Zimbabwe, dans le but de renforcer les systèmes éducatifs. Elle est l'une des trois initiatives de base de l'Education pour tous et complète celles portant sur l'alphabétisation et l'éducation des enseignants (UNESCO, 2005a). Pour sa part, l'Internationale de l'éducation, syndicat mondial qui compte plus de 29 millions de membres, enseignants et assistants pédagogiques, dispose d'un programme de formation au VIH avec l'OMS et d'autres partenaires. A ce jour le programme a touché 133 000 enseignants dans près de 25 000 écoles de 17 pays (OIT et al., 2006).

Le travail de renforcement des systèmes scolaires pour alléger les pressions causées par le SIDA et d'autres problèmes doit être fondé sur des données fiables sur les conditions réelles du secteur de l'éducation, afin de pouvoir répartir au mieux les rares ressources. Récemment, une étude a été entreprise pour déterminer l'état de préparation du secteur éducatif dans diverses parties du monde face à l'impact du SIDA (Boler et Jellema, 2005). L'étude a adopté deux approches : la première a pris la forme d'un questionnaire d'auto-évaluation envoyé par la poste aux ministères de l'éducation de 117 pays dont 71 ont répondu. La deuxième a cherché à obtenir une contribution des organisations de la société civile (voir le chapitre sur la société civile) grâce à des ateliers rassemblant des représentants des réseaux non gouvernementaux d'éducation, les syndicats d'enseignants et le ministère de l'éducation dans 18 pays fortement touchés par le SIDA. Un rapport regroupant les deux approches a montré des résultats mitigés (IATT, 2006). Par exemple trois-quarts des pays qui ont répondu—dont tous les pays à forte prévalence—ont rapporté qu'ils avaient mis en place des structures administratives spécifiques pour coordonner la riposte du ministère de l'éducation à l'épidémie. Résultat moins prometteur, 59% seulement de ces structures dans tous les pays et 70% dans les pays à forte prévalence disposaient d'un budget spécifique, ce qui met en question les pouvoirs et l'efficacité réels de ces structures.

PRÉSERVER UN SYSTÈME D'ÉDUCATION SOUS PRESSION

En Afrique du Sud, les décès liés au SIDA contribuent à une baisse générale du nombre des enseignants, comme le font d'autres facteurs tels que l'émigration et l'insuffisance du nombre des nouveaux maîtres diplômés. En 2004 seulement, on estime que 8% des enseignants séropositifs au VIH sont morts. Pour alléger cette situation, plusieurs mesures devront être prises. A la suite d'une évaluation détaillée de la situation, le Conseil de la recherche en sciences humaines d'Afrique du Sud a formulé plusieurs recommandations à l'intention du Ministère de l'Éducation, des universités et des syndicats dans le domaine de l'éducation. En plus des programmes de prévention du VIH, le Conseil a recommandé l'application urgente de programmes ciblés de thérapie antirétrovirale et de traitement des infections opportunistes à l'intention des enseignants, estimant que 3% environ d'entre eux (quelque 10 000 personnes) avaient actuellement besoin d'une thérapie antirétrovirale.

Dans le même temps, reconnaissant que les approches médicales de maintien des capacités ne suffiront pas à satisfaire la demande croissante en matière d'éducation des jeunes d'Afrique du Sud, le Conseil a également recommandé des mesures telles que l'augmentation des salaires et l'amélioration des plans de carrière afin de mieux attirer ou retenir les enseignants dans la profession. Pour faire face à la fuite des cerveaux vers le Commonwealth et d'autres pays, le Conseil propose qu'une forme de service communautaire soit exigée des nouveaux enseignants diplômés, comme c'est la pratique dans d'autres professions manquant d'effectifs dans le pays. D'autres mesures sont recommandées pour encourager les enseignants à travailler dans les zones rurales, par exemple les prêts aux enseignants stagiaires et le financement de stages pratiques pour les enseignants des villes (Peltzer et al., 2005).

La coopération entre systèmes éducatifs et initiatives de protection sociale est l'occasion d'améliorer l'efficacité de ces deux éléments. On en voit un exemple dans la relation existant entre deux projets en Namibie—le premier pour accroître la participation des membres des comités de gestion des écoles dans l'amélioration des établissements et le deuxième visant à créer des 'cercles de soutien' pour les orphelins et les autres enfants rendus vulnérables par le SIDA. L'étude des mesures de protection sociale mentionnée ci-dessus a révélé que, par la coopération, les deux initiatives avaient évité les doubles emplois et permis aux écoles participantes d'aider les enfants rendus vulnérables par le SIDA à poursuivre leur scolarité (UNICEF, 2005a). Soulignant les intérêts croisés des politiques du secteur éducatif, des ripostes au SIDA et des programmes destinés aux orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le SIDA, l'étude conclut par un message adressé au gouvernement :

« Enfin, étant donné que l'ampleur de la crise des enfants marginalisés sur le plan éducatif et des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le SIDA en Afrique ne fait que commencer … les gouvernements et leurs partenaires sont confrontés à un choix difficile : s'engager dans la protection sociale et en faire une fonction intégrante du mandat de l'éducation ou abandonner tout espoir d'atteindre les objectifs nationaux et internationaux que le secteur s'est engagé à réaliser. »

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination et l'atténuation de leurs effets sont des éléments importants d'une riposte au SIDA et bien des projets de prévention et de prise en charge du VIH comprennent des activités destinées à réduire la stigmatisation.



Le monde du travail

Les employeurs ont tout intérêt à assurer le succès des mesures d'atténuation du SIDA, tout comme les travailleurs et leurs représentants et les ministères du travail. Le facteur sous-jacent le plus important, c'est que la fourniture d'une prise en charge et d'un traitement sur le lieu de travail permet de préserver des vies, de maintenir la production de l'entreprise et de compléter l'action des services de santé publique. Le *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*, publié en 2001, est le document d'orientation pour les ripostes sur les lieux de travail (OIT, 2001). Il fournit des directives applicables à l'élaboration de politiques et d'interventions au niveau de l'entreprise, de la communauté et du pays, sur la base d'un consensus entre employeurs, employés et gouvernements.

Les employeurs ont aussi des intérêts dans le succès des mesures d'atténuation lorsque le SIDA menace leur personnel. Dans une récente étude de l'impact du SIDA sur les performances financières des compagnies, la banque internationale UBS et la firme de gestion d'investissement FandC Asset Management ont conclu qu'il était important, sur le plan économique, que les entreprises prennent leurs propres mesures contre le SIDA (UBS et FandC Asset Management, 2005). L'étude a modélisé les calculs sur lesquels une grande compagnie pourrait se baser pour créer une entreprise dans une zone à forte prévalence. Mettant en facteur le coût de l'épidémie pour l'entreprise et les coûts et avantages d'un programme de traitement à l'intention des employés (le coût de traitement correspondant à 17% des salaires), la valeur actuelle nette de l'entreprise après cinq ans était supérieure de plus de 5% avec traitement que sans traitement. L'étude a aussi examiné les considérations pratiques pour les entreprises qui lancent des programmes de traitement, y compris la question de l'extension des traitements aux personnes à charge et la question de la fourniture des traitements au sein de l'entreprise ou en collaboration avec les services médicaux locaux.

Dans le domaine des investissements publics, certains donateurs internationaux soutiennent les efforts déployés par les gouvernements locaux et nationaux pour intégrer les actions d'atténuation du SIDA dans les projets d'infrastructure tels que

LES ENTREPRISES AIDENT LES COMMUNAUTÉS

Conjointement avec le Ministère kényen de la Santé, la Fédération des employeurs du Kenya a publié ses premières directives relatives au VIH sur le lieu de travail en 1988 et encourage maintenant l'alignement avec le *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*. En 2000, le Conseil national du SIDA a fait de la fédération un point focal de la riposte au SIDA. Depuis, la fédération a mis en place un comité consultatif sur le VIH/SIDA à représentation large, qui supervise l'intégration des composantes de prévention et de prise en charge du VIH dans ses programmes élargis de formation à l'intention des directeurs d'entreprises et forme également des animateurs spécialisés et des éducateurs pour les pairs afin de promouvoir et soutenir les programmes sur les lieux de travail. En outre, la fédération encourage la responsabilité sociale des entreprises, par laquelle ces dernières aident leur communauté en apportant des ressources pour la riposte au SIDA, le marketing social des préservatifs et s'occupe, avec le gouvernement et d'autres entités, des problèmes de santé, d'éducation et de bien-être global des enfants rendus orphelins par le SIDA (Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA, 2006).

ceux visant à améliorer les transports urbains ou les systèmes d'alimentation en eau. Dans ce contexte, intégration ne signifie pas transformation de ces projets en projets spécifiques au VIH. Il s'agit plutôt d'intégrer des activités particulières, susceptibles d'atténuer les effets à court et long termes du SIDA sur les employés et administrateurs des projets ainsi que sur les communautés qui les entourent.

Par exemple, l'unité Développement urbain de la Banque mondiale a examiné des projets d'intégration dans 13 pays d'Afrique subsaharienne dont le Burundi et le Congo. Dans ce dernier pays, un projet massif de reconstruction, réhabilitation et amélioration des conditions de vie a bénéficié, dès ses premiers stades, d'une coopération étroite entre le Ministère de la Santé et la direction du projet. Outre



L'une des formes les plus durement ressenties de stigmatisation et de discrimination que rencontrent les personnes vivant avec le VIH est le fait des agents de santé.

des efforts de plaidoyer et de distribution de préservatifs sur les lieux de travail, un financement été accordé à des organisations non gouvernementales locales pour la fourniture de services tels que le conseil et le test VIH volontaires, le traitement des infections sexuellement transmissibles pour les ouvriers du bâtiment et les professionnel(le)s du sexe de la région, ainsi que la prise en charge et le soutien. Le projet envisage d'étendre certaines de ses activités aux instances gouvernementales locales dans les villes du projet. Au Sénégal, une importante initiative d'amélioration des transports publics à Dakar et dans d'autres villes a incorporé un programme sur le VIH dès la conception du projet (Schuler et al., 2005).

AGRICULTURE

L'agriculture est le pilier économique d'un grand nombre de pays à faible ou moyen revenu, tant pour son rôle dans la subsistance des populations que pour sa contribution à l'économie nationale. Plusieurs programmes d'atténuation du SIDA ont pour but de soutenir, directement ou indirectement, les ménages des campagnes touchés par le SIDA, dont la principale source de revenus est l'agriculture ou l'élevage. L'expérience suggère que les programmes indirects—p. ex. la formation agricole, les crédits et l'accès à des semences ou à des machines—ouverts à toutes les familles dans une zone rurale donnée, doivent être soigneusement planifiés si l'on veut pouvoir aider les familles touchées par le SIDA, car ces familles sont souvent moins à même de tirer parti des services offerts (Jayne et al., 2004).

En Zambie, où le secteur agricole regroupe 67% de la main-d'œuvre et génère entre 18% et 20% du produit intérieur brut, le Ministère de l'Agriculture et des Coopératives a exploré plusieurs types d'activités d'atténuation du SIDA avec divers partenaires internationaux. Un des axes consiste à améliorer l'accès des familles touchées par le VIH et le SIDA aux programmes existants de formation et de crédit, car leur participation à ce type de projet est faible, notamment dans le cas des familles gérées par des femmes. Les efforts déployés pour améliorer les revenus de ces familles pourraient comprendre la promotion d'activités créatrices de revenus dites de 'low-input' (c.-à-d. une agriculture qui réduit les pesticides et fertilisants de synthèse à un minimum ou y renonce) demandant peu de main-d'œuvre, proche du domicile de la famille et qui ont un rendement financier rapide ; il s'agit notamment de l'apiculture, de la culture des champignons, des jardins de semis (faire pousser des graines pendant la saison sèche pour les planter au cours de la saison des pluies), des jardins maraîchers et de l'élevage de la volaille (FAO et Gouvernement de Zambie, 2004).

On a accordé beaucoup d'attention à réduire les exigences de l'activité agricole pour les ménages touchés par le SIDA en les aidant à passer des cultures à forte main-d'œuvre telles que la canne à sucre ou le thé à des cultures comme la patate douce qui demandent moins de force ou moins d'ouvriers pour les cultiver et les récolter. Cependant, certaines des solutions les plus efficaces à proposer à ces familles pour économiser la main-d'œuvre se trouve au sein même du foyer ; il s'agit par exemple d'activités susceptibles de réduire le temps que passent les femmes à trois tâches particulières : la recherche de l'eau, la collecte du bois de feu et la préparation de la nourriture. Des recherches sur la manière d'utiliser son temps ont été faites en Zambie et elles indiquent que les techniques d'économie de la main-d'œuvre

pour ce type de tâches domestiques (p. ex. techniques de préparation des aliments pour les nourritures de base comme le maïs et le manioc) sont susceptibles d'économiser à la famille davantage d'heures que les techniques d'économie de main-d'œuvre appliquées aux activités agricoles (Mather et al., 2004).

Le secteur agricole de nombreux pays et régions connaît actuellement des changements rapides en raison de facteurs tels que les modifications climatiques et la migration des jeunes vers les villes, qui s'ajoutent au SIDA. En conséquence, l'agriculture devient moins viable et permet moins d'assurer la sécurité alimentaire de nombreuses populations rurales. Certains commentateurs suggèrent qu'un débat politique est nécessaire sur des questions telles que « est-il possible de revitaliser l'agriculture africaine ou de permettre la transformation de ce secteur par les forces du marché avec le risque inévitable que cela profite à une minorité d'entrepreneurs commerciaux et entraîne une importante insécurité alimentaire en l'absence de possibilités formelles d'emploi dans le secteur ? » (Sengwana et Quinlan, 2004). Ce débat a des implications importantes pour les activités d'atténuation du SIDA dans le secteur agricole.

Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination et l'atténuation de leurs effets sont des éléments importants d'une riposte au SIDA et bien des projets de prévention et de prise en charge du VIH comprennent des activités destinées à réduire la stigmatisation (ONUSIDA, 2005). Cependant, on ne sait encore que peu de choses sur l'efficacité relative des interventions entreprises à cette fin. Un examen récent du Centre international de recherches sur les femmes a révélé que très peu des interventions spécifiques à la lutte contre la stigmatisation avaient été évaluées de manière systématique et que, comme l'ont montré des études antérieures (Brown, Macintyre et Trujillo, 2001), la plupart ont été faites dans les pays industrialisés plutôt que dans les pays à faible ou moyen revenu.

PROTECTION JURIDIQUE ET DES DROITS HUMAINS

Même si elle ne suffit pas en soi à changer les attitudes sociales, une législation progressiste est un moyen important de s'attaquer à des actes de discrimination à l'égard de personnes vivant avec le VIH ou touchées par le SIDA. Toutefois, la législation semble ne changer que grâce au plaidoyer.

C'est la leçon mise en pratique en Amérique centrale et aux Caraïbes, où les syndicats ont lancé un grand projet en vue de s'attaquer à la discrimination à l'égard des personnes infectées par le VIH sur les lieux de travail. Les partenaires en sont l'ORIT (organisations régionales de la Confédération internationale des syndicats libres) et le Conseil des organisations d'entraide et de lutte contre le SIDA d'Amérique latine et des Caraïbes, ONG faîtière représentant ce type d'organismes. Le projet a débuté par une étude complète de la législation et des pratiques de huit pays, premier pas vers une réforme législative (OIT et al., 2006).

Les actions en justice peuvent être un important moyen de combattre les pratiques discriminatoires. Cela s'est révélé particulièrement vrai pour protéger la propriété des familles touchées par le SIDA, notamment celles qui sont gérées

FINANCER DES SERVICES JURIDIQUES POUR LES DÉMUNIS

Au Zimbabwe, où la protection de la propriété et la garde des enfants sont devenus des problèmes importants en raison des taux élevés de mortalité due au SIDA, un programme novateur a été mis à l'essai par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, qui fournit des bons pour des services juridiques aux familles pauvres touchées par le SIDA. Les bons sont distribués par les organisations non gouvernementales et organisations d'entraide et de lutte contre le SIDA locales, qui participent déjà à des activités dans le domaine du SIDA et ils peuvent être utilisés pour obtenir les services des études d'avocat participant au projet. En 2004, plus de 80% des bons ont été distribués à des femmes, dont un grand nombre s'occupent d'enfants rendus orphelins par le SIDA en même temps que de leurs propres enfants. Le personnel a remarqué que les avocats participant au projet considèrent maintenant les familles touchées par le SIDA comme des clients désirables et entrent en concurrence pour fournir leurs services. Un important enseignement de ce projet, c'est que les partenariats avec des organisations déjà implantées dans la communauté apportent une couverture plus efficace que les centres de consultation (Foan et Irwin, 2004).

par des femmes. Ces familles risquent davantage de perdre leurs terres (dans les zones rurales) et d'autres biens que les familles qui ne sont pas touchées. Ce sont les groupements féminins qui sont généralement les meilleurs pour faire changer cette situation et divers groupes de ce type ont fait un excellent travail dans plusieurs parties du monde. Cependant, d'autres entités de la société doivent faire leur part, en particulier les forces de police et les systèmes judiciaires.

On relève un exemple de coopération entre les groupements féminins et la police en Zambie, où le projet 'Justice pour les veuves et les orphelins' tente de résoudre le problème posé par l'existence de deux codes juridiques fonctionnant en parallèle dans le pays. Le droit coutumier comme le droit statutaire figurent dans le cadre d'une constitution qui reconnaît la 'loi personnelle' et le droit à la discrimination dans les domaines de la succession et de l'héritage. Dans le même temps, le gouvernement a ratifié des conventions internationales interdisant ce type de discrimination.

Le projet rassemble des organismes gouvernementaux et les organisations internationales et nationales de la société civile pour aider les veuves et orphelins à négocier dans cet embrouillamini juridique. (Le décès d'un mari d'une maladie liée au SIDA est la principale cause de veuvage pour les femmes de Zambie.)

Dans le cadre du projet, le bureau zambien du Women and Law in Southern Africa Trust et la National Legal Aid Clinic for Women participent aux unités de la police pour le soutien aux victimes afin d'intervenir dans les situations où des femmes et des enfants rendus orphelins par le SIDA sont privés de droits censés être protégés par les conventions internationales. Ils organisent également des bureaux d'assistance juridique (certains d'entre eux mobiles) et produisent des brochures simples et organisent des programmes dans les écoles pour informer les femmes et les enfants de leurs droits. En outre, ils forment les femmes et les orphelins en matière de conseil juridique et individuel, et les préparent à créer des groupes de soutien communautaire et à

participer à des programmes radiophoniques (Russell, 2005). Les unités de la police pour le soutien aux victimes dispensent maintenant des conseils, y compris des explications concernant les droits des personnes. La police a également commencé à riposter vigoureusement à la saisie des propriétés des veuves et orphelins, saisie fréquemment perpétrée par la famille de l'époux décédé (OMS, 2002, 2005b). Il en est résulté des taux beaucoup plus élevés de condamnation dans ces cas, qui sont passés de 6% (sur 909 cas dénoncés) en 2001 à 31% (sur 734 cas dénoncés) en 2003. Cependant, les policiers sont conscients du fait que de nombreux cas ne sont pas notifiés pour diverses raisons, allant de l'ignorance des lois à la réticence des veuves à accuser leur parenté (FAO, 2004).

CHANGER LES ATTITUDES DES AGENTS DE SANTÉ

L'une des formes les plus durement ressenties de stigmatisation et de discrimination que rencontrent les personnes vivant avec le VIH est le fait des agents de santé (p. ex. manque de respect flagrant, absence de confidentialité concernant les résultats des tests VIH et de la sérologie VIH et refus de services). La discrimination peut avoir bien des causes, mais les enquêtes conduites par Public Services International, le syndicat mondial représentant les agents de santé, ont révélé que la discrimination manifestée par les agents de santé à l'égard des patients était surtout la conséquence d'un manque d'information et de formation et de mauvaises conditions de travail y compris des préoccupations relatives à la santé et à la sécurité (OIT/OMS, 2005).

Les efforts entrepris pour changer les attitudes et pratiques des agents de santé se sont révélées efficaces et peuvent faire une différence énorme pour les personnes vivant avec le VIH. En Inde, l'Organisation nationale de lutte contre le SIDA, trois hôpitaux de New Delhi, l'organisation non gouvernementales SHARAN et le projet Horizons du Population Council ont conçu un programme de formation et de sensibilisation en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination dans les hôpitaux (Mahendra et Gilborn, 2006). Plusieurs problèmes ont dû être surmontés, notamment la réticence initiale des directeurs des hôpitaux à admettre l'existence de stigmatisation et de discrimination, la crainte d'être envahis par un grand nombre de personnes séropositives au VIH et de perdre les patients qui ne sont pas infectés, la méfiance entre les agents de santé et l'organisation non gouvernementale et la taille même et la complexité bureaucratique des hôpitaux. Pourtant, des progrès ont finalement été faits, et les agents de santé montrent davantage de respect pour les droits des malades et des personnes vivant avec le VIH et ont amélioré leurs pratiques. Par exemple, les médecins étaient plus nombreux à déclarer que le consentement informé devait être obtenu avant les tests VIH (37% dans l'étude de base et 67% au suivi), organisaient plus volontiers un conseil avant le dépistage (56% avant et 80% après) et avaient moins tendance à informer le personnel de salles de la sérologie VIH des malades séropositifs admis à l'hôpital (51% avant et 29% après).

Il arrive parfois que les avantages de la formation s'étendent au-delà du groupe cible immédiat, comme l'a montré une étude en Chine. Dans la préfecture de Fuyang, province d'Anhui, un programme de formation en vue d'améliorer les attitudes des agents de santé n'a pas seulement réduit les attitudes discriminatoires des prestataires de soins, mais a également amélioré les attitudes des autres

membres de la communauté qui ont bénéficié d'une information sur le SIDA dispensée par des agents de santé qualifiés (Wu et al., 2002).

CHANGER LES ATTITUDES DU GRAND PUBLIC

A ce jour, le nombre des interventions destinées aux prestataires de soins de santé est beaucoup plus important que celui des interventions visant le grand public, et l'examen effectué par le Centre international de recherches sur les femmes n'a relevé que peu de preuves quantifiables de succès parmi les rares études qui existent. Si la compréhension de la stigmatisation liée au VIH s'est considérablement améliorée ces dernières années (voir le chapitre sur les risques et la vulnérabilité), il reste bien des lacunes dans la compréhension des meilleurs moyens de réduire la stigmatisation, des outils les plus utiles et du meilleur moyen d'élargir les bonnes pratiques au niveau national. Les efforts déployés pour élaborer des indicateurs solides relatifs à la stigmatisation par des projets tels que le Tanzania Stigma-Indicators Field Test Group (groupe d'essais sur le terrain des indicateurs relatifs à la stigmatisation en Tanzanie) devraient contribuer à combler la pénurie de programmes évalués, mais il est évident que d'autres interventions seront nécessaires (USAID et al., 2005).

Cependant, certains signes sont porteurs d'espoir, notamment dans certaines régions à faible prévalence du VIH. En 2005, le Ministère des Affaires religieuses d'Algérie a lancé un programme de formation des imams dans les 150 000 mosquées du pays. Le programme s'appuiera sur l'autorité morale des imams pour encourager non seulement le soutien des personnes séropositives au VIH, mais aussi la solidarité avec elles. Le programme a été annoncé lors d'une conférence régionale sur la prise en charge et le soutien en matière de VIH dans 15 pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, conférence qui a reconnu le grave problème posé par la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH dans ces régions (Kourta, 2005).

En dernière analyse, les efforts déployés pour améliorer l'accès à la thérapie antirétrovirale et aux autres traitements liés au VIH pourraient bien se révéler être l'une des interventions les plus fortes contre la stigmatisation. Une étude de la stigmatisation et des expériences rencontrées par un groupe d'enfants séropositifs au VIH à Sao Paulo a conclu que l'accès universel à la thérapie antirétrovirale au Brésil pouvait effectivement avoir un impact sur la stigmatisation et la discrimination dans la communauté élargie. L'étude a montré que le traitement a eu cet effet, car il « transforme le SIDA d'une maladie mortelle et débilitante en une maladie chronique et gérable, il est intégré dans l'action plus vaste entreprise pour assurer les droits des citoyens, et réduit les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé » (Abadia-Barrero et Castro, 2005). Ces résultats devraient dynamiser encore davantage le mouvement en faveur de cette priorité urgente qu'est l'accès universel aux traitements.

Le rôle essentiel de la société civile 09





Chapitre 09



LE RÔLE ESSENTIEL DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Presque partout, la première riposte à l'épidémie de SIDA a été le fait des personnes séropositives, de leurs familles et des communautés qui se sont organisées pour prendre en charge ceux et celles qui en avaient besoin.

Dans la presque totalité des pays, ces premières initiatives de la société civile constituent les fondations sur lesquelles la riposte nationale s'est construite, et c'est encore la société civile qui est en première ligne en matière de programmes de prévention, de prise en charge et de soutien, surtout auprès des populations les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre. Au cours des années, la société civile a en outre guidé la recherche scientifique et a joué un rôle décisif en affrontant les firmes pharmaceutiques pour obtenir une réduction du coût des médicaments anti-SIDA.

Qu'est-ce que la société civile ?

La "société civile" regroupe essentiellement des citoyens et citoyennes ordinaires qui s'organisent indépendamment de leur gouvernement et des services publics pour traiter de questions et de problèmes spécifiques que les rouages gouvernementaux traditionnels ne sont pas en mesure de traiter à eux seuls. Une société fonctionne mieux lorsque l'Etat et les citoyens s'engagent ouvertement dans la formulation des politiques et dans leur mise en œuvre.

S'agissant du SIDA, des personnes et des organisations très diverses participent activement à la riposte à l'épidémie en dehors des structures gouvernementales. Il s'agit notamment de la villageoise qui crée un potager pour nourrir un groupe d'enfants orphelins ou de l'infirmière qui, le dimanche, après le service religieux, distribue des brochures d'information sur le SIDA et la tuberculose, aussi bien que des jeunes regroupés dans un club de lutte contre le SIDA qui distribuent des préservatifs dans les bars et les salons de coiffure du voisinage.

Font d'un autre côté partie de cette société civile des organisations non gouvernementales intervenant dans le domaine du développement, des organisations confessionnelles, des groupes de

femmes, de paysans ou d'autres associations d'intérêts communs, des entreprises et des syndicats ouvriers, des fondations privées ainsi que les médias. Les représentants de la société civile les plus actifs ont fréquemment un vécu personnel à l'égard de l'épidémie, soit qu'ils aient eux-mêmes contracté l'infection à VIH ou en raison de leur appartenance à des populations marginalisées et vulnérables (les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou encore les consommateurs de drogues injectables). Ces personnes sont présentes à tous les échelons de la riposte, au sein d'associations ou de réseaux de personnes séropositives, d'organisations communautaires spécialisées ou membres d'autres organisations intervenant dans le cadre de la lutte contre le SIDA.

Regard sur le passé

Les groupes issus de la société civile n'ont jamais cessé de faire pression en faveur de plusieurs objectifs politiques, s'agissant notamment d'un meilleur accès aux soins de santé et d'un moindre coût des médicaments. En 1987 par exemple, des militants et militantes gais et lesbiennes ont fondé Act Up (*AIDS Coalition to Unleash Power*) à New York. Leurs manifestations publiques ont fait connaître leur position, à savoir que les profits excessifs réalisés par les entreprises pharmaceutiques sur la vente des médicaments anti-SIDA limitaient l'accès au traitement, ralentissaient le processus d'habilitation des médicaments et mettaient ainsi des vies inutilement en danger. La Coalition a également fait campagne en faveur d'une éducation du public au sujet de l'épidémie et contre toute discrimination liée au SIDA. Ces premières actions ont donné naissance à d'autres initiatives pour des traitements plus abordables.

C'est également en 1987 que 16 bénévoles personnellement affectés par le SIDA ont fondé en Ouganda *The AIDS Support Organisation—TASO* (Organisation ougandaise d'Aide aux Malades du SIDA). La plupart étaient séropositifs ; tous et toutes avaient perdu des membres de leur famille du fait de l'épidémie et avaient déjà fait l'objet d'actes discriminatoires. Ces bénévoles ont les premiers fait leur le principe de 'vivre positivement avec le SIDA' et leur organisation est



Les groupes issus de la société civile on fait pression en faveur de plusieurs objectifs politiques, s'agissant notamment d'un meilleur accès aux soins de santé et d'un moindre coût des médicaments.

« NOUS CONDAMNONS TOUTE INTENTION DE NOUS ÉTIQUETER COMME "VICTIMES" »

Au tout début de l'épidémie, les militants anti-SIDA ont exigé d'être reconnus comme des partenaires égaux dans la riposte. En 1984, un groupe des Etats-Unis, la *National Association of People with AIDS* (Association Nationale des Personnes vivant avec le SIDA), premier réseau de cette nature dans le monde, a formulé une déclaration retenue sous l'appellation de "Principes de Denver" qui exigeait pour les personnes séropositives le droit « de faire partie de tous les forums sur le SIDA au même titre de crédibilité que tous les autres participants afin de partager leurs expériences et leurs connaissances ». Cette déclaration affirmait aussi : « nous condamnons toute intention de nous étiqueter comme "victimes", un terme qui sous-entend une défaite, et nous ne sommes qu'occasionnellement des "patients", un terme qui sous-entend la passivité, l'incapacité de s'en sortir seul et la dépendance vis-à-vis des autres. Nous sommes des 'Personnes vivant avec le SIDA' ».* Ce sont ainsi les personnes les plus immédiatement affectées par l'épidémie qui ont posé les termes fondamentaux du débat d'une façon qui a eu depuis un effet marquant sur les perceptions et les attitudes.

*L'expression 'Personnes vivant avec le SIDA' a fait l'objet de maints débats. En règle générale, l'ONUSIDA emploie l'expression "personnes vivant avec le VIH" pour désigner l'ensemble des personnes séropositives, depuis les personnes asymptomatiques jusqu'à celles qui présentent des symptômes manifestes de l'infection à VIH et du SIDA.

09

dans le monde l'une de celles dont la base est la plus étendue. Leur programme de prise en charge globale et de soutien représente aujourd'hui un modèle pour toutes les organisations de ce type.

Dans les premières années de l'épidémie, les communautés homosexuelles des Etats-Unis, d'Amérique latine et d'Europe ont été parmi les plus touchées par la nouvelle maladie. Elles se sont mobilisées pour que gouvernements, autorités scientifiques et responsables de santé publique passent à l'action. En agissant courageusement contre la discrimination et les violations des droits de la personne (licenciements expéditifs de travailleurs séropositifs par leur employeur, enfants renvoyés des écoles et refus de soins de la part des personnels de santé), ces organisations ont été les premières à donner un visage et une voix à l'épidémie. Ces organisations—toutes fondées en 1982—*San Francisco AIDS Foundation* (Fondation SIDA de San Francisco), *AIDS Project Los Angeles* (Projet SIDA de Los Angeles), *Gay Men's Health Crisis* (Santé en Crise des Homosexuels) à New York et le *Terrence Higgins Trust* basé à Londres—ont assuré à la fois prise en charge et soutien aux personnes affectées par le VIH d'une part, et des stratégies de prévention par ailleurs, comme l'éducation et le conseil en matière de santé sexuelle. En 1983, les militants homosexuels brésiliens ont obtenu le premier programme gouvernemental de lutte contre le SIDA dans l'Etat de São Paulo (Berkman et al., 2005).

Les groupes issus de la société civile ont particulièrement contribué à attirer l'attention sur des populations et des communautés souvent négligées dans les débats et les délibérations politiques. A titre d'exemple, on peut citer le cas d'une

enseignante marocaine, professeur de médecine à l'université de Casablanca, qui dès 1988, a perçu toute la difficulté pour un programme gouvernemental anti-SIDA d'inclure les personnes dont le comportement était illégal et socialement condamné, comme les professionnel(le)s du sexe ou les consommateurs de drogues injectables. Néanmoins désireuse de voir leurs besoins pris en compte, elle a alors fondé l'Association marocaine de lutte contre le SIDA, première organisation non gouvernementale de lutte contre le SIDA au Maghreb. En 1989, en Slovénie, c'est un groupe de personnes consommatrices de drogues qui a lancé *Stigma*, une organisation d'entraide mutuelle destinée à répondre aux besoins des consommateurs de drogues et à les tenir informés au sujet du SIDA. La section de *Stigma* à Ljubljana a mis en place un programme d'échange de seringues qui s'est avéré efficace et a contribué au recul de la transmission du virus au sein de cette population. La même année, au Pakistan, la *AIDS Prevention Society* (Société de Prévention du SIDA) a été fondée par un groupe constitué d'enseignants et de syndicalistes qui avaient perçu le besoin d'une action communautaire de grande ampleur. En Afrique du Sud enfin, des organisations comme *Treatment Action Campaign* (Campagne d'action pour le traitement) ont donné la parole aux personnes nécessitant un traitement, à travers le monde et à l'intérieur même des frontières nationales.

Dans les années 1990, lorsque l'épidémie est apparue dans des pays où il n'existait guère de traditions concernant la société civile, comme par exemple dans les pays ex-soviétiques d'Asie centrale, les agences internationales de soutien à la prévention du VIH ont œuvré par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales, considérant le succès de cette approche dans d'autres parties du monde. Cela a non seulement permis la création de nouvelles organisations là où il n'en existait pas auparavant mais aussi contribué au changement d'attitudes à l'égard des populations vulnérables et à la diffusion des concepts et des pratiques de gouvernance démocratique et de participation politique étendue (Atlani-Duault, 2005).

LE POUVOIR DES RÉSEAUX

En 1990 s'est tenue à Madrid la Quatrième Conférence Internationale des Personnes vivant avec le VIH/SIDA qui a regroupé 500 personnes originaires de



Grâce aux efforts conjugués des organisations et des réseaux, le principe fondamental d'une implication significative de la société civile et tout particulièrement des personnes vivant avec le VIH est maintenant inscrit dans les stratégies et les politiques de bon nombre d'organisations, d'institutions et de programmes luttant contre le SIDA.

43 pays. Cette première véritable conférence internationale à réunir un éventail aussi étendu de personnes séropositives de différents pays a été l'occasion de prises de conscience et de partages d'expérience. Elle a préparé le terrain pour des actions qui ont débordé des frontières nationales. Le Réseau Mondial de Personnes Vivant avec le VIH/SIDA a été lancé en 1992, année de la création de la Communauté internationale des Femmes vivant avec le VIH/SIDA (*International Community of Women with HIV/AIDS—ICW*).

Des courants similaires se sont traduits par la création de nouveaux réseaux mondiaux et ont également eu un fort impact au niveau national. En 1997, le *Indian Network for People living with HIV* (Réseau indien de personnes vivant avec le VIH) a été créé par 12 personnes de 12 Etats de l'Inde. Ce réseau compte aujourd'hui plus de 20 000 membres, ce qui en fait l'un des plus vastes réseaux de personnes séropositives au monde.

Le *Egyptian nongovernmental organization Network against AIDS* (Réseau égyptien de lutte contre le SIDA) a été créé en 2003 et regroupe 19 organisations non gouvernementales dont beaucoup ne s'étaient encore jamais occupées du VIH mais étaient désireuses d'en savoir davantage. Le réseau assure une formation à l'intention des organisations non gouvernementales qui en sont membres et, en l'absence d'une association égyptienne indépendante de ce type, offre aux personnes vivant avec le VIH un lieu où s'exprimer. Même s'il doit encore faire face à de nombreux défis, ce réseau a donné très rapidement la parole aux organisations non gouvernementales dans la riposte au SIDA et participe désormais pleinement au forum national de coordination contre le VIH.

Grâce aux efforts conjugués des organisations et des réseaux, le principe fondamental d'une implication significative de la société civile de la société civile, et tout particulièrement des personnes vivant avec le VIH, est maintenant inscrit dans les stratégies et les politiques de bon nombre d'organisations, d'institutions et de programmes luttant contre le SIDA.

SESSION SPÉCIALE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA : UN TRIOMPHE ET UN PRÉTEXTE À AGIR

La session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA organisée en juin 2001 a constitué un événement majeur et l'occasion de rendre hommage au zéle et au zèle et aux efforts de sensibilisation de la société civile, dans les campagnes qui ont aidé à maintenir le SIDA en bonne place dans les agendas politiques. La Déclaration d'engagement signée par 189 chefs d'Etat à l'issue de la session a attribué un rôle de premier plan à la société civile, en partenariat avec les gouvernements, s'agissant d'atteindre en temps voulu les objectifs fixé dans le cadre de la riposte à l'épidémie, et de s'assurer du respect de ces objectifs par les gouvernements. La session de 2001 n'a pas seulement mis en évidence les tensions latentes entre gouvernements et société civile, elle a aussi été l'occasion de vifs débats sur le mode de représentation de celle-ci et sur la nécessité de veiller à ce que les engagements pris concernant la société civile en général—et son rôle de porte-parole des personnes vivant avec le VIH en particulier—ne restent pas lettre morte. L'examen en commun de ces tensions a aidé à passer à un engagement réel de travail en partenariat vers des objectifs partagés.

La Déclaration fixe des objectifs à atteindre en 2003, en 2005 et en 2010. L'étude par



l'Assemblée Générale des Nations Unies des progrès accomplis en 2005 représente un jalon important et a retenu tout particulièrement l'attention et l'énergie de nombreux membres de la société civile.

Un des exemples en est la mise en place en 2005 d'un consortium civique regroupant des organisations non gouvernementales pour apporter un appui au travail de suivi, de sensibilisation et de rapports sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS, travail dirigé par des représentants de la société civile. Ce consortium regroupe les organisations non gouvernementales suivantes : Gestos, Fundar et Panos (basées respectivement au Brésil, au Mexique et au Royaume-Uni), le *Public Health Watch/Open Society Institute* (Veille Santé publique/Institut pour une Société Ouverte), le Conseil international des Organisations non gouvernementales de Lutte contre le SIDA (ICASO), la *World AIDS Campaign* (Campagne mondiale contre le SIDA), et le *Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations—LACCASO* (Conseil latino-américain et caraïbe pour ICASO). Le Consortium a repris l'œuvre engagée par le Conseil international des Organisations non gouvernementales de Lutte contre le SIDA (ICASO), qui fut le premier organisme de soutien au type de travail de suivi et de sensibilisation accompli par la société civile.

En 2004, les personnes concernées ont publié un rapport présentant les résultats et les recommandations des recherches à base communautaire réalisées au Kenya, aux Philippines, en Ukraine et au Venezuela, soit quatre régions pilotes affectées par l'épidémie de VIH (ICASO, 2004a). L'étude porte essentiellement sur quatre des engagements de la Déclaration : accès au traitement, émancipation des femmes, droits des personnes vivant avec le VIH, allocation de ressources et implication de la société civile. Une des observations importantes a été le fait que l'adoption gouvernementale de la Déclaration d'Engagement soit restée sans impact évident sur la vulnérabilité des filles et des femmes face au VIH et qu'il s'agissait là de l'une des plus grandes faiblesses de la riposte mondiale. Les rapports du Conseil international et du consortium d'organisations non gouvernementales montrent que la collaboration entre gouvernement et société civile est plus souvent un vain mot qu'un engagement réel, ce qui se traduit par l'absence de participation significative de la société civile dans l'élaboration des politiques.

Mise à niveau et pérennisation de la riposte

Pour relever le défi que pose le SIDA à long terme, les pays devront dépasser planification à court terme et préoccupations électorales et envisager une riposte continue et de grande ampleur. La société civile est la mieux placée pour assurer une perspective à long terme.

En décembre 2004, les organisations non gouvernementales du monde entier se sont mises d'accord sur un code de pratique qui guide leur riposte à l'épidémie. Elles ont créé le Code de Pratique VIH/SIDA des organisations non gouvernementales (*Non governmental Organization HIV/AIDS Code of Practice*). Outil de référence, ce code propose un ensemble de pratiques en matière de sensibilisation et de programmation auxquelles les organisations peuvent souscrire et de l'application desquelles elles rendent compte. Il adopte une approche de la lutte contre le SIDA basée sur les droits de la personne, encourage une implication significative des personnes vivant avec le VIH et propose d'intervenir sur les causes de vulnérabilité dans des programmes fondés sur des données avérées.

A ce jour, plus de 160 organisations non gouvernementales ont signé ce code de pratique.

Pour tous les secteurs impliqués dans la riposte au SIDA, la protection des

CODE DE PRATIQUE VIH/SIDA DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES : PRINCIPES DE PROGRAMMATION*

Eléments interdépendants

- Nos programmes VIH/SIDA utilisent un ensemble de méthodes intégrées pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés affectées.
- Nos programmes VIH/SIDA sensibilisent les communautés et les aident à développer leurs compétences pour riposter au VIH/SIDA.
- Nous plaidons pour un environnement qui protège et soutient les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés affectées et apporte sa contribution à des programmes VIH/SIDA efficaces.

Conseil et dépistage volontaires (CTV)

- Nous offrons et recommandons des services de conseil et dépistage volontaire accessibles et confidentiels.

Prévention du VIH

- Nous offrons ou recommandons des programmes étendus qui répondent à la diversité des besoins des individus et des communautés.
- Nos programmes de prévention du VIH permettent aux individus de développer leur aptitude à se protéger et à protéger les autres de l'infection à VIH.
- Nos programmes de prévention veillent à ce que les individus soient informés des dispositifs de prévention de l'infection et y aient accès.
- Nous offrons ou recommandons des programmes de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables.

Traitement, prise en charge et soutien

- Nous offrons ou recommandons des programmes complets de traitement, de prise en charge et de soutien.
- Nous permettons aux personnes et aux communautés affectées par le VIH de faire face à leurs besoins en matière de traitement, de prise en charge et de soutien.

Lutte contre stigmatisation et discrimination

- Nous faisons en sorte que les personnes et les communautés affectées connaissent leurs droits et luttent contre la discrimination et ses conséquences.
- Nous sommes attentifs à toute discrimination au sein du système et la combattons.
- Nous favorisons la compréhension des communautés à l'égard de la discrimination associée au VIH et au SIDA et faisons en sorte qu'elles la combattent.
- Nous favorisons les partenariats avec les institutions de défense des droits de l'homme, les services juridiques et les syndicats pour promouvoir et garantir les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés affectées.

Source : Code de Pratique des organisations non gouvernementales VIH/SIDA, Projet 2004.

*Le Code a été mis au point par : *Action Aid International*, l'*Alliance internationale VIH/SIDA*, *CARE USA*, le *Conseil international des Organisations non gouvernementales de Lutte contre le SIDA—ICASO*, le *Conseil mondial des Eglises*, le *Conseil mondial de la Santé*, la *Fédération internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge*, le *Grupo Pela Vida*, la *Hong Kong AIDS Foundation*, la *International Harm Reduction Association* (*Association internationale pour la Réduction des Risques*) et le *Réseau mondial de Personnes vivant avec le VIH/SIDA (GNP+)*.

ressources humaines est une priorité absolue et comprend la sauvegarde de la santé des personnes vivant avec le VIH. Celles-ci sont souvent l'épine dorsale de la riposte. L'accès au traitement et à la prise en charge—y compris les médicaments antirétroviraux et le traitement concomitant de la tuberculose—est primordial, tout comme les mesures qui réduisent le stress et l'épuisement. Au Brésil, l'accès universel au traitement et aux services de prévention a joué un rôle majeur dans la protection du personnel des organisations non gouvernementales et des bénévoles contre les risques de maladie et de mort, et ainsi maintenir leur efficacité dans la lutte contre l'épidémie (Halmshaw et Hawkins, 2004).



Dès le début de l'épidémie, et alors que les hôpitaux publics étaient débordés par le fardeau du VIH, les organisations de la société civile ont pris des responsabilités dans le domaine de la santé.



Les groupes de la société civile jouent un rôle important dans la sensibilisation en faveur d'un accès plus large au traitement et assurent une plus grande transparence en assurant un suivi des activités liées au traitement entreprises par les gouvernements, les bailleurs de fonds et les organisations non gouvernementales.

En Afrique du Sud, la Division de la Recherche en Economie de la Santé et sur le VIH/SIDA de l'université de Natal a mis au point des outils pour aider les organisations non gouvernementales et communautaires à lutter contre le SIDA sur le lieu de travail. L'université a été soutenue par un projet de recherche conduit au Kwazulu Natal (la province la plus affectée), qui a mis en lumière l'impérieuse nécessité d'atténuer l'impact du SIDA sur les organisations de la société civile (Manning, 2002).

L'Alliance Internationale SIDA a produit un ensemble d'outils pour aider les organisations non gouvernementales à évaluer et à renforcer leur capacité de riposte à l'épidémie (*International AIDS Alliance*, 2004). Cet ensemble d'outils, testé au Cambodge, en Equateur et en Inde par plus de 50 organisations non gouvernementales et à assise communautaire, s'articule autour de 5 domaines de compétences : la compétence organisationnelle, la connaissance technique du VIH, la participation des personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes affectés, l'organisation de partenariats et la coordination des actions engagées, et enfin la sensibilisation. Au début de l'année 2006, 165 organisations partenaires de l'Alliance avaient utilisé ces outils dans plus de 8 pays.

AUX AVANT-POSTES DES SERVICES DE SANTÉ

Dès le début de l'épidémie, et alors que les hôpitaux publics étaient débordés par le fardeau du VIH, les organisations de la société civile ont pris des responsabilités dans le domaine de la santé. Elles ont été des pionnières en matière de conseil pour et par les personnes infectées et affectées et en matière de prise en charge des malades au domicile. Lorsque des médicaments—s'agissant y compris des médicaments antirétroviraux—ont été mis en point contre le VIH, les organisations de la société civile se sont trouvées en première ligne des actions engagées dans le but d'en diminuer les coûts, en démontrant que les traitements antirétroviraux pouvaient être dispensés, y compris dans des situations de précarité, et en faisant pression sur les gouvernements nationaux pour que ceux-ci s'engagent à assurer le traitement. En outre, dans de nombreux pays où sévit une épidémie conjuguée de VIH et de tuberculose, c'est souvent la société civile qui mène le combat pour des programmes intégrés de lutte contre les deux maladies.

En 2004, une étude conjointe menée par Sidaction—groupe basé à Paris qui lutte pour le droit au traitement— l'ONUSIDA et l'OMS a montré que les organisations non gouvernementales restent les principaux prestataires de soins dans de nombreux pays africains, là où la charge du VIH est la plus lourde. L'étude en question portait sur 274 organisations à assise communautaire travaillant au contact d'un total de 210 400 personnes séropositives dans 45 pays différents. Les données recueillies ont permis d'établir que 182 organisations dispensaient une thérapie antirétrovirale, que 68 d'entre elles prescrivaient elles-mêmes ces médicaments, que 133 assuraient un suivi médical et 156 un suivi psychologique des personnes sous traitement, et que 159 organisations assuraient information et éducation sur le traitement par antirétroviraux, les symptômes et la gestion de ses effets secondaires. 141 organisations ont en outre signalé prodiguer un traitement pour les infections opportunistes, y compris pour les personnes atteintes de tuberculose (Sidaction et al., 2005)

Au Burkina Faso, des organisations à assise communautaire ont, avant même le gouvernement et les donateurs internationaux, importé des médicaments antirétroviraux génériques, et au Burundi, des groupes communautaires ont été la source principale de traitement. En Ouganda, *The AIDS Support Organisation*—TASO (Organisation d'Aide aux Malades du SIDA), usant de son expérience en matière de mise à disposition d'un traitement pour ses propres membres, a mis au point un programme communautaire qui a débuté en 2004 avec 3000 participants et qui en compte actuellement plus de 7000. En Haïti, *Partners in Health* (Partenaires pour la Santé) et le Groupe d'Etudes haïtien sur le Sarcome de Kaposi et les Infections opportunistes ont été les premiers dans le pays à proposer le traitement par antirétroviraux, et ce sont encore les organisations non gouvernementales qui prennent en charge la majorité de ces traitements. Au Cambodge, 70 % des organisations non gouvernementales engagées dans la riposte au VIH focalisent leur action sur la prise en charge et le traitement.

Les groupes de la société civile jouent un rôle important dans la sensibilisation en faveur d'un accès plus large au traitement et assurent une plus grande transparence en assurant un suivi des activités liées au traitement entreprises par les gouvernements, les bailleurs de fonds et les organisations non gouvernementales. De vastes réseaux ont été forgés dans de nombreux pays pour assurer un meilleur accès aux médicaments antirétroviraux. La *Kenya Coalition on Access to Essential Medicines* (Coalition pour l'accès aux médicaments essentiels au Kenya)— dont le réseau compte des personnes vivant avec le VIH, la *Kenya Medical Association* (Association médicale du Kenya), des organisations non gouvernementales internationales et divers groupes de la société civile—mènent une action coordonnée pour élargir l'accès au traitement.

Stigmatisation et discrimination ne font pas que menacer la vie et le confort des personnes vivant avec le VIH, elles entravent dans tous ses aspects la riposte à l'épidémie. Elles vont à l'encontre d'une volonté éventuelle de prêter attention aux messages de prévention, d'effectuer un dépistage, de chercher une solution aux problèmes liés au VIH et comptent parmi les causes profondes du refus d'agir des gouvernements ou de leur lenteur à intervenir (Ogden et Nyblade, 2005). Le présent rapport revient longuement sur ces problèmes, mais il faut se

PRÉPARER LE TERRAIN POUR UN TRAITEMENT PAR ANTIRÉTROVIRAUX

Il ne suffit pas de mettre en place les services de traitement par antirétroviraux pour réussir. Les personnes susceptibles d'en bénéficier doivent d'abord savoir si elles sont séropositives, ce qui signifie être prêtes à faire un test et pouvoir être testées. Les gens doivent savoir ce qu'est le traitement par antirétroviraux, comment les médicaments agissent, ce qu'implique, pour elles-mêmes et les membres de leur famille, le fait de suivre le traitement pendant toute une vie, y compris les sacrifices que cela peut entraîner. En outre, l'opinion publique doit avoir de ces questions une conscience suffisamment informée pour créer un environnement propice au traitement.

Ce type d'activités—appelées "préparation" ou "formation préalable"—a été assuré presque exclusivement par des groupes non gouvernementaux. Outre leurs campagnes pour le traitement et les pressions qu'ils ont exercées en faveur d'un débat public, ils ont mis en place des programmes d'apprentissage dans toutes les régions et assuré un suivi psychologique permanent auprès des personnes et des communautés grâce à des mécanismes de grande ampleur et très diversifiés au niveau périphérique. Depuis novembre 2004, leurs efforts sont soutenus par le *Collaborative Fund* (Fonds pour la Collaboration), partenariat entre l'*International Treatment Preparedness Coalition* (Coalition internationale pour la Préparation au traitement) et la *Tides Foundation*, une association caritative basée aux Etats-Unis qui a une grande expérience dans l'attribution de petites subventions aux organisations à assise communautaire. Les responsables du Fonds sont des personnes vivant avec le VIH qui, avec l'aide de leurs associations et de leurs réseaux, déterminent les priorités de financement.

souvenir que la société civile a joué un rôle prédominant dans le combat contre stigmatisation et discrimination et qu'elle poursuit son action dans ce sens presque partout dans le monde. Tout en étant à la tête de ce combat, la société civile a fait beaucoup pour la défense des droits des groupes marginalisés à l'accès à l'information et aux services de santé associés au SIDA.

Dans le sud du Kazakhstan, une organisation appelée *Senim*—terme qui signifie "confiance" en langue kazakhe—apporte une aide aux professionnel(le)s du sexe en distribuant des préservatifs, en adressant des membres de leur communauté aux services de santé sexuelle, et en assurant des systèmes d'échanges de seringues pour les consommateurs de drogues. *Senim* défend les droits des professionnel(le)s du sexe et condamne la violence qui trop souvent les frappe. Au cours des quatre dernières années, le taux d'incidence annuel des infections transmissibles par voie sexuelle dans cette communauté est passé de 64 % à 40 % et la prévalence du VIH s'est stabilisée à 1,6 % ; 60 % des professionnel(le)s du sexe disent avoir recours aux préservatifs avec leur clientèle.

En Ethiopie, la *Integrated Service for AIDS Prevention and Support Organization* (Service intégré de prévention et de soutien contre le SIDA) a contribué à réduire le risque d'infection dans la population des professionnel(le)s du sexe, qui constituent dans ce pays un groupe délaissé et marginalisé que les interventions de prévention du VIH menées auprès de

l'ensemble de la population ont du mal à atteindre. L'organisation a œuvré pour une prise de conscience et pour un changement des comportements et des conditions de vie en offrant des choix et des possibilités d'action à diverses populations. Plus de 1000 femmes ont été impliquées et 200 d'entre elles ont quitté le commerce du sexe pour gérer de petites entreprises.

Anciens partenaires, partenariats nouveaux

Il est essentiel de renforcer et de soutenir la participation des groupes de la société civile dans le cadre des ripostes multisectorielles des pays si l'on veut que ces derniers devancent leurs épidémies. On admet de plus en plus que l'union fait la force et toutes sortes d'organisations saisissent la chance de mettre en place des alliances et des partenariats nouveaux et de revitaliser ceux et celles qui sont déjà en place.

ORGANISATIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH : EST-IL TEMPS DE CHANGER ?

En règle générale, les organisations de personnes vivant avec le VIH ont initialement pour but d'apporter une prise en charge et un soutien mutuels. Puis, au fur et à mesure que se renforcent leurs capacités et leur voix collective, elles évoluent progressivement vers des rôles plus élargis et plus variés dans la riposte à l'épidémie. Aujourd'hui, outre les milliers de personnes vivant avec le VIH qui continuent d'apporter des services de soutien et de prise en charge au niveau le plus modeste, des réseaux de personnes séropositives travaillent aux niveaux national, régional et mondial.

Le travail en réseaux a pour principal objectif de représenter les intérêts des personnes séropositives sur la vaste scène mondiale et de leur donner la parole partout où se discutent les politiques et les décisions qui influeront sur leur existence. Aujourd'hui, ces réseaux sont à la croisée des chemins. Si le principe de l'implication des personnes séropositives dans tous les aspects de la riposte est généralement accepté et si ces personnes s'assoient à la plupart des tables de conférence, la question est maintenant de savoir comment faire le meilleur usage des chances ainsi acquises. Afin de décider des options à appliquer, un groupe de personnes vivant avec le VIH de par le monde se charge de débattre de nouvelles straté-



Le travail en réseaux a pour principal objectif de représenter les intérêts des personnes séropositives sur la vaste scène mondiale et de leur donner la parole partout où se discutent les politiques et les décisions qui influeront sur leur existence.

UNE PERSPECTIVE NOUVELLE : EXPLOITER L'EXPERTISE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Outre son action en faveur de la sensibilisation et de la mise à disposition de services associés au SIDA, la société civile représente un profond réservoir indépendant d'information et d'expertise. Cela est clairement apparu lorsque l'équipe interinstitutions de l'ONUSIDA sur l'éducation, sous l'égide de l'UNESCO, a commandité la première enquête mondiale sur l'état de préparation du secteur éducatif face au VIH/SIDA (à l'heure de parution, ce document n'est officiellement disponible qu'en anglais : *Education Sector Global HIV/AIDS Readiness Report*). Ce rapport comporte un questionnaire d'auto-évaluation adressé aux ministères de 117 pays, restitué par 71 d'entre eux à ce jour (la section du présent rapport qui traite de la réduction de l'impact en résume les résultats). Une étude parallèle conduite par l'organisation non gouvernementale *Global Campaign for Education* (Campagne mondiale pour l'Education) a comporté des ateliers qui ont réuni réseaux éducatifs de la société civile, syndicats d'enseignants et représentants des ministères de l'éducation de 18 pays très affectés par le SIDA (Boler et Jellema, 2005).

Les deux études ont permis d'effectuer des évaluations très différentes sur la façon dont les ministères de l'Education et les écoles ripostaient au SIDA. Le rapport de la Campagne mondiale pour l'Education, intitulé *"Inaction mortelle"*, est beaucoup plus critique que celui de l'équipe interinstitutions. Il signale par exemple, que seuls deux des dix-huit pays concernés mettent en œuvre des stratégies cohérentes face au SIDA et que bien peu a été fait pour satisfaire le besoin d'éducation des orphelins et des enfants vulnérables. Ces études attirent toutes deux l'attention sur les défis liés au SIDA que le secteur éducatif doit relever (voir plus loin *Impact du SIDA*).

Le Projet de campagne mondiale pour l'éducation apporte des données qualitatives supplémentaires au rapport sur l'état de préparation du secteur éducatif face au VIH/SIDA mentionné plus haut et stimule par ailleurs le dialogue entre gouvernements et société civile en encourageant cette dernière à participer à l'élaboration des politiques nationales en matière de SIDA et d'éducation.

Les recherches accomplies dans le cadre de ces études ont eu de nombreux effets dérivés. Ainsi, en Bolivie, les agences ayant pris part aux ateliers ont décidé d'agir sans délai et de soumettre une proposition au gouvernement pour l'inclusion immédiate d'une éducation au SIDA dans les programmes scolaires nationaux.

gies. En 2005, l'ONUSIDA et ses partenaires ont facilité la tenue d'une série de séances de réunions consultatives de type "remue-méninges" à Johannesburg et Nairobi à ce sujet (ONUSIDA, 2005c, 2005d).

Après avoir procédé à une autocritique, les participants ont convenu du besoin urgent de donner aux structures informelles un aspect plus professionnel afin de leur permettre de fonctionner efficacement et de participer de façon autonome au sein des organisations et des forums de haut niveau. Les discussions ont également mis en évidence la tendance des réseaux à "perdre le contact avec la base", au fur et à mesure d'engagements plus

globaux, et la nécessité de veiller à ce que les mandats soient clairs, et à ce que des responsabilités et des lignes de communication adéquates soient rigoureusement établies. Les participants ont aussi souligné la nécessité de mettre en place des mécanismes susceptibles de contribuer à ce que les idées innovantes et les nouveaux intervenants progressent dans leurs organisations et leurs réseaux—de manière à conserver une pertinence pour les jeunes générations de personnes séropositives. Plus récemment, on a constaté un recul de l'engagement à l'égard des activités associées au SIDA—surtout parmi les personnes sous traitement antirétroviral, pour lesquelles la survie n'est plus le premier des soucis et qui doivent faire face à des préoccupations plus générales (Rawstorne et Prestage, 2005).

Parmi les nombreux éléments d'importance mis à jour au cours de ces réunions, on notera la tendance à permettre aux priorités établies par les bailleurs de fonds d'influencer l'agenda prévu pour les personnes vivant avec le VIH. En ce qui concerne la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA, le manque d'engagement effectif des bailleurs de fonds et des autres organisations impliquées dans la lutte contre le SIDA—notamment celui des organismes non gouvernementaux, des autorités nationales et des Nations Unies—constitue un autre sujet d'inquiétude. Si la riposte à l'épidémie continue de croître aux niveaux national, régional et mondial, on note trop rarement une participation significative des personnes vivant avec le VIH.

Les groupes de femmes

On compte 17 millions de femmes sur les 40 millions de personnes vivant avec le VIH aujourd'hui de par le monde, et la différence sexospécifique va s'amenuisant. En 2004, la Coalition mondiale sur les Femmes et le SIDA a été lancée sous les auspices de l'ONUSIDA afin de mettre en évidence les effets de l'épidémie sur les femmes et les jeunes filles et pour stimuler des actions efficaces et pratiques visant à répondre aux besoins de celles-ci. La Coalition représente une alliance informelle mondiale de multiples partenaires : groupes de la société civile, réseaux de personnes vivant avec le VIH, gouvernements et agences des Nations Unies. Elle



Les églises et autres organisations à assise confessionnelle se sont trouvées à l'avant-garde—en particulier dans les pays en développement—pour apporter traitements, prise en charge et soutien aux personnes vivant avec le VIH ou mourant du SIDA, ainsi que pour répondre aux besoins des enfants rendus orphelins.

Le monde des entreprises, qui peut atteindre des millions de travailleurs grâce aux programmes de lutte contre le SIDA développés sur le lieu de travail (...) est idéalement placé pour contribuer à la riposte contre l'epidémie.



envisage trois domaines d'action étroitement liés : mise en place d'informations et de politiques, sensibilisation au plus haut niveau, action au niveau des pays.

La Coalition a apporté des "fonds de démarrage" à hauteur de US$ 50 000 aux Groupes thématiques des Nations Unies dans des pays affectés par le VIH afin de renforcer les éléments sexospécifiques des stratégies nationales contre le SIDA et d'encourager la participation de groupes de femmes aux forums de la société civile. En 2004–2005, elle a soutenu sept pays d'Asie et d'Afrique et deux régions, le Mékong et le Moyen-Orient (ONUSIDA, 2006). Au Kenya par exemple, ces fonds ont servi à dresser la carte des organisations féminines pour servir de ressource au Comité national de Coordination SIDA. Au Viet Nam, l'ONUSIDA a établi un partenariat avec l'Union des Femmes, qui compte 13 millions de membres à travers le pays, afin d'élaborer une stratégie anti-VIH. Au Moyen-Orient, une réunion régionale en Jordanie au mois de juin 2005 s'est concentrée sur la promotion des droits de la femme, sur le renforcement des capacités pour les organisations féminines et sur une meilleure prise de conscience des problèmes sexospécifiques, du risque et de la vulnérabilité au VIH.

La recherche montre qu'il est difficile de mettre en application la stratégie visant à une représentation opportune des femmes au sein des forums de politique et de planification. Le Centre international de Recherches sur les Femmes a par exemple constaté que les organisations féminines ne s'étaient pas impliquées de façon systématique dans les discussions qui ont abouti à la mise en place du Fonds mondial contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et que les représentants de la société civile au sein du Conseil de ce Fonds comptaient peu d'experts des problèmes liés à la sexospécificité (Cornman et Duvvury, 2005). En outre, les études de cas au niveau des pays montrent que ces problèmes sont rarement repris dans le cadre des programmes subventionnés. Ceux des programmes qui traitent des problèmes de femmes se concentrent la plupart du temps sur celui de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. D'une façon générale, les femmes n'ont qu'une implication limitée dans les forums nationaux de planification des activités de lutte contre le SIDA. Une

DES SILLONS NEUFS

Le Réseau pan-ukrainien de Personnes vivant avec le VIH constitue un exemple singulier de mobilisation efficace et d'auto-organisation de personnes vivant avec le VIH dans la Communauté des Etats indépendants de l'ancienne Union soviétique. Au cours des six dernières années, le Réseau a atteint et regroupé des personnes vivant avec le VIH dans 34 villes d'Ukraine et s'est posé fermement en avocat ardent des droits des personnes vivant avec le VIH et en tant que prestataire stratégique de services pour cette communauté. Le Réseau constitue un remarquable exemple de la façon dont les organismes de la société civile peuvent affronter les problèmes de pérennisation des actions entreprises à divers niveaux. Il investit par exemple dans son propre développement en tant qu'organisation en identifiant, recrutant et formant des porte-parole dans la communauté et en se les attachant. Le Réseau peut donc ainsi se targuer d'un important noyau de gestionnaires qui dirigent l'organisation dans de nombreux domaines.

En 2005 le Réseau a fondé l'Association des Personnes vivant avec le VIH en Europe centrale et en Europe de l'Est, qui regroupe des organisations de personnes séropositives dans dix pays de l'ancienne Union soviétique. Cette Association constitue une référence précieuse pour les 24 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale qui ont rencontré de sérieuses difficultés dans la collecte de fonds destinés à mettre en place et à soutenir leurs propres organisations. Ces pays peuvent ainsi avoir recours à une organisation opérationnelle de personnes vivant avec le VIH, au moins. Même s'il s'agit le plus souvent de petits groupes situés dans des villes importantes et qui n'ont que peu l'occasion d'assurer des activités de proximité en dehors de ces villes, il y a là une évolution encourageante dans une région où les modes de fonctionnement de la société civile sont encore mal connus.

En septembre 2005, l'Eglise orthodoxe de Russie a lancé un programme de prévention et de prise en charge du VIH dans la Fédération de Russie. Le programme vise à former les membres du clergé et les volontaires au sein de l'église à l'accompagnement psychologique et aux soins infirmiers pour les personnes séropositives, à la mise en place de centres d'écoute téléphonique et au lancement de programmes de prévention orientés vers les jeunes consommateurs et consommatrices de drogues injectables se concentrant sur les problèmes de la drogue et du VIH. Il y a là une possibilité de rassembler les communautés ecclésiales dans tous les pays de l'ex-Union soviétique, avec leur important réseau de centres sociaux, d'écoles du dimanche et de clubs de jeunesse.

évaluation récemment menée par l'ONUSIDA dans 79 pays a montré que 90 % des cadres de travail nationaux contre le SIDA n'avaient bénéficié que d'une faible—voire d'aucune—contribution des organisations féminines, quand bien même on constatait une progression de cette participation pour 50 % d'entre eux (se reporter au chapitre relatif aux ripostes nationales).

ORGANISATIONS À ASSISE CONFESSIONNELLE

Les églises et autres organisations à assise confessionnelle se sont trouvées à l'avant-garde—en particulier dans les pays en déve-

loppement—pour apporter traitements, prise en charge et soutien aux personnes vivant avec le VIH ou mourant du SIDA, ainsi que pour répondre aux besoins des enfants rendus orphelins. Elles restent en première ligne des services en de nombreux endroits. Les associations de santé chrétiennes en Afrique (*Christian Health Associations in Africa*) par exemple travaillent en accord avec les ministères de la Santé et assurent près de 30 % des soins dans le pays en Zambie, 40 % au Kenya et au Lesotho, 45 % au Zimbabwe, 47 % au Libéria et 48 % en Tanzanie (Dimmock, 2006). L'OMS estime qu'à l'échelle mondiale, un cinquième des organisations impliquées dans la planification des activités de lutte contre le SIDA est d'origine confessionnelle (OMS, 2004). Ces organisations possèdent indubitablement un potentiel encore non exploré s'agissant de la riposte au SIDA—en particulier de la contribution que peuvent apporter leurs nombreux fidèles à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, ainsi qu'à l'élargissement de la couverture assurée dans le domaine de l'éducation, de la prise en charge et du soutien. L'ONUSIDA s'efforce d'identifier les lacunes de la riposte pour permettre aux groupes confessionnels d'agir ultérieurement. Il s'efforce également de servir de courtier avec d'autres organismes concernés par le SIDA et de collaborer avec les principales organisations confessionnelles internationales, notamment la *World Vision* (organisation de parrainage d'enfants), la *Christian Aid*, et les organismes d'aide des églises au Danemark et en Norvège. L'ONUSIDA a ratifié avec *Caritas internationalis* un mémorandum formel d'accord concernant des activités communes destinées à encourager des actions de lutte contre le VIH dans 180 pays en faisant appel à un réseau mondial d'organismes membres, collabore avec *Positive Muslims* (Musulmans positifs) de Cape Town en Afrique du Sud et a établi des liens étroits avec le Réseau africain d'Autorités religieuses vivant avec ou affectées par le VIH et le SIDA (voir l'encadré).

Puisque les dilemmes éthiques et moraux que pose l'épidémie peuvent perturber et diviser les esprits, il importe d'encourager un débat public au sein des communautés de foi, et parmi celles-ci, au sujet de la riposte à apporter au SIDA. En décembre 2004 par exemple, le PNUD a organisé au Caire un colloque entre autorités religieuses, en partenariat avec *Family Health International* sous les auspices de la Ligue des Etats arabes. Ce colloque a rassemblé des autorités musulmanes et chrétiennes originaires de 19 pays qui ont élaboré et ratifié la 'Déclaration du Caire' s'engageant à une riposte rapide contre l'épidémie. La Déclaration, signée depuis par 300 autres autorités religieuses, souligne la nécessité « de dénoncer et d'abolir toute forme de discrimination . . . et de stigmatisation à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA . . . »

LES ENTREPRISES PRIVÉES ET LES ASSOCIATIONS DE TRAVAILLEURS

Le monde des entreprises, qui peut atteindre des millions de travailleurs grâce aux programmes de lutte contre le SIDA développés sur le lieu de travail et peut aussi influencer les communautés d'où sont issus travailleurs et clientèle, est idéalement placé pour contribuer à la riposte contre l'épidémie. Le rapport 2006 du Forum économique mondial sur le monde des entreprises et le SIDA signale que même si leur contribution à la riposte contre l'épidémie peut encore s'accroître, les entreprises sont de plus en plus nombreuses à avoir mis en place ou à envisager de mettre en place

DES AUTORITÉS RELIGIEUSES VIVANT OUVERTEMENT AVEC LE VIH

En novembre 2002, un groupe d'hommes et de femmes d'église de la ville ougandaise de Mukono a décidé d'établir l'*African Network of Religious Leaders Living with or Personally Affected by HIV and AIDS—ANERELA+* (Réseau africain d'Autorités religieuses vivant avec ou affectées par le VIH et le SIDA). Pour le chanoine Gideon Byamugisha, ce fut l'accomplissement d'un rêve : premier prêtre anglican à révéler publiquement son statut sérologique, il vivait avec le VIH depuis 10 ans et savait que de nombreux chefs religieux séropositifs vivaient dans le silence et dans la crainte de la discrimination alors qu'ils avaient besoin de soins et de soutien. Avec ses collègues de la réunion de Mukono—réunis entre autres choses pour célébrer le dixième anniversaire de l'annonce de sa séropositivité—il a estimé que, en tant que chefs de leurs communautés confessionnelles, ils étaient particulièrement bien placés pour rompre le silence qui entoure le SIDA et défier la stigmatisation et la discrimination. Leur Réseau a été lancé officiellement lors de la 11e Conférence Internationale des Personnes vivant avec le VIH/SIDA organisée à Kampala en octobre 2003, sur le thème *The Dawn of New Positive Leadership* (Aube de la nouvelle Direction positive). Avec l'aide financière de la *World Vision International* (organisation de parrainage d'enfants), de *Christian Aid*, de l'Agence suédoise pour le Développement international (ASDI) et de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), le Réseau a entamé la tenue d'une série d'ateliers de formation dans plusieurs pays et compte aujourd'hui plus de mille membres dans la plupart des pays d'Afrique et dans l'ensemble des communautés à assise confessionnelle représentées dans le sous-continent. Les membres du réseau sont tous soit séropositifs soit impliqués dans la prise en charge de proches parents vivant avec le VIH.

des politiques de lutte contre le SIDA (Bloom et al., 2006).

Parmi les entreprises les plus modestes, nombreuses cependant sont celles qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour mesurer l'impact potentiel du VIH sur leurs activités, pour ne pas parler ici del'organisation d'une riposte. C'est pour ces entreprises et pour ces raisons que l'Organisation internationale du Travail (OIT), avec l'aide du *Department of Labor* des Etats-Unis, a mis en place un Programme d'Education au SIDA sur les Lieux de Travail qui à l'heure actuelle concerne 289 entreprises dans 22 pays. L'identification des points focaux et la formation de pairs chargés de la formation a lieu dans des endroits aussi variés que de petits sites miniers en Inde et en Russie, des garages au Ghana et des hôtels au Cambodge. Sur place, syndicats et associations d'employeurs aident à élaborer les stratégies de prévention du VIH et de prise en charge sanitaire, soutenues par des enquêtes auprès des travailleurs et par un programme de suivi établi de commun accord. Le programme couvre tant les lieux de travail du secteur public que ceux du secteur informel, depuis les responsables des docks en Indonésie jusqu'aux coiffeurs de la Jamaïque (OIT, documents non publiés).

Les associations d'employeurs jouent un rôle particulier en aidant à la motivation et au soutien de petites compagnies d'implantation locale et disposant de moins de ressources. Ces associations—soutenues sur le plan mondial par un organisme

dénommé l'Association internationale des Employeurs, forte de l'adhésion de 142 organisations nationales dans 137 pays —offrent conseils et formation, encourageant la mise en commun de ressources et les partenariats entre petites et plus importantes entreprises. La Fédération des Employeurs de la Barbade (*Barbados Employers' Confederation*) par exemple, diffuse des modèles de bonnes pratiques parmi ses membres, fournit des matériels et organise des séances de formation et, en collaboration avec le Ministère du Travail, a ébauché un code national de lutte contre le SIDA sur le lieu de travail.

Les syndicats ont eux aussi joué un rôle important dans la riposte au VIH. Nombreux parmi eux sont ceux qui soulèvent des questions telles que le dépistage préalable au recrutement, le maintien dans leur emploi des personnes vivant avec le VIH, les compensations en cas de maladie ou les compensations aux ayants droit en cas de décès. Les efforts ont aussi visé la prévention, notamment par la formation de responsables et de porte-parole syndicaux en tant que points focaux dans la lutte contre le SIDA, éducateurs pour leurs pairs et formateurs. Les syndicats aident ainsi à accroître l'accès au traitement. En Ouganda, la *Federation for Agriculture, Food and Hotel Workers* (Fédération des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et de l'Hôtellerie) a travaillé en partenariat avec des groupes locaux de femmes pour mettre en place dans les plantations des consultations où travailleurs et travailleuses peuvent bénéficier de tests VIH et d'informations sur la planification des naissances (ONUSIDA/OIT/CISL, 2006). Au niveau mondial, la Confédération internationale des Syndicats libres (CISL), avec 236 organisations affiliées dans 154 pays, a conclu des accords de partenariat avec les dix Fédérations syndicales mondiales dans le but d'assurer un Programme syndical mondial sur le VIH/SIDA.

La Coalition mondiale des Entreprises contre le VIH/SIDA est une alliance majeure en pleine expansion, regroupant plus de 200 entreprises toutes engagées dans la riposte à l'épidémie de SIDA. Son but est de mettre le pouvoir individuel et collectif des principales compagnies internationales au service de la lutte contre le SIDA aux niveaux national et mondial. Dans le but de sensibiliser la communauté des entreprises à l'égard du SIDA et de stimuler de sa part une riposte à cette épidémie, elle a créé le premier système de mesure international, la Norme SIDA des *Meilleures Pratiques* (*Best Practice AIDS Standard*), outil quantitatif d'auto-évaluation qui mesure l'implication d'une compagnie et oriente les stratégies développées par les entreprises dans la riposte à la pandémie de SIDA.

Les entreprises des secteurs privés nationaux sont, elles aussi, en train d'accroître leur riposte au SIDA. A la Barbade des "amuseurs professionnels" de premier rang (musiciens, conteurs, disc jockeys, paroliers et organisateurs de soirées) se sont regroupés en réseau pour promouvoir la prévention du VIH au sein de l'industrie musicale nationale. Ils mettent au point une approche stratégique pour la promotion de comportements sexuels positifs et à moindre risque dans un contexte où l'industrie du divertissement exploite souvent de façon agressive les comportements à risque. Compte-tenu de l'immense popularité du monde musical auprès de la plupart des jeunes de la Barbade et de l'ensemble des Caraïbes, la mobilisation et la transformation d'un groupe structuré de professionnels et d'ac-

teurs de l'industrie musicale fournissent un puissant moyen de communication.

Si l'on prend en compte la difficulté qu'il peut y avoir à atteindre les jeunes sexuellement actifs par des voies plus traditionnelles, cette approche innovante est riche de promesses. Le quadruplement du nombre de personnes ayant recours aux services de conseil et de dépistage volontaires mis en place grâce à des services mobiles lors des festivals de musique constitue un premier succès pour cette initiative.

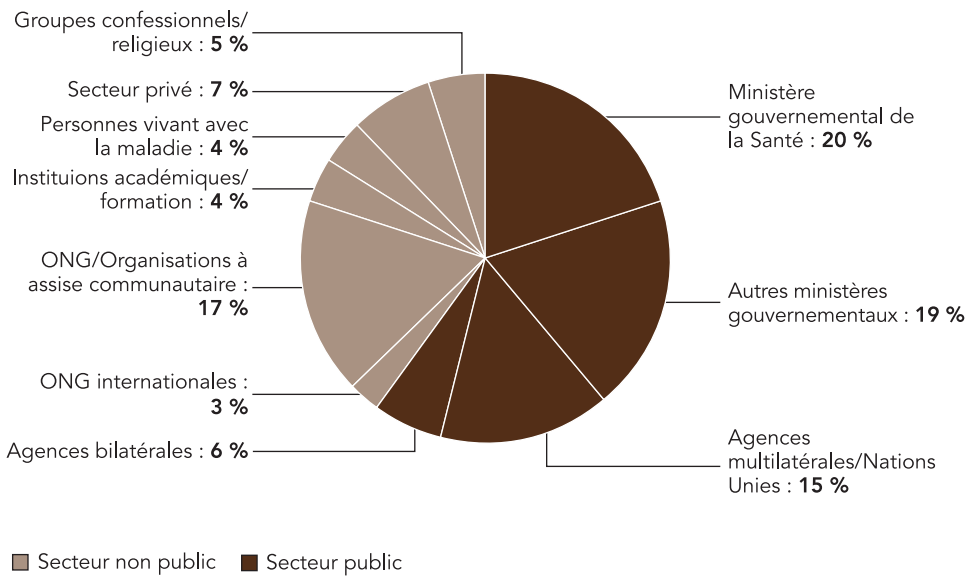
Dépenser de l'argent là où le besoin l'exige tout particulièrement

Il nous faut soutenir en priorité les initiatives communautaires, parce qu'elles constituent les fondements d'une riposte pérennisable appartenant aux personnes qui ont le plusà perdre et le plus à gagner.

Peter Piot, 27 juin 2005

En 2005, les sommes allouées à la lutte contre le SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire représentaient près de six fois les dépenses correspondantes pour 2001 (se reporter au chapitre "Financer la riposte au SIDA"). Cette augmentation impressionnante, due en partie à l'engagement soutenu et aux activités de sensibilisation des organisations de la société civile à tous les niveaux, ne suffit cependant pas à atteindre le niveau requis pour devancer l'épidémie, et de nombreuses organisations de la société civile continuent de travailler de façon intersectorielle pour mobiliser des ressources et maintenir l'engagement de la communauté internationale. Si l'on veut

FIGURE 9.1 **Instances de Coordination nationales (CCMs):** Entités présentes lors de la quatrième phase des CCM 100 % = 78 CCM



Source : Fonds mondial contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

améliorer l'existence des individus et ralentir le cours de l'épidémie, il est tout aussi important d'accroître le niveau de financement que de garantir une utilisation opportune des fonds.

LA SOCIÉTÉ CIVILE ET LE FONDS MONDIAL

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, s'appuyant sur l'expérience d'autres organisations intervenant dans le domaine du SIDA, s'efforce activement d'offrir aux personnes séropositives et aux organisations de la société civile l'occasion de prendre part au processus d'élaboration des politiques et de prise de décision. Les organisations non gouvernementales et les personnes vivant avec ou affectées par le VIH, la tuberculose ou le paludisme représentent près d'un quart des membres du Fonds, avec plein droit de vote. Les Instances de Coordination nationales du Fonds—chargées d'élaborer et de soumettre les demandes de subvention au Fonds et d'en superviser la mise en œuvre—doivent compter des représentants de tous les secteurs et groupes de pression (voir la Figure 9.1). Le Forum sur le partenariat du Fonds mondial, qui se réunit tous les deux ans, permet à un large éventail de parties prenantes d'apporter une rétro-information et de recommander des changements de politique et de procédures.

Au terme de l'année 2005, le Fonds avait engagé US$ 4,4 milliards dans le cadre de 350 subventions accordées à 128 pays. Près d'un tiers de ces subventions concernait des organisations non gouvernementales et des organismes à assise communautaire (voir la Figure 9.2) travaillant souvent au sein de populations difficiles à atteindre et particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH. Au Kazakhstan par exemple, le Fonds mondial a aidé le programme national à mettre en place, conjointement à des organisations non gouvernementales, des partenariats destinés à prodiguer des services aux consommateurs de drogues injectables ainsi qu'aux professionnel(le)s du sexe et à leur clientèle, parmi lesquel(le)s la propagation de l'épidémie est rapide. A Madagascar, le Fonds finance directement l'organisation non gouvernementale *Population Services International* (PSI) qui fournit des informations et des préservatifs dans le but de réduire les infections sexuellement transmissibles et s'efforce d'améliorer l'accès à des services de planification des naissances tenant compte des spécificités des jeunes (Fonds mondial, 2006).

AMÉLIORER L'EFFICACITÉ

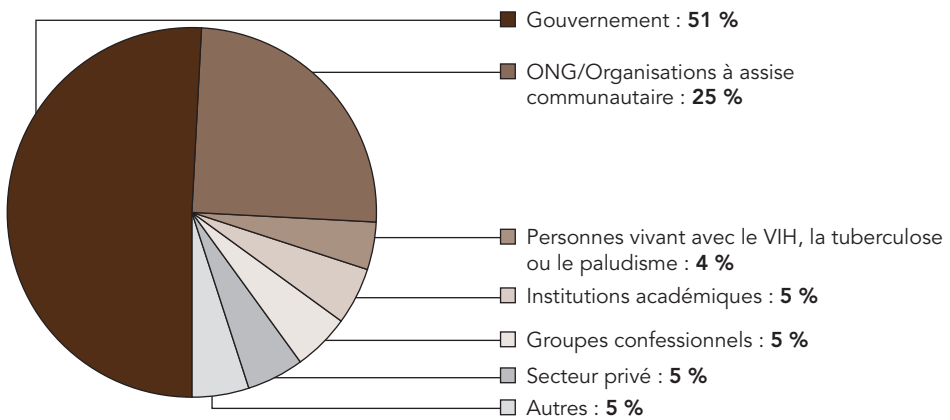
L'évaluation du Fonds mondial par plusieurs organisations, dont le Fonds lui-même, montre que les résultats ont été inégaux et présentent toujours un défi, malgré l'engagement du Fonds en faveur de la participation de la société civile (ICASO, 2004b). A titre d'exemple :

- l'engagement en faveur d'un partenariat multisectoriel parmi les dirigeants du Fonds mondial ne se retrouve que trop peu au niveau des pays—de nombreux gouvernements manquent d'expérience et hésitent à travailler avec les organisations de la société civile ;
- au niveau de plusieurs Instances de Coordination nationales, on constate une représentation inadéquate des organisations non gouvernementales et des populations vulnérables, notamment des personnes vivant avec le VIH, des consommateurs de drogues injectables, des femmes, des professionnel(le)s du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;

- il arrive fréquemment que les représentants de la société civile ne s'expriment pas au nom de leurs vrais mandataires—ils peuvent avoir été choisis par décision de leur gouvernement plutôt que par l'intermédiaire d'un processus démocratique et transparent ;
- il arrive fréquemment que les représentants de la société civile ne possèdent pas les connaissances, les compétences, l'assurance et/ou les ressources financières nécessaires à une participation efficace aux Instances de Coordination nationales ou à d'autres forums, ou encore pour affronter les déséquilibres du pouvoir.

Plusieurs actions ont été engagées pour résoudre ces problèmes. Puisque les Instances de Coordination nationales représentent l'accès aux subventions et constituent un élément essentiel de la mise en place d'une riposte véritablement multisectorielle, il est indispensable que ces instances fonctionnent correctement. Lors d'une réunion organisée à Arusha en Tanzanie au terme de l'année 2004, le Conseil du Fonds mondial a marqué son accord pour des directives exposant les objectifs de ces instances, leur structure et leur composition, et complétées d'instructions explicites visant à s'assurer que les mandataires de la société civile choisissent leurs représentants, que les personnes vivant avec ou affectées par la maladie soient représentées et que l'éventail complet des parties prenantes prenne part à l'élaboration des propositions et à la supervision des subventions (Fonds mondial, 2005a, 2005b). Le Groupe de Référence du Fonds mondial pour l'Evaluation a mis au point une liste de contrôle de la Performance des Instances de Coordination (disponible sur le site internet du Fonds mondial). Avec le soutien du projet POLICY de l'USAID et celui de l'Agence allemande pour la Coopération technique, le Réseau mondial des Personnes vivant avec le VIH/SIDA a préparé un manuel destiné à faciliter la participation des personnes séropositives. Le Réseau mondial et le Conseil international des Organisations non gouvernementales de Lutte contre le SIDA (ICASO) ont récemment obtenu une subvention du *Open Society Institute* (Institut pour une Société ouverte—Fondation Soros) afin de soutenir la délégation des

FIGURE 9.2 Secteur d'appartenance des bénéficiaires, phases 2–4 des CCM



Source : Fonds mondial contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Phases 2-4 des CCM. Données non disponibles pour la phase 1.

pays en développement au Conseil du Fonds mondial.

Vers une meilleure harmonisation des activités au niveau des pays

Les "Trois principes" (un cadre national commun de lutte contre le SIDA ; un organisme national commun de coordination de la riposte au SIDA ; un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national—voir le chapitre traitant des ripostes nationales) constituent la base d'un environnement de soutien pour les activités de la société civile et simplifient les processus administratifs de la riposte au SIDA. L'autorité de coordination nationale de lutte contre le SIDA apporte en particulier une chance de plaider pour un rôle véritablement significatif de la société civile dans tous les aspects de la riposte nationale—depuis l'élaboration des politiques et la planification jusqu'à la mise en œuvre—et de se rapprocher de cet idéal.

L'important déséquilibre que l'on observe entre société civile, Etat et bailleurs de fonds menace néanmoins le succès de ces trois principes. Sauf à prendre des mesures pour corriger ce déséquilibre, on risque de voir apparaître une nouvelle bureaucratie où l'implication de la société civile ne sera plus que symbolique. Il en résultera une riposte qui reflétera les souhaits des parties prenantes les plus puissantes, par exemple les ministères du gouvernement ou les bailleurs de fonds internationaux. Le renforcement des compétences de la société civile est une stratégie-clé dans la correction de ce déséquilibre des pouvoirs. L'Alliance internationale VIH/SIDA et le document de discussion de 2005 intitulé *La société civile et les "Trois Principes"* ont présenté un processus double qui permet d'expliquer aux gouvernements et aux bailleurs de fonds le rôle et la contribution de la société civile et de les informer sur la manière de répondre aux besoins de cette société, notamment en améliorant leur propre perception des fonctions de la société civile et en améliorant leurs compétences en matière de planification conjointe et de communication sans jargon (ICASO, 2005).

Le résultat le plus probant des larges tours d'horizon qu'ont entraînées l'initiative des "Trois Principes" et d'autres initiatives de par le monde a consisté à reconnaître que les organisations de la société civile—dont l'expertise en ce qui concerne l'épidémie et en ce qui concerne les besoins des populations est sans rivale—représentent une composante essentielle de la riposte nationale. Pour que les pays progressent vers l'accomplissement des engagements pris par leurs gouvernements lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) en 2001, il faut redoubler d'efforts pour soutenir et renforcer la société civile et lui donner une voix qui sera entendue.

Conscient des multiples défis auxquels doivent faire face les organismes de la société civile—en particulier les milliers de petits groupes qui travaillent isolés dans les communautés—l'Institut pour la Démocratie en Afrique du Sud (*Institute for Democracy in South Africa*) offre une formation en analyse budgétaire et en suivi des ressources à des membres d'organisations non gouvernementales, des représentants du monde académique, des militants anti-SIDA et à d'autre personnes dans leur région. Récemment, les sessions se sont élargies aux autorités gouvernementales. Les représentants du gouvernement et de la société civile

RENFORCER LA SOCIÉTÉ CIVILE GRÂCE AUX "TROIS PRINCIPES"

L'expérience de deux pays très différents montre comment utiliser les "Trois Principes" pour renforcer l'implication de la société civile dans les ripostes nationales au SIDA.

L'Indonésie est le quatrième pays le plus peuplé au monde, avec 212 millions d'habitants répartis sur une vaste étendue géographique et des milliers d'îles. Elle possède une stratégie nationale de lutte contre le SIDA et une autorité nationale de coordination contre le SIDA mais traverse actuellement un processus de décentralisation. Il lui faut donc des stratégies pour que les directives de l'autorité de coordination ne soient pas imposées aux autorités provinciales. Au printemps 2005, deux consultations se sont déroulées à Djakarta avec les représentants de la société civile pour explorer les "Trois Principes" et faciliter leur implication. Leurs recommandations ont souligné la nécessité de rendre les documents relatifs aux "Trois Principes" plus faciles à comprendre pour l'Indonésien de la rue et de diffuser largement ces principes parmi les parties prenantes, en particulier les groupes à assise communautaire, qui sont fort éloignés du dialogue mondial.

Au Nigéria, le Réseau de la société civile sur le VIH/SIDA a organisé en 2005 une consultation sur les "Trois Principes" afin de définir le rôle de divers éléments de la société civile au sein du cadre national de lutte contre le SIDA. La consultation a débouché sur une Déclaration d'Engagement de la société civile au sujet des "Trois Principes". Le réseau nigérian des personnes vivant avec le VIH, NEPWHAN, possède déjà deux sièges auprès du comité national de lutte contre le SIDA, deux auprès du comité sur les traitements antirétroviraux, et devrait s'assurer deux sièges auprès des comités de lutte contre le SIDA au niveau des Etats.

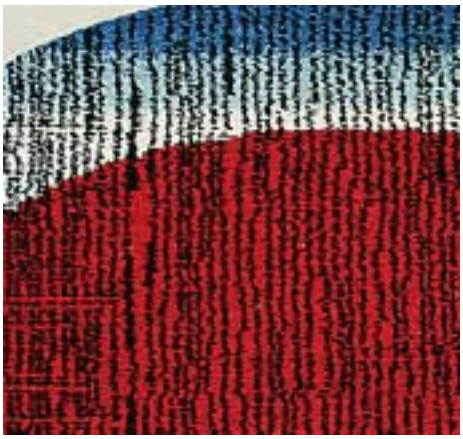
préparent ensemble des analyses budgétaires et des projets de rapports destinés à favoriser une meilleure compréhension et une plus large coopération mutuelle, promouvant ainsi ce thème-clé qui sous-tend les "Trois Principes".

En Indonésie, les organisations de la société civile dans les provinces de Bali, Djakarta, Java oriental et Papua, sont impliquées dans la rédaction de règlements provinciaux qui fixeront les budgets pour la riposte au SIDA, ainsi que dans des présentations en tant qu'experts au cours des enquêtes parlementaires. Outre l'aide qu'elle apporte à la planification des activités de lutte contre le SIDA, la société civile agit aussi en ce qui concerne la mise à disposition de services et l'assurance d'un suivi. *Spiritia*, un réseau de soutien national fondé en Indonésie en 1995, aide 65 groupes de personnes vivant avec le VIH dans tout le pays en leur apportant une éducation au traitement, des données de base et une formation à la sensibilisation. Les membres de l'équipe *Spiritia* visitent régulièrement la plupart des 35 provinces du pays et analysent les activités développées en matière de traitement, de prise en charge et de soutien et encouragent les autorités gouvernementales locales à améliorer les services dispensés.

On sous-estime souvent le rôle de la société civile, essentiellement parce qu'on ne le mesure pas de façon systématique. Il est pourtant évident que sans la participa-

tion du secteur non gouvernemental—y compris le travail d'innombrables bénévoles dans la communauté—les stratégies et les objectifs des pays et de la communauté internationale à l'égard du VIH seraient pour la plupart illusoires et inaccessibles. L'expérience et le savoir de ces travailleurs de première ligne sont de la plus grande importance pour la mise en place des politiques nationales et pour le renforcement des secteurs de la santé publique.

Financer la riposte au SIDA 10





Chapitre 10



FINANCER LA RIPOSTE AU SIDA

Depuis la création de l'ONUSIDA en 1996 et jusqu'en 2005, les fonds mis chaque année à la disposition de la riposte au SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont été multipliés par 28, passant de US$ 300 millions à US$ 8,3 milliards. Les promesses, les tendances et les engagements actuels laissent prévoir un ralentissement du taux de croissance de ces financements et l'on estime respectivement à US$ 8,9 milliards et à US$ 10 milliards les sommes susceptibles d'être accordées en 2006 et en 2007.

Ces financements ne suffiront pas, et de loin, à couvrir les besoins estimés à US$ 14,9 milliards pour 2006, US$ 18,1 milliards pour 2007 et US$ 22,1 milliards pour 2008. Au-delà de 2007, l'efficacité de la riposte dépendra d'une augmentation durable des financements annuels, jusqu'à ce que l'épidémie soit stoppée et que son cours soit inversé (ONUSIDA, 2005).

Une sensibilisation à la fois mondiale et nationale reste donc fondamentale pour dynamiser et soutenir le leadership politique et l'appui public. Une utilisation plus opportune des financements accordés est en outre essentielle. Cela implique de rationaliser l'acheminement des flux de ressources financières jusqu'aux premières lignes de la lutte contre l'épidémie, afin de les exploiter au mieux et de fournir une prévention, des traitements, des soins et un appui en rapport avec le VIH aussi rapidement que possible à tous ceux qui en ont besoin.

Analyse des financements actuels

Les augmentations annuelles des financements accordés jusque-là ont été impressionnantes, mais compte tenu de la rapidité avec laquelle se propage l'épidémie, les montants engagés restent insuffisants. En 2005, les 148 pays considérés par la Banque mondiale comme possédant un revenu faible ou intermédiaire (Banque mondiale, 2005) abritaient 5,5 milliards de personnes, soit 85 % de la population mondiale (Nations Unies, 2005). Le montant approximatif de US$ 8,3 milliards alloué à la lutte contre le SIDA cette année-là incluait les dépenses consenties par les personnes séropositives au VIH et plus globalement par leur foyer. Dans des millions de cas, ces personnes ont dépensé beaucoup plus qu'elles ne pouvaient se le permettre, accentuant en conséquence une situation déjà précaire et multipliant les dettes, sans pour autant

bénéficier de traitements antirétroviraux ou d'autres services essentiels.

L'estimation établie alors incluait également l'ensemble des dépenses engagées par le gouvernement, les organisations de la société civile et les entreprises privées ainsi que l'ensemble des fonds accordés par les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les organisations de la société civile internationale, y compris les fondations caritatives. Cette même année, les 22 pays à revenu élevé, principaux donateurs dans le domaine de l'aide au développement (et membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques) abritaient 879 millions de personnes, soit 13,6 % de la population mondiale. Une étude a montré que les dépenses engagées cette année-là pour fournir à ces 879 millions de personnes un éventail exhaustif de prestations de santé dépassaient US$ 3 000 milliards (OCDE, 2005). Ce, malgré une charge de maladies telles que l'infection à VIH, la tuberculose, le paludisme, l'infection gastrointestinale et d'autres affections liées à la pauvreté en rien comparable à celle supportée par les 148 pays à revenu faible ou intermédiaire.

Aux Etats-Unis (qui comptent 298 millions d'habitants, soit 4,6 % de la population mondiale), près de 55 % des dépenses annuelles de santé sont financées par des fonds privés et les 45 % restants par le gouvernement fédéral d'une part et par les gouvernements des Etats d'autre part. Au début de l'année 2005, le gouvernement fédéral s'était à lui seul engagé à allouer US$ 17,3 milliards à la riposte nationale au SIDA pour l'année entière (Fondation Henry J. Kaiser Family, 2005).

Si l'on compare les chiffres, il est manifeste que les US$ 8,3 milliards mis à la disposition des pays à revenu faible ou intermédiaire en 2005 n'étaient pas suffisants. Et plus important encore, ils étaient loin de couvrir les besoins réels évalués pour cette année-là, non pas uniquement à cause du déficit manifeste de fonds disponibles, mais d'une inadéquation entre les besoins réellement ressentis et les dépenses engagées.

Estimations des besoins

L'ONUSIDA a commencé à estimer les besoins en termes de ressources financières en 2001. Au début de l'année 2005, trois groupes d'experts – le Global Resource Tracking Consortium, le Groupe de référence ONUSIDA sur l'économie et le Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections – ont entrepris d'évaluer les exigences actuelles en termes de financements. Afin de contribuer à un processus d'évaluation plus

FIGURE 10.1 Evaluation des exigences en termes de financement de la riposte au SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

US$ milliards	2006	2007	2008	2006–2008
Prévention	8.4	10.0	11.4	29.8
Soins et traitement	3.0	4.0	5.3	12.3
Appui aux orphelins et aux enfants vulnérables	1.6	2.1	2.7	6.4
Coûts des programmes	1.5	1.4	1.8	4.6
Ressources humaines	0.4	0.6	0.9	1.9
Total	**14.9**	**18.1**	**22.1**	**55.1**

Source: ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

précis, la Réunion de haut niveau sur la riposte mondiale au SIDA, organisée à Londres en mars 2005, a mis en place un Comité directeur-représentant les donateurs, les gouvernements nationaux, la société civile, le secteur privé et les partenaires techniques-chargé de définir les besoins en termes de ressources (ONUSIDA, 2005). La Figure 10.1 présente une synthèse des estimations relatives aux exigences en termes de financement établies pour la période 2006-2008.

PRÉVENTION

La gravité de l'épidémie, la couverture actuellement assurée, les objectifs relatifs aux nécessaires mesures de prévention du VIH et le coût des prestations y afférentes ont été pris en considération, de manière à pouvoir émettre une évaluation des exigences globales en termes de financement. Les besoins relatifs aux prestations de santé associées au VIH, à des interventions plus larges au sein du système de santé (pour garantir la sécurité transfusionnelle, par exemple) et à des activités indépendantes du secteur de la santé (celui de l'éducation notamment) ont également été pris en considération. La Figure 10.2 fournit les chiffres résultant de l'évaluation des exigences en termes de financement des activités de prévention à mettre en œuvre dans tous les pays à revenu faible ou intermédiaire, alors que la Figure 10.3 présente une évaluation des besoins région par région.

On considère qu'annuellement, plus de 50 % de l'ensemble des dépenses nécessaires à la riposte au SIDA devraient être allouées à la prévention, ceci en raison des multiples composantes dont dépendent les programmes complets de prévention et de la forte densité des populations que ces programmes doivent atteindre. Les activités de prévention conduites efficacement contribuent au développement d'un environnement au sein duquel la population maîtrise l'information fournie au sujet du VIH, se comporte de manière non discriminatoire et s'abstient de stigmatiser les personnes séropositives et celles considérées plus à risque face à l'infection, conçoit d'agir en faveur de la mise en place de services associés au VIH et n'hésite pas à y recourir. Dans ce type d'environnement, les services de conseil, de dépistage, de traitement et de soins seront plus efficaces car les personnes y bénéficient d'une meilleure information, sont moins craintives et plus susceptibles d'en profiter pleinement. Préalable essentiel aux traitements et aux soins de qualité, une prévention opportunément délivrée, en est aussi un élément indissociable.

TRAITEMENT ET SOINS

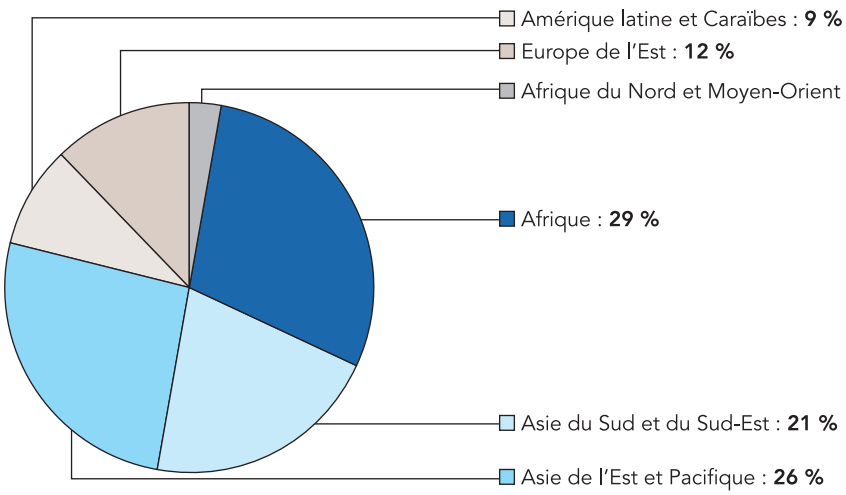
L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS et de l'ONUSIDA a pour objectif de dispenser, avant le terme de l'année 2005, un traitement antirétroviral aux trois millions de personnes en ayant besoin dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Bien qu'ayant atteint 1,3 millions de personnes seulement, on considère que cette initiative est loin d'avoir échoué. Lorsqu'elle a été lancée en 2003, à l'occasion de la Journée mondiale SIDA (1er décembre), seules 400 000 personnes avaient accès à un traitement antirétroviral ; mais au cours des années 2004 et 2005, ce dernier s'est étendu à 900 000 personnes supplémentaires. Au-delà de ce résultat significatif, l'expérience conduite a permis à l'OMS, à l'ONUSIDA et à leurs multiples partenaires de tirer de nombreux enseignements s'agissant d'une part des besoins manifestes liés aux structures de soins de santé et aux ressources humaines, et d'autre part des priorités géographiques en matière de financement d'un plus rapide accès au traitement.

FIGURE 10.2	Financements nécessaires à la prévention			
Activités de prévention *(US$ millions)*	**2006**	**2007**	**2008**	**2006–08**
Médias grand public	91	100	109	299
Mobilisation communautaire	449	608	772	1830
Conseil et test volontaires	451	569	690	1710
Jeunes scolarisés	101	104	108	313
Jeunes déscolarisés	768	945	1126	2838
Programmes ciblant les professionnel(le)s du sexe et leurs clients	429	552	682	1663
Programmes ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	312	407	499	1218
Programmes de réduction des risques ciblant les consommateurs de drogues injectables	114	149	180	443
Lutte contre le SIDA sur le lieu de travail	421	523	628	1573
Programmes de prévention destinés aux personnes vivant avec le VIH	22	33	48	103
Groupes spécifiques de population	151	252	252	654
Marketing social du préservatif	159	175	190	525
Fourniture de préservatifs au secteur public et au secteur commercial	1381	1501	1625	4506
Amélioration de la gestion des infections sexuellement transmissibles	672	718	764	2154
Prévention de la transmission de la mère è l'enfant	206	264	324	794
Sécurité transfusionnelle	226	228	231	685
Traitement post-exposition (infection dans les milieux sanitaires, viol)	1	2	2	5
Injections médicales sans risque	897	897	897	2690
Précautions universelles	1590	1944	2303	5838
Total	**8441**	**9969**	**11 430**	**29 840**

Source: UNAIDS (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

La Figure 10.4 fournit une estimation des montants à collecter au cours des trois prochaines années pour accélérer la mise à disposition de traitements et parvenir à se rapprocher au plus près d'un accès qualifié d'universel, d'ici 2010. La Figure 10.5 illustre la répartition des exigences en termes de financement des différentes activités concernées, alors que la Figure 10.6 fournit des chiffres région par région. Il importe de noter que des recherches et des débats sont en cours pour définir avec plus de précision la notion d''accès universel' dans chacun des pays concernés. Dans cette attente et s'agissant de l'évaluation des ressources nécessaires, on tient pour acquise la définition selon laquelle l'accès universel est atteint lorsque 80 % de l'ensemble des personnes nécessitant un traitement en urgence le reçoivent effectivement.

FIGURE 10.3 Répartition des financements nécessaires à la prévention, par région



Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

FIGURE 10.4 Financements nécessaires aux traitements et aux soins, y compris au traitement antirétroviral (ART), pour atteindre les taux de couverture fixés

Année	Personnes suivant un ART *(millions)*	Couverture des besoins au cours de la 1ère année de l'ART	Couverture des besoins au cours de la 2ème année de l'ART	Financement total *(US$ millions)*
2006	3.0	55 %	41 %	2986
2007	4.8	67 %	54 %	4029
2008	6.6	75 %	63 %	5250
2009	8.3	79 %	67 %	-
2010	9.8	80 %	68 %	-

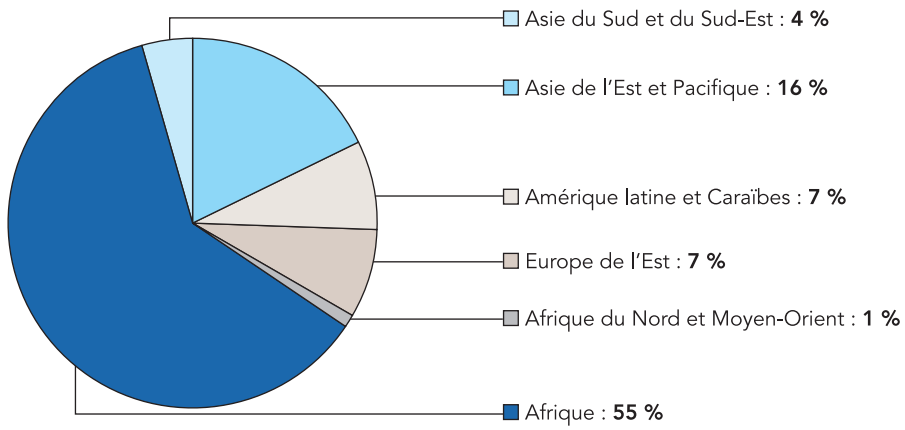
Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

FIGURE 10.5 Répartition des financements nécessaires aux traitements et aux soins, par activité

Activités de traitement et de soins *(US$ millions)*	2006	2007	2008	2006–08
Soins palliatifs	308	302	295	905
Test effectué sur l'initiative du prestataire de soins	66	79	109	254
Traitement des infections opportunistes	686	703	707	2096
Prophylaxie des infections opportunistes	287	403	510	1200
Traitement antirétroviral, y compris appui nutritionnel	1642	2482	3624	7748
Test en laboratoire	54	79	104	237
Total	**3043**	**4048**	**5349**	**12 440**

Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

FIGURE 10.6 Répartition des financements nécessaires aux traitements et aux soins, par région



Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

Cette définition se fonde sur l'expérience de pays à revenu élevé et de certains pays à revenu intermédiaire bénéficiant de systèmes de santé bien développés, dans le cadre desquels la couverture du traitement dépasse toutefois rarement 80 %, en raison notamment d'effets indésirables associés à certains médicaments, et de choix personnels.

APPUI AUX ORPHELINS ET AUX ENFANTS VULNÉRABLES

Les estimations des fonds nécessaires au financement des activités d'appui aux orphelins et aux enfants vulnérables prennent en compte les enfants vivant au-dessous des seuils de pauvreté nationaux, orphelins de leurs deux parents, orphelins d'un seul parent ou assimilés orphelins (susceptibles de perdre un parent au cours des 12 mois suivants) du fait d'une maladie associée au VIH ou d'un décès imputable au SIDA. Aux fins de ces évaluations, les organismes concernés ont convenu d'utiliser les estimations émises par l'UNICEF au sujet des orphelins de deux parents, des orphelins d'un parent et des enfants assimilés orphelins vivant sous le seuil de pauvreté en Afrique subsaharienne, indépendamment de la cause du décès ou de la maladie de leur(s) parent(s). Cela permet d'illustrer le lourd tribut payé au VIH dans la région (Stover et al., 2005). La Figure 10.7 fournit une évaluation en termes de financement des activités planifiées. Il a été établi que 95 % du montant total des fonds requis pour la période 2006-2008 concernent l'Afrique subsaharienne.

RENFORCEMENT DE L'APPUI AUX PROGRAMMES ET AMÉLIORATION DES INFRASTRUCTURES

Si l'on veut fournir les services précédemment mentionnés, il faudra renforcer l'appui aux programmes et améliorer les infrastructures. Les estimations incluent les coûts d'élaboration et de gestion des politiques, des plans et des programmes de lutte contre le VIH, les coûts de mise en oeuvre d'une activité de suivi et d'évaluation ainsi que ceux inhérents à une assistance technique locale et internationale, et les coûts d'acquisition d'équipements ainsi que de construction et de modernisation d'établissements de santé, d'hôpitaux et de laboratoires. Elles incluent uniquement les coûts de renforcement des programmes et des infrastructures qui existent déjà et

FIGURE 10.7	Financements nécessaires aux activités d'appui en faveur des orphelins et des enfants vulnérables			
Activités d'appui aux orphelins *(US$ millions)*	**2006**	**2007**	**2008**	**2006–2008**
Education	193	287	443	923
Santé et appui	145	174	200	519
Appui familial/à domicile	971	1255	1604	3830
Appui communautaire	14	18	25	57
Coûts d'organisation	246	322	422	990
Total	**1569**	**2055**	**2694**	**6319**

Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

seront complétées mais n'incluent pas les coûts directs induits par les prestations assurées par les agents de santé notamment. Comme le montre la Figure 10.8, ces estimations varient d'une année sur l'autre, au fil d'un processus passant de la planification à la mise en œuvre des activités, et intégrant la construction de 2 700 nouveaux établissements de santé d'ici 2010 et la modernisation des 19 000 existants et de 800 hôpitaux.

RESSOURCES HUMAINES

Les estimations effectuées en termes de coûts associés aux ressources humaines (voir le détail en Figure 10.9) couvrent

FIGURE 10.8	Financements nécessaires au renforcement de l'appui aux programmes et à l'amélioration des infrastructures			
Activités liées aux programmes *(US$ millions)*	**2006**	**2007**	**2008**	**2006–2008**
Gestion	485	376	390	1251
Sensibilisation et communication	118	111	111	340
Suivi et évaluation	148	138	146	432
Recherche opérationnelle	11	7	7	25
Formation	72	136	231	439
Logistique et approvisionnements, transports compris	305	259	304	868
Supervision du personnel et suivi des patients	97	68	92	257
Surveillance de la résistance aux médicaments	69	68	68	205
Construction de nouveaux centres de santé	60	23	167	250
Modernisation des laboratoires et d'autres infrastructures	121	185	236	542
Coûts liés aux programmes et aux infrastructures	**1486**	**1371**	**1753**	**4610**

Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

FIGURE 10.9 Financements nécessaires au renforcement des capacités en ressources humaines

US$ millions	2006	2007	2008	2006–2008
Éducation	50	89	123	262
Suppléments de salaire des infirmiers	153	261	370	784
Suppléments de salaire des médecins	152	258	366	776
Total	**355**	**608**	**859**	**1822**

Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

uniquement les coûts affectés à la formation, au maintien et au recrutement d'un nombre suffisant d'infirmiers et de médecins qualifiés susceptibles de soutenir la riposte au SIDA dans les pays à revenu faible et dans deux pays à revenu intermédiaire (le Botswana et l'Afrique du Sud). Elles n'incluent pas les coûts affectés à la formation, au maintien en place et au recrutement de conseillers, d'administrateurs de dispensaires, de personnes chargées d'aider les patients à observer leur traitement, de techniciens de laboratoire, de professionnels des soins palliatifs ou de coordonnateurs communautaires. Ces sommes relèvent des coûts afférents aux visites par patient qu'intègrent les estimations susmentionnées pour la prévention, le traitement et les soins, l'appui aux orphelins et aux enfants vulnérables, et le renforcement de l'appui aux programmes. Les coûts de la formation et des honoraires de plus de 316 000 agents communautaires sont par exemple pris en compte dans les estimations relatives au renforcement de l'appui aux programmes. Etablir une évaluation précise des besoins auxquels chaque pays sera confronté afin de rassembler l'ensemble des ressources humaines nécessaires à l'encouragement et à l'accélération de la riposte au SIDA imposera une analyse plus approfondie, mais les estimations ici fournies sont basées sur les meilleures informations actuellement disponibles.

Les estimations incluent les coûts annuels destinés à couvrir la formation de 5 700 étudiants infirmiers et de 3 070 étudiants en médecine supplémentaires entre 2006 et 2008, de sorte que les premiers étudiants infirmiers et les premiers étudiants en médecine supplémentaires obtiendront respectivement leur diplôme en 2009 et en 2012 (ces chiffres peuvent sembler peu élevés, mais ils reflètent la capacité estimée des écoles de médecine en place dans la région). Les estimations établies incluent également les coûts des augmentations de salaire susceptibles d'être appliquées dans les pays à revenu faible où les salaires annuels moyens sont actuellement de US$ 3 200 pour les infirmiers et de US$ 5 300 pour les médecins. Ces augmentations permettront de situer leurs salaires à mi-chemin entre ce qu'ils gagnent maintenant et ce qu'ils pourraient espérer gagner en acceptant de travailler au Royaume-Uni. Il est impératif d'appliquer rapidement ces augmentations si l'on souhaite maintenir en place un quota d'infirmiers et de médecins déjà considérablement réduit, et si l'on aspire à voir leur nombre s'accroître par le maintien sur place de nouveaux diplômés et par le recrutement d'infirmiers et de médecins étrangers.

LIMITES INHÉRENTES AUX ESTIMATIONS

Les chiffres indiqués jusque-là fournissent une évaluation des exigences globales établies pour les pays à revenu faible ou intermédiaire en termes de financement. S'agissant de l'octroi de ressources à un pays en particulier, il convient d'en déterminer le montant en se basant sur une évalua-

tion spécifique de la situation et des besoins dudit pays. Bien que l'évaluation des exigences globales en termes de financement indique par exemple qu'il conviendrait d'allouer 12 % des fonds rassemblés à l'appui en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, on constate que plus des neuf dixièmes de ces 12 % concernent l'Afrique subsaharienne. Hors de cette région, il est vraisemblable que le pourcentage prélevé sur l'ensemble des fonds associés à la lutte contre l'infection à VIH soit significativement inférieur. Les décisions relatives aux dépenses doivent relever d'éléments fiables sur la nature de l'épidémie propre à chaque pays, c'est-à-dire qu'il importe de déterminer si elle concerne
uniquement des groupes de population spécifiques, en zone urbaine ou dans certains districts en particulier – ou si elle s'est généralisée et se propage aux zones rurales. Il conviendrait également d'analyser les activités existantes, s'agissant des ressources dont elles bénéficient, des programmes dont elles dépendent, de leur rapport coût/efficacité, de la nature des efforts à privilégier, et de déterminer en outre si opprobre et discrimination font obstacle à un égal accès aux services.

Il est également essentiel d'avoir conscience des limites de toute estimation établie qu'expliquent le nombre restreint de données disponibles et l'absence de certitudes quant à l'avenir. Toutefois, compte tenu des efforts considérables engagés pour obtenir les données les plus récentes, l'ONUSIDA considère que les chiffres fournis plus haut résultent des estimations les plus fiables actuellement disponibles, s'agissant de l'ensemble des besoins des pays à revenu faible ou intermédiaire en matière de ressources, pour la période 2006-2008. En collaboration avec l'ONUSIDA, de nombreux partenaires au niveau international et à l'échelon des pays travaillent constamment pour affiner et mettre à jour les données et les analyses qui permettent d'établir les estimations les plus fiables possibles.

Les fonds disponibles – estimations et évolution

Sur la base des projections établies par l'ONUSIDA au terme du premier semestre 2004, on estimait alors à US$ 8,3 milliards les fonds disponibles pour lutter contre le SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2005. Si la tendance récente se maintient et que les donateurs honorent leurs promesses et leurs précédents engagements, la riposte disposera de US$ 8,9 milliards en 2006 et de US$ 10 milliards en 2007 (ONUSIDA, 2005). La Figure 10.10 indique l'origine de ces financements (on notera que, dans ces projections, le 'secteur privé' inclut non seulement les entreprises mais aussi les fondations caritatives et les organisations non gouvernementales).

Dépenses consenties au niveau national par les particuliers et les gouvernements

L'ONUSIDA estime que les financements d'origine nationale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire passeront de US$ 2,6 milliards en 2005 à US$ 2,8 milliards en 2006 puis à US$ 3 milliards en 2007. De nombreux gouvernements n'ont pas encore inscrit la lutte contre le VIH à l'ordre de leurs priorités budgétaires, mais si les gouvernements et les donateurs extérieurs n'augmentent pas leurs financements, les dépenses auxquelles devront consentir les particuliers affectés par l'infection à VIH ne cesseront d'augmenter.



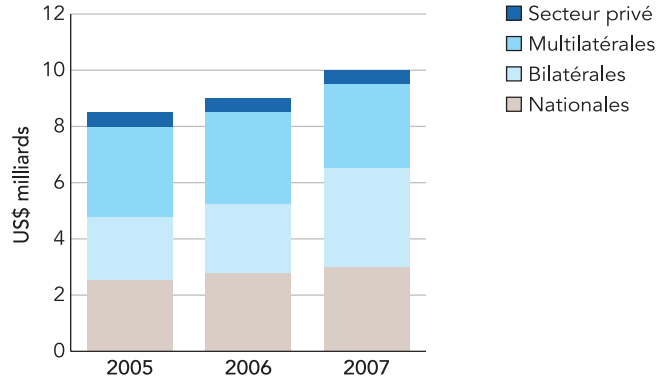
COMBIEN DÉPENSENT LES PERSONNES ET LES FAMILLES AFFECTÉES

En matière de dépenses engagées au niveau national, les données les plus fiables proviennent d'Amérique latine et des Caraïbes. On les doit aux travaux précurseurs engagés dans le cadre de l'Initiative régionale sur le SIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes (SIDALAC et FUNSALUD, 2004). En moyenne, les dépenses consenties par les ménages représentent près de 25 % de l'ensemble des dépenses engagées contre le VIH, mais ce pourcentage varie considérablement d'un pays à l'autre. Dans certains pays à revenu intermédiaire supérieur, les gouvernements couvrent de 80 % à 95 % des coûts liés au VIH par l'intermédiaire de leurs programmes de sécurité sociale et de santé publique. Dans certains pays à revenu faible et intermédiaire inférieur, les gouvernements et les donateurs extérieurs couvrent ensemble de 25 % à 50 % de ces coûts, le solde demeurant à la charge des particuliers.

Les dépenses supportées par les particuliers représentent un pourcentage élevé de l'ensemble des dépenses engagées dans le cadre de la lutte contre le VIH là où les hôpitaux et les autres prestataires de services de santé ne disposent pas de financements suffisants. Les patients et leur famille prennent fréquemment à leur charge le coût de leurs médicaments (s'agissant par exemple des antibiotiques destinés à traiter les infections opportunistes) et payent en outre leur quote-part, de manière à acquitter tout ou partie du coût d'autres prestations essentielles telles que le matériel de couchage, les repas et les biens à usage unique.

En 2002, une étude conduite dans 13 pays d'Amérique latine au sujet des dépenses consenties par les particuliers a montré qu'elles atteignaient un total de

FIGURE 10.10 Origine des financements estimés et projetés pour la période 2005–2007 dans le cadre de la riposte au SIDA*



*En supposant l'absence de nouveaux engagements

Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.

GLOBAL RESOURCE TRACKING CONSORTIUM ET ESTIMATIONS DES DÉPENSES NATIONALES ACCORDÉES À LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Le Global Resource Tracking Consortium de l'ONUSIDA fournit les données de départ utilisées dans l'estimation des financements susceptibles d'être accordés dans les années à venir, y compris les données afférentes aux sources existantes et aux affectations de ressources financières à l'échelle planétaire. Il évalue également la capacité d'utilisation (s'agissant par exemple des ressources humaines et des infrastructures nécessaires à la mise à disposition du traitement) et recense les goulets d'étranglement (les politiques nationales d'octroi de licences aux médicaments susceptibles de ralentir l'importation de certains d'entre eux, par exemple) dans les pays.

Bien que les membres du Consortium comptent un nombre croissant d'organisations internationales et régionales, il incombe aux spécialistes du suivi des ressources à l'échelon des l'échelon pays de fournir les informations les plus complètes, les plus fiables et les plus actualisées possibles. L'un des problèmes inhérents à la collecte de données établies au sein-même des pays réside dans leur courante formulation sous forme de budgets, lesquels sont fréquemment surévalués par rapport aux dépenses réelles et sont en outre dépourvus d'informations détaillées. Il arrive par exemple que les dépenses engagées dans le cadre du traitement et des soins d'infections opportunistes soient dissociées de celles destinées à la lutte contre l'infection à VIH, et que n'apparaisse pas la part des dépenses récupérée sous forme de frais facturés (s'agissant par exemple des dépenses consenties par les patients et leur famille). En outre, les données budgétaires fournies par les pays concernent généralement exclusivement le secteur de la santé et non d'autres secteurs tels que celui de l'éducation.

En 2005, l'ONUSIDA a lancé une initiative destinée à favoriser les Evaluations des dépenses nationales accordées à la lutte contre le SIDA et la mise en place à l'échelon national de systèmes de collecte, d'analyse et de transmission ininterrompue d'informations sur les dépenses destinées à la lutte contre l'infection à VIH, s'agissant du secteur de la santé, mais également de l'ensemble des autres secteurs concernés.

US$ 73,9 millions (soit près de 25 % de l'ensemble des dépenses engagées dans le cadre de la lutte contre le virus dans ces pays). Sur ces US$ 73,9 millions, US$ 18,9 millions ont été dépensés pour couvrir le coût des soins cliniques (50 % étant destinés au traitement antirétroviral) et le solde, soit US$ 55 millions, a servi à l'achat de préservatifs (Global Resource Tracking Consortium de l'ONUSIDA, non publié).

Excepté en Amérique latine et aux Caraïbes, seuls quelques pays se soumettent au recensement systématique des données relatives aux dépenses consenties par les particuliers. En Afrique subsaharienne cependant, une série d'études a montré que ces dépenses représentaient une partie substantielle de l'ensemble de celles engagées dans la lutte contre le VIH. On estime par exemple qu'en 2002, cette contribution atteignait 45 % du total des dépenses associées à la lutte contre le VIH au Kenya, 9,4 % au Ghana et 30 % en Zambie. En 2003, ces dépenses ont représenté 14 % des dépenses totales engagées dans ce domaine au Burkina Faso (Kates, 2005).

MONTANT DES DÉPENSES ENGAGÉES PAR LES GOUVERNEMENTS

Bien que les dépenses actuellement engagées au niveau national par les gouvernements représentent près de 30 % de l'ensemble des dépenses consenties à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on constate toutefois que pour une grande majorité d'entre eux, seuls les pays à revenu intermédiaire parviennent à atteindre un tel chiffre. L'ONUSIDA estime qu'au cours des trois prochaines années, la majeur partie des dépenses (toutes origines confondues) seront engagées en Afrique subsaharienne, mais que la plus grande partie des dépenses d'origine nationale (environ 57 % de toutes les dépenses nationales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire) sera consentie par les pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

Il existe deux raisons à cette asymétrie. Premièrement, pratiquement tous les pays d'Afrique subsaharienne sont des pays à revenu faible lourdement dépendants de fonds extérieurs pour financer leur riposte au SIDA, alors que pratiquement tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes possèdent des revenus intermédiaires et disposent de systèmes de santé bien développés et dans une large mesure financés au niveau national. Deuxièmement, bon nombre de gouvernements d'Asie, d'Europe centrale et d'autres pays devraient allouer davantage de fonds à la lutte contre le VIH et pourraient se le permettre, mais n'ont pas encore admis officiellement que l'infection constituait un problème majeur requérrant plus d'attention de leur part. Toutes régions confondues, on constate en effet que dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les dépenses engagées par les gouvernements n'ont pas augmenté proportionnellement aux besoins associés à une prévention élargie et exhaustive, au traitement, aux soins et au soutien. Cela a constitué l'une des principales limites à la capacité des pays de mettre en œuvre un programme national de lutte contre le SIDA.

La structure des dépenses varie considérablement d'un pays à l'autre. Prenons l'exemple du Burkina Faso qui compte parmi les pays les plus pauvres du monde. En 2003, les dépenses totales consenties à la lutte contre le VIH étaient financées comme suit : fonds extérieurs (78 %), à la charge des patients (14,3 %) et fonds accordés par le gouvernement (7,7 %). A elle seule, la Banque mondiale a financé 25,6 % des dépenses totales du pays et fourni 77 % de l'ensemble des ressources gérées par des organismes publics. Près de 74 % des dépenses consenties par le pays ont été affectées à la prévention du VIH, y compris à des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC), et à la distribution de préservatifs. 26 % seulement ont été alloués au traitement et aux soins, essentiellement en raison du fait que 1 200 personnes uniquement recevaient alors un traitement antirétroviral quand un nombre largement supérieur aurait dû pouvoir en bénéficier prioritairement. Cette année-là, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a attribué une subvention permettant d'étendre le traitement à 3 500 personnes supplémentaires.

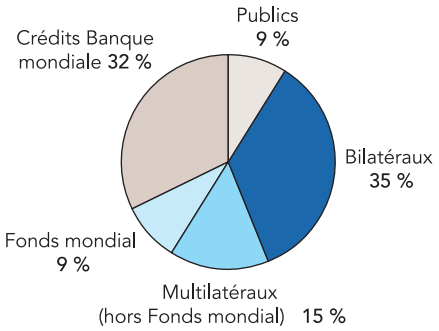
Il y a peu encore, les estimations des dépenses associées à la lutte contre le VIH susceptibles d'être engagées à l'échelon des pays ne couvraient que les besoins évalués dans le secteur de la santé. En 2005, l'ONUSIDA s'est engagé en faveur des Evaluations des dépenses nationales accordées à la lutte contre le SIDA, de manière à faciliter le contrôle des flux financiers (toutes sources confondues et tous secteurs

concernés) par l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux. La Figure 10.11 fournit les premiers résultats relatifs à l'évaluation des dépenses allouées en 2004 à la lutte contre le virus par trois pays, réparties par source. La richesse des trois pays différait de manière significative en termes de produit intérieur brut (PIB) par habitant : US$ 1 174 au Burkina Faso, US$ 2 982 en Inde et US$ 9 230 au sein de la Fédération de Russie. Les dépenses engagées dans le cadre de la lutte contre le VIH par habitant variaient de même, passant de US$ 0,28 au sein de la Fédération de Russie à US$ 1,28 au Burkina Faso.

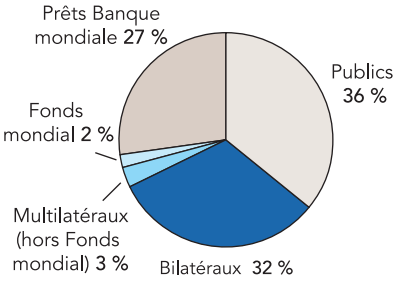
La Figure 10.12 présente également les premiers résultats des Evaluations des dépenses nationales accordées à la lutte contre le SIDA avec les estimations des dépenses engagées contre le VIH en 2004 par quatre pays, réparties par domaine programmatique.

Les estimations relatives aux dépenses engagées fournies en Figure 10.11 et 10.12

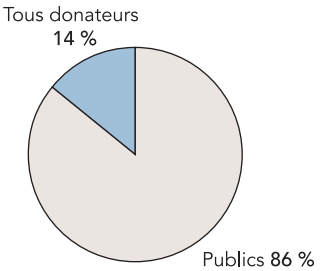
FIGURE 10.11 Origine des fonds alloués à la lutte contre le VIH dans trois pays, 2004



BURKINA FASO
Dépenses engagées contre le VIH et le SIDA par habitant : US$ 1,87



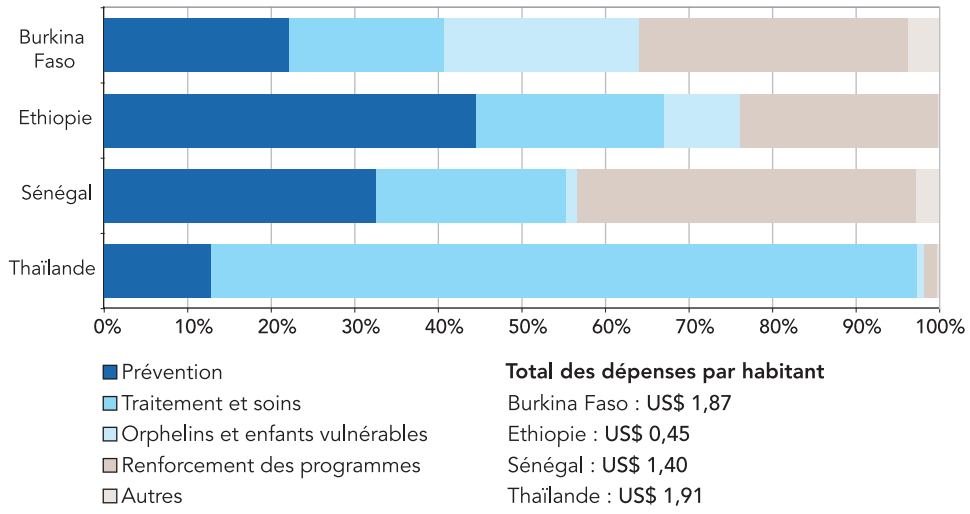
INDE
Dépenses engagées contre le VIH et le SIDA par habitant : US$ 0,59



FÉDÉRATION DE RUSSIE
Dépenses engagées contre le VIH et le SIDA par habitant : US$ 0,28

Source : ONUSIDA, basé sur les Evaluations des dépenses nationales accordées à la lutte contre le SIDA.

FIGURE 10.12 Fonds alloués en 2004 à la lutte contre le VIH dans 4 pays, par domaine programmatique



Source : ONUSIDA, basé sur les Evaluations des dépenses nationales accordées à la lutte contre le SIDA.

montrent l'évidente absence de en matière de dépenses, montrent l'évidente absence de corrélation entre les dépenses allouées à la lutte contre le VIH par habitant et le PIB par habitant ou la situation de l'épidémie – épidémie contenue à un faible niveau, concentrée ou ayant atteint un niveau singulièrement élevé, ou épidémie naissante ou parvenue à un stade avancé. Il est évident que pour répondre à la nécessité d'une riposte élargie et complète au SIDA, les pays devront réévaluer leurs dépenses à la hausse et les cibler en fonction d'informations concrètes fiables indiquant où les interventions sont les plus nécessaires. Les pays à revenu intermédiaire devront en particulier s'efforcer de financer eux-mêmes les dépenses destinées à ces actions. Les pays et les donateurs doivent tous accorder une priorité plus grande à la réduction de la charge incombant aux ménages disposant de faibles revenus, contraints jusque-là de supporter le coût des prestations associées au VIH, aucune autre entité ne s'en chargeant encore.

Engagements de l'Aide publique au Développement

Les gouvernements des pays donateurs fournissent l'essentiel de l'aide au développement assurée par les pays à revenu élevé aux pays à revenu faible. Les principaux pays donateurs sont les 22 pays membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) et incluent les pays du G7. L'Aide publique au Développement (à laquelle il est fréquemment fait référence par l'acronyme APD) est l'expression désignant l'aide au développement fournie par les membres du CAD.

Lors de l'Assemblée générale des Nations Unies il y a trente-sept ans, les membres du Comité d'aide au développement se sont engagés à allouer 0,7 % de leur produit national brut à l'aide publique au développement mais, à ce jour, seuls cinq d'entre eux ont atteint cet objectif. En

INADÉQUATION ENTRE LES DÉPENSES ENGAGÉES PAR LES GOUVERNEMENTS ET LES BESOINS RÉELS DES PAYS

Au cours des dernières années, de nombreux pays ont élaboré des plans nationaux de riposte au SIDA destinés à guider les actions susceptibles d'être entreprises. On constate cependant que nombre d'entre eux étaient dépourvus d'une réelle composante stratégique et ne reposaient que partiellement sur des éléments tangibles et ciblés. Plusieurs études notamment conduites par la Banque mondiale ont révélé que nombre de ces plans n'étaient pas utilisés comme de vrais outils susceptibles d'orienter les interventions, que la plupart d'entre eux étaient trop évasifs, guère suivis de plans d'action annuels et rarement conçus sur la base d'informations épidémiologiques récentes (Mullen, 2005). Il n'est dès lors pas surprenant qu'il existe une inadéquation substantielle entre les actions qui devraient être financées et celles qui le sont effectivement à l'échelon des pays.

Illustration : dans un pays asiatique, les niveaux d'infection à VIH relevés auprès de l'ensemble de la population restent faibles, comme l'indique une prévalence du virus inférieure à 0,3 % parmi les femmes enceintes. A l'inverse, les taux de prévalence enregistrés parmi les consommateurs de drogues injectables approchent 60 % dans l'agglomération la plus vaste et atteignent 30 % dans certaines zones, parmi les professionnel(le)s du sexe. Les analyses des données de surveillance indiquent que la consommation de drogues injectables est responsable de 75 % des cas de transmission du virus et que la consommation de drogues injectables et la prostitution sont conjointement à l'origine de plus de 90 % de l'ensemble des cas recensés. Cependant et malgré l'existence de ces données, on constate que la plupart des actions entreprises par les autorités nationales ne concernent pas les deux groupes en question. Cet exemple est loin d'être isolé et l'on retrouve des situations similaires dans un grand nombre d'autres pays.

Les pays bénéficient bien entendu d'une aide technique qui favorise l'élaboration de plans nationaux de riposte au SIDA et de plans d'action annuels pertinents, dotés de composantes stratégiques et d'éléments à privilégier. Mais cette assistance doit s'abstenir de tomber dans le schéma commun à certains donateurs et à certaines agences internationales qui multiplient les initiatives de même nature et s'abstiennent de toute coordination.

2005, les membres du CAD ont renouvelé leur engagement lors du Sommet du G8 à Gleneagles et dans d'autres circonstances également (G8, 2005). La Grèce s'est désormais engagée à atteindre cet objectif de 0,7 % en 2007, la France en 2012 et le Royaume-Uni en 2013. Si tous les engagements de 2005 sont tenus, y compris celui de doubler l'aide à l'Afrique, les montants accordés atteindront près de US$ 130 milliards en 2010 (OCDE, 2006).

L'aide publique au développement a augmenté de 5,9 % entre 2003 et 2004 pour atteindre US$ 79,5 milliards. Les montants engagés au profit de programmes à long terme ont augmenté de 13,3 %, ce qui révèle un engagement croissant en faveur du développement durable. La Figure 10.13 présente les contributions faites par chaque pays membre du Comité d'aide au développement, en termes absolus et en pourcentage du produit national brut.

FLUX D'AIDE BILATÉRALE ET MULTILATÉRALE AU PROFIT DE LA RIPOSTE AU SIDA

L'aide publique au développement est investie en fonction de l'un ou l'autre de deux processus, bilatéral ou multilatéral. L'aide bilatérale correspond à l'aide directe d'un pays (le donateur bilatéral) à un autre pays sous forme d'aide financière, technique ou autre à l'appui du développement, y compris le renforcement de la riposte au SIDA. L'aide multilatérale correspond à une aide indirecte en provenance principalement de pays donateurs mais également de certaines fondations caritatives. Elle transite d'abord par des organismes multilatéraux (Banque mondiale, banques régionales de développement, organismes des Nations Unies et autres, y compris le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) qui la répartissent à leur tour entre pays bénéficiaires.

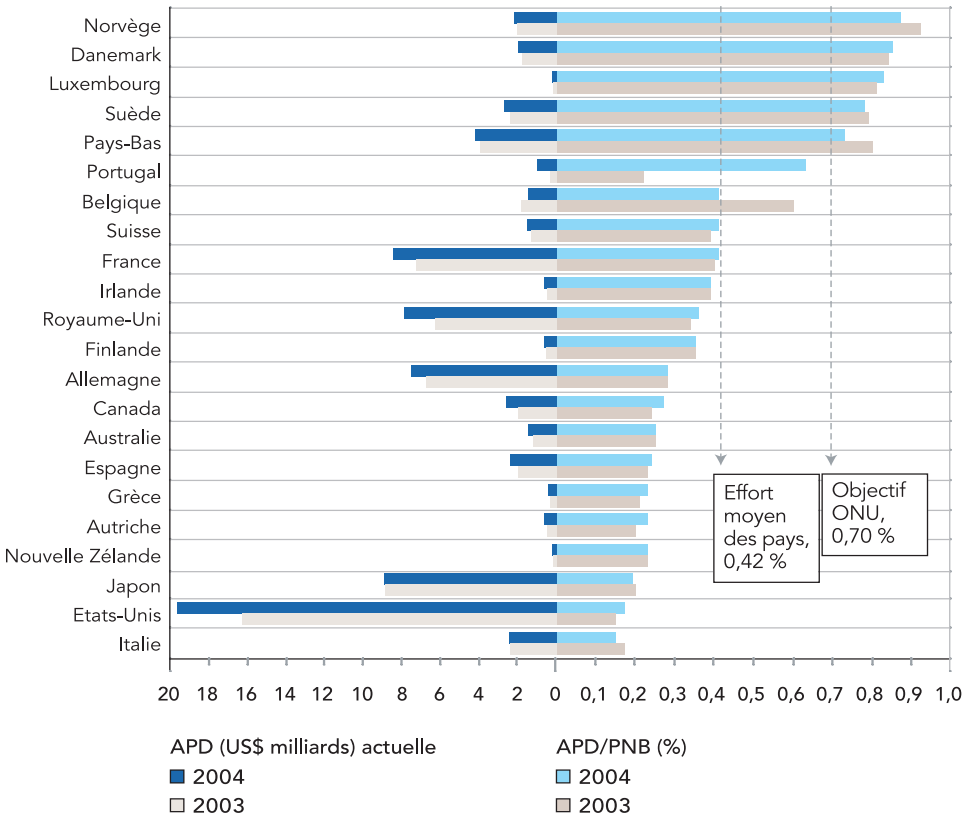
L'ONUSIDA estime que les flux d'aide bilatérale et multilatérale ont atteint US$ 5,7 milliards en 2005, soit 68,8 % des US$ 8,3 milliards mis à la disposition de la riposte au SIDA cette année-là. Si l'on se base sur l'évaluation des contributions, des engagements et des tendances initiales, les flux d'aide bilatérale et multilatérale devraient représenter US$ 6,2 milliards (70 %) sur les US$ 8,9 milliards attendus pour 2006 et US$ 7,0 milliards (70,0 %) sur les US$ 10 milliards prévus pour 2007 (ONUSIDA, 2005).

Flux d'aide bilatérale à la riposte au SIDA

L'ONUSIDA estime que l'appui bilatéral à la riposte au SIDA augmentera plus rapidement que l'appui accordé par toute autre source et atteindra US$ 3,7 milliards en 2007. Cette forte augmentation sera principalement due à un accroissement de l'appui du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA des Etats-Unis (PEPFAR) qui pourrait véhiculer en 2007 près de 75 % de l'aide bilatérale globale. Une étude conduite en 2004 sur l'appui bilatéral accordé entre 2000 et 2002 a montré que les principaux donateurs avaient tendance à privilégier les programmes de traitement, lesquels nécessitent des fonds substantiels et des engagements à long terme, alors que les donateurs plus modestes avaient, eux, tendance à se concentrer sur la prévention du VIH, tout en soutenant également des activités de prise en charge à domicile et certaines activités d'atténuation de l'impact. La Figure 10.14 indique les montants d'aide publique au développement engagés en 2004 par les pays membres pour lutter contre le VIH, en termes absolus et en pourcentage du produit national brut.

Les montants indiqués dans la Figure 10.14 sont tirés d'une analyse des chiffres de l'Aide publique au développement présentée à l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, analyse qui communique la répartition des engagements par catégorie. Pour différentes raisons, une partie substantielle des montants engagés dans la lutte contre le virus n'apparaît pas dans les rapports officiels (parce qu'ils correspondent par exemple à une partie non identifiée d'une catégorie plus large de dépenses de santé, d'éducation, etc.). Une analyse précédente, basée sur des entretiens organisés avec de hauts responsables des pays membres du Comité d'aide au développement, donne à penser que leurs engagements réels ont atteint un total un peu supérieur à US$ 2,7 milliards en 2004 et que leurs décaissements ont totalisé un peu plus de US$ 1,9 milliard. La Figure 10.15 indi-

FIGURE 10.13 Aide publique au développement fournie par les membres du CAD en 2003 et 2004



Source : Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), 2005.

10

que les pourcentages du montant total engagé attribués aux différents membres donateurs (Kates, 2005).

Flux d'aide multilatérale à la riposte au SIDA

L'ONUSIDA estime qu'en 2005, l'aide multilatérale a représenté US$ 3,0 milliards, soit 36 % des US$ 8,3 milliards mis à la disposition de la lutte contre l'épidémie au cours de cette année-là. Cette aide se maintiendra probablement aux alentours de US$ 3,0 milliards et ne représentera donc que 30 % des US$ 10 milliards qui devraient être disponibles en 2007 (ONUSIDA, 2005). Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme représente la plus importante source d'aide financière multilatérale aux pays, suivi par le Groupe de la Banque mondiale qui inclut un certain nombre de banques régionales de développement. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et les neuf autres organismes coparrainants du Programme commun (outre la Banque mondiale) constituent des sources d'aide multilatérale mais, alors qu'une partie de cette aide est apportée sous la forme de financements ou de co-financements de programmes à l'échelon des pays, l'essentiel est fourni sous la forme d'actions de sensibilisation, d'information, d'aides multiples, d'actes de médiation et d'assistance technique.

ENGAGEMENTS CONTRE DÉCAISSEMENTS

Lors de toute discussion sur les flux d'aide, il est important de faire la différence entre les engagements et les décaissements. Les donateurs engagent souvent des fonds une année donnée, qu'ils ne dépenseront toutefois pas avant l'année suivante ou dont ils échelonneront l'octroi sur plusieurs années. Dans le contexte actuel — qui est marqué par une augmentation des financements alloués à la riposte au SIDA — on constate que les engagements sont souvent supérieurs aux décaissements concrètement effectués chaque année. Selon les sources d'information, il arrive fréquemment que les chiffres fournis concernent soit les engagements soit les décaissements, mais rarement les deux.

LE FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

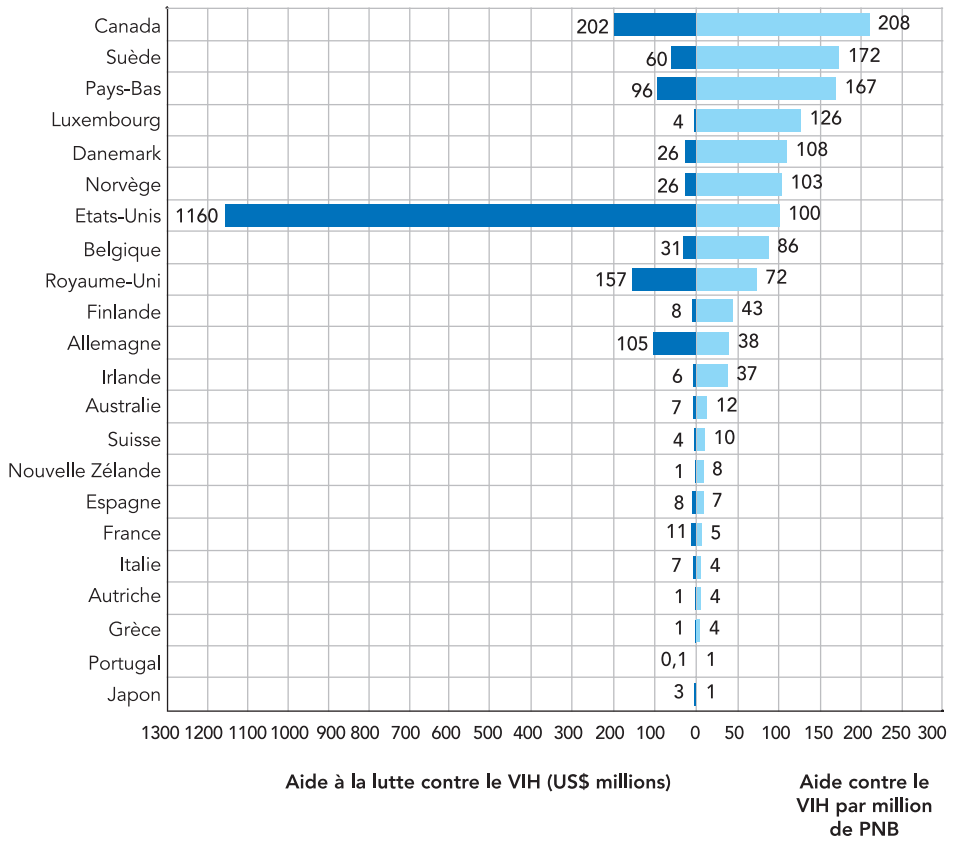
La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA a approuvé « la création d'un Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida et pour la santé » et « une campagne mondiale d'appel de fonds visant le grand public et le secteur privé » pour financer ce Fonds. Six mois plus tard, en janvier 2002, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme était créé. Depuis son lancement, le Fonds mondial a été régi par le principe de 'complémentarité', ce qui signifie que ses propres subventions ne doivent en aucun cas générer la moindre réduction des engagements des gouvernements et d'autres partenaires à l'appui des programmes développés dans le cadre de la lutte contre ces trois maladies.



Fin décembre 2005, le Fonds mondial avait reçu US$ 4,7 milliards de contributions ainsi que des promesses portant son total global à US$ 8,6 milliards à l'horizon 2008. Il avait préalablement approuvé cinq sessions d'octroi de subventions (en avril 2002, en janvier 2003, en octobre 2003, en janvier 2004 et en septembre 2005) pour un total de 350 subventions à des gouvernements et à d'autres bénéficiaires, dans 128 pays. Les propositions étudiées par le Fonds sont divisées en deux phases : la phase 1 couvre les deux premières années et la phase 2 couvre habituellement trois mais parfois seulement une ou deux années supplémentaires. Le total de toutes les subventions des phases 1 et 2 approuvées à la fin de 2005 représentait US$ 4,8 milliards. Le total de toutes les propositions approuvées au terme de l'année 2005 s'élèvera à US$ 9,6 milliards, pour autant que toutes les demandes de subventions de phase 2 soient approuvées.

Le Fonds mondial suit et évalue la mise en œuvre de tous les programmes qu'il finance et décaisse des fonds lorsque ces

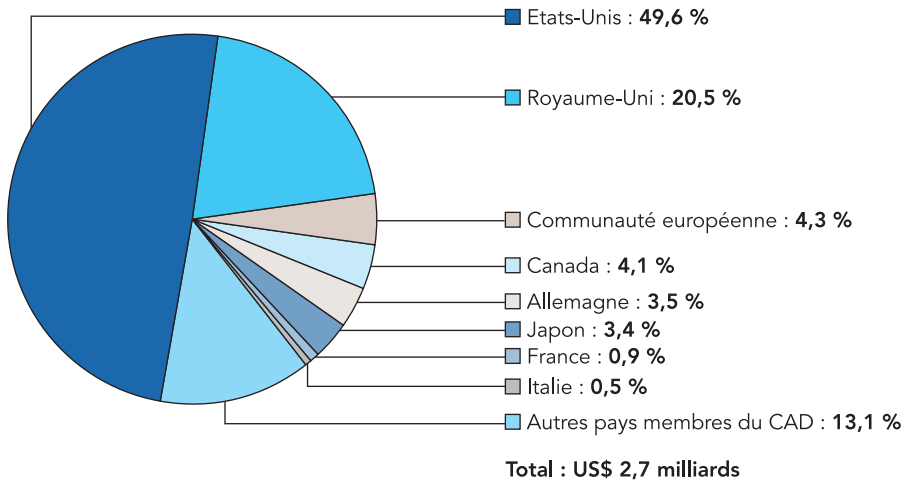
FIGURE 10.14 APD engagée en 2004 par les membres du CAD pour lutter contre le VIH



Source : ONUSIDA, sur la base des données des rapports des membres du CAD à l'OCDE.

10

FIGURE 10.15 Engagements bilatéraux établis par les membres du CAD en 2004 au profit de programmes associés au VIH



Source : ONUSIDA (2005). Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries.



Les organisations non gouvernementales internationales contribuent de manière substantielle à la riposte au SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

LE PLAN PRÉSIDENTIEL D'URGENCE D'AIDE À LA LUTTE CONTRE LE SIDA DES ETATS-UNIS (PEPFAR)

En janvier 2003, le Président des Etats-Unis s'est engagé à accorder un financement de US$ 15 milliards réparti sur cinq ans en faveur de la riposte mondiale au SIDA que le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA des Etats-Unis (PEPFAR) serait chargé de canaliser. La plus grosse partie de ce financement relève de mécanismes bilatéraux plutôt que multilatéraux et les deux tiers en sont alloués à 15 pays cibles – dont 12 en Afrique, 2 dans les Caraïbes et 1 en Asie – durement touchés par le VIH. Le premier rapport annuel du PEPFAR souligne qu'en 2004, US$ 570,2 millions ont été décaissés au profit de la riposte au SIDA dans ces 15 pays et qu'il a été convenu d'un engagement supplémentaire de US$ 915,6 millions pour l'année 2005 (Office of the United States Global Coordinator, 2005). La politique du PEPFAR en matière de répartition des financements bilatéraux entre les programmes de lutte contre le VIH se présente comme suit :

- 55 % sont alloués au traitement des personnes séropositives au VIH, dont 75 % à l'achat et à la distribution de médicaments antirétroviraux en 2006 et 2007 ;
- 15 % sont alloués aux soins palliatifs prodigués aux personnes se trouvant en phase terminale d'une maladie associée au virus ;
- 20 % sont alloués à la prévention du VIH, dont 33 % au moins à des programmes prônant l'abstinence ; et
- 10 % sont alloués aux services d'appui aux orphelins et aux enfants vulnérables.

Conscient que la tuberculose est une cause majeure de décès parmi les personnes séropositives au VIH, le PEPFAR a engagé US$ 20 millions au profit de programmes luttant à la fois contre la tuberculose et le VIH en 2005, et promis d'augmenter substantiellement les financements alloués à de tels programmes en 2006.

RÉPARTITION DE L'ENSEMBLE DES ENGAGEMENTS DU FONDS MONDIAL, JUSQU'AU TERME DE L'ANNÉE 2005

- 56 % destinés à la lutte contre le VIH, 26 % contre le paludisme, 17 % contre la tuberculose et 1 % au renforcement des systèmes de santé ;
- 67 % destinés aux pays à revenu faible, 25 % aux pays à revenu intermédiaire inférieur et 8 % aux pays à revenu intermédiaire supérieur ;
- 60 % destinés à l'Afrique subsaharienne, 12 % à la Région de l'Asie de l'Est et du Pacifique, 10 % à la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes, 9 % à la Région de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale, 8 % à la Région de l'Asie du Sud, du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord ;
- 47 % destinés à la gestion pharmaceutique et aux produits de base, 20 % aux ressources humaines et à la formation, 12 % aux infrastructures physiques, 8 % à l'administration, 6 % au suivi et à l'évaluation, 7 % aux autres domaines ; et
- 61 % destinés aux gouvernements, 16 % aux organisations multilatérales, 15 % aux organisations non gouvernementales et à assise communautaire, 4 % aux organisations confessionnelles, 3 % au secteur privé, et 1 % à d'autres entités (sur la base des sessions 2-5 uniquement).

(On notera que cette répartition ne présente que les décaissements effectués au profit des bénéficiaires principaux et non des nombreuses organisations de la société civile enregistrées comme des bénéficiaires secondaires.)

derniers sont prêts à les recevoir (se reporter au chapitre 'Ripostes nationales'). Il a commencé à décaisser des fonds en 2003 et, au terme du mois de décembre 2005, le total des décaissements effectués représentait US$ 1,9 milliards, dont US$ 1,1 milliards pour la seule année 2005. Les résultats d'une analyse relative aux financements actuellement accordés pour les deux phases de l'ensemble des propositions approuvées lors des cinq premières sessions d'octroi de subventions rendent compte de la répartition annuelle des décaissements effectués. Cette répartition s'effectue comme indiqué dans l'encadré situé à la page suivante.

La tuberculose constitue la principale cause de décès parmi les personnes infectées par le VIH. Outre son appui aux programmes luttant spécifiquement contre la tuberculose, le Fonds mondial soutient des programmes dont les composantes sont à la fois axées sur le VIH et sur la tuberculose. Au terme du mois de décembre 2005, les programmes soutenus par le Fonds mondial avaient :

- fourni des services de conseil et de dépistage du VIH à 2,5 millions de personnes ;
- fourni un traitement antirétroviral contre le VIH à 384 000 personnes et prévoyaient d'atteindre un total de 1,8 millions de personnes avant le terme de leur période de subvention de cinq ans ;
- fourni un traitement contre la tuberculose à 600 000 personnes, dont bon nombre étaient aussi infectées par le VIH, et prévoyaient d'atteindre un total de 3,5 millions de personnes ;

- fourni un appui social, médical et éducatif à 397 000 orphelins et enfants vulnérables ; et
- formé 304 000 personnes supplémentaires qui seraient dorénavant amenées à intervenir dans le domaine de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de leur travail.

En tant que fondation caritative placée sous la législation helvétique, le Fonds mondial est tenu à une certaine prudence financière. Il approuve une subvention de phase 1 ou 2 uniquement s'il dispose d'actifs suffisants pour couvrir l'ensemble des années de la phase concernée. Jusqu'à présent, les donateurs ont tous honoré leurs promesses de sorte que le Fonds mondial a confiance dans sa capacité à fournir les subventions de phase 2 en temps voulu pour financer toutes les propositions approuvées. Les efforts engagés pour obtenir des promesses futures incluent une conférence sur le réapprovisionnement du Fonds à la mi-2006, un plan stratégique pour accroître les contributions du secteur privé et la mobilisation de nouveaux donateurs.

LA BANQUE MONDIALE

La Banque mondiale est l'un des dix partenaires coparrainants de l'ONUSIDA et possède, parmi les organismes du système des Nations Unies, le budget de lutte contre le VIH le plus élevé, ce qui en fait le deuxième plus important donateur multilatéral de la riposte à l'épidémie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, derrière le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Depuis 1998, la Banque mondiale fournit des subventions, des crédits sans intérêt et des prêts à taux faible pour soutenir des projets associés à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Elle a commencé à accroître substantiellement son appui en 2000.

Au terme du mois de décembre 2005, la Banque mondiale avait engagé un total global supérieur à US$ 2,5 milliards dans des projets de lutte contre le VIH, y compris des composantes axées sur la riposte au virus de projets plus larges. En décembre 2005, US$ 893 millions avaient été décaissés pour 79 projets actifs, approuvés depuis 2001, et l'on prévoyait le décaissement de plus d'un milliard supplémentaire. Ces engagements, projets et décaissements se présentaient comme suit.

- Par le biais du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique de la Banque mondiale : un montant de US$ 1,15 milliards a été engagé dans trois projets sous-régionaux et 33 projets de 33 pays différents d'Afrique subsaharienne – dont US$ 545 millions ont déjà été décaissés.
- Par le biais du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA dans les Caraïbes de la Banque mondiale : un montant de US$ 1,18 milliards a été engagé dans un projet régional et neuf projets de neuf pays différents – dont US$ 25 millions ont déjà été décaissés.
- Par le biais d'autres programmes de développement : un montant de US$ 706 millions a été engagé dans 2 projets régionaux et 31 projets nationaux de 26 pays différents (10 en Afrique subsaharienne) – dont US$ 322 millions ont déjà été décaissés.

En tant que prestataire majeur d'aide au développement, la Banque mondiale a toujours fait l'objet de contrôles minutieux et de critiques acerbes. Elle reconnaît ses erreurs passées et accentue ses efforts pour suivre et évaluer son propre fonctionnement ainsi que les résultats de tous les

MÉCANISME DE RÉAPPROVISIONNEMENT VOLONTAIRE DU FONDS MONDIAL

Jusqu'en 2004, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme dépendait des contributions ad hoc de plus de 45 pays ainsi que de celles de fondations caritatives, d'entreprises et de particuliers. Afin de pérenniser ses ressources et de pouvoir en assurer la prévisibilité, il a mis en place un mécanisme de réapprovisionnement volontaire présidé par le Secrétaire général des Nations Unies, M. Kofi Anan, et organise des réunions régulières de réapprovisionnement auxquelles participent des représentants de tous les groupes de parties prenantes. Ces réunions leur offrent l'opportunité d'examiner les résultats atteints, de commenter les activités du Fonds et son efficacité, et de faire des promesses basées sur des objectifs et des contributions mutuellement approuvés.

Trois réunions de réapprovisionnement ont eu lieu en 2005. Lors de la dernière d'entre elles – organisée à Londres au mois de septembre – 29 donateurs internationaux ont promis d'accorder un montant total de US$ 3,7 milliards pour 2006 et 2007, ce qui représente plus de la moitié des besoins estimés du Fonds (US$ 7 milliards) pour cette période de deux ans. La prochaine réunion, prévue pour juillet 2006, sera l'occasion de chercher à obtenir des promesses supplémentaires pour couvrir l'ensemble des besoins établis.

projets qu'elle finance. En 2005, elle a publié *The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action*, qui montre comment elle entend agir au cours des prochaines années.

AUTRES PARTENAIRES COPARRAINANTS DE L'ONUSIDA ET SECRÉTARIAT DU PROGRAMME COMMUN

Tous les organismes du système des Nations Unies sont responsables de l'élaboration de stratégies et d'activités de lutte contre le VIH dans le cadre des programmes qu'ils développent, et cela inclut la fourniture de services associés à la lutte contre le virus à leurs propres personnels et à leur famille. Les principaux organismes qui contribuent à la riposte mondiale au SIDA restent néanmoins le Secrétariat de l'ONUSIDA et ses 10 partenaires coparrainants.

Tous les deux ans, le Conseil de Coordination du Programme approuve le budget-plan de travail intégré (BPTI) de l'ONUSIDA qui alloue des fonds à des activités spécifiques et établit quel organisme(s) sera(seront) responsable(s) de chaque activité. Dans le cadre de ce budget, les activités du Secrétariat et des partenaires coparrainants de l'ONUSIDA sont orientées en fonction du Cadre stratégique mondial sur le VIH/SIDA (ONUSIDA, 2003). Il fixe cinq objectifs principaux et un objectif transversal : renforcer les capacités en ressources humaines pour riposter contre le SIDA dans les pays. Les cinq principaux objectifs consistent à :

1. Favoriser une responsabilisation des pays dans la riposte au SIDA.
2. Etablir et à renforcer des partenariats avec le secteur public, privé et avec des représentants de la société civile.
3. Promouvoir et à renforcer la gestion des informations stratégiques.
4. Renforcer les capacités pour planifier, surveiller, suivre et évaluer les ripostes des pays.

PROGRAMMATION ÉVOLUTIVE DES INTERVENTIONS DE LA BANQUE MONDIALE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE VIH

Lancé en 2000, le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA (PPS) de la Banque mondiale a mis en place un certain nombre d'innovations au niveau des pratiques des donateurs, y compris le financement des coûts opérationnels et récurrents des programmes multisectoriels, l'institution de procédures simplifiées pour l'approbation et le décaissement des fonds, et le financement direct de programmes de la société civile à l'échelon du pays, du district et de la communauté. Le PPS a été conçu pour relever le défi qui consistait à riposter contre le SIDA en Afrique. Les enseignements tirés, alors que l'on essayait d'y parvenir, ont conduit à une modification profonde de la conception du PPS, de sorte qu'il permet maintenant de financer des activités ayant une portée et une complexité beaucoup plus étendues que celles des activités traditionnellement sponsorisées par la Banque mondiale. Il était prévu au départ qu'il en serait ainsi et l'on a pris conscience que la mise en œuvre du programme nécessiterait une supervision et une assistance technique significatives et qu'il faudrait également s'employer à tirer des enseignements constants des expériences et à remodeler sa conception. Le succès de ce programme a été tel en Afrique qu'il a été décidé de mettre en place un PPS dans les Caraïbes.

Outre le PPS, la Banque mondiale a développé de nouvelles méthodes destinées à appuyer les interventions transnationales qui ne peuvent pas être soutenues par les programmes nationaux individuels. Celles-ci incluent des programmes sous-régionaux de lutte contre le SIDA dans les Caraïbes, en Amérique centrale, en Asie centrale et en Afrique. La Banque mondiale a également intégré un processus de programmation en matière de lutte contre le VIH au sein de projets de développement (ex : construction de couloirs de transport ou de pipelines) en demandant la mise en place de protections contre l'infection à VIH lorsqu'il existe un risque de transmission du virus.

5. Faciliter l'accès aux ressources techniques et financières.

En outre, chacun des partenaires coparrainants s'engage à entreprendre des activités associées à la lutte contre l'infection à VIH, en totale adéquation avec sa mission générale. En 2005, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) a par exemple mené des activités de prévention auprès de 20 millions de réfugiés, demandeurs d'asile, rapatriés et autres personnes couvertes par le champ de sa mission, et il est également intervenu afin de leur prodiguer traitement, soins et soutien.

Le Budget intégré pour 2004 et 2005 s'élevait à US$ 522 millions, soit une moyenne de US$ 261 millions par an. Les budgets alloués par les partenaires coparrainants à des actions susceptibles d'être entreprises dans le cadre de la lutte contre l'infection à VIH à l'échelon des pays ont porté le total à US$ 1,34 milliards, soit une moyenne de US$ 667 millions par an (ONUSIDA, 2003). Le Budget intégré de l'ONUSIDA pour 2006 et 2007 s'élève à US$ 797 millions, soit une moyenne de US$ 398,5 millions par an (ce qui correspond à une augmentation de 52,7 % par rapport à la moyenne de l'exercice biennal 2004–2005). Les

budgets des partenaires coparrainants alloués à des actions susceptibles d'être entreprises dans le cadre de la lutte contre le VIH à l'échelon des pays portent le total à US$ 2,56 milliards, soit une moyenne de US$ 1,28 milliards par an, ce qui correspond à une augmentation de 91 % par rapport à la moyenne annuelle pendant l'exercice biennal 2004–2005 (ONUSIDA, 2005). La Figure 10.16 compare les augmentations du budget intégré aux augmentations des montants totaux mis à la disposition de la riposte au SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

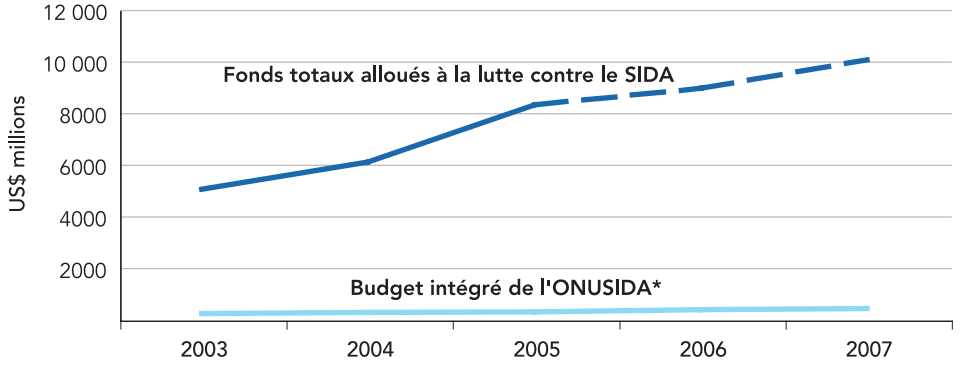
Flux financiers provenant des entreprises, des fondations et des organisations non gouvernementales

Les projections établies par l'ONUSIDA au terme du premier semestre 2004 s'agissant des dépenses susceptibles d'être consenties dans le cadre de la lutte contre le VIH et présentées dans la Figure 10.10 utilisent l'expression 'secteur privé' dans un sens très large afin de désigner les entreprises privées, les fondations et les organisations non gouvernementales, et en particulier celles bénéficiant d'une portée internationale plutôt que celles basées dans des pays. (Les projections n'incluent pas les contributions en nature faites par les entreprises privées dans le cadre de leurs programmes de lutte contre le SIDA sur le lieu de travail ou par le biais de l'élargissement de ces programmes aux communautés avoisinantes.) La Déclaration d'engagement de 2001 a approuvé une campagne mondiale d'appel de fonds visant ce secteur mais pour l'instant, les résultats ont été décevants. Compte tenu des tendances, l'ONUSIDA prévoit que les contributions provenant de cette source se stabiliseront aux alentours de US$ 400 millions pour 2006, 2007 et 2008, et que les trois quarts de ces montants proviendront de fondations basées aux Etats-Unis (ONUSIDA, 2005).

FONDATIONS

Des organismes indépendants aux Etats-Unis et en Europe ont tenté d'évaluer les contributions financières des fondations caritatives à la lutte contre le VIH ces dernières années. La Figure 10.17 illustre une étude réalisée par Funders Concer-

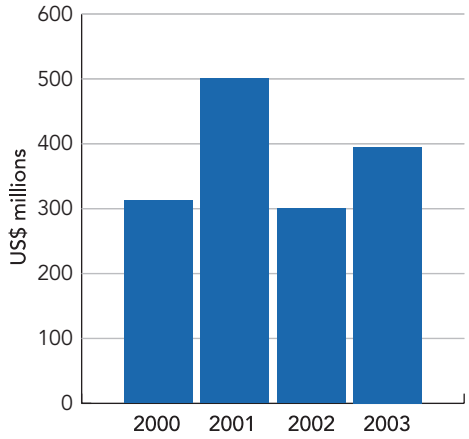
FIGURE 10.16 Budget intégré de l'ONUSIDA comparé aux ressources disponibles pour lutter contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire



*Le budget intégré de l'ONUSIDA inclut le budget de base, les budgets supplémentaires et les ressources propres des coparrainants.

Source : ONUSIDA (2005). Budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA 2006–2007.

FIGURE 10.17 Engagements des fondations basées aux Etats-Unis au profit de projets nationaux et mondiaux de lutte contre le SIDA, 2000–2003



Source : Funders Concerned About AIDS, 2005.

ned about AIDS selon laquelle au cours de l'année 2003, et ceci pour la quatrième année consécutive, les fondations basées aux Etats-Unis (y compris les branches caritatives de certaines sociétés) avaient engagé plus de US$ 300 millions au profit d'actions nationales et mondiales contre le SIDA (Funders Concerned about AIDS, 2005). Sur les US$ 394,5 millions engagés en 2003, US$ 308,2 millions concernaient des projets mis en place dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et sur ce montant, deux tiers étaient engagés par la Fondation Bill et Melinda Gates. Le montant des projets bénéficiant aux pays à revenu faible ou intermédiaire était réparti comme suit :

- 75 % destinés à des organisations basées en Amérique du Nord ou en Europe de l'Ouest utilisant les fonds pour des projets mondiaux ou les réallouant à des projets développés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- 14 % destinés à l'Afrique et au Moyen-Orient ;
- 8 % destinés à la Région Asie/Pacifique ;
- 2 % destinés à la Région de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale ; et
- 1 % destiné à la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes.

En Europe, une étude conduite en 2005 par le European HIV/AIDS Funders Group a montré qu'en 2003, les fondations basées en Europe avaient décaissé l'équivalent de US$ 33,6 millions pour des projets associés à la lutte contre le VIH destinés à être développés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (European HIV/AIDS Funders, 2005). L'étude indiquait que les traditions et les lois des Etats-Unis favorisaient un niveau d'activités caritatives privées que l'on rencontrait rarement ailleurs. Elle mentionnait également les avantages dont bénéficient les donateurs privés par rapport aux donateurs publics, y compris s'agissant de leur capacité d'innover et de prendre des risques.

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES INTERNATIONALES

Les organisations non gouvernementales internationales contribuent de manière

substantielle à la riposte au SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. On croit en général qu'elles tirent l'ensemble de leurs ressources des dons accordés par les particuliers lors de campagnes de mobilisation de fonds mais, dans la réalité, l'essentiel de leurs ressources provient en général de donateurs bilatéraux, multilatéraux, et de fondations. Il existe des centaines d'organisations non gouvernementales internationales, grandes et petites, engagées dans des actions en faveur du développement au niveau mondial et consacrant une partie au moins de leurs efforts à la lutte contre le SIDA. A l'heure actuelle, nous manquons cependant de données pour établir des estimations, même approximatives, de la valeur financière de leur contribution collective à la riposte à l'épidémie, et pour éviter de comptabiliser deux fois les contributions, ainsi qu'on a pu le constater s'agissant de certaines estimations.

Financement de la recherche sur les vaccins et les microbicides anti-VIH

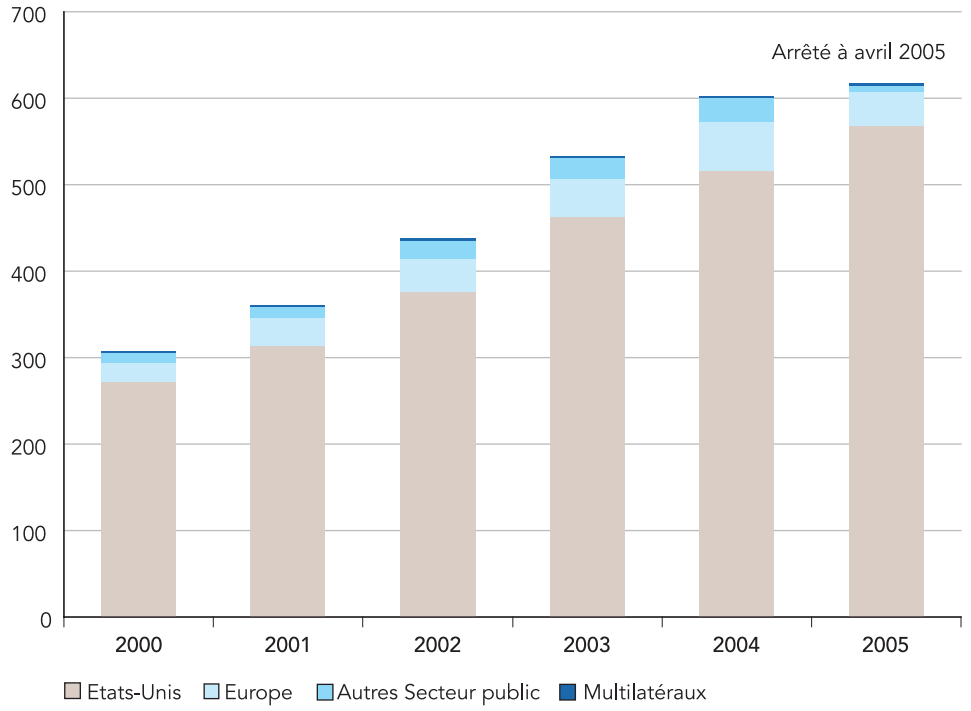
Les vaccins et les microbicides anti-VIH profiteront à tous dans tous les pays, des plus riches aux plus pauvres. C'est pour cela que les dépenses et les besoins en matière de recherche et de développement concernant ces produits ne sont inclus dans aucune des estimations présentées ailleurs dans ce chapitre. Bien que la communauté scientifique soit de plus en plus confiante quant à l'élaboration de vaccins et de microbicides anti-VIH fiables et efficaces, il existe un grand nombre d'obstacles qui, pour être dépassés, nécessiteront l'investissement de ressources beaucoup plus importantes que celles mises à disposition jusqu'à présent.

Le Comité de coordination de l'Initiative mondiale pour le vaccin contre le SIDA estime qu'il est nécessaire d'investir US$ 1,2 milliards par an pour accélérer la recherche sur un vaccin fiable et efficace contre le VIH. En 2004, la recherche disposait de US$ 682 millions environ, dont 88 % provenaient du secteur public (gouvernements et universités), 10 % de l'industrie et 2 % d'organisations caritatives privées. Depuis 2000, les fonds alloués par l'industrie se sont quelque peu réduits. Bien que les entreprises pharmaceutiques et biotechnologiques investissent massivement dans le développement de nombreux autres produits de

L'augmentation des niveaux de financement et les efforts engagés actuellement pour améliorer la gestion des ressources financières donnent matière à être prudemment optimiste à l'égard de l'appui aux ripostes nationales contre le SIDA.



FIGURE 10.18 Investissements annuels du secteur public en recherche et développement sur le vaccin anti-VIH entre 2000 et 2005, par région



Source : HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2005).

santé, elles ont investi peu d'argent dans la recherche sur le vaccin anti-VIH. A l'inverse, les financements du secteur public ont considérablement augmenté, comme le montre la Figure 10.18. (Pour 2005, les décaissements réels et les engagements fermes arrêtés à avril 2005 ont été pris en compte (HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group, 2005).)

Le Partenariat international pour les microbicides et l'Alliance pour le développement des microbicides estiment que US$ 280 millions seront annuellement nécessaires au cours des cinq prochaines années pour accélérer la recherche sur des microbicides fiables et efficaces.
La Figure 10.19 indique que l'investissement total hors secteur des entreprises commerciales est passé de US$ 65,1 millions en 2000 à US$ 163,4 millions en 2005, niveau toujours très insuffisant par rapport au montant nécessaire. Comme c'est le cas pour la recherche sur le vaccin contre le VIH, les entreprises pharmaceutiques et biotechnologiques ont montré peu d'intérêt pour ce type de recherches. Elles ont développé un certain nombre de candidats microbicides pour les tests, mais en 2004, leurs propres investissements étaient estimés à un montant inférieur à US$ 6 millions (HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group, 2005).

Les financements ne sont qu'une composante de l'importante contribution accordée à la recherche sur les vaccins et les microbicides anti-VIH par le secteur public. Dans les pays à revenu faible ou

intermédiaire, le secteur public fournit un appui en nature essentiel. S'agissant des pays dans lesquels des essais de candidats vaccins et de microbicides sont effectués, les hôpitaux et les dispensaires (et leur personnel salarié régulier) jouent un rôle fondamental dans la réalisation et le soutien de ces essais. Les autorités de tutelle et les comités d'éthique au niveau national travaillent pour s'assurer que les produits candidats sont fiables et que les essais sont menés de manière acceptable. En Afrique subsaharienne par exemple, le Programme africain pour un Vaccin contre le SIDA aide les pays à élaborer des plans nationaux pour le vaccin contre le VIH et travaille avec des partenaires locaux pour concevoir des méthodes de recrutement et de fidélisation des volontaires pour les essais et pour s'assurer qu'ils sont informés et protégés de manière appropriée.

Evaluation de l'écart entre les fonds disponibles et les fonds nécessaires

D'après les estimations indiquées précédemment (voir la Figure 10.19), les financements nécessaires à la riposte au SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire s'élèveront à US$ 14,9 milliards en 2006 et à US$ 18,1 milliards en 2007 alors que les fonds disponibles devraient, eux, se limiter à US$ 8,9 milliards et à US$ 10 milliards, respectivement. Il est tentant d'effectuer un rapide calcul et d'en conclure que des engagements financiers supplémentaires (équivalant respectivement à US$ 6 milliards et à US$ 8,1 milliards pour les deux années considérées) sont impératifs. Toutefois, évaluer l'écart entre ce qui sera sans doute disponible et ce qui sera nécessaire n'est pas aussi simple.

Résorber l'écart

Pour répondre aux besoins de financement, l'action doit être menée sur deux fronts. Premièrement, il faut mobiliser davantage de fonds. Plusieurs sources actuelles de financement, y compris les gouvernements des pays à revenu intermédiaire, pourraient largement engager davantage de fonds dans la lutte contre le SIDA. Il existe aussi un potentiel du côté des principaux pays donateurs qui pourraient mobiliser des fonds suivant de nouvelles méthodes, par exemple en imputant une taxe sur les billets d'avion, en majorant l'impôt sur le revenu ou en émettant des obligations. Il est cependant évident que l'on ne pourra mobiliser suffisamment de fonds pour faire face aux besoins que si les principaux pays donateurs honorent les promesses qu'ils ont faites, d'abord lors du Sommet du G8 à Gleneagles (Ecosse) en juillet 2005 (G8, 2005), puis lors du Sommet mondial organisé à New York en septembre 2005. Lors de ce dernier Sommet, une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies a réaffirmé les engagements des Etats Membres vis-à-vis de la Déclaration du Millénaire (2000) et de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (2001), et fixé un nouvel engagement, celui de « développer, s'agissant du VIH, la prévention, les soins, le traitement et les services d'accompagnement, en s'efforçant de s'approcher le plus possible de l'objectif d'un accès universel au traitement à l'horizon 2010, pour tous ceux qui en ont besoin » (Nations Unies, 2005).

Deuxièmement, les partenaires nationaux et internationaux de la riposte au SIDA doivent maintenir et accélérer leurs acti-

FIGURE 10.19	Investissements annuels du secteur public et du secteur caritatif en recherche et développement sur les microbicides, entre 2000 et 2005 *(US$ millions)*					
SECTEUR PUBLIC	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Etats-Unis	34.6	61.3	75.3	78.8	92.0	99.3
Europe	0.7	0.4	5.1	10.6	29.9	37.8
Autres	0.3	<0.1	0.2	0.9	2.0	5.0
Multilatéraux	<0.1	0.3	0.4	<0.1	0.2	0.2
Total secteur public	**35.7**	**62.0**	**81.0**	**90.2**	**124.2**	**142.3**
SECTEUR CARITATIF						
Total secteur caritatif	**29.4**	**3.4**	**24.8**	**16.9**	**18.1**	**21.1**
SECTEUR NON COMMERCIAL (public et caritatif)						
Total secteur non commercial	**65.1**	**65.4**	**105.8**	**107.1**	**142.3**	**163.4**

Source : HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2005).

vités pour renforcer les capacités des pays à lutter contre l'épidémie et à mieux utiliser les financements mis à leur disposition. Le chapitre suivant énumère les difficultés rencontrées en matière d'élargissement et d'intensification des ripostes nationales et expose la manière dont les partenaires les résolvent, dans le respect des 'Trois principes'. Deux points concernant les financements doivent cependant être soulignés ici : la capacité d'utilisation et l'importance du suivi des ressources.

LA CAPACITÉ D'UTILISATION

Outre le fait d'être les plus durement touchés par le VIH, les pays d'Afrique subsaharienne sont également dotés de systèmes de santé précaires. Il résulte de cela des difficultés liées au fait que les organismes de mise en œuvre de l'aide dans ces pays ne peuvent pas toujours transformer l'appui financier qui augmente rapidement en des dépenses programmatiques en temps voulu.

L'exemple de l'Afrique du Sud révèle que, après des retards initiaux dans la mise en place de nouveaux programmes ou dans l'amélioration de programmes existants, les agences gouvernementales du pays sont parvenues à augmenter rapidement leurs financements des activités en rapport avec le VIH. Le gouvernement sud-africain a lancé le Plan national intégré pour le VIH/SIDA (PNI) en 2000 et engagé des subventions conditionnelles de trois ministères au profit de leurs neuf homologues provinciaux dans les domaines de la santé, de l'éducation et du développement social. Pendant la première année (exercice fiscal 2000–2001), les autorités des provinces n'ont pu dépenser que 36,5 % des fonds mis à leur disposition cette année-là. Au cours de la deuxième année, elles ont dépensé 74,5 % des fonds et durant la troisième année, elles ont atteint un taux de décaissement de 85 %. Une étude menée en 2003 a conclu que :

La très forte augmentation des décaissements au cours des années 'deux' et 'trois' donne à penser que le problème ne se situait pas initialement au niveau du mécanisme des subventions conditionnelles lui-même mais de la lourdeur administrative et des obstacles à la gestion financière prévisibles pendant la première année de mise en place d'un programme national. Etablir et faire fonctionner les programmes du PNI nécessitait l'installation de structures de gestion et

L'INADÉQUATION ENTRE L'AIDE DES DONATEURS ET LES BESOINS RÉELS DES PAYS

Le montant des exigences en termes de financement est basé sur les estimations des montants nécessaires pour financer des activités spécifiques de prévention, de traitement et autres axées sur le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Peu de pays ont établi des estimations comparables, basées sur des études concrètes fiables permettant de savoir où il est nécessaire d'investir, et peu ont des mécanismes par le biais desquels toutes les parties prenantes peuvent s'accorder sur les estimations et les priorités, et allouer des ressources en conséquence. En outre, les pays donateurs établissent leurs propres priorités qui ne coïncident pas souvent avec celles des pays bénéficiaires. Il en résulte une inadéquation significative entre les dépenses et les besoins réels.

Au cours des dernières années, les donateurs ont majoré leur aide en réponse à la nécessité de renforcer les capacités des pays à riposter contre l'épidémie de VIH. L'une des questions que l'on se pose maintenant est de savoir pourquoi le renforcement des capacités a pris autant de retard par rapport à l'accroissement de l'aide. La réponse est complexe mais deux facteurs se distinguent cependant. Premièrement, les politiques des donateurs limitent souvent le champ d'utilisation de leur aide. Si celle-ci est fournie sous la forme de financements, l'emploi de ceux-ci est fréquemment lié à un environnement qui nécessite des opérations de change et l'achat de biens importés (ex : médicaments, équipements, biens). Si elle est fournie sous une autre forme, elle se compose habituellement d'une assistance technique étrangère ou de la construction d'installations de santé gérée par des ressortissants étrangers. Deuxièmement, les besoins des pays concernent essentiellement des dépenses budgétaires de base qui sont principalement locales (ex : salaires des infirmiers, médecins et autres personnels) et récurrentes.

Il existe un large consensus autour de l'idée selon laquelle les méthodes actuelles de gestion de l'aide sont inefficientes et inefficaces (se reporter au chapitre 'Ripostes nationales') . Le caractère-même du processus à long terme de l'épidémie implique un besoin de financements durables, prévisibles et croissants. Etant donné le caractère principalement local et récurrent des besoins financiers réels des pays, l'aide des donateurs devrait prendre la forme d'un appui permanent aux budgets généraux ou à des postes spécifiques des budgets. Dans les pays qui répondent aux normes de gestion des dépenses publiques, les aides aux budgets des gouvernements peuvent permettre d'améliorer l'harmonisation et aider à renforcer la gouvernance, minimisant ainsi la nécessité de verser des aides par des systèmes parallèles extérieurs aux systèmes publics.

l'emploi de coordonnateurs dans les provinces, l'élaboration de systèmes de transferts de fonds et de suivi, et la mise en place de normes, de plans et de matériels pour les programmes (Hickey et al., 2003).

Une étude conduite en 2005 a cependant montré que l'Afrique du Sud restait handicapée par la faiblesse de son système de santé et par la capacité insuffisante du gouvernement à faire bon usage des fonds disponibles. Elle a conclu que:

« Faute d'être accompagnées d'un renforcement des capacités à utiliser les financements alloués, les contributions accrues accordées à la lutte

contre le VIH et le SIDA par les gouvernements et les partenaires donateurs subiront une remise en question de l'efficacité globale du système de santé. […] Plus que la disponibilité de ressources, c'est le problème de la capacité d'utilisation des sommes allouées à la riposte contre le virus et la maladie qui revêt un caractère de plus en plus aigu en Afrique du Sud. Pour cette raison, la communauté des donateurs devrait […] investir dans le renforcement des capacités du système public pour s'assurer que les ressources qu'elle adresse aux gouvernements sont utilisées de manière efficace et efficiente » (Ndlovu, 2005).

Une autre étude a montré qu'élaborer ses propres mécanismes de financement pour un pays donné peut favoriser un meilleur usage des fonds d'origine nationale mais que l'utilisation des financements des donateurs bilatéraux pose plus de problèmes. Cela tient dans une large mesure aux conditions que les donateurs bilatéraux attachent à leurs financements. L'expérience de l'Afrique du Sud et du Mozambique indique que, bien que les fonds 'affectés' (c'est-à-dire les fonds dont l'utilisation est limitée à certaines activités) peuvent aider à garantir le soutien de projets nouveaux et essentiels, ces financements peuvent ne pas répondre aux priorités nationales. Ces restrictions limitent la flexibilité dont les administrateurs de programmes disposent pour gérer les flux de financements de sorte à répondre aux priorités spécifiques des pays (National AIDS Control Council - NACC, 2004).

Il est pratiquement impossible d'établir une analyse précise des dépenses des fonds bilatéraux alloués à la lutte contre le VIH en raison de la tendance des donateurs bilatéraux à ne communiquer que les montants engagés plutôt que les montants réellement décaissés. Les responsables publics africains estiment cependant que les taux de décaissement des fonds engagés par les donateurs bilatéraux pourraient être inférieurs à 50 % (Ndlovu, 2005).

SUIVI DES RESSOURCES

L'un des plus importants obstacles à une utilisation optimale des fonds vient de 'goulets d'étranglement', c'est-à-dire de procédures ou de réglementations bureaucratiques qui stoppent ou ralentissent l'acheminement des ressources financières depuis leur origine (ex : gouvernement national ou donateur) jusqu'à leur destination finale (ex : prestataire de services intervenant en première ligne de la lutte contre l'épidémie). Dans la mesure où il existe habituellement plusieurs intermédiaires entre le financeur et le destinataire, il est important de dresser une liste de toutes les composantes de la chaîne (financeurs, intermédiaires et destinataires) et de suivre les flux financiers afin de pouvoir recenser les problèmes. Plus le nombre d'intermédiaires sera élevé, plus il y a de risque que les transferts de fonds soient retardés et qu'une partie des montants initiaux disparaisse ou soit bloquée à un stade de la chaîne (National AIDS Control Council - NACC, 2004).

Les analyses des budgets accordés à la lutte contre le SIDA réalisées au Kenya, au Mozambique, en Namibie et en Afrique du Sud montrent l'importance du suivi des ressources qui permet de savoir si les fonds décaissés sont effectivement dépensés. Prenons l'exemple du Kenya : entre avril 2002 et mai 2003, 60 % seulement des sommes approuvées au profit d'organisations à assise communautaire par le Conseil national de coordination de la lutte contre le SIDA avaient été effectivement décaissés au profit de celles-

ci. Sur ces 60 %, 42 % seulement ont réellement été dépensés. Cela signifie que 25 % seulement des financements approuvés pour des organisations à assise communautaire au cours de cette période ont effectivement été dépensés durant celle-ci.

Garantir un financement approprié pour la prévention, le traitement et les soins

L'augmentation des niveaux de financement et les efforts engagés actuellement pour améliorer la gestion des ressources financières donnent matière à être prudemment optimiste à l'égard de l'appui aux ripostes nationales contre le SIDA. Trois conditions prévalent en effet. Les objectifs indiqués ci-dessous pourront être atteints à l'horizon 2010 *si* les besoins de financement pour 2006–2008 (tels qu'indiqués dans la Figure 10.1) sont couverts, *si* des montants de fonds appropriés peuvent être mobilisés durablement au-delà de 2008 et *si* les partenaires nationaux et internationaux peuvent surmonter les obstacles énumérés précédemment :

- Une prévention complète du VIH, basée sur les caractéristiques de l'épidémie dans chaque pays, y compris des programmes visant à faire reculer les comportements à risque de ceux qui sont les plus exposés au risque d'infection par le virus ainsi que de l'ensemble des adultes et des jeunes, visant à prévenir la transmission mère-enfant du virus et visant à garantir un approvisionnement en stocks sanguins sûrs et des injections dépourvues de risque.
- Des traitements et des soins pour 9,8 millions de personnes, y compris 80 % de ceux qui en ont besoin de toute urgence.
- Un appui approprié pour tous les orphelins et les enfants vulnérables, y compris un appui à domicile, une scolarisation, des services de santé et un appui communautaire.
- Des capacités suffisantes en termes de programmes (planification, administration, personnel, etc.) et d'infrastructures (hôpitaux, établissements de santé, laboratoires, etc.) pour appuyer les interventions indiquées.
- Un nombre suffisant d'infirmiers, de médecins et d'autres personnels ayant reçu une formation appropriée pour aider à la réalisation des objectifs énumérés ci-dessus (ONUSIDA, 2005).

De tels résultats constitueraient la 'batterie de mesures pour la prévention du VIH, le traitement et les soins' sollicitée pour l'horizon 2010 par l'Assemblée générale des Nations Unies, lors du Sommet mondial organisé en 2005 (Nations Unies, 2005).

Obtenir le maximum des ripostes nationales 11





Chapitre 11



OBTENIR LE MAXIMUM DES RIPOSTES NATIONALES

Il y a encore peu de temps, le plaidoyer dans le domaine du SIDA était, dans une large mesure, axé sur la promotion du leadership et de l'engagement et sur la mobilisation des moyens financiers nécessaires pour mettre en place une riposte efficace au SIDA à l'échelle mondiale et dans les pays.

Depuis 2001, cette forme de plaidoyer a permis d'obtenir année après année une augmentation marquée des fonds, rendant plus réaliste que jamais l'espoir de voir l'épidémie de SIDA stoppée et inversée à l'horizon 2015, but fixé par la Déclaration du Millénaire (Nations Unies, 2000). Il reste urgent de continuer de mobiliser le leadership et les ressources, et de rester focalisé sur ces deux domaines, mais on admet généralement aujourd'hui qu'un troisième axe est également crucial : faire mieux travailler l'argent disponible.

Pourquoi est-ce nécessaire ? Au fur et à mesure de l'augmentation des moyens financiers, un nombre accru de gouvernements et d'organisations internationales, de la société civile et autres se sont lancés dans la lutte contre le SIDA dans un grand nombre des pays les plus durement touchés par l'épidémie. Trop souvent, aucune stratégie ou mécanisme commun n'était là pour guider, coordonner, suivre et évaluer leurs efforts. Il en est résulté des doubles emplois, des gaspillages et de graves lacunes dans la riposte nationale de nombreux pays. Par exemple, la surveillance permettant de recenser les populations les plus exposées au risque d'infection en raison de leurs comportements a souvent été insuffisante avec pour conséquence une incapacité à offrir à ces populations des services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien.

A l'échelle mondiale comme à l'échelon des pays, lorsque les principaux acteurs ont pris conscience de ce problème, une question cruciale leur est apparue : comment pourraient-ils, individuellement et collectivement, faire meilleur usage de l'argent disponible pour réduire le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH et limiter les effets de l'infection lorsqu'elle se produit, et y parvenir le plus rapidement possible ? En deux mots, il faut pour cela que les pays pilotent la riposte et que les organisations bilatérales et multilatérales les suivent, entrant en partenariat avec les gouvernements nationaux et les autres parties prenantes à l'échelon des pays.

Cadre de coopération internationale pour un développement piloté par les pays

En 2002, la Conférence des Nations Unies sur le financement du développement à Monterrey, Mexique, a conclu que le meilleur moyen de faire un usage optimal de l'argent disponible était de passer par des processus pilotés par les pays, dans le cadre desquels les donateurs bilatéraux et multilatéraux travaillent en partenariat avec les pouvoirs publics nationaux et les autres parties prenantes à l'échelon du pays pour mobiliser toutes les ressources tant intérieures qu'extérieures à la disposition de chaque pays. Connu sous le nom de Consensus de Monterrey, l'accord conclu en fin de réunion élargit encore cette notion pour fournir un cadre de coopération internationale au développement dans les pays à faible ou moyen revenu (Nations Unies, 2002).

Le Consensus de Monterrey s'est encore développé au cours de réunions ultérieures. En février 2003, le Forum de haut niveau sur l'harmonisation a publié la Déclaration de Rome qui engage les pays donateurs, les pays partenaires et les institutions bilatérales et multilatérales à harmoniser leurs politiques et procédures. En mars 2005, le Forum de haut niveau pour renforcer ensemble l'efficacité de l'aide au développement a examiné les résultats des actions entreprises pour appliquer la Déclaration de Rome et publié la Déclaration de Paris (voir encadré), qui engage les partenaires internationaux et nationaux à adopter un train de mesures spécifiques en matière d'harmonisation.

Principes directeurs pour une action pilotée par les pays

Lors de la 13e Conférence internationale sur le SIDA et les infections sexuellement transmissibles en Afrique, qui s'est déroulée en septembre 2003 à Nairobi, Kenya, un groupe de travail composé de représentants nationaux et internationaux a élaboré une série de principes destinés à améliorer la riposte au SIDA dans les pays. Ces principes sont maintenant connus sous la dénomination 'Les Trois Principes' et ils ont été adoptés par les pays donateurs, les pays partenaires, les organismes bilatéraux et multilatéraux et les organisations non gouvernementales internationales lors de la Consultation sur l'harmonisation du financement international de la lutte contre le



Par exemple, la surveillance permettant de recenser les populations les plus exposées au risque d'infection en raison de leurs comportements a souvent été insuffisante avec pour conséquence une incapacité à offrir à ces populations des services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien.

DÉCLARATION DE PARIS SUR L'EFFICACITÉ DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

En mars 2005, des ministres de rang élevé, représentant les pays donateurs et les pays partenaires, ainsi que les responsables d'organismes bilatéraux et multilatéraux se sont réunis pour un Forum de haut niveau sur le thème 'renforcer ensemble l'efficacité de l'aide au développement', sous les auspices du Comité d'aide au développement de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques. Leur déclaration finale (Déclaration de Paris) souligne leur détermination à « redoubler d'efforts pour accroître l'efficacité de l'aide » dans les domaines suivants :

- renforcement de la capacité des pays partenaires à mettre au point et appliquer des stratégies nationales de développement axées sur les résultats ;
- définition de mesures et de normes de performance dans les domaines de la gestion des finances publiques et autres ;
- réforme et simplification des politiques et procédures des donateurs pour les rendre aussi efficaces que possible sur le plan des coûts, pour éviter les doubles emplois et le fardeau de la bureaucratie qui pèse sur les pays et pour parvenir à un alignement progressif avec les politiques et procédures des pays partenaires ;
- fourniture de flux d'aide plus prévisibles, pluriannuels compatibles avec les besoins des pays partenaires en matière de développement durable ;
- amélioration de l'intégration des initiatives mondiales—dans des domaines tels que le VIH et le SIDA—dans les objectifs plus généraux de développement des pays partenaires ; et
- renforcement des obligations mutuelles des donateurs et des pays partenaires à l'égard des citoyens et des instances parlementaires en rendant leurs politiques, leurs procédures et leurs activités plus transparentes.

SIDA à Washington, DC, Etats-Unis, en avril 2004 (ONUSIDA, 2004). Ces trois principes sont les suivants :

- Un cadre d'action contre le SIDA dans lequel intégrer la coordination des activités de tous les partenaires ;
- Un organisme national de coordination de la riposte au SIDA à représentation large et multisectorielle ; et
- Un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.

La Réunion de Washington a prié l'ONUSIDA de faire office de modérateur et de médiateur des efforts pilotés par les pays pour appliquer les 'Trois Principes' et de contribuer à l'intégration de l'évaluation et du suivi dans les politiques, programmes et rapports nationaux. Elle a également demandé à chaque donateur bilatéral et multilatéral, organisme d'aide au développement et organisation non gouvernementale de prendre sa part de responsabilité. Plutôt que d'instaurer ses



Pour que toutes les parties prenantes travaillent à la réalisation d'objectifs communs correspondant à des priorités communes, la Cellule mondiale de réflexion a recommandé que les pays intègrent la lutte contre le SIDA dans leurs plans nationaux de développement et leurs cadres de dépenses publiques.

propres relations avec ses partenaires à l'échelon pays chacun d'entre eux harmonisera ses politiques et procédures avec celles qu'utilise le pays et coordonnera ses activités par le biais de mécanismes nationaux reconnus par tous les partenaires. En d'autres termes, la coopération internationale en matière d'action nationale de lutte contre le SIDA sera compatible avec le Consensus de Monterrey, la Déclaration de Rome et, plus récemment, la Déclaration de Paris.

Cellule mondiale de réflexion : mobiliser l'appui en faveur des 'Trois Principes'

« Les 'Trois Principes' représentent la promesse que nous faisons aux nations en développement de travailler avec *leur* plan national, sous l'autorité de *leur* organisme national de coordination, en appliquant *leur* système de suivi et d'évaluation. Nous sommes assurément prêts à les aider à mettre en place ces instances, mais ils doivent se les approprier. »

Ambassadeur Randall L. Tobias, Coordonnateur du Programme mondial de lutte contre le SIDA du Gouvernement des Etats-Unis

En mars 2005, les pays donateurs, les pays partenaires, les organismes bilatéraux et multilatéraux et les organisations non gouvernementales internationales se sont à nouveau réunis à Londres pour le Forum de haut niveau sur la riposte mondiale au SIDA. La réunion—intitulée Faire travailler l'argent disponible : les 'Trois Principes' en action—a décidé de créer une Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination parmi les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA. Elle était chargée de formuler des recommandations d'action pour le renforcement de l'appui apporté par les organismes bilatéraux et multilatéraux aux ripostes au SIDA pilotées par les pays (ONUSIDA, 2005a).

Les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion, présentées en juin 2005, étaient principalement destinées aux organismes multilatéraux (institutions des Nations Unies et Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose le paludisme), mais elles sont également considérées comme applicables aux organismes bilatéraux (ONUSIDA, 2005b). En réponse à ces recommandations, les organismes multilatéraux ont convenu de mettre en place

- un système de répartition des tâches (ONUSIDA, 2005c) ;
- un Plan conjoint d'appui technique des Nations Unies (ONUSIDA, 2005d) ; et
- une Equipe mondiale conjointe de résolution des problèmes et d'appui à la mise en œuvre.

Le 'Premier Principe' : un cadre d'action contre le SIDA

Pour que toutes les parties prenantes travaillent à la réalisation d'objectifs communs correspondant à des priorités communes, la Cellule mondiale de réflexion a recommandé que :

- les pays engagent toutes les parties prenantes à mettre au point des plans d'action annuels prioritaires, qui soient fondés sur des données éprouvées, multisectoriels, hiérarchisés selon des priorités, pleinement budgétisés et permettant un suivi et une évaluation clairs. Ces plans définiront précisément les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes, soulignant qui fait quoi, quand et où. Ils devront énumérer, hiérarchiser selon des priorités et chiffrer les besoins en matière de soutien technique et de renforcement des capacités dans les domaines des ressources humaines et de l'infrastructure ;
- les pays intègrent la lutte contre le SIDA dans leurs plans nationaux de développement et leurs cadres de dépenses publiques ;
- les donateurs se conforment à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et les donateurs font passer l'appui qu'ils apportent à des projets à court terme à des programmes de longue durée ;
- les organismes multilatéraux, y compris les institutions des Nations Unies, collaborent avec les pays pour mettre au point des plans d'action annuels prioritaires ainsi qu'un outil simple d'auto-évaluation. Ils contribuent également à l'élaboration simple et rapide des plans, grâce à des processus qui n'entravent pas la mise en œuvre en cours.

Comme on le verra ci-dessous, les pays sont généralement confrontés à cinq grands défis dans l'application du 'Premier Principe' : (i) faire face à la réalité et combattre la stigmatisation et la discrimination ; (ii) mobiliser toutes les parties prenantes ; (iii) recueillir et analyser les informations stratégiques ; (iv) traduire les cadres d'action contre le SIDA en plans d'action annuels prioritaires chiffrés ; et (v) intégrer les stratégies contre le SIDA dans les plans de développement et cadres de dépenses nationaux.

FAIRE FACE À LA RÉALITÉ ET COMBATTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

Une récente analyse des expériences faites par les pays asiatiques a montré que les programmes les plus fructueux de prévention de la propagation du SIDA possèdent trois caractéristiques communes. Premièrement, ils font face à la réalité pour ce qui est de la manière dont le VIH est principalement transmis dans la région, c'est-à-dire par pénétration anale ou vaginale sans préservatif, ou par la consommation de drogues injectables au moyen d'aiguilles et de seringues contaminées. Deuxièmement, ils offrent un accès facile à l'information, aux services et aux fournitures à une échelle suffisante pour avoir un impact sur le taux de transmission parmi les individus participant à ces activités, en touchant la plupart des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues injectables, des professionnel(le)s du sexe et des hommes qui travaillent dans des situations d'isolement telles que les

prisons, les mines et les camps militaires. Troisièmement, ils instaurent des contextes sociaux et politiques sécurisants et encourageants, dans lesquels les personnes les plus exposées au risque peuvent sans crainte tirer parti de l'information, des services et des fournitures offerts (MAP, 2004).

Lorsque l'épidémie de SIDA apparaît dans un pays, elle a tendance à se produire, au début, chez des personnes dont les comportements sont l'objet de tabous et de préjugés sociaux, suscitent la gêne et sont parfois même illégaux, ou il arrive qu'elle apparaisse simplement chez les jeunes, qui ont tendance à défier les règles comportementales. Il en résulte que les personnes qui composent ces populations clés font leur possible pour fuir les regards désapprobateurs. Si les pays ne font pas face à la réalité et ne répondent pas de manière appropriée dès ce premier stade, ils se retrouvent rapidement avec des épidémies concentrées et une forte prévalence du VIH dans ces populations. Etant donné que ces populations ne vivent pas dans l'isolement, mais qu'elles se mélangent et interagissent sur le plan sexuel avec d'autres membres de la société, les pays finissent par se retrouver avec des épidémies généralisées et une forte prévalence du VIH dans l'ensemble de la population.

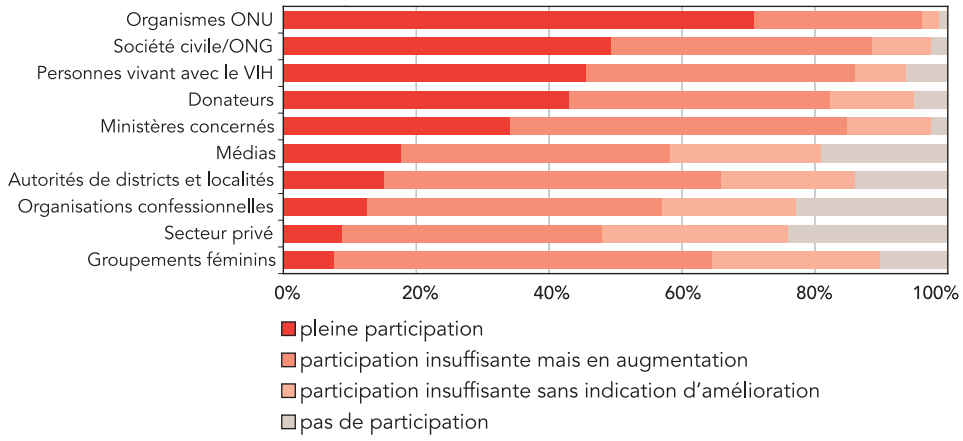
Une information particulière aux pays (y compris de bonnes données de surveillance du VIH et des comportements associés à la maladie) et des enseignements qui combattent l'ignorance, la stigmatisation et la discrimination sont des éléments essentiels de toute action visant à mobiliser le public et les leaders—non seulement pour lancer une riposte réaliste au SIDA, mais également pour accélérer, adapter et soutenir la riposte jusqu'au moment où l'épidémie sera stoppée et inversée.

MOBILISER TOUTES LES PARTIES PRENANTES

Si les principales parties prenantes sont exclues des processus d'élaboration, d'examen et d'actualisation du plan national de lutte contre le SIDA, il est peu probable que ce plan soit global et bien équilibré, tenant compte des préoccupations légitimes de toutes les parties prenantes et leur accordant l'attention qu'elles méritent. Et il est probable que ces parties prenantes ne s'engageront guère dans la mise en œuvre d'un tel plan ou ne pourront l'accepter comme l'outil susceptible de guider leurs efforts. Les principales parties prenantes sont notamment :

- les ministères des instances gouvernementales nationales responsables des secteurs clés du développement socio-économique, comprenant non seulement les ministères de la santé, mais aussi d'autres ministères par exemple ceux qui sont chargés des finances, de la planification nationale, des affaires de district et des affaires locales, de l'éducation, de l'emploi et du travail, des services sociaux, de la justice, de la défense et de l'agriculture ;
- les autorités gouvernementales provinciales, régionales et locales ;
- les organisations de la société civile (y compris les organisations confessionnelles) à l'échelle internationale, nationale et sous-nationale, y compris celles qui dispensent des services liés au SIDA ;
- les individus et réseaux de personnes vivant avec le VIH et de personnes exposées à un risque élevé d'infection, notamment les jeunes, les femmes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles, les hommes qui vivent et travaillent dans des situations d'isolement, les populations mobiles (travailleurs migrants, réfugiés et personnes dépla-

FIGURE 11.1 Participation des parties prenantes à l'élaboration des plans nationaux de lutte contre le SIDA dans 79 pays, 2004



Source : ONUSIDA (2006). Du plaidoyer à l'action : rapport de situation sur l'ONUSIDA à l'échelon pays. ONUSIDA.

cées, requérants d'asile et personnes qui ont fait l'objet de trafic) ;

- le secteur privé, des plus grandes compagnies internationales à l'entreprise locale la plus modeste et des grands syndicats aux petites associations de travailleurs ; et
- les donateurs bilatéraux et multilatéraux, les institutions internationales et les fondations philanthropiques.

Dans le Rapport annuel des activités de l'ONUSIDA dans les pays 2004, les Coordonnateurs de l'ONUSIDA dans les pays ont évalué le degré d'implication de plusieurs des principales catégories de parties prenantes dans l'examen et l'actualisation des plans nationaux de lutte contre le SIDA. La Figure 11.1 en présente les résultats, qui montrent que les degrés les plus élevés de participation se trouvent dans les institutions des Nations Unies, qui sont suivies des associations de personnes vivant avec le VIH et des donateurs. Les degrés les plus faibles de participation sont relevés parmi



Si une philosophie globale et une série d'objectifs généraux peuvent constituer une bonne base, un plan national de lutte contre le SIDA ne sera guère qu'une déclaration de bonnes intentions s'il ne comporte pas aussi un engagement déterminé en faveur d'objectifs spécifiques et un échéancier pour les réaliser.

EN AMÉRIQUE LATINE, LE MANQUE DE FIABILITÉ DES DONNÉES A CONDUIT À LAISSER DE CÔTÉ LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Les estimations des dépenses annuelles fournies par l'Initiative régionale sur le SIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes (SIDALAC) confirment que nombreux sont les pays d'Amérique latine qui font peu d'efforts pour offrir des services liés au SIDA correspondant aux besoins des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (SIDALAC, 2005). En fait, nombre de pays latino-américains n'ont conduit que peu d'études de surveillance sentinelle permettant d'obtenir des données fiables sur lesquelles fonder leurs estimations de prévalence du VIH. Au contraire, ils se sont reposés sur la surveillance passive, utilisant les rapports des hôpitaux et dispensaires concernant des personnes qui, ayant présenté des symptômes, ont par la suite été testées. Etant donné que les gens ne manifestent souvent aucun symptôme pendant des années après l'infection, ces dossiers ne contiennent pas de données actualisées. Ils ne fournissent pas davantage de données fiables concernant le mode de transmission dans des pays où les rapports sexuels entre hommes sont strictement tabous. Les professionnels de la santé sont souvent trop embarrassés pour poser les bonnes questions et, même s'ils sont questionnés, les hommes ont peur de donner les bonnes réponses (OPS et al., 2005).

Les résultats récemment présentés d'une étude de surveillance effectuée entre 1999 et 2002 dans plusieurs villes des pays andins ont montré que la prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes pouvait atteindre 23,7% dans une ville de Bolivie, 19,7% dans une ville de Colombie, 27,9% dans une ville de l'Equateur, et 13,7% dans une ville du Pérou, avec une moyenne de 12,0% pour l'ensemble des villes participant à l'étude (Montano et al., 2005). La surveillance effectuée dans les capitales et les ports d'Amérique centrale entre 2000 et 2002 a révélé une prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels entre eux allant jusqu'à 17,7% en El Salvador, 11,5% au Guatemala, 13,0% au Honduras, 9,3% au Nicaragua et 10,6% au Panama (PASCA et al., 2003).

les organisations confessionnelles, le secteur privé et les groupements féminins.

RECUEILLIR ET ANALYSER LES INFORMATIONS STRATÉGIQUES

Un plan efficace de lutte contre le SIDA, quel qu'il soit, est fondé sur des informations fiables concernant : (i) les personnes infectées et affectées par le VIH ; (ii) les conditions et comportements qui exposent ces personnes au risque d'infection ; (iii) les ressources disponibles pour la riposte ; (iv) les efforts en cours pour intervenir dans les domaines de la prévention, du traitement, de la prise en charge et du soutien ; (v) les résultats de ces efforts ; et (vi) les réalisations des autres pays qu'il pourrait être utile d'adapter.

La manière dont les pays relèvent le défi de la collecte des données sur lesquelles ils fondent leurs plans est présentée plus en détail dans la section intitulée 'Troisième Principe' de ce chapitre.

TRADUIRE LES CADRES D'ACTION CONTRE LE SIDA EN PLANS D'ACTION ANNUELS

Si une philosophie globale et une série d'objectifs généraux peuvent constituer une bonne base, un plan national de lutte contre le SIDA ne sera guère qu'une déclaration de bonnes intentions s'il ne

comporte pas aussi un engagement déterminé en faveur d'objectifs spécifiques et un échéancier pour les réaliser. Pour que le plan soit efficace, ces objectifs et ces échéances doivent se traduire en plan d'action annuel contre le SIDA doté d'un budget, qui répartit les responsabilités et les tâches et alloue des ressources à tous les partenaires chargés d'agir.

En 2004, l'Indonésie comptait une population de plus de 220 millions de personnes dont plus de 100 000 étaient infectées par le VIH. Le pays commençait à mobiliser sa riposte globale à une épidémie de SIDA émergente mais en progression rapide, concentrée dans une large mesure parmi les consommateurs de drogues injectables, à l'exception de la province de Papua dont l'épidémie était généralisée. Depuis les années 1990, l'Australie et les Etats-Unis avaient apporté un soutien au développement des capacités des commissions nationale et provinciales du SIDA et du ministère de la santé et ils appuyaient en outre le travail d'un grand nombre d'organisations non gouvernementales, l'accent étant mis sur les activités de proximité à l'intention des populations les plus exposées au risque d'infection. Toutefois, le gouvernement national n'avait alloué dans son budget annuel que US$ 10,6 millions à l'application de la Stratégie nationale de lutte contre le SIDA du pays. Malgré les engagements publics pris par six ministres et six gouverneurs des provinces les plus touchées, ce petit budget montrait que la Commission nationale du SIDA n'était pas en mesure de tirer pleinement parti de ce soutien politique en mobilisant les ministères et provinces dans une action globale.

En juin 2004, un progrès décisif est intervenu lorsque le Fonds mondial a approuvé une subvention à hauteur de US$ 65 millions. A la fin de 2004, le Mécanisme de coordination dans le pays a été revitalisé grâce à un groupe de travail interne. Ce processus a comporté la création d'un secrétariat du Mécanisme de coordination dans le pays qui partage maintenant ses bureaux et d'autres ressources avec le secrétariat de la Commission nationale du SIDA. Une nouvelle subvention d'un montant de £25 millions (US$ 43,9 millions) du Département pour le développement international du Royaume-Uni a permis de créer le Fonds indonésien de partenariat pour le VIH/SIDA destiné à renforcer la capacité du secrétariat de la Commission nationale du SIDA et la mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte contre le SIDA. Aujourd'hui, pour la première fois, la Commission nationale du SIDA de l'Indonésie et son secrétariat sont en mesure de traduire la stratégie nationale en plan d'action comportant un appui financier pour ses principaux partenaires. Au début de 2006, quatre réunions régionales ont lancé un ensemble minimum d'actions destiné aux 100 districts et villes prioritaires du pays.

INTÉGRER LES STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LES PLANS DE DÉVELOPPEMENT ET CADRES DE DÉPENSES NATIONAUX

Une enquête de l'ONUSIDA réalisée dans 68 pays à faible ou moyen revenu dotés de Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté a montré que 48 d'entre eux avaient intégré les stratégies contre le SIDA dans ces documents. Ces derniers constituent une condition préalable à l'octroi de subventions, de crédits sans intérêt et de prêts à faible intérêt de la Banque mondiale et figurent parmi les principaux instruments de développement de la plupart des pays à faible ou moyen revenu frappés par le SIDA. Parmi d'autres instruments, on peut noter les Plans nationaux de développement, les Cadres de dépenses

à moyen terme ainsi que les plans et budgets annuels des ministères des instances gouvernementales nationales ainsi que de leurs homologues dans les districts et les localités. L'absence des stratégies contre le SIDA dans les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté est une sérieuse indication de l'échec de l'intégration de la riposte nationale au SIDA dans les tâches quotidiennes de tous les secteurs du gouvernement au niveau du pays, du district et des communautés. (Elle est aussi un signe de l'échec de l'intégration de la riposte nationale sur le lieu de travail du secteur public, étant donné que la fourniture de services liés au SIDA aux employés et à leur famille constitue une importante contribution que tous les employeurs peuvent faire à la riposte nationale.)

La Banque mondiale, le PNUD et le Secrétariat de l'ONUSIDA participent actuellement à un projet destiné à renforcer la capacité des pays à intégrer leur riposte au SIDA dans leurs Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté. Des évaluations faites en Ethiopie, au Ghana, au Mali, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda, au Sénégal et en Zambie ont recueilli les opinions des principales parties prenantes et produit des documents exposant dans les grandes lignes les progrès réalisés et les défis pour chacun des pays. Un atelier régional conjoint pour les sept pays s'est fondé sur ces documents pour élaborer des plans d'action destinés à intégrer leur riposte au SIDA dans les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté 2006 et 2007. Au cours de ces années, d'autres cycles d'évaluation, de production de documents et d'élaboration d'un plan d'action renforceront la capacité d'intégration dans d'autres pays pourvus de Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté en Afrique, dans la région de l'Asie-Pacifique, en Amérique latine et aux Caraïbes, en Europe orientale et dans la Communauté des Etats indépendants.

En décembre 1997, après avoir participé à un symposium lors de la Xe Conférence internationale sur le SIDA et les IST en Afrique, tenue à Abidjan, Côte d'Ivoire, les maires et les responsables municipaux de 10 pays d'Afrique subsaharienne ont publié la Déclaration d'Abidjan qui affirme leur engagement à s'attaquer au SIDA dans leur communauté et à œuvrer dans la solidarité mutuelle et en partenariat avec les parties prenantes publiques et privées à l'échelle nationale et internationale. Lors du Sommet Africités de 1998, également à



La Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le Développement et le Secrétariat de l'ONUSIDA participent actuellement à un projet destiné à renforcer la capacité des pays à intégrer leur riposte au SIDA dans leurs Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté.

Depuis le début de l'épidémie, lorsque les personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque élevé d'infection sont devenues elles-mêmes des leaders et ont commencé à exiger des politiciens et des autres parties prenantes un leadership et un engagement déterminés.



Abidjan, ils ont lancé l'Alliance des maires et responsables municipaux sur le VIH/SIDA en Afrique, qui compte aujourd'hui des sections dans 13 pays. Avant la création de la section de cette alliance au Swaziland en 2001, il n'existait aucune riposte au SIDA organisée au niveau des gouvernements locaux dans le pays. Aujourd'hui les autorités des 12 grandes municipalités comptant environ 25% de la population du pays collaborent avec le Conseil national de riposte urgente sur le VIH et le SIDA et ont instauré des partenariats avec plus de 25 organisations nationales et internationales pour développer les capacités et élargir la prévention, le traitement et la prise en charge à l'intention des résidents de leurs villes (AMICAALL, 2006).

Une riposte nationale globale au VIH et au SIDA doit également comprendre les populations marginalisées telles que les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur des pays. L'intégration de ces populations dans les programmes de lutte contre le SIDA mis en place pour les populations locales complète l'effort national et elle est très logique sur le plan de la santé publique car ces populations se mélangent et interagissent souvent très étroitement. L'Ouganda et la Zambie ont intégré des programmes de lutte contre le VIH à l'intention des populations hôtes et réfugiées, qui a conduit à l'amélioration de l'infrastructure des hôpitaux de district (ONUSIDA/HCR, 2005).

Le 'Deuxième Principe' : un organisme national de coordination de la riposte au SIDA

La Cellule mondiale de réflexion recommande que :

- les organismes nationaux de coordination de la lutte contre le SIDA montrent l'exemple et que les institutions bilatérales et multilatérales harmonisent leurs politiques et activités avec celles des organismes nationaux de coordination de la lutte contre le SIDA ;
- si les pays le demandent, l'Equipe commune des Nations Unies sur l'appui à la lutte contre le SIDA soutient les organismes nationaux de coordination de la lutte contre le SIDA pour renforcer leur capacité à formuler des plans d'action sur le SIDA, à coordonner la mise en œuvre des activités de toutes les parties prenantes et à suivre et évaluer les résultats ;

- si les pays le demandent, les partenaires bilatéraux et multilatéraux aident les autres parties prenantes à se réunir sous les auspices de l'organisme national de coordination de la riposte au SIDA pour créer des équipes de résolution des problèmes et d'action dans le domaine du développement des capacités en ressources humaines et autres domaines ;
- si les pays le demandent, le Fonds mondial, la Banque mondiale et le Secrétariat de l'ONUSIDA soutiennent les efforts en vue de définir les problèmes et de clarifier les relations entre les organismes nationaux de coordination de la lutte contre le SIDA et les Mécanismes de coordination dans les pays et de faire connaître les exemples de bonne pratique.

Généralement, un organisme national de coordination de la riposte au SIDA comprend à la fois un conseil d'administration et un secrétariat ou une autre entité agissant sous le contrôle et la direction du conseil. Il tire son autorité de trois sources : (i) du gouvernement, ce qui exige un leadership et un engagement politiques, et la délégation des pouvoirs par le biais de lois, de politiques et de procédures ; (ii) de sa propre compétence, ce qui exige des budgets suffisants, du personnel qualifié et l'accès à des conseils, à une formation et à un appui technique ; et (iii) des parties prenantes qui reconnaissent à la fois le mandat que lui a confié le gouvernement et sa compétence.

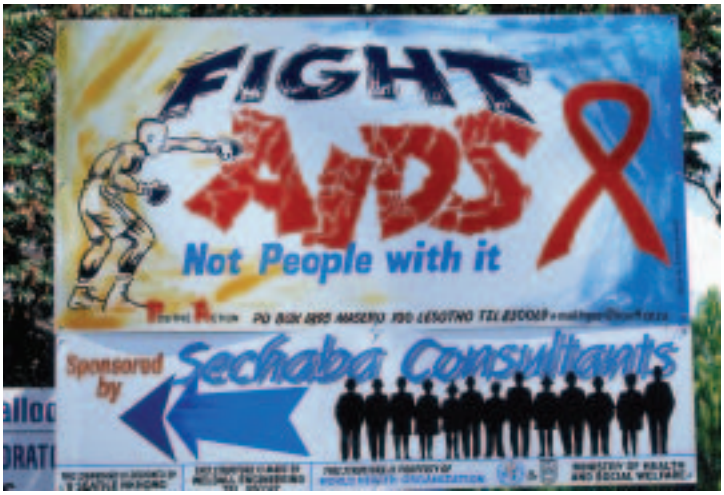
Les parties prenantes n'auront confiance en un organisme national de coordination de la riposte au SIDA que si elles s'estiment suffisamment consultées ou impliquées d'autre manière dans des rapports mutuellement avantageux avec l'organisme. Pour instaurer de tels rapports avec toutes les parties prenantes clés, l'organisme national de coordination de la riposte au SIDA doit créer ou encourager la mise en place de structures (p. ex. comité ou forum de partenariat) qui seront autant de moyens d'échange d'information et d'idées et de coordination des efforts. Un personnel spécialisé sera peut-être aussi nécessaire, capable de mobiliser, d'entretenir et de coordonner la participation des centaines de parties prenantes. En outre, les parties prenantes devront manifester leadership, engagement et capacité pour être réellement impliquées.

Mais la nature et la qualité des organismes existants varient considérablement et même les meilleurs d'entre eux pourraient s'améliorer. Les pays sont confrontés à

QU'ENTEND-ON PAR 'INTÉGRER LES QUESTIONS LIÉES AU SIDA' ?

L'intégration des questions liées au SIDA a été définie comme un 'processus permettant à tous les acteurs du développement de s'attaquer aux causes et aux effets du SIDA d'une manière efficace et durable, à la fois dans leur travail quotidien et sur leur lieu de travail' (ONUSIDA, 2005d). Par exemple, en août 2004, des représentants des quatre grands groupes confessionnels (catholiques romains, évangélistes, musulmans et orthodoxes) en Ethiopie se sont engagés à intégrer le SIDA dans leurs activités spirituelles et développementales. Toutefois, les gouvernements sont plus particulièrement chargés de montrer l'exemple dans tous les secteurs (santé, éducation et justice, notamment) et à tous les niveaux (national, du district et local).

Les organisations de la société civile ont compris que pour assurer leur participation, elles devront manifester leur leadership, et elles ont imposé ce leadership pour faire en sorte que leurs intérêts soient réellement pris en compte.



quatre grands défis pour appliquer le 'Deuxième Principe' : (i) favoriser le leadership et l'engagement ; (ii) mettre au point le cadre juridique et politique ; (iii) développer les structures en vue de mobiliser les parties prenantes ; et (iv) constituer des partenariats avec les institutions internationales de développement. Pour relever ces défis, les pays pourront s'appuyer sur l'expérience d'autres pays et sur une active collaboration avec eux.

FAVORISER LE LEADERSHIP ET L'ENGAGEMENT

Le degré de participation des parties prenantes, comme on l'a vu plus haut, est une assez bonne mesure du degré de leadership, non seulement aux plus hauts niveaux du gouvernement, mais aussi dans les ministères concernés, dans les autorités de district, les autorités locales et les autres groupes participants. Depuis le début de l'épidémie il y a 25 ans, lorsque les personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque élevé d'infection sont devenues elles-mêmes des leaders et ont commencé à exiger des politiciens et des autres parties prenantes un leadership et un engagement déterminés, l'encouragement du leadership a été un des grands axes du plaidoyer dans le domaine du SIDA.

Le Forum du leadership sur le VIH/SIDA et le développement de l'Asie-Pacifique en est un exemple. Lancé en 2002, il a prouvé son utilité en soutenant et renforçant le leadership politique et celui de la société civile dans 33 pays et aux niveaux sous-régional et régional. Le Forum est guidé par un Comité directeur constitué de leaders de premier plan—par exemple d'anciens premiers ministres en Inde et en Thaïlande, l'ancienne Première Dame de Papouasie-Nouvelle-Guinée et le directeur de l'institut de lutte contre les maladies virales en Chine. Il a mis au point plusieurs instruments de plaidoyer, notamment un livre présentant les déclarations de leaders politiques et civils de premier plan dans la région, qui a été traduit dans un grand nombre des langues de la région. Il organise aussi des manifestations de plaidoyer à l'intention des personnalités marquantes dans divers domaines, y compris les médias et les organisations confessionnelles (APLF et al., 2005). Au cours des trois dernières années, le Forum du leadership de l'Asie-Pacifique a collaboré avec le Forum des Iles du Pacifique pour mettre au point la Stratégie régionale du Pacifique sur le VIH/SIDA (2004-2008) et le Plan de mise en œuvre de la stratégie régionale du

Pacifique, qui ont été approuvés en octobre 2005. La coopération régionale en matière d'encouragement du leadership et de l'engagement et l'élaboration d'une stratégie commune se sont révélées efficaces sur le plan des coûts pour la riposte au SIDA des 22 petites nations insulaires de la région du Pacifique (Secretariat of the Pacific Community, 2005).

METTRE AU POINT LE CADRE JURIDIQUE ET POLITIQUE

En général, un organisme national de coordination de la riposte au SIDA sera renforcé si sa tâche de direction et de coordination de la riposte nationale au SIDA est précisée dans une loi et si cette loi précise également ses rapports avec les plus hautes instances nationales (p. ex. premier ministre, comité ministériel et parlement) et avec les ministères. Sans mandat précis de ce type, l'action d'un organisme national de coordination de la riposte au SIDA pourrait se voir dominée ou sapée par, notamment, des ministères de premier rang qui suivent leur propre agenda dans le domaine du SIDA.

Un organisme national de coordination de la riposte au SIDA sera également renforcé par une politique nationale sur le SIDA qui définit les grands objectifs du gouvernement (p. ex. la protection de la santé publique et la réduction des risques associés au VIH) et qui précise ses opinions concernant certaines questions telles que le respect des droits humains, la protection de la confidentialité et le soutien à la réduction des risques même dans le cas de comportements qui pourraient être illégaux (p. ex. consommation de drogues injectables et commerce du sexe). Les législations pertinentes devraient être examinées et réformées pour faire en sorte qu'elles concordent avec la politique nationale. L'Organisation internationale du Travail, par exemple, conseille les gouvernements en vue d'examiner et, si nécessaire, de modifier la loi sur le travail pour y inclure le VIH et le SIDA, en prêtant une attention particulière à la prévention de la discrimination dans le monde du travail.

La législation doit cependant être formulée avec soin pour faire en sorte que l'organisme

LE PREMIER MINISTRE DU VIET NAM MÈNE UNE RIPOSTE IMPLIQUANT PLUSIEURS MINISTÈRES

En mars 2004, le Premier Ministre du Viet Nam a approuvé la Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA, qui s'étend jusqu'à 2010 et comprend une vision de la situation à l'horizon 2020. Elle a été élaborée par le Ministère de la Santé, l'un des trois ministères qui font office de secrétariat du Comité national de lutte contre le SIDA, les drogues et la prostitution, comité présidé par le Premier Ministre. La Stratégie est coordonnée par le Ministère de la Santé et implique cinq autres ministères. En décembre 2004, le Premier Ministre a déclaré que 2005 serait « l'année de mise en œuvre du programme de lutte contre le SIDA » et a demandé à tous les ministères de mettre au point des plans de riposte au SIDA pour leurs secteurs. Toujours en 2004, le Premier Ministre a entamé la formulation du Plan de développement socioéconomique 2006–2010, et a identifié le SIDA comme un problème majeur à faire figurer dans le plan. En outre, il a demandé au Parti communiste de s'engager dans la lutte contre le SIDA par l'intermédiaire du Front patriotique (une coalition de mobilisation de la société), de l'Union des femmes et de l'Union de la jeunesse (ONUSIDA, 2005e).

national de coordination de la riposte au SIDA soit un organe actif qui fonctionne bien. Au Mozambique, un décret ministériel de mai 2000 a créé ce qui promettait d'être un Conseil national du SIDA puissant, avec le Premier Ministre à la présidence, le Ministre de la Santé à la vice-présidence, des représentants des ministères des finances, de la planification et du développement, de l'éducation, des femmes, de l'action sociale et de la jeunesse et des sports, ainsi que des représentants du parlement, des organisations de la société civile et des médias. Pourtant, lorsqu'une mission de plaidoyer pluri-institutions s'est rendue au Mozambique en mars 2005, elle a découvert que le Conseil national du SIDA ne s'était pas réuni depuis plus d'un an. A la suite de cette visite, le conseil s'est réuni deux fois en avril 2005, a examiné sa composition et accepté d'impliquer les leaders provinciaux et de décentraliser la riposte nationale dans les provinces et les localités. En novembre 2005, une mission d'évaluation des 'Trois Principes' a relevé que d'autres mesures avaient été prises pour revitaliser le conseil. Pour tenir compte de plaintes selon lesquelles les représentants de la société civile étaient désignés par les pouvoirs publics, un processus à été mis en place par lequel les groupes faîtiers de la société civile choisissent leurs propres représentants. Ces groupes comprennent un réseau national d'organisations de la société civile, un réseau national de personnes vivant avec le VIH, le Conseil chrétien du Mozambique, ECOSIDA (une organisation représentant les entreprises contre le SIDA) et l'Organisation des travailleurs du Mozambique. Grâce à ces nouveaux membres plus engagés, le Conseil national du SIDA s'est réuni tous les 45 jours et est devenu beaucoup plus actif (Barcellos, 2005).

Une mission d'évaluation des 'Trois Principes' en Zambie au début de 2005 a découvert que la décision du parlement établissant en 2002 le Conseil national du SIDA avait créé une structure organisationnelle solide à sa base, dotée de Groupes de travail sur le SIDA à l'échelon des provinces et des districts qui facilitaient la participation de tout un éventail d'organismes gouvernementaux, d'organisations de la société civile et d'entreprises privées. Cependant, elle comportait des faiblesses à sa tête, notamment un Conseil national du SIDA dans une large mesure inactif, dont l'autorité était sapée par le fait que le Directeur général du Secrétariat du Conseil national du SIDA pourrait contourner le conseil et faire directement rapport au Conseil des ministres sur le VIH/SIDA. La mission a également noté qu'il existait un projet de Politique nationale sur le VIH/SIDA donnant dans les grandes lignes la vision d'une riposte nationale, mais qu'elle n'était pas suffisamment spécifique pour fournir des orientations utiles à l'examen en cours et pour actualiser les plans nationaux de lutte contre le SIDA (Roseberry et al., 2005). Le projet a par la suite été amendé, et la politique adoptée par le parlement de Zambie en juin 2005 précise mieux les mesures susceptibles de réaliser cette vision. Elle clarifie également le cadre juridique institutionnel.

DÉVELOPPER LES STRUCTURES EN VUE DE MOBILISER LES PARTIES PRENANTES

Depuis septembre 2003, lorsque la 13e Conférence internationale sur le SIDA et les infections sexuellement transmissibles en Afrique a formulé les 'Trois Principes', les pays ont pris des mesures pour améliorer la participation des parties prenantes. La dynamique de ce mouvement provient principalement des organisations de la société civile. Par le passé, elle ne se sont pas suffisamment impliquées dans les mécanismes d'élaboration et de mise en œuvre des plans nationaux de lutte contre le SIDA

et dans le suivi et l'évaluation des résultats. Elles comprennent maintenant que les 'Trois Principes', qui mettent l'accent sur une riposte multisectorielle, apportent des arguments solides en faveur d'une plus grande participation.

Les organisations de la société civile ont compris que pour assurer leur participation, elles devront manifester leur leadership, et elles ont imposé ce leadership pour faire en sorte que leurs intérêts soient réellement pris en compte. Par exemple, au début 2005, l'Alliance internationale sur le VIH/SIDA et le Conseil international des organismes d'entraide et la lutte contre le SIDA ont collaboré à la rédaction d'un document soulignant les possibilités et les problèmes des 'Trois Principes'. Lors d'une réunion conjointe de planification entre l'ONUSIDA et la société civile à Recife, Brésil en septembre 2005, il a été convenu que les organisations de la société civile joueraient un rôle dans le suivi des progrès accomplis dans l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 et prépareraient leur propre rapport sur les pays choisis, qui seront examinés en parallèle avec les rapports soumis par les pays (ONUSIDA, 2005f).



Les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes essentielles ne sont pas toujours suffisamment engagées dans la mise au point des plans nationaux sur le SIDA et des autres processus, bien que l'on relève des signes d'amélioration en matière de participation des parties prenantes dans de nombreux pays. Cela s'est fait par des mesures telles que l'élargissement de la représentation au Conseil national du SIDA et l'élargissement ou le renforcement des comités et forums de partenariat par le biais desquels les réseaux de parties prenantes participent à l'élaboration, à l'examen et à l'actualisation des plans nationaux de lutte contre le SIDA et coordonnent leurs efforts pour mettre en œuvre les plans et suivre et évaluer les résultats.

Chaque pays doit découvrir les mécanismes correspondant le mieux à ses propres circonstances, mais dans le même temps, chaque pays doit découvrir ce que font les autres pays.

CONSTITUER DES PARTENARIATS AVEC LES ORGANISMES INTERNATIONAUX DE DÉVELOPPEMENT

En mars 2005, avant de créer la Cellule mondiale de réflexion, le Forum de haut niveau sur la riposte mondiale au SIDA a examiné un rapport décrivant les problèmes fréquemment rencontrés par les pays dans leurs relations avec les donateurs. Il s'agit notamment de : (i) la participation limitée des donateurs dans la mise au point des plans nationaux sur le SIDA ; (ii) l'harmonisation limitée des politiques et procédures entre les donateurs et entre ces derniers et les organismes nationaux de coordination de la riposte au SIDA ; (iii) le manque de transparence, qui fait que les

LE BRÉSIL PERMET UNE LARGE PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES

Le Brésil est souvent cité comme modèle de bonne pratique lorsqu'on parle de riposte au SIDA. Une des clés du succès du Brésil, c'est que la riposte nationale au SIDA dans le pays est guidée par trois forums et plusieurs comités consultatifs impliquant tout un éventail de parties prenantes, dont plus de 1800 organisations de la société civile.

Réunie quatre fois par an, la Commission nationale du SIDA compte des représentants des universités, des institutions de recherche, des organisations confessionnelles, des entreprises privées, des syndicats, de la société civile, des ministères du gouvernement national et des institutions du district fédéral ainsi que des gouvernements des Etats et des municipalités. La Commission d'articulation des mouvements sociaux, qui se réunit également quatre fois par an, est un forum de personnes vivant avec le VIH et de populations exposées au risque, dont les peuples indigènes, d'autres minorités ethniques, les femmes, les jeunes, les hommes qui se reconnaissent comme gay, les travestis et les consommateurs de drogues injectables. Le troisième forum coordonne les activités au niveau des Etats et des municipalités. De plus, il existe des comités consultatifs dans des domaines spécialisés tels que la prévention, le soutien, la recherche sur les vaccins et les médias.

Les trois forums et les comités consultatifs participent tous régulièrement à l'examen et à l'actualisation du plan national sur le SIDA et leur participation est un signe de leur engagement fort en faveur de sa mise en œuvre. Bien que la structure du plan soit solide, la Commission nationale du SIDA reconnaît que le plan doit être élargi aux zones et communautés rurales dans lesquelles de récentes études de surveillance soulèvent des préoccupations. Au Brésil, comme partout, le développement, le maintien et l'amélioration de la structure de participation restera un processus en cours.

politiques, procédures et décisions des donateurs ne sont pas toujours évidentes ; (iv) la tendance des donateurs à suivre leurs propres agendas plutôt que les plans d'action fixés par les pays ; (v) la préférence donnée par les donateurs à des projets plutôt qu'à des programmes au long cours ; (vi) la préférence donnée par les donateurs à leurs propres mécanismes financiers plutôt qu'aux mécanismes gouvernementaux, et (vii) les coûts de transactions élevés résultant des politiques et procédures des donateurs (ONUSIDA, 2005g).

Plusieurs pays ont trouvé leur propre solution. En 2005, par exemple, le Gouvernement de la République-Unie de Tanzanie a associé le Mécanisme de coordination dans le pays à d'autres mécanismes de coordination du financement pour constituer le Mécanisme national de coordination de la Tanzanie. Le Secrétariat de la Commission du SIDA en Tanzanie fait également office de Secrétariat du Mécanisme national de coordination, qui est présidé par le Secrétaire permanent du Bureau du Premier Ministre. Le Mécanisme de coordination compte des représentants des ministères de la santé et des finances, du Bureau du Président, des organisations de la société civile dont les organisations confessionnelles, les personnes vivant avec le VIH, les universités, le Congrès des syndicats, la Coalition des

entreprises contre le SIDA et le Conseil des médias de Tanzanie. Y sont également représentés le Groupe des partenaires pour le développement (une organisation faîtière représentant plusieurs donateurs bilatéraux), le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA (Etats-Unis) et les institutions du système des Nations Unies (Fonds mondial, 2005).

Lorsque la Cellule mondiale de réflexion a présenté ses recommandations en juin 2005, le Fonds mondial a demandé une évaluation indépendante de son mécanisme d'élaboration et d'examen des propositions (European Health Group, 2006) et, avec la Banque mondiale, une étude comparant les points forts respectifs des deux institutions et la manière dont elles pourraient améliorer leur complémentarité dans l'appui commun qu'elles apportent aux programmes nationaux (Shakow, 2006). Les deux rapports proposent plusieurs pages de recommandations dont les grandes lignes peuvent être résumées comme suit :

- Les deux organisations devraient renforcer leurs efforts à l'appui des 'Trois Principes' en collaborant à la préparation, la budgétisation et la mise en œuvre des plans d'action particuliers à chaque pays. Il conviendrait qu'elles examinent un domaine particulier où se produisent les doubles emplois : il s'agit de la présence de Mécanismes de coordination dans les pays (CCM) distincts des organismes nationaux de coordination de la riposte au SIDA et de leurs mécanismes financiers.
- Le Fonds mondial devrait préciser ce qu'il est ou non prêt à faire. Il devrait axer son appui sur le financement direct de la prévention et du traitement, plutôt que sur le soutien technique direct et sur un large éventail d'appui systématique et multisectoriel, qui est fourni par la Banque mondiale, les autres Coparrainants de l'ONUSIDA et les organismes bilatéraux.
- La Banque mondiale, conjointement avec les institutions du système des Nations Unies, devrait s'attacher au renforcement systématique des capacités du secteur de la santé, qui est essentiel pour avancer dans la lutte contre le SIDA et les autres maladies. La Banque mondiale devrait lier le renforcement des capacités du secteur de la santé à des buts macroéconomiques et budgétaires plus larges. Elle devrait également aider les gouvernements à se montrer plus stra-



Pour être efficaces, le suivi et l'évaluation exigent la collecte et l'analyse de données provenant de plusieurs sources.

tégiques et sélectifs dans le choix de leurs priorités en matière de SIDA et autres activités liées à la santé, afin de tirer le meilleur parti possible de leurs capacités limitées.

Les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion invitent les pays à montrer l'exemple sur ces questions en demandant, par exemple, un examen des relations entre leur organisme national de coordination de la riposte au SIDA, les Mécanismes de coordination dans le pays et les principaux mécanismes financiers utilisés par leurs instances gouvernementales et leurs divers ministères. Dans le même temps, les donateurs multilatéraux poursuivront l'examen de leurs politiques et procédures afin de mieux servir les pays.

Le 'Troisième Principe' : un système national de suivi et d'évaluation à l'échelon pays

La Cellule mondiale de réflexion recommande que :

- les institutions multilatérales et les partenaires internationaux aident les organismes nationaux de coordination de la riposte au SIDA à renforcer leurs systèmes de suivi et d'évaluation ainsi que les autres systèmes qui facilitent l'exercice d'un contrôle et la résolution des problèmes ;
- les organismes nationaux de coordination en matière de SIDA, les institutions multilatérales et les partenaires internationaux intensifient le rôle de la société civile et des institutions d'enseignement dans le domaine du suivi et de l'évaluation, notamment en ce qui concerne la collecte des données auprès des communautés marginalisées et l'analyse critique de toutes les données ;
- les examens participatifs des plans et programmes nationaux de lutte contre le SIDA comprendront l'examen des performances de toutes les parties prenantes, y compris les parties prenantes nationales et les organismes multilatéraux et autres institutions internationales.

Les organismes nationaux de coordination de la riposte au SIDA et toutes les parties prenantes ont besoin d'informations fiables pour définir les programmes et services qui seront nécessaires à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH. Une fois ces programmes et services mis en place, ils auront besoin d'informations fiables pour suivre leurs produits (p. ex. nombre de personnes bénéficiant d'une éducation à la prévention) et leurs résultats (p. ex. évolution du nombre des personnes utilisant des préservatifs) et les effets à plus long terme (p. ex. changement de la prévalence du VIH). Le 'Troisième Principe', à savoir un système national unique de suivi et d'évaluation, suggère le moyen le plus efficace et le plus concret de réunir, d'analyser et de rendre compte de cette information.

Pour être efficaces, le suivi et l'évaluation exigent la collecte et l'analyse de données provenant de plusieurs sources. Les données doivent comprendre des renseignements sur le contexte politique et le flux des ressources financières, ainsi que sur la nature et la qualité des services, sur les entités qui fournissent des services, sur les usagers, la fréquence de l'utilisation, les coûts et les résultats. Le *suivi* d'un programme exige la mise en place d'indicateurs en vue de mesurer les progrès accomplis et des examens réguliers qui permettront de déterminer les progrès en

LE FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME ÉVALUE ET AMÉLIORE LES MÉCANISMES DE COORDINATION DANS LES PAYS

En 2005, le Fonds mondial a commandé une évaluation indépendante de la composition et de la performance des Mécanismes de coordination dans les pays (CCM), s'appuyant sur un ensemble convenu d'instruments et de mesures et sur des preuves démontrées par des documents attestés (voir le chapitre sur la société civile). Les résultats, portant sur 82 Mécanismes de coordination dans les pays (77% des 106 pays examinés), ont montré que leurs membres étaient en général représentatifs des groupes participant aux ripostes des pays aux trois maladies dont s'occupe le Fonds mondial. En moyenne, 50% des membres étaient issus de milieux extérieurs au gouvernement et 71% des CCM comptaient des membres représentant des personnes vivant avec les trois maladies. L'évaluation a également révélé certaines failles, notamment :

- un membre sur cinq seulement avait été choisi par un processus transparent et bien documenté ;
- la moitié environ seulement des CCM avaient rendu publics les appels de propositions ; et
- moins de la moitié avaient publié leurs décisions et l'information relative aux propositions approuvées.

En mai 2005, dès après l'évaluation, le Fonds mondial a publié des directives révisées et nombre de CCM ont introduit des réformes destinées à éliminer ces défauts et se conformer aux directives. Le Fonds mondial intègre maintenant l'auto-évaluation des CCM dans la gestion systématique des subventions dans le but de déceler les faiblesses, de prendre les mesures nécessaires pour les corriger et rendre compte des progrès accomplis.

matière de mise en œuvre et de résultats. L'*évaluation* d'un programme implique une analyse plus détaillée susceptible de déterminer les mérites du programme et d'expliquer pourquoi certains résultats ont, ou n'ont pas, été obtenus. Le suivi et l'évaluation d'un programme peuvent se faire à tous les niveaux, d'un établissement particulier dans une communauté à un programme couvrant la totalité de la communauté, du district au pays. L'évaluation d'un programme, ou son absence, constitue le maillon le plus faible de la plupart des systèmes de suivi et d'évaluation.

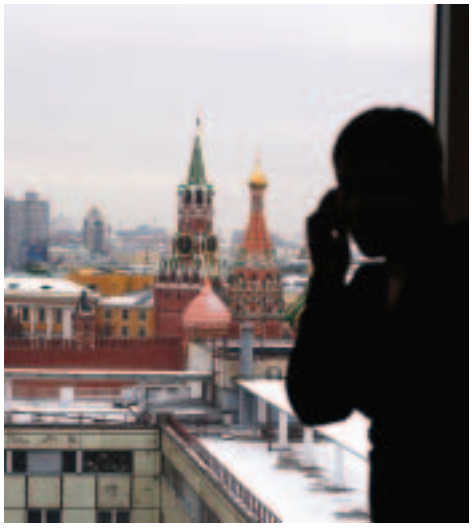
L'autre élément essentiel d'un suivi et d'une évaluation efficaces, c'est la surveillance. Elle fournit des données sur la prévalence du VIH et du SIDA dans la population générale et dans des populations particulières ainsi que sur les infections associées, les comportements et les connaissances. Elle permet aussi de suivre les tendances dans le temps. Ces données contribuent à la fois à identifier les besoins de programmes et services et les résultats et les effets de ces services.

Toutes les données recueillies par un système efficace de suivi et d'évaluation constituent ce que l'on appelle l'information stratégique. Des informations stratégiques fiables et complètes sont les fondations d'une planification et d'une mise en œuvre efficaces et elles permettent aussi d'améliorer l'efficacité du suivi et de l'évaluation pour recueillir davantage

encore d'informations stratégiques fiables et complètes.

LA SITUATION ACTUELLE DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION

L'ONUSIDA fait circuler un questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales destiné à guider les pays lorsqu'ils rendent compte des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs figurant dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de 2001. Pour la première fois, le questionnaire distribué pour les rapports de situation 2005 portait un intérêt important au suivi et à l'évaluation. Sur les pays qui ont répondu :



- 51% indiquent avoir fait des progrès modestes à considérables en matière de suivi et d'évaluation depuis 2003, alors que 43% estiment qu'ils se situent dans la moyenne ou au-dessous de celle-ci en matière de suivi et d'évaluation ;
- 50% ont formulé des plans de suivi et d'évaluation et la plupart d'entre eux disposent d'un budget consacré au suivi et à l'évaluation et renforcent actuellement leurs capacités dans le domaine des ressources humaines, dans le cadre des unités, départements, comités ou groupes de travail sur le suivi et l'évaluation ;
- il n'est pas étonnant que ces 50% aient eu une plus grande probabilité que d'autres d'avoir conclu avec de nombreuses parties prenantes des accords concernant des ensembles d'indicateurs sur le suivi et l'évaluation et de disposer également de systèmes fonctionnels de gestion des données, d'un plus grand usage des données par les parties prenantes et d'un meilleur partage des données entre les partenaires ; et
- 54% ont mis en place des bases de données centralisées sur le VIH et le SIDA ; 85% ont créé des systèmes d'information sur la gestion sanitaire. En outre, 63% des pays disposent de systèmes d'information en éducation et 50% avaient créé les deux services. Tous ces instruments sont importants pour contribuer à la collecte, à l'analyse et à la notification des données et permettent un accès facile à ces données pour toutes les parties prenantes ; et
- 49% indiquent des niveaux modérés à élevés d'échange des données entre leurs instances gouvernementales et les organismes bilatéraux et multilatéraux, y compris les institutions des Nations Unies. Ces résultats montrent une tendance encourageante, mais ils indiquent également que des améliorations sont nécessaires pour que les instances gouvernementales aient accès à toutes les informations dont elles ont besoin pour prendre des décisions fondées sur des données avérées.

Les données présentées par ces pays ont permis de suivre leurs progrès dans le domaine des 'Trois Principes'. Quatre-vingt-dix pourcent d'entre eux ont indiqué disposer d'un cadre national d'action contre le SIDA, 85% possèdent un organisme national de coordination de la

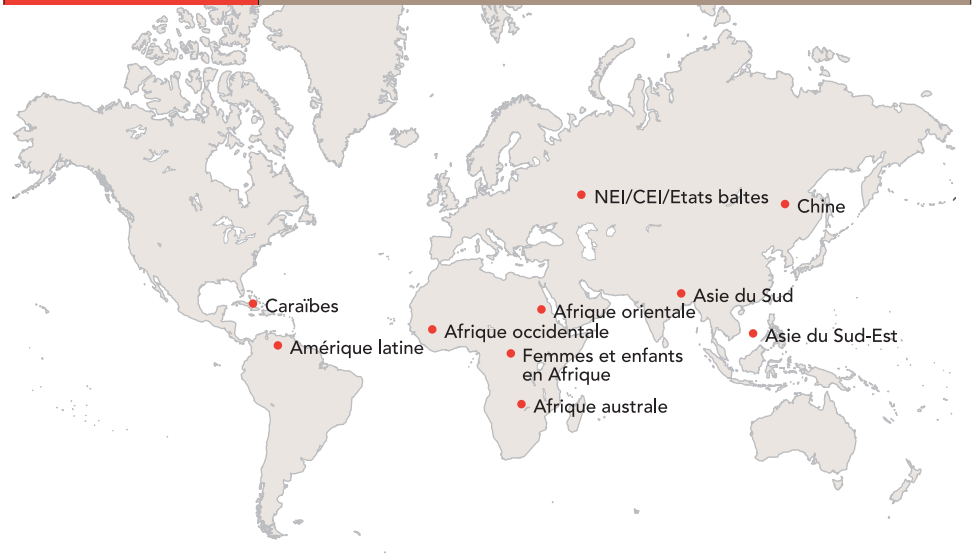
riposte au SIDA et 50% disposent d'un plan national de suivi et d'évaluation. Le simple fait que ces principes existent ne constitue pas une preuve de leur bon fonctionnement et les données confirment qu'il conviendrait de prêter bien davantage d'attention au renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation des pays.

Un pays a fait observer que « Le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre le VIH et le SIDA est le domaine qui est resté à la traîne parmi les trois éléments des 'Trois Principes', apparemment parce qu'un grand nombre d'organismes qui exécutent des activités n'ont aucune obligation juridique d'en rendre compte au Conseil national du SIDA et de nombreux donateurs importants exigent des rapports différents en matière de suivi et d'évaluation. » Un autre a déclaré que « de nombreuses parties prenantes considèrent toujours que le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH sont la tâche primordiale de l'organisme national de coordination. Pourtant l'application du cadre de S&E exigera la mobilisation des ressources à tous les niveaux et parmi un grand nombre de parties prenantes, dont notamment la capacité en matière de S&E de la société civile et des organisations confessionnelles ainsi que des ministères pertinents. »

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AU SUIVI ET À L'ÉVALUATION

Le Fonds de collaboration pour la préparation au traitement du VIH est un projet mondial dont le but est d'accroître la participation communautaire à la lutte contre l'épidémie de SIDA, et il dispose de sites partenaires partout dans le monde (Figure 11.2). Dans le cadre de ce projet, les groupes participants s'encouragent mutuellement à suivre et évaluer l'exécution de leurs programmes. Ils organisent des ateliers régionaux de formation et ont créé un site web qui offre un appui en matière de suivi et d'évaluation à tous les participants communautaires du projet. Le site web comprend : (i) une introduction non technique aux bases de l'évaluation ; (ii) un glossaire des termes courants dans le domaine de l'évaluation ; (iii) les

FIGURE 11.2 Sites participant au Fonds de collaboration pour la préparation au traitement du VIH, mars 2006



Source : Coalition internationale pour la préparation au traitement ; Fondation Tides.

indicateurs permettant de mesurer les progrès et résultats du projet ; (iv) une aide technique à la création et à l'utilisation d'outils communs d'évaluation ; (v) des forums de discussion ; (vi) une foire aux questions ; et (vii) un lien direct par courriel à des experts du suivi et de l'évaluation qui peuvent offrir un appui technique.

APPUI BILATÉRAL ET MULTILATÉRAL AU SUIVI ET À L'ÉVALUATION

Le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation, coordonné par l'ONUSIDA, rassemble des experts techniques et des représentants des institutions bilatérales et multilatérales et des pays, dont les directeurs des programmes de lutte contre le VIH et les directeurs des unités de suivi et d'évaluation dans les pays. Le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation harmonise les activités entre les pays en créant notamment des indicateurs normalisés, en encourageant l'utilisation de méthodes particulières et en mettant au point des modules de formation. En outre, plusieurs organismes bilatéraux et multilatéraux—dont les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis et l'ONUSIDA—ont placé des techniciens dans plus de 60 pays pour soutenir leurs efforts en matière de suivi et d'évaluation. Ces spécialistes collaborent directement avec leurs homologues dans les pays et appuient, entre autres, l'harmonisation et la coordination de toutes les activités des parties prenantes en matière de suivi et d'évaluation dans les pays.

Grâce à ces efforts, une série d'indicateurs normalisés sur le suivi et l'évaluation ont été élaborés, mais il reste bien à faire pour harmoniser et simplifier les indicateurs utilisés par les nombreuses parties prenantes participant à la riposte au SIDA dans les pays.

MAPPAGE ET SUIVI DES RESSOURCES

Le chapitre 10 examine les importantes disparités relevées dans la plupart des pays entre les domaines dans lesquels les ressources sont les plus nécessaires pour monter une riposte efficace au VIH et ceux auxquels les ressources financières sont effectivement attribuées. La plupart des pays doivent encore renforcer l'utilisation de l'information stratégique pour identifier les ressources et infrastructures financières et humaines dont ils disposent déjà et pour estimer les domaines dans lesquels des ressources supplémentaires sont nécessaires.

De nombreux pays ne parviennent pas à mettre en place la surveillance qui leur indiquerait les populations qui ont le plus besoin de services et, même lorsque des données de ce type existent, nombre de pays ne choisissent pas ces populations comme bénéficiaire des services. Ce phénomène est souvent dû à la difficulté d'atteindre les populations clés les plus exposées au risque ou aux lacunes des politiques (y compris les législations relatives aux droits de l'homme) et des procédures qui garantissent la fourniture de services aux personnes qui en ont le plus besoin. Il est évident que les ressources limitées devraient être gérées de manière qu'elles parviennent là où elles sont le plus nécessaires, mais souvent, les politiques des gouvernements et des donateurs interviennent et les populations exposées à un risque accru sont à peine desservies.

En 1995, la Banque mondiale a demandé à la Fondation mexicaine pour la santé de faire office d'agent d'exécution pour l'Initiative régionale de lutte contre le SIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes (SIDALAC). En 1996, après consultations avec les organismes nationaux de coordination de la riposte au SIDA et octroi de fonds de la Commission européenne, SIDALAC a mis en place un mécanisme destiné au suivi des dépenses relatives au SIDA dans les pays de la région. Son

FONDS MONDIAL : UNE APPROCHE D'OCTROI DE SUBVENTION FONDÉE SUR LES RÉSULTATS

Le Fonds mondial gère l'octroi de ses subventions en s'appuyant sur les résultats obtenus par les programmes que financent ses subventions. Il utilise cette approche fondée sur les résultats afin que les pays restent attachés aux engagements pris dans leurs propositions de subvention.

L'obtention de résultats favorables permet le décaissement de la tranche suivante de la subvention. Les programmes dont la performance est bonne reçoivent les fonds à un rythme accéléré. Ceux qui n'ont pas une bonne performance reçoivent les fonds plus lentement et peuvent même en recevoir moins, de sorte que les fonds non attribués sont transférés aux programmes plus performants qui peuvent utiliser un supplément de financement. Les circonstances particulières sont prises en compte à chaque étape, ainsi que les auto-évaluations qui déterminent les besoins supplémentaires en matière d'aide technique. Mais en général, le flux de financement est déterminé par la rapidité de l'exécution et les résultats avérés.

Le financement fondé sur les résultats comporte deux exigences fondamentales : (i) le suivi et l'évaluation ; et (ii) la transparence. La transparence assure que l'information concernant la mise en œuvre de la subvention peut être utilisée par les décideurs à tous les niveaux et partout, qu'il s'agisse des partenaires des programmes financés par les subventions ou d'observateurs intéressés dans les pays où sont exécutés les programmes, ou à l'extérieur de ces pays.

Les pays montrent que cette approche fonctionne. A ce jour, 80% des programmes soutenus par des subventions ont montré des résultats documentés au 18^{e} mois d'une période de 60 mois pour chaque subvention. Les pays les plus pauvres réussissent aussi bien que les autres, pour autant que les résultats soient mesurés par rapport aux stratégies et objectifs qu'ils se fixent eux-mêmes et que les subventions couvrent des besoins en matière d'aide technique qu'ils ont eux-mêmes identifiés. Dans plusieurs pays—dont l'Ethiopie, le Honduras, le Kenya et la République démocratique populaire lao—le financement fondé sur les résultats se révèle être un encouragement crucial à l'accélération de la mise en œuvre.

approche visait à encourager et soutenir les pays dans la création de Comptes nationaux sur le SIDA, un processus qui a demandé du temps et de la patience mais qui a fini par produire de bonnes estimations annuelles des dépenses relatives au SIDA dans le secteur de la santé en 1999. Par la suite, avec l'aide de SIDALAC, une approche analogue a été adoptée en Afrique occidentale. Les meilleures données de suivi des dépenses depuis plusieurs années émanent maintenant des régions de l'Amérique latine et des Caraïbes et de l'Afrique occidentale.

Le Consortium pour le suivi des ressources mondiales de l'ONUSIDA et ses nombreux membres suivent maintenant les ressources à l'échelle mondiale. Ce faisant, ils encouragent et soutiennent une amélioration du suivi des ressources par les pays. En 2005, le Consortium a lancé une nouvelle initiative visant à promouvoir et soutenir les Evaluations des dépenses nationales relatives au SIDA. Si les Comptes nationaux sur le SIDA étaient axés sur le secteur de la santé, les évaluations couvrent un éventail de secteurs dont les actions contre le SIDA contribuent à la riposte nationale globale

au SIDA. L'approche est la même que celle adoptée par SIDALAC : au lieu de commander à des consultants des évaluations ponctuelles, on aide les pays à renforcer leurs capacités afin que leurs méthodes de comptabilité relatives au SIDA deviennent permanentes et viables.

Plus de 60 pays participent maintenant à cette initiative et certains d'entre eux ont déjà produit des résultats préliminaires. Là où ces évaluations ont été faites, les pays sont en mesure d'identifier les sources et les montants des fonds (dépenses individuelles, dépenses publiques, dons bilatéraux et multilatéraux et philanthropie privée), les dépenses des divers prestataires de services (dans le secteur de la santé et dans d'autres domaines, ventilés en salaires, marchandises, voyages, etc..), les dépenses par type de programmes (prévention, prise en charge, atténuation de l'impact social, soutien programmatique) et par bénéficiaire (réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables, formation aux compétences essentielles pour les jeunes femmes, etc.). Les résultats déjà obtenus par cette nouvelle initiative indiquent que la situation pourrait s'améliorer rapidement si les organismes bilatéraux et multilatéraux et les organismes nationaux de coordination de la riposte au SIDA soutiennent ces initiatives.

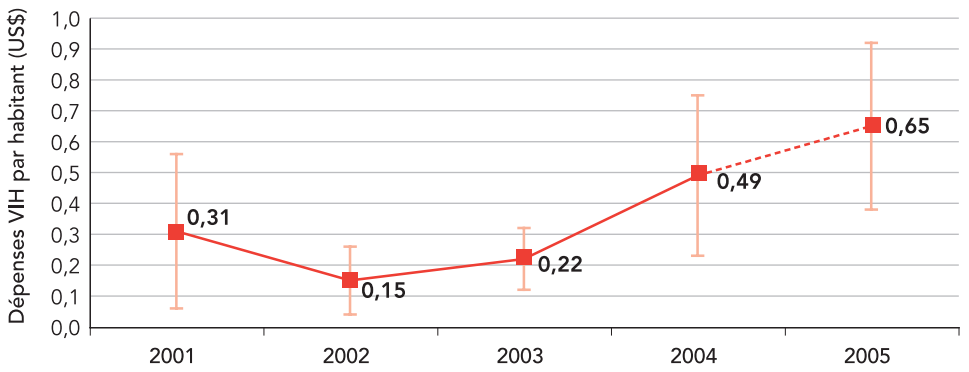
Lors de l'examen 2005 des progrès accomplis dans l'application de la Déclaration d'engagement 2001, 82 pays ont rendu compte de leurs dépenses publiques intérieures dans le domaine du SIDA. Ces estimations étaient fondées sur un suivi des ressources, actuel ou passé, et a montré une augmentation importante des dépenses publiques par habitant au cours des quatre dernières années. Dans 15 pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne, par exemple, les dépenses publiques moyennes par habitant sur le SIDA ont doublé, passant de US$ 0,31 en 2001 à US$ 0,65 en 2005 (Figure 11.3). Si l'Afrique du Sud, pays à revenu intermédiaire, est comprise dans ces calculs, les dépenses publiques moyennes par habitant sur le SIDA en 2005 montent à US$ 0,72.

LE SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA RIPOSTE DES PAYS (CRIS)

Dans le passé, plusieurs facteurs ont limité la capacité d'un pays à utiliser les données pour améliorer le suivi et l'évaluation. Il s'agissait notamment de l'insuffisance des ressources humaines et financières, des multiples exigences des parties prenantes (y

11

FIGURE 11.3 Tendances des dépenses par habitant relatives au VIH et au SIDA, en US$ actuels ; pays choisis d'Afrique subsaharienne



Sources : Pays faisant rapport de leurs dépenses publiques intérieures à l'UNGASS ; estimations de l'ONUSIDA.

compris les donateurs) en matière d'établissement des rapports et de l'absence d'un système national d'information concernant les données liées au VIH. Les responsables des programmes sont dans l'obligation de rendre compte des mêmes données dans des formats très différents, alors que dans le même temps, ces données sont rarement utilisées à l'échelle nationale pour développer et améliorer les programmes. Même au sein des ministères nationaux et entre eux, l'échange et la coordination des données sont médiocres.

Le Système d'information sur la riposte des pays (CRIS) est un logiciel qui a été mis au point pour résoudre ces problèmes. Il offre une plate-forme pour une base de données sur le suivi et l'évaluation. Plus précisément, il donne aux pays la possibilité de stocker et d'analyser les données concernant des indicateurs, des projets et des recherches et d'échanger ces données avec celles d'autres systèmes.

Pendant longtemps, l'incapacité à échanger facilement et automatiquement des données entre systèmes a constitué un obstacle à la collecte et à l'analyse des données provenant d'un grand nombre de parties prenantes différentes et à l'échange des données entre tous les partenaires. Un groupe de travail, animé par le Secrétariat de l'ONUSIDA, a surmonté cet obstacle en créant un format de transmission standard (le schème XML) pour les données de suivi et d'évaluation. Ce format est maintenant intégré dans le CRIS et dans plusieurs autres logiciels de traitement des données, notamment Health Mapper de l'Organisation mondiale la Santé, DevInfo du Groupe des Nations Unies pour le Développement, KIDS de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Epi Info du Gouvernement des Etats-Unis et MACRO HIV Survey Indicators Database. Récemment, un prototype basé sur le Système d'information sur la riposte des pays a été mis au point pour le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA.

Plus de 60% des pays qui ont, en 2005, rendu compte des progrès accomplis dans l'application de la Déclaration d'engagement de 2001 utilisent le CRIS et indiquent que ce système a permis de dynamiser le développement des systèmes de suivi et d'évaluation dans leurs pays (Figure 11.4).

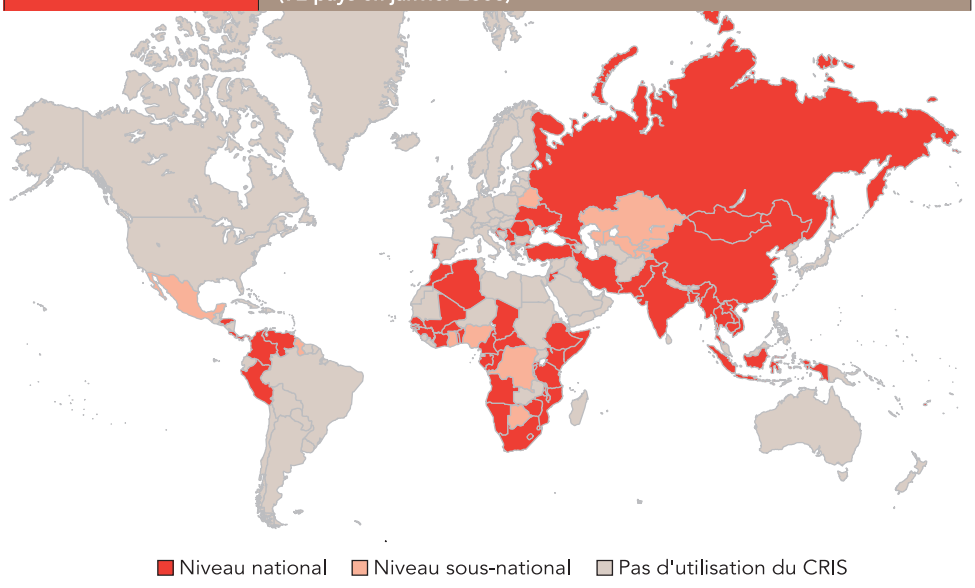
INFORMATION CONCERNANT LES INDIVIDUS ET LES FAMILLES

Un grand nombre des indicateurs de suivi et d'évaluation mis au point pour le VIH et le SIDA dépendent de l'information recueillie auprès des individus ou des ménages. Pour faire en sorte que cette information soit utile, des efforts considérables ont été déployés pour veiller à ce que les définitions standards et les ensembles de données soient recueillis auprès de ces sources, mais aussi auprès d'autres sources dont les dispensaires et les hôpitaux. En 2004, par exemple, plusieurs organisations internationales et nationales ont convenu d'un ensemble minimum de données pour une gestion et une surveillance optimales des patients et cet ensemble de données est maintenant utilisé pour le suivi de la thérapie antirétrovirale dans de nombreux établissements de santé différents (OMS, 2004a, 2004b). Des ateliers ont été organisés pour formuler des directives et préparer des projets destinés à développer les outils nécessaires pour le stockage et le transfert électronique des données des patients (OMS, 2004c, 2004d).

INSUFFISANCE DE L'ÉVALUATION

Jusqu'ici, les activités de suivi et d'évaluation ont été axées dans une large mesure sur l'élaboration des indicateurs et la création de systèmes de suivi. Le Groupe de travail sur l'évaluation, élément du Groupe de référence sur le suivi et l'évaluation, s'attache maintenant à améliorer

FIGURE 11.4 Pays qui utilisent le Système d'information sur la riposte des pays – CRIS (92 pays en janvier 2006)



Sources : Pays faisant rapport à l'UNGASS ; Rapports des COP et communications personnelles des administrateurs du suivi et de l'évaluation.

l'évaluation, et s'efforce de produire de nouvelles données concernant l'efficacité des programmes de prévention et de traitement et d'identifier les points qui pourraient bénéficier d'une amélioration.

Pour améliorer l'évaluation, il est nécessaire de faciliter les activités d'évaluation d'un grand nombre d'institutions différentes et de les aider à acquérir l'expérience et l'expertise nécessaires. Le Groupe de

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA RIPOSTE DES PAYS (CRIS) AU BOTSWANA : PROJET PILOTE

Le Comité national de coordination de la riposte au SIDA au Botswana a formulé un Plan national de suivi et d'évaluation pour 2003–2007. Il a également mis en place un système national analogue de suivi et d'évaluation appelé Système de gestion de l'information relative à la riposte au VIH/SIDA au Botswana, fondé sur le CRIS. Un groupe de travail technique a été créé pour gérer le système. Dans le cadre de ce processus, le groupe a formulé un relevé des besoins des usagers et évalué diverses options de logiciel, dont le CRIS, pour trouver le programme le mieux adapté aux besoins du Botswana.

Dans l'un des projets pilotes, le Ministère des collectivités locales a testé le CRIS dans deux districts qui avaient auparavant remis leurs données brutes au bureau central pour analyse et établissement des rapports. Les districts ont réagi de manière positive au fait que le système leur permettait d'analyser et de notifier eux-mêmes leurs données et de conserver l'intégrité de ces données tout en permettant l'échange facile des données avec le bureau central. Ce dernier, après avoir reçu les données, a apprécié le fait que le système était compatible avec les autres logiciels disponibles.

travail sur l'évaluation s'occupe également de mieux définir la terminologie et la méthodologie relatives à l'évaluation et de mieux comprendre les besoins des pays en matière d'évaluation.

RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE DU VIH

Par surveillance, telle qu'elle est effectuée dans le domaine de la santé publique, on entend la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion permanentes et systématiques d'informations relatives à la santé. Elle contribue à définir la nature et la portée d'un problème sanitaire et l'effet qu'ont les programmes et services sur ce problème.

La surveillance du VIH fondée sur les rapports de cas recueille, dans des établissements de santé, des données concernant des patients particuliers qui ont été testés pour le VIH et dont le diagnostic s'est révélé positif. Par contraste, la sérosurveillance sentinelle utilise des échantillons de sang recueillis à d'autres fins (p. ex. test de dépistage de certaines maladies dans les consultations prénatales ou suivi des progrès d'un malade) et elle est généralement anonyme et sans lien avec des individus particuliers. Etant donné que les personnes séropositives au VIH ne ressentent fréquemment aucun symptôme d'infection pendant de nombreuses années après avoir été infectées et que la notification des cas ne saisit en général qu'une fraction de toutes les personnes vivant avec le VIH dans les pays dont les systèmes de santé sont affaiblis, la sérosurveillance sentinelle est une composante nécessaire de la surveillance du VIH permettant de suivre la propagation de l'épidémie.

Pourtant, la surveillance de l'infection à VIH est insuffisante. Elle enregistre des infections qui se sont déjà produites mais ne donne aucune indication précoce du potentiel de l'infection. Par exemple elle ne s'intéresse pas aux comportements susceptibles d'exposer les individus au risque d'infection (p. ex. rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples et utilisation de matériel d'injection contaminé ou non stérile), aux autres marqueurs biologiques (p. ex. présence d'infections sexuellement transmissibles) et aux connaissances ou à l'absence de connaissances concernant la transmission du VIH. La surveillance du VIH de deuxième génération élargit la portée des systèmes de surveillance pour y intégrer ces facteurs supplémentaires ainsi que la surveillance des infections associées, des données de mortalité et des études comportementales, telles que les Enquêtes démographiques et de santé, qui apportent des données susceptibles d'être utilisées pour suivre les modifications dans les comportements sexuels ou dans l'utilisation du préservatif.

Dans de nombreux pays, la surveillance s'est attachée à la population générale. Il est fréquent que les donneurs de sang et les femmes enceintes soient testés et lorsque des niveaux négligeables d'infection sont relevés dans ces groupes, l'on considère que les taux d'infection sont généralement faibles ou inexistants. Une surveillance de ce type peut ne pas détecter une épidémie concentrée ou émergente dans des sous-populations exposées à un risque accru d'infection telles que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles.

Les Principes directeurs pour la surveillance du VIH de seconde génération de l'ONUSIDA/OMS recommandent divers trains de mesures de surveillance en fonction du type de l'épidémie, c'est-à-dire de niveau faible, concentrée ou généralisée (ONUSIDA/OMS, 2000).

Une étude effectuée en 2004 a examiné la sérosurveillance sentinelle du VIH dans 132 pays de 1995 à 2002 et n'a trouvé des systèmes de surveillance de qualité que dans 58% des pays connaissant des épidémies généralisées, 34% des pays dont les épidémies sont concentrées et 10% des pays connaissant des épidémies de niveau faible. Dans l'ensemble, le nombre de pays disposant d'une surveillance de bonne qualité a passé de 43% en 1995 à 36% en 2002, mais elle a passé de 45% à 58% dans les pays connaissant des épidémies généralisées (Garcia-Calleja et al., 2004). L'étude en conclut que de nombreux pays ont encore des systèmes insuffisants de sérosurveillance sentinelle du VIH. L'étude n'a pas porté sur d'autres éléments de la surveillance de deuxième génération, mais il est probable que ceux-ci sont encore moins développés que la sérosurveillance sentinelle dans la plupart des pays.

Application des 'Trois Principes' et recommandations de la Cellule mondiale de réflexion

En mars 2005, la Déclaration de Paris a précisé le cadre de coopération internationale pour le développement pilotée par les pays. Elle a été suivie en juin 2005 par les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion qui a développé plus avant cette définition. Cette 'nouvelle architecture de l'aide au développement', comme l'appellent certains, aide les pays à réunir l'appui international nécessaire aux efforts qu'ils déploient pour appliquer les 'Trois Principes' et renforcer leurs capacités à riposter au SIDA. Le but ultime est de faire le meilleur usage possible des ressources limitées dont ils disposent et d'accélérer l'accès à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien.

Au Nigéria, le Comité national d'action sur le SIDA et le Groupe thématique national élargi sur le VIH/SIDA se sont rapidement mis à mobiliser les principales parties prenantes pour un exercice qui voulait examiner les implications des recommandations de la Cellule mondiale de réflexion. En novembre 2005, ils ont présenté leurs propres recommandations dans un rapport intitulé *Domestication of the Global Task Team Recommendations in Nigeria* (National Expanded Theme Group on HIV/AIDS Nigeria, 2005). Bien d'autres pays se sont engagés dans des activités analogues, pour identifier leurs lacunes en matière d'application des 'Trois Principes' en s'appuyant sur les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion pour les guider dans l'élaboration de leur stratégie d'action.

Au Kenya, le Conseil national de lutte contre le SIDA et un large éventail de partenaires se sont fortement engagés dans l'application des 'Trois Principes' lorsqu'ils ont élaboré le Plan stratégique national du Kenya sur le VIH/SIDA pour 2006-2010, qui comporte un plan de travail et un budget détaillé pour chacune des années de l'exercice. Il en résulte un document qui est l'un des plans nationaux de lutte contre le SIDA les plus complets actuellement connus (Kenya National AIDS Control Council, 2005). On verra bientôt d'autres plans de ce type et chacun d'entre eux constituera une référence utile pour d'autres pays dans le processus permanent d'examen et d'actualisation de leurs plans nationaux et, globalement, pour le renforcement de la capacité des pays à riposter au SIDA.

De la gestion de la crise à la riposte stratégique 12





Chapitre 12



DE LA GESTION DE LA CRISE À LA RIPOSTE STRATÉGIQUE

« Ne nous laissons pas aller à croire qu'un beau jour, le monde redeviendra comme il était avant l'apparition du SIDA. C'est impossible, le SIDA a tout bonnement redéfini les règles. Si nous voulons le vaincre, il nous appartient maintenant de réécrire celles-ci. »

Peter Piot, Rio de Janeiro, 27 juillet 2005

Avec 65 millions de personnes infectées à ce jour, près de 25 millions de personnes déjà décédées et l'immense majorité des personnes vivant avec le VIH (plus de 35 millions) ignorant leur statut sérologique, le SIDA figure parmi les plus importants problèmes de développement et de sécurité auxquels le monde est aujourd'hui confronté.

Un défi de cette envergure requiert un leadership exceptionnel et permanent, et ce, tant au niveau national que sur le plan international. Après 25 ans d'épidémie, la riposte mondiale au SIDA doit évoluer et passer d'une approche de gestion épisodique de la crise à une riposte réfléchie, de long terme, privilégiant les stratégies basées sur le concret et consciente de la nécessité d'obtenir des engagements durables.

Depuis l'approbation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA en 2001, de nombreux programmes ont été mis en place pour soutenir un leadership mondial contre l'épidémie. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme fournit des financements supplémentaires aux pays à revenu faible et intermédiaire, l'initiative '3 millions d'ici 2005' a contribué à accroître substantiellement le nombre de personnes sous traitement antirétroviral, les 'Trois Principes' ont favorisé l'établissement d'un large consensus sur la nécessité de coordonner les efforts de lutte contre l'épidémie et les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA contribuent à une allocation plus optimale et plus efficace des ressources.

Malgré les avancées, le leadership permanent nécessaire pour ralentir, stopper et inverser le cours de l'épidémie n'est cependant toujours pas manifeste. Bien que le Rapport du Secrétaire général

relatif à la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA prenne acte des nombreux résultats enregistrés par la riposte mondiale au SIDA depuis 2001, il indique néanmoins clairement que l'action a globalement été insuffisante et les progrès inégaux dans et entre les pays et les régions, et que de nombreuses nations n'ont toujours pas honoré leurs engagements. Comme le Rapport l'indique succinctement : « Plusieurs objectifs mondiaux importants de la Déclaration d'engagement qui devaient être atteints en 2005 ne l'ont pas été. »

La meilleure définition du leadership serait peut-être de dire que c'est la capacité et la volonté à imaginer l'avenir et à rassembler les différentes composantes de la société pour le rendre meilleur. Nous commençons à avoir une connaissance précise des désastres auxquels nous serons confrontés si la riposte au SIDA reste inappropriée mais nous savons aussi comment renforcer la lutte pour sauver des millions de vies et économiser des milliards de dollars. Il est nécessaire de pouvoir compter sur un leadership permanent à l'échelle mondiale pour mobiliser les fonds, dépasser les obstacles physiques, économiques et culturels à l'action, mettre en œuvre les plans et maintenir le cap jusqu'à inverser le cours de l'épidémie. Les recommandations suivantes peuvent être considérées comme une ligne de conduite pour le leadership dont le monde a besoin aujourd'hui.

SOUTENIR ET RENFORCER L'ENGAGEMENT ET LE LEADERSHIP

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA invite les dirigeants des 189 nations qui l'ont signée à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies nationales, multisectorielles et bien conçues de lutte contre le VIH et le SIDA, et à intégrer leur riposte au sein de plans de développement plus larges en s'assurant de la participation pleine et active de la société civile et du secteur privé. Cependant, le Rapport du Secrétaire général indique que bien que près de 90% des pays aient élaboré un cadre stratégique multisectoriel de lutte contre le SIDA, bon nombre d'entre eux n'ont toujours pas transformé leurs plans en actions.

- Les autorités nationales de lutte contre le SIDA doivent, en collaboration avec tous les partenaires et toutes les parties prenantes, élaborer ou adapter des plans de riposte à l'épidémie dont les



La meilleure définition du leadership serait peut-etre de dire que c'est la capacité et la volonté á imaginer l'avenir et á rassembler les différentes composantes de la société pour le rendre meilleur.

coûts soient évalués et les priorités clairement définies, dotés d'objectifs ambitieux mais réalisables et qui s'alignent sur les plans de développement nationaux.

- Ces plans doivent définir et soutenir des priorités nationales claires en matière de réduction des décès dus aux maladies liées au SIDA et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, élaborer des systèmes de financement nationaux durables pour lutter contre l'épidémie, combattre la stigmatisation et la discrimination, la violence à l'encontre des femmes et la violation des autres droits de la personne, y compris protéger et promouvoir dans le contexte de l'épidémie les droits de ceux qui vivent avec le VIH, des femmes et des enfants ainsi que des groupes de population vulnérables, renforcer les systèmes et les ressources humaines, et faire disparaître les obstacles tels que les droits de douane et les réglementations inutiles afin d'accélérer l'accès à des biens, médicaments et diagnostics de prévention du VIH abordables financièrement et de qualité.
- La société civile doit prendre pleinement part à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans nationaux. Bien que de nombreux pays aient intensifié leurs initiatives pour faire participer la société civile à une riposte complète au SIDA, ces efforts sont (selon une enquête de l'ONUSIDA) irréguliers dans la plupart des pays et pratiquement inexistants dans près d'un pays sur quatre – dans lequel la société civile est largement exclue de la riposte à l'épidémie, position qui n'est pas tolérable dans une crise de développement de cette ampleur.
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD et la Banque mondiale mettront sur pied un processus participatif afin de fournir des critères pour l'élaboration et la supervision de ces plans.

Pour garantir des ripostes très élargies à l'épidémie de SIDA, la responsabilisation des acteurs et la transparence des mécanismes sont des composantes nécessaires.

- Les pays doivent responsabiliser tous les partenaires par le biais de mécanismes transparents d'examen par les pairs pour un suivi public des objectifs et de rapports réguliers sur les progrès enregistrés au niveau des pays et des régions.
- Les gouvernements nationaux, les donateurs internationaux, les organismes des Nations Unies, la société civile et d'autres parties prenantes doivent se responsabiliser mutuellement à l'échelon des pays par l'intermédiaire d'un examen participatif des ripostes nationales au SIDA.

SOUTENIR ET ACCROÎTRE LES FINANCEMENTS

Les financements mondiaux alloués à la lutte contre le VIH et le SIDA ont considérablement augmenté mais les fonds actuellement disponibles représentent à peine un tiers des montants qui seront nécessaires pour riposter dans les années à venir à une épidémie en pleine expansion.

- Les gouvernements nationaux et les donateurs internationaux doivent accroître de manière significative les ressources financières mises à la disposition de la lutte contre le SIDA pour renforcer et remplir les engagements existants, en soutenant pleinement le Fonds mondial et d'autres mécanismes novateurs de financement.
- Les donateurs internationaux et les pays partenaires doivent respecter les 'Trois

Principes' qui invitent à coordonner la riposte nationale au SIDA autour d'un cadre d'action convenu, d'une autorité de coordination nationale (composée de représentants du gouvernement, de la société civile, de personnes vivant avec le VIH et du secteur privé) et d'un système de suivi et d'évaluation national agréé.
- L'effort de financement visant à tirer une partie substantielle de ces fonds des budgets nationaux doit se poursuivre, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire.

Le caractère imprévisible des financements constitue un obstacle significatif à une riposte durable au SIDA et présentant un bon rapport coût/efficacité, obstacle qu'il faut dépasser grâce à des efforts concertés pour rendre les financements plus prévisibles à long terme.

- Les approches novatrices pour mobiliser des financements durables à long terme pour lutter contre le SIDA, y compris les propositions pour de nouveaux mécanismes de financement internationaux, méritent qu'on leur accorde une réelle attention, comme toute autre proposition qui aidera à stabiliser les financements, ce qui permettra de fournir une riposte beaucoup plus complète à l'épidémie.
- Les établissements financiers internationaux, les ministères de la santé et des finances, les autorités nationales de lutte contre le SIDA et la société civile doivent adapter les cadres macroéconomiques et fiscaux pour tenir compte de la réalité du SIDA.
- Il incombe aux gouvernements nationaux d'assouplir également les conditions régissant les financements des donateurs de manière suffisante pour permettre une bonne gouvernance, des garanties fiduciaires et une utilisation efficace des fonds.
- Les gouvernements nationaux doivent aussi faire en sorte que l'impact du SIDA soit pris en compte dans les indicateurs de base utilisés pour évaluer le développement national et la réduction de la pauvreté.
- Les gouvernements nationaux, avec le concours (le cas échéant) du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale, doivent ouvrir un dialogue transparent et participatif avec toutes les parties prenantes afin de garantir la création d'une ligne budgétaire pour les dépenses de lutte contre le SIDA – lesquelles doivent être considérées comme des dépenses sociales hautement prioritaires.

COMBATTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION AVEC DÉTERMINATION

La fin de la pandémie est dans une large mesure conditionnée par la mise en œuvre d'un éventail d'actions visant à faire évoluer les normes, les attitudes et les comportements de la société qui favorisent sa propagation. Les initiatives de lutte contre la stigmatisation et la discrimination doivent être pleinement avalisées et soutenues par un leadership national au plus haut niveau et à tous les échelons de la société, et doivent favoriser l'émancipation des femmes, la lutte contre l'homophobie, l'évolution des mentalités à l'égard des professionnel(le)s du sexe et des consommateurs de drogues injectables, et un changement des normes sociales qui ont une incidence sur le comportement sexuel.

L'infériorité du statut social et l'absence de pouvoir des femmes et des filles ont accru leur vulnérabilité à l'infection à VIH et constitué un moteur pour l'épidémie depuis qu'elle est apparue. Les



L'infériorité du statut social et l'absence de pouvoir des femmes et des filles ont accru leur vulnérabilité á l'infection á VIH et constitué un moteur pour l'épidémie depuis qu'elle est apparue.

normes et les valeurs de la société qui permettent la discrimination à l'égard des femmes et leur exploitation doivent être remises en question et changées.

- Des lois et des politiques protégeant les femmes et les filles de la violence sexuelle, de la privation d'héritage et des discriminations de toutes sortes liées à leur sexe doivent être promulguées, largement portées à la connaissance des populations et appliquées du niveau national à l'échelon communautaire.
- Ces efforts doivent inclure la promulgation et l'application de lois qui protègent les femmes et les filles contre des pratiques traditionnelles préjudiciables et la violence sexuelle (au sein du mariage ou hors mariage) qui garantissent l'égalité dans les relations domestiques, y compris les droits à la propriété et à l'héritage des femmes et des filles, et qui prévoient la fourniture de l'éducation et de la formation dont les femmes ont besoin pour pouvoir exercer leurs droits.
- Les femmes doivent être représentées de manière adéquate dans les processus de prise de décisions et de formulation des politiques en rapport avec le SIDA, lesquels sont pour l'instant presque exclusivement conduits par les hommes. Une évaluation des activités à l'échelon des pays réalisée par l'ONUSIDA en 2004 a révélé que la participation des femmes à l'élaboration et à l'examen des cadres nationaux de lutte contre le SIDA était inexistante dans plus de 10% des 79 pays étudiés et inadaptée dans plus de 80% d'entre eux (ONUSIDA, 2006).
- Les règles et réglementations des organisations, institutions et programmes doivent prévoir de manière explicite une représentation significative des groupes de femmes au stade de la conception et de la fourniture des programmes. Lorsque cela est nécessaire, les organisations de femmes doivent bénéficier d'une aide en matière de renforcement des capacités afin de pouvoir assumer efficacement leur rôle.
- Il est essentiel de mettre en place des lois et des politiques qui luttent directement contre les inégalités liées au sexe et contre les attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes confrontées ou perçues comme confrontées à un risque accru d'infection à VIH, notamment les professionnel(le)s du sexe, les

consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les détenus.

- Les changements des lois et des politiques doivent être accompagnés par des campagnes de mobilisation sociale financées de manière appropriée pour protéger et promouvoir les droits dans le contexte du SIDA et éradiquer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.
- Les réseaux et les organisations de personnes vivant avec le VIH doivent, parallèlement à d'autres composantes de la société civile, être intégrés à la planification et à la mise en œuvre de ces efforts.
- Les données montrent que l'éducation est l'un des plus puissants outils de prévention du VIH. Il est aussi fondamental, pour réduire le VIH et la stigmatisation qui y est associée, de mettre en place un plan bien financé visant à atteindre une éducation universelle et prendre en compte ou supprimer les obstacles, tels que les frais de scolarité, le port obligatoire d'uniformes, le coût des manuels et la non-reconnaissance par les parents de l'importance de l'éducation des filles.

Vers un accès universel

Lors de la réunion des pays du G8 de 2005 et du Sommet mondial des Nations Unies de septembre 2005, les leaders mondiaux se sont engagés à élargir et à intensifier massivement la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH dans le but de s'approcher autant que possible de l'objectif d'un accès universel au traitement d'ici à 2010 pour tous ceux qui en ont besoin. Le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA ont pris des mesures pour rendre ce engagement opérationnel en aidant à organiser des processus participatifs conduits par les nations elles-mêmes dans plus de 100 pays à revenu faible et intermédiaire, en publiant des recommandations en matière de stratégie et de pratique qui, si elles sont appliquées, assureront la promotion d'un accès équitable, financièrement abordable, complet et durable à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH pour tous ceux qui en ont besoin et aideront à s'assurer que l'on parvienne à fournir un accès aussi proche que possible de l'accès universel au traitement du VIH d'ici à 2010.



Les pays doivent inciter chaque individu à prendre connaissance de son statut sérologique VIH et à accéder à des services d'information, de conseil et associés en rapport avec le VIH, dans un environnement social et juridique qui soit bienveillant et sûr quant à la confidentialité du dépistage.

RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION DU SIDA

Il est essentiel de revitaliser la prévention du VIH. Les nouvelles infections, qui augmentent de plus de quatre millions chaque année, vont bientôt placer une charge insoutenable sur les efforts de traitement du VIH qui ont déjà de grandes difficultés à faire face à la demande de tous ceux qui ont besoin d'un tel traitement aujourd'hui. Le succès de la démarche en faveur d'un accès universel dépendra dans une large mesure de l'importance du soutien que les leaders voudront bien maintenir pour favoriser l'émergence d'une génération de jeunes libérée du SIDA et pour mettre sur pied une mobilisation sociale massive afin de réduire de manière considérable le nombre de nouvelles infections à VIH. Le document d'orientation politique de l'ONUSIDA approuvé au niveau international, *Intensification de la prévention du VIH,* propose un cadre pour le renforcement des actions de prévention du virus basées sur le concret.

- Il est à cet égard fondamental de s'assurer que la prévention, l'éducation, le conseil et le test volontaires soient universellement disponibles et couramment proposés dans tous les milieux communautaires et cliniques appropriés. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent, pour que les services de prévention et de traitement du VIH aient les effets bénéfiques maximum, que 50% au moins de toutes les personnes ayant des comportements sexuels à risque aient accès au conseil et au test volontaires chaque année.
- Il faut considérer comme un droit l'accès à des informations de prévention sur le VIH claires et factuelles et au dépistage du virus, en particulier pour les personnes vulnérables vivant dans des zones où l'incidence est élevée. Les pays doivent inciter chaque individu à prendre connaissance de son statut sérologique VIH et à accéder à des services d'information, de conseil et associés en rapport avec le VIH, dans un environnement social et juridique qui soit bienveillant et sûr quant à la confidentialité du dépistage et à la révélation librement consentie du statut sérologique VIH.
- Les pays sont très en retard sur l'objectif de la Déclaration du Millénaire concernant la fourniture pour 2005 d'une éducation en matière de prévention du VIH basée sur les compétences psychosociales à 90% des jeunes. Selon une estimation optimiste, la moitié des enfants reçoivent une éducation sur le VIH en milieu scolaire à travers le monde mais les niveaux de couverture varient considérablement et aucun des 18 pays dans lesquels les jeunes ont fait l'objet d'une enquête entre 2001 et 2005 n'avaient des niveaux de connaissances supérieurs à 50%. La fourniture d'une éducation incitant les jeunes à adopter des comportements susceptibles de leur sauver la vie doit être considérée comme une composante fondamentale du leadership contre le SIDA.
- Les services de prévention du VIH et l'éducation doivent cibler les groupes vulnérables, notamment les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En 2005, les services de prévention ciblés n'ont touché que 36% des professionnel(le)s du sexe et seulement 9% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les programmes de réduction des risques existants en 2005 n'ont atteint que 9% des consommateurs de drogues injectables en Europe orientale, région où ce



Les systémes d'éducation et autres doivent être simultanément renforcés. La prévention du VIH est pour l'essentiel assurée en dehors du systéme de fourniture des soins de santé, ce qui accroit particulié rement l'importance du secteur privé et bénévole.

mode de transmission est le moteur de l'épidémie.

- L'accès à des biens de base pour la prévention du VIH, tels que les préservatifs, doit être amélioré. Les enquêtes de couverture estiment qu'en moyenne les personnes n'ont utilisé un préservatif que lors de 9% seulement des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal non cohabitant en 2005, chiffre en baisse par rapport aux estimations de couverture de 2003.
- A travers le monde, la prévalence du VIH dans les prisons est pratiquement toujours plus élevée que dans la population générale. Les craintes souvent évoquées selon lesquelles la fourniture de préservatifs et de services de réduction des risques dans les prisons pourrait favoriser une multiplication des comportements interdits ont été réfutées dans un certain nombre d'études. Les leaders doivent prendre conscience du fait que les prisons servent d'incubateurs pour le VIH, la tuberculose et l'hépatite C, et doivent agir humainement et conformément aux principes de santé publique pour réduire la vulnérabilité des détenus.
- L'accès aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH reste extrêmement limité, ce qui est tout à fait inacceptable. En 2005, 7,9% des femmes enceintes vivant dans des pays à revenu faible et intermédiaire ont bénéficié de services de prévention de la transmission du virus à leur nouveau-né, chiffre en faible augmentation par rapport à la couverture de 7,6% en 2003.
- Un diagnostic, un traitement et une prévention plus efficaces des 340 millions d'infections sexuellement transmissibles guérissables contractées chaque année sont importants pour améliorer la prévention du VIH car les infections sexuellement transmissibles non traitées accroissent le risque de transmission du virus. Il est fondamental de parvenir à une coopération intensifiée entre les programmes de prévention du VIH et les efforts de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles pour augmenter l'efficacité de ces deux actions.

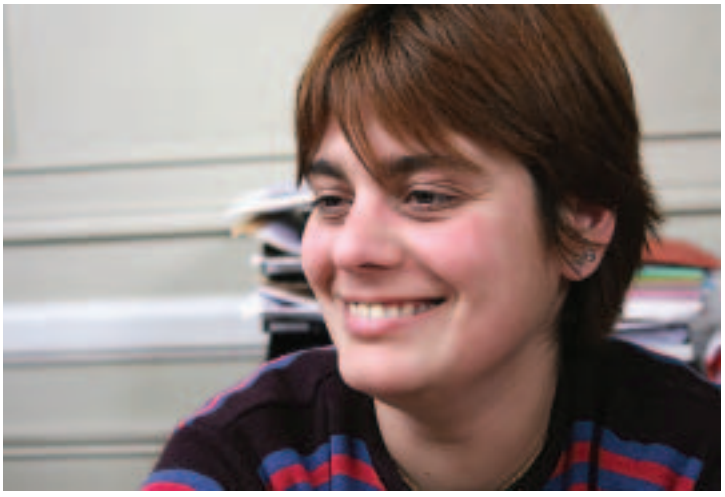
RENFORCER LES SYSTÈMES ET LES RESSOURCES HUMAINES

S'agissant de la crise du SIDA, le monde paye aujourd'hui le prix de décennies d'investissements inappropriés dans les services publics et privés pour promouvoir

l'éducation et la santé. Le manque de capacités humaines constitue à lui seul l'obstacle le plus important à une riposte efficace au SIDA dans de nombreux pays en développement. Une surveillance, une planification et une administration médiocres, des goulets d'étranglement au niveau de la distribution des fonds, des échecs dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités, et une fourniture inadaptée de services sont des handicaps tous essentiellement dus à des systèmes insuffisamment dotés en personnels dont les compétences sont insuffisantes.

Le manque de capacités en ressources humaines a atteint des niveaux de crise dans la majeure partie de l'Afrique mais est également significatif dans un certain nombre d'autres pays et régions à travers le monde. Selon le Rapport sur la Santé mondiale de l'OMS de 2006, il existe actuellement une pénurie estimée à presque 4,3 millions de médecins, de sages-femmes, d'infirmiers et d'aides-soignants au niveau mondial. La pénurie de travailleurs de santé formés est en partie due à l'actuelle 'fuite des cerveaux' des personnels de santé d'Afrique et d'autres régions durement touchées. Entre 23% et 28% des médecins travaillant en Australie, au Canada, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni sont des migrants étrangers et près de trois quarts de ceux-ci ont obtenu leur diplôme de médecine dans des pays en développement (Mullan, 2005). La situation est similaire concernant le personnel infirmier. Une étude récente a estimé que pour faire face efficacement à la crise du SIDA et aux autres urgences sanitaires, l'Afrique subsaharienne devra trouver 620 000 nouveaux infirmiers dans les prochaines années (Chaguturu et Vallabhaneni, 2005).

- Il faut, pour enrayer cet exode des professionnels de santé, prendre des mesures aux deux extrémités de la chaîne. Il est essentiel de tout mettre en œuvre pour améliorer les conditions de travail et les rémunérations, et faire jouer d'autres facteurs d'incitation pour que les personnes formées restent dans leur pays, tout comme il est fondamental de mettre en place des accords officiels entre les pays sur les pratiques de recrutement.
- Les gouvernements nationaux et les donateurs internationaux doivent prendre des mesures, lorsque nécessaire, pour fidéliser et motiver les travailleurs de santé, les éducateurs et les travailleurs communautaires, et pour augmenter les financements alloués à la formation et aux centres d'accréditation dans les pays confrontés à de graves pénuries de ressources humaines.
- Il est aussi urgent d'accélérer le recrutement et la formation de travailleurs de santé à tous les niveaux. Les pays doivent recenser les opportunités pour recruter de nouveaux acteurs parmi les populations et les secteurs qui ne participent pas encore pleinement à la riposte, et doivent réfléchir à des moyens novateurs pour éduquer et former les gens.
- Lorsque cela est nécessaire, les pays doivent adopter des modèles simplifiés et alternatifs pour renforcer la fourniture au niveau communautaire de services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en rapport avec le VIH, y compris des mesures pour permettre un 'déplacement des tâches'.
- Les gouvernements nationaux doivent aussi élargir considérablement leurs capacités pour fournir des programmes complets de lutte contre le SIDA en s'attachant à renforcer les systèmes de santé et sociaux existants, notamment en intégrant les interventions en



Les innovations techniques permanentes sont essentielles pour le développement de microbicides et d'autres méthodes de prévention controlées par les femmes, de nouvelles générations de médicaments et d'un vaccin préventif.

rapport avec le SIDA dans les programmes de soins de santé primaires, de santé maternelle et infantile, de santé sexuelle et reproductive, et le diagnostic et le traitement de la tuberculose, du paludisme et des infections sexuellement transmissibles.

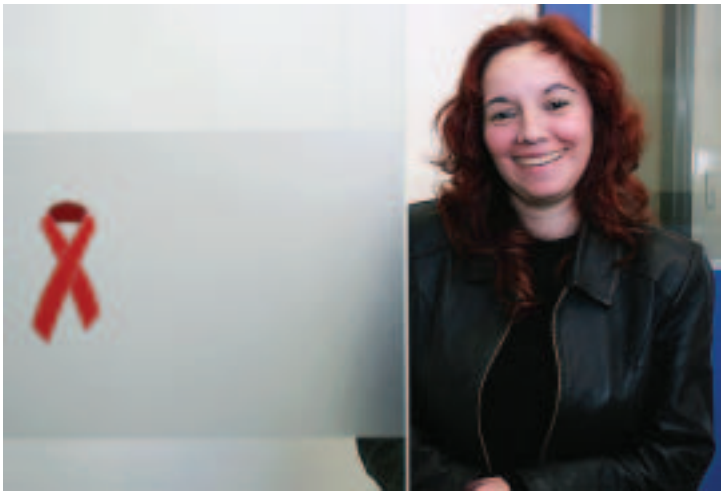
- Les systèmes d'éducation et autres doivent être simultanément renforcés. La prévention du VIH est pour l'essentiel assurée en dehors du système de fourniture des soins de santé, ce qui accroît particulièrement l'importance du secteur privé et bénévole.

GARANTIR LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DES BIENS

Tous les acteurs doivent renforcer leurs actions pour garantir l'accessibilité financière des biens de base, depuis les préservatifs jusqu'aux médicaments antirétroviraux, nécessaires pour la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH.

- Les gouvernements nationaux doivent faire disparaître les principaux obstacles liés aux prix, aux droits de douane et au commerce dans le domaine du VIH, et aux réglementations pour accélérer l'accès à des biens, médicaments et diagnostics de qualité et financièrement abordables. Ils doivent de même réduire ou supprimer les frais supportés par les utilisateurs dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui en rapport avec le SIDA.
- Les autorités nationales doivent également supprimer les obstacles juridiques, réglementaires et autres qui empêchent d'avoir accès à des services efficaces de prévention du VIH, à des biens tels que les préservatifs et aux mesures de réduction des risques et autres mesures de prévention.
- Pour accélérer le flux des traitements, les gouvernements doivent permettre aux médicaments préqualifiés par l'OMS et à ceux approuvés par d'autres organes de régulation des médicaments rigoureux et largement reconnus d'obtenir une autorisation provisoire de mise sur le marché avant la finalisation des démarches complètes d'enregistrement engagées auprès des autorités nationales de régulation des médicaments.
- Les codes fiscaux nationaux doivent être révisés le cas échéant pour permettre une exonération des biens destinés à la prévention et au traitement en prévoyant notamment une exonération

Le SIDA exacerbe pratiquement tous les autres obstacles au développement humain, du fonctionnement des services publics et de la gouvernance á la sécurité alimentaire et aux mesures prises pour prévenir les conflits.



des taxes et des droits de douane sur les médicaments.

- L'accès aux médicaments permettant de soigner les infections opportunistes courantes liées au SIDA est insuffisant et doit être renforcé.
- L'accès aux rares formules pédiatriques des antirétroviraux et médicaments de prévention des infections opportunistes est aussi gravement inapproprié. Les leaders doivent examiner et promulguer les recommandations du programme 'Appel à l'action' de l'UNICEF et de l'ONUSIDA de 2005 pour s'assurer qu'un traitement antirétroviral ou qu'un traitement antibiotique (ou les deux) puisse être administré à 80% des enfants qui en ont besoin d'ici à 2010 (UNICEF/ONUSIDA, 2005).

Garantir la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments vitaux, y compris ceux de deuxième, troisième et quatrième génération, ainsi que des traitements de première intention, implique de résoudre les questions complexes, sensibles et controversées concernant les brevets pharmaceutiques. Il faut trouver un équilibre entre offrir des mesures d'incitation suffisantes pour les sociétés pharmaceutiques afin qu'elles investissent dans la recherche et le développement, et permettre la production de traitements efficaces contre le SIDA à des prix aussi bas et dans des proportions aussi larges que possible afin de pouvoir répondre aux besoins des pays en développement.

- Le cas échéant, les pays doivent profiter des flexibilités des *Accords sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* de l'OMC pour garantir un accès à des approvisionnements durables de médicaments contre le VIH et de technologies de santé financièrement abordables, notamment via une production locale lorsque cela est réalisable.
- L'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS poursuivront leurs efforts en collaboration avec les unités d'approvisionnement nationales et régionales existantes, pour garantir une fourniture fiable et des prix réduits pour les biens de prévention et de traitement par le biais de prévisions de la demande établies en connaissance de cause, d'un approvisionnement en gros, de tarifs différenciés et, le cas échéant, de l'octroi de licences volontaires.

RENFORCER L'ACCÉS AU TRAITEMENT

Le nombre de personnes – estimé à 1,3 million – recevant un traitement antirétroviral à la fin 2005 est à la fois en forte augmentation depuis deux ans mais aussi très inférieur au nombre de ceux qui ont aujourd'hui besoin d'un accès à un traitement contre le VIH. La poursuite et l'intensification d'un élargissement rapide de l'accès au traitement nécessiteront les mesures suivantes :

- Alors qu'un grand nombre de personnes séropositives au VIH vivent dans des zones rurales, l'accès au traitement est essentiellement confiné aux centres urbains. Les leaders nationaux doivent donc s'efforcer d'étendre et de diversifier les sites d'accès au traitement, et s'assurer que toutes les populations affectées soient traitées sur un pied d'égalité, y compris les enfants, en matière d'accès au traitement du virus.
- Les efforts d'élargissement de l'accès aux médicaments antirétroviraux doivent également promouvoir un élargissement de l'accès aux médicaments de prévention des infections opportunistes courantes. Par exemple, il est prouvé que l'antibiotique cotrimoxazole réduit de 40% le risque de décès chez les enfants. Cependant, bien que le cotrimoxazole soit très peu cher (US$ 0,03 par jour), on estime que quatre millions d'enfants ayant besoin de ce médicament ne peuvent l'obtenir actuellement.
- Les actions entreprises pour élargir l'accès au traitement doivent également inclure des efforts plus importants pour atteindre les groupes particulièrement vulnérables, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les détenus.
- Comme nous l'avons expliqué précédemment, le fait que les personnes ne connaissent pas leur statut sérologique VIH est l'un des principaux obstacles à une prévention efficace du VIH et à l'accès au traitement. Il faudra donc élargir en priorité l'accès au conseil et au test volontaires dans les prochaines années.
- Les efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, à renforcer les capacités en ressources humaines dans les contextes sanitaires et à améliorer la gestion des biens – tous les éléments évoqués précédemment – sont aussi importants pour



Les leaders doivent faire de la participation nationale aux programmes internationaux évoqués dans ce rapport une priorité pour renforcer les systemes d'éducation nationaux ainsi que les structures d'appui pour les enfants afin qu'ils terminent leur scolarité.

améliorer l'accès au traitement et doivent être au cœur des programmes de leadership contre le SIDA.
- Le plaidoyer en faveur du traitement et l'éducation doivent être renforcés pour s'assurer que la population ait connaissance de l'existence des services et de la manière de les utiliser ainsi que des effets bénéfiques du traitement et ce qu'il entraîne.

Investir dans la recherche et le développement

Les innovations techniques permanentes sont essentielles pour le développement de microbicides et d'autres méthodes de prévention contrôlées par les femmes, de nouvelles générations de médicaments et d'un vaccin préventif. Il faut mobiliser des financements considérablement plus importants pour la recherche, en particulier dans les industries pharmaceutique et biomédicale.

- Le développement d'un microbicide efficace pourrait renforcer de manière significative les efforts de prévention du VIH en offrant aux femmes une méthode de prévention discrète dont elles auraient le contrôle. On estime les besoins financiers de la recherche sur les microbicides à US$ 280 millions par an ; en 2004, cependant, les dépenses de recherche se sont élevées à la moitié environ de ce montant avec US$ 142 millions alloués par les gouvernements, les organisations multilatérales et les organismes caritatifs, et entre US$ 3 millions et US$ 6 millions alloués par l'industrie (HIV Vaccine and Microbicide Resource Tracking Working Group, 2005). Les engagements financiers en faveur du développement d'un microbicide efficace et pratique – qui pourrait constituer un progrès majeur dans le domaine de la prévention du VIH chez les femmes – doivent être accrus.
- On estime à US$ 1,2 milliard par an les besoins pour maintenir la dynamique de la recherche d'un vaccin contre le VIH mais les dépenses dans ce domaine n'ont totalisé que US$ 600 millions environ en 2004, dont 10% environ provenant du secteur commercial (HIV Vaccine and Microbicide Resource Tracking Working Group, 2005). Les dépenses et les activités de recherche sur les vaccins doivent augmenter. En 2005, l'Entreprise mondiale sur le vaccin VIH, une alliance d'entités indépendantes ayant pour but d'améliorer la collaboration dans le domaine de la recherche sur les vaccins contre le SIDA, a publié un plan scientifique stratégique pour orienter les actions et les allocations de ressources des principaux acteurs de ce secteur.
- Les besoins des enfants en rapport avec le VIH ont été largement exclus des programmes de recherche. Les compagnies pharmaceutiques, les donateurs internationaux, les organisations multilatérales et les autres partenaires doivent créer des partenariats entre le secteur public et le secteur privé pour promouvoir un développement plus rapide de nouvelles formules pédiatriques des médicaments.
- Les essais cliniques de prévention du VIH soulèvent fréquemment des controverses, mettant en lumière la nécessité pour les chercheurs de faire participer un large éventail de parties prenantes communautaires et nationales à la planification et à la réalisation de ces essais. Les chercheurs et les parties prenantes sont invités à consulter les directives élaborées par l'ONUSIDA

en 2005 pour la mise en place d'un processus de consultation mondial conçu pour promouvoir des partenariats durables dans le domaine de la recherche sur la prévention.

- Outre le soutien qu'ils apportent à l'accélération des progrès technologiques, les leaders des gouvernements, de la société civile et du secteur privé doivent mettre en place les systèmes et les accords qui garantiront un accès large et équitable aux microbicides, aux nouvelles générations de médicaments et aux vaccins contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'à un traitement plus efficace contre les maladies telles que la tuberculose qui est aujourd'hui responsable de la plus grande partie des décès liés au SIDA à travers le monde.

Atténuer l'impact du SIDA

Le SIDA exacerbe pratiquement tous les autres obstacles au développement humain, du fonctionnement des services publics et de la gouvernance à la sécurité alimentaire et aux mesures prises pour prévenir les conflits. L'idée que le regretté Jonathan Mann avait émise au début des années 1990 – selon laquelle le SIDA allait mettre en lumière les problèmes des droits de l'homme et de la société – s'est vérifiée à de nombreux égards (Mann et al., 1994). L'impact très grave que le SIDA a déjà eu sur de nombreux pays nécessite que les efforts engagés pour lutter contre l'épidémie s'attaquent simultanément à la prévention des nouvelles infections, à la prise en charge de ceux qui sont infectés et à l'atténuation de l'impact du SIDA sur l'économie, les institutions et la structure sociale de la communauté.

- Les efforts visant à atténuer l'impact du SIDA doivent être axés en priorité sur les personnes et les familles affectées via des interventions offrant un accès au traitement, une assistance nutritionnelle et un traitement contre les infections opportunistes et d'autres problèmes de santé qui compliquent ou aggravent l'infection à VIH.
- Une programmation complète qui inclut un appui psychosocial et financier ainsi qu'un traitement médical est susceptible d'offrir les meilleurs résultats en matière d'atténuation de l'impact sur les personnes. Le programme chinois 'Four Frees and One Care' – qui propose des médicaments antirétroviraux gratuits, un service gratuit de conseil et de test volontaires, des médicaments gratuits pour prévenir la transmission mère-enfant du virus et une scolarisation gratuite pour les enfants orphelins ainsi que des soins et une aide économique pour les foyers affectés – peut fournir un modèle aux autres pays dans le domaine de l'appui aux familles et aux communautés affectées par le SIDA.
- Les mesures de protection sociale visant à préserver les moyens de subsistance des personnes affectées par le SIDA, notamment les programmes d'aide sociale, d'appui aux enfants et aux orphelins, de travaux publics créateurs d'emplois, les systèmes publics de pension et les dispositifs de microfinancement doivent faire partie d'une planification et de services complets de lutte contre le SIDA.
- Le secteur de l'éducation souffre de l'impact de l'épidémie de VIH et doit être renforcé. Des exemples concrets relevés en Ouganda montrent qu'un enfant qui abandonne l'école a trois fois plus de risques de devenir séropositif au VIH lorsqu'il aura une vingtaine d'années qu'un enfant qui va jusqu'au bout de l'enseignement primaire. Il

faut, pour atténuer l'impact du VIH sur le secteur de l'éducation, mettre en œuvre un certain nombre d'actions prioritaires. Les leaders doivent faire de la participation nationale aux programmes internationaux évoqués dans ce rapport une priorité pour renforcer les systèmes d'éducation nationaux ainsi que les structures d'appui pour les enfants afin qu'ils terminent leur scolarité.

- Dans de nombreux pays, le secteur privé est loin de jouer le rôle qu'il devrait dans la lutte contre le SIDA et il faut améliorer cela. Alors que 47% des sociétés du secteur privé considèrent que le SIDA aura un effet sur leur activité dans les cinq ans à venir, 6% seulement des sociétés à travers le monde ont mis en place des politiques de lutte contre le VIH et très peu d'entreprises ont prévu de fournir des médicaments antirétroviraux.
- Les entreprises doivent participer plus activement aux efforts d'atténuation de l'impact dans le monde du travail. Le *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail* (OIT, 2001) fournit d'importantes directives pour les entreprises, lesquelles sont basées sur un consensus entre les employeurs, les salariés et les gouvernements.
- Les réfugiés viennent fréquemment de pays massivement affectés par le VIH et le SIDA et pourtant il arrive souvent qu'ils n'aient pas accès à des services de prévention, de prise en charge ou de traitement du VIH dans leur pays d'accueil. Les leaders des pays qui ont accueilli des réfugiés ces dernières années (en 2005, on a dénombré 19,2 millions de réfugiés au total) doivent tenir compte de ces populations importantes et vulnérables dans leurs plans de prévention, de prise en charge et de traitement, et doivent s'assurer que les services atteignent ces populations et qu'elles ne soient pas affectées en plus par la stigmatisation et la discrimination dont elles sont souvent victimes.
- En Afrique subsaharienne, près de 9% des enfants de moins de 15 ans ont perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA. Des études montrent que ces orphelins risquent de grandir dans une situation financière plus précaire et de recevoir un niveau d'éducation inférieur à celui des non-orphelins du même âge. Ils risquent également d'être abandonnés ou de subir d'autres formes douloureuses de stigmatisation et de discrimination. L'une des composantes déterminantes du leadership est la capacité à protéger les enfants et il est essentiel de prendre en compte de manière prioritaire les besoins des enfants rendus vulnérables dans l'élaboration des stratégies et des plans de lutte contre le SIDA.

Peu de crises internationales ont fait l'objet d'études aussi étendues et approfondies que le SIDA. Des milliers de personnes hautement qualifiées ont passé d'innombrables heures à élaborer des analyses basées sur le concret et les recommandations présentées ici ainsi que dans plusieurs autres documents et rapports extrêmement pertinents. Lorsque 189 nations ont signé la Déclaration d'engagement qui a été le fruit des travaux de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, elles ont reconnu dans le cadre d'un consensus unanime, rare et international que le SIDA constituait l'une des plus graves crises de développement de l'histoire de l'homme, et chacune s'est engagée à agir au niveau national et sur le plan international pour stopper l'épidémie.

Comme l'a noté le Secrétaire général dans son Rapport sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Cinq ans après, un quart de siècle après le début de l'épidémie, la riposte mondiale au SIDA se trouve à un tournant. Pour la toute première fois, la communauté internationale a les moyens de commencer à inverser le cours de l'épidémie. Mais le succès exigera une volonté sans précédent de la part de tous les acteurs de la riposte mondiale, afin qu'ils réalisent leur potentiel, adoptent de nouveaux moyens de collaborer et . . . poursuivent la lutte sur le long terme.

Les objectifs ont été convenus et la feuille de route pour les atteindre minutieusement élaborée. Certaines mesures positives ont été prises mais pas suffisamment tôt. Trop souvent, ceux qui dirigent nos sociétés doivent encore prendre conscience qu'un leader dans le monde d'aujourd'hui, que ce soit à la tête d'un gouvernement, d'une entreprise, d'une religion ou d'autres entités de la société civile, se doit aussi d'être un leader de la lutte contre le SIDA. Les efforts nécessaires pour mettre en œuvre les plans mentionnés dans le présent rapport seront difficiles et quotidiens. Vaincre le SIDA doit être une mission partagée, mondiale et impartiale. Pour aller de l'avant, nous devons exiger cet engagement de nos leaders et de nos institutions mais aussi de nous-mêmes.

ANNEXE 1 :
Profils de pays





Annexe 1



ANNEXE 1*: PROFILS DE PAYS

Les profils suivants présentent des estimations clés et un échantillon des indicateurs décrivant la situation de l'épidémie de VIH et de la riposte par pays. Les indicateurs démographiques, sociaux et économiques sont également inclus.

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

Les indicateurs présentés dans cette section fournissent des informations générales concernant les estimations relatives au VIH et au SIDA et les progrès réalisés dans les pays. L'Indicateur du développement humain, l'Indicateur de la pauvreté humaine et l'estimation du nombre de personnes vivant avec US$ 2 par jour ou moins proviennent du Rapport 2005 du PNUD sur le développement humain. Le Revenu national brut par habitant est fourni par la Banque mondiale. Les estimations concernant la population et le taux de croissance démographique proviennent de la Division de la population du Département des affaires sociales et économiques des Nations Unies. Les dépenses de santé des gouvernements par habitant et l'espérance de vie à la naissance sont des estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) datant de 2004.

Les montants indiqués en $ (par opposition à US$) sont exprimés en dollars internationaux, ce qui signifient qu'ils ont été calculés en termes de parité de pouvoir d'achat (PPA). Cela a pour but d'expliquer les différences du coût de la vie selon les pays, de sorte qu'une quantité équivalente de biens et services susceptible d'être achetée avec un dollar international (qui est une unité hypothétique) sera approximativement la même dans chaque pays.

Estimations concernant le VIH et le SIDA

La surveillance à l'échelle mondiale du VIH, du SIDA et des infections sexuellement transmissibles est une action commune 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, constitué en 1996, rassemble les meilleu-

res données disponibles et s'efforce d'améliorer la qualité des données sur les niveaux et tendances de l'épidémie de SIDA et de son impact, nécessaires pour une prise de décision et une planification informées aux niveaux national, régional et mondial. Les estimations concernant le VIH et le SIDA contenues dans ces profils de pays ont été produites par ce Groupe de travail, et elles sont obtenues grâce à une collaboration étroite avec les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et de nombreux autres partenaires.

Indicateurs relatifs aux progrès réalisés dans les pays

L'information disponible sur les progrès réalisés dans les pays en matière de dépenses nationales, de politiques relatives au VIH, de programmes et services de prévention et de traitement et de comportement à risque dans la population est présentée à la Section III. Ces indicateurs clés offrent une vue d'ensemble de la situation dans un pays pour ce qui est de la riposte globale et ils ont été choisis à partir du document *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de l'UNGASS : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base* (2005). Les indicateurs choisis sont abrégés ici par manque de place. Pour une discussion complète de l'indicateur, de sa définition, des méthodes et instruments utilisés pour le mesurer, veuillez vous référer à la section Notes qui suit l'Annexe 3 du présent Rapport mondial 2006 ou au document de référence cité plus haut. Les données présentées émanent de plusieurs sources, notamment les Rapports 2005 sur les progrès réalisés dans les pays, y compris l'Indice composite des politiques nationales, l'Enquête 2005 sur la couverture, le Rapport mondial 2005 de l'OMS/ONUSIDA sur l'initiative '3 millions d'ici 2005', et les Enquêtes démographiques et de santé/ Enquêtes sur les indicateurs du SIDA. Ces sources de données sont clairement décrites plus loin dans ce rapport (voir la section Notes qui suit l'Annexe 3 : Indicateurs relatifs aux progrès réalisés dans les pays) et les données elles-mêmes sont présentées à l'Annexe 3, une analyse complète étant présentée dans le chapitre 'Progrès réalisés dans les pays'. Les nombres et pourcentages sont présentés en chiffres ronds, ce qui peut entraîner de légères discordances.

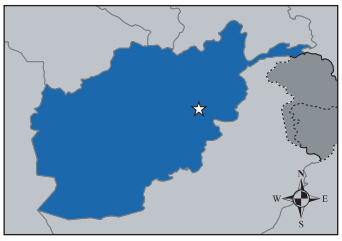
L'indicateur relatif aux dépenses publiques intérieures a été principalement obtenu au moyen d'examens sur dossiers et d'analyses budgétaires pour estimer les dépenses réelles, quelques pays appliquant la méthodologie plus précise d'une Evaluation des dépenses nationales sur le SIDA (NASA). Certains pays examinent encore leur information afin de distinguer les dépenses couvertes par leurs propres sources de financement de celles couvertes par des fonds internationaux. Par conséquent, l'information relative à cet indicateur est souvent absente ou en cours de révision.

De plus, les indicateurs relatifs au suivi des progrès dans le cas des épidémies concentrées et à faible prévalence constituent une nouveauté en 2005 et de nombreux pays commencent à peine à fournir des informations sur ces indicateurs. Il est important de noter que, même dans une épidémie généralisée, il se peut que certaines populations particulièrement vulnérables soient exposées à un risque accru et aient besoin d'un suivi particulier en matière de services et de programmes. Ces indicateurs sont destinés à noter les progrès réalisés pour toucher les populations les plus exposées.

Note : Ces chiffres ont été réunis par le personnel du siège de l'ONUSIDA à Genève, qui ne peut être tenu pour responsable de la qualité des données de la source d'origine, même si des efforts ont été déployés pour vérifier et clarifier les sources de données. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles, dans certains cas, aucun chiffre n'est présenté : l'indicateur ne s'appliquait pas ; les données n'ont pas été incluses dans le Rapport relatif aux progrès réalisés dans le pays ; le pays n'a pas soumis un rapport d'activité à temps pour qu'il soit inclus dans le présent document ; les chiffres sont encore en cours d'examen ; ou il n'existait, au moment de la préparation de ces profils, aucune autre source de données disponibles. On peut espérer que la notification des données concernant ces indicateurs sera plus complète en 2007.

Des explications détaillées concernant ces indicateurs sont présentées dans la section Notes de l'Annexe.

*NOTA : Les pays énumérés dans les Annexes suivent l'ordre alphabétique de la version originale anglaise.



AFGHANISTAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 29 863 000
Taux de croissance démographique 4.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 42 Hommes 42
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 10

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <100 [<1000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 0.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ALBANIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 3 130 000
Taux de croissance démographique 0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 69
Indice de développement humain 72
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 5070
Dépenses publiques de santé par habitant 153

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.25%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

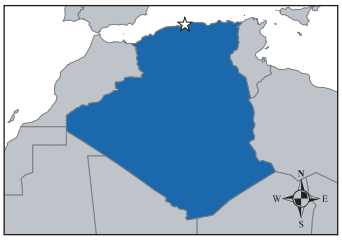
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 7.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ALGÉRIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 32 854 000
Taux de croissance démographique 1.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 72 Hommes 64
Indice de développement humain 103
Indice de pauvreté humaine
Rang 48
Valeur 21.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 15.1%
Revenu national brut par habitant 2090
Dépenses publiques de santé par habitant 15

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 19 000 [9000 – 59 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 19 000 [8800 – 60 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 4100 [1700 – 13 000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

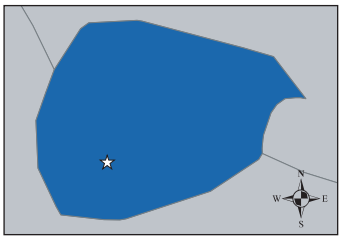
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 6 740 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 39.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 15.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ANDORRE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 67 000
Taux de croissance démographique 0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 83 Hommes 77
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 1683

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

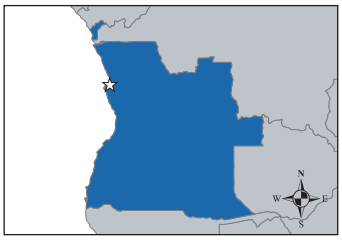
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ANGOLA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 15 941 000
Taux de croissance démographique 2.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 42 Hommes 38
Indice de développement humain 160
Indice de pauvreté humaine
Rang 83
Valeur 41.5
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 2030
Dépenses publiques de santé par habitant 41

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 320 000 [200 000 – 450 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.7 [2.3 – 5.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 280 000 [180 000 – 410 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 170 000 [90 000 – 260 000]
Décès dus au SIDA ..... 30 000 [18 000 – 47 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 35 000 [12 000 – 76 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 160 000 [95 000 – 230 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 8 897 303

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 2.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 6.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 73.0% parmi les non-orphelins 81.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 35.2% Hommes 42.7%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 32.7% Hommes 61.4%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 24.3% Hommes 46.7%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 55.2% Hommes 63.6%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

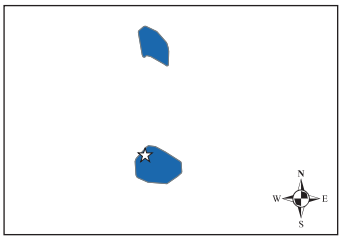
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ANTIGUA-ET-BARBUDA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 81 000
Taux de croissance démographique 1.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 75 Hommes 70
Indice de développement humain 60
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 10 360
Dépenses publiques de santé par habitant 304

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 50.2%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 359 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 60.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ARGENTINE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 38 747 000
Taux de croissance démographique 1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 71
Indice de développement humain 34
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 14.3%
Revenu national brut par habitant 12 460
Dépenses publiques de santé par habitant 518

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 130 000 [80 000 – 220 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.6 [0.3 – 1.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 130 000 [78 000 – 220 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 36 000 [19 000 – 64 000]
Décès dus au SIDA ..... 4300 [2600 – 6400]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 87.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

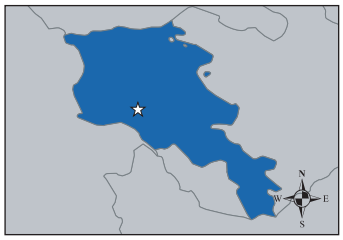
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 115 164 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 81.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 93.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 30.0%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 30.0%[3]



ARMÉNIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 3 016 000
Taux de croissance démographique ..... -0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 72 Hommes 65
Indice de développement humain 83
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 4270
Dépenses publiques de santé par habitant 61

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 2900 [1800 – 5800]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2900 [1800 – 5800]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 271 437

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 15.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 25.1%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 28.9%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 0.7%[3]



AUSTRALIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 20 155 000
Taux de croissance démographique 1.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 83 Hommes 78
Indice de développement humain 3
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 14[1]
Valeur ..... 12.8[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 29 200
Dépenses publiques de santé par habitant 1939

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 16 000 [9700 – 27 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 16 000 [9600 – 27 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

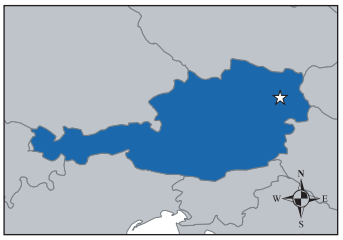
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



AUTRICHE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 8 189 000
Taux de croissance démographique 0.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 82 Hommes 76
Indice de développement humain 17
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –[1]
Valeur ..... –[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 31 790
Dépenses publiques de santé par habitant 1560

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 12 000 [7200 – 20 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.3 [0.2 – 0.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 12 000 [7200 – 20 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2300 [1200 – 4100]
Décès dus au SIDA ..... <100[<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

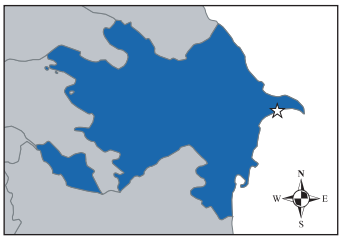
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



AZERBAÏDJAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 8 411 000
Taux de croissance démographique 0.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 68 Hommes 63
Indice de développement humain 101
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 3830
Dépenses publiques de santé par habitant 33

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5400 [2600 – 17 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5400 [2600 – 17 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [300 – 2300]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 1.0%[1] Hommes ..... –[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

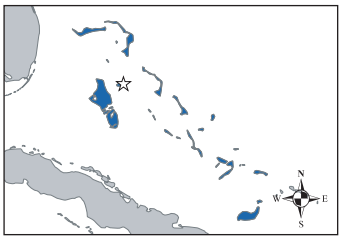
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 0.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BAHAMAS

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 323 000
Taux de croissance démographique 1.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 76 Hommes 70
Indice de développement humain 50
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 16 140
Dépenses publiques de santé par habitant 579

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 6800 [3300 – 22 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.3 [1.3 – 4.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 6500 [3100 – 21 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 3800 [1600 – 13 000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

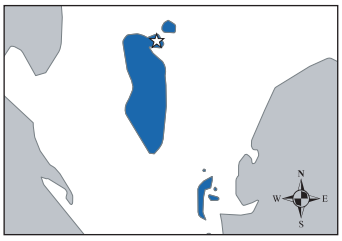
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BAHREÏN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 727 000
Taux de croissance démographique 1.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 75 Hommes 73
Indice de développement humain 43
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 18 070
Dépenses publiques de santé par habitant 562

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –[<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

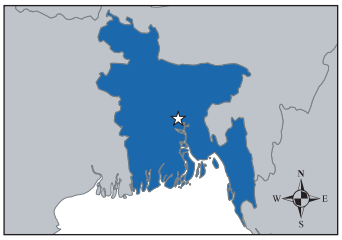
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BANGLADESH

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 141 822 000
Taux de croissance démographique 1.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 63 Hommes 62
Indice de développement humain 139
Indice de pauvreté humaine
Rang 86
Valeur 44.1
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 82.8%
Revenu national brut par habitant 1980
Dépenses publiques de santé par habitant 21

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 11 000 [6400 – 18 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 11 000 [6400 – 18 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1400 [710 – 2500]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

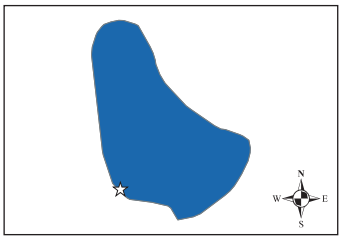
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 1.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 7.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 71.6%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 77.0%[3]



BARBADE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 270 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 71
Indice de développement humain 30
Indice de pauvreté humaine
Rang 4
Valeur 4.5
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 15 060
Dépenses publiques de santé par habitant 729

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 2700 [1500 – 4200]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.5 [0.8 – 2.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2700 [1500 – 4200]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 3 349 169

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... 90.0%[1]
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 95.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 15.9% Hommes 26.6%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 25.6% Hommes 35.9%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 33.3% Hommes 77.8%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

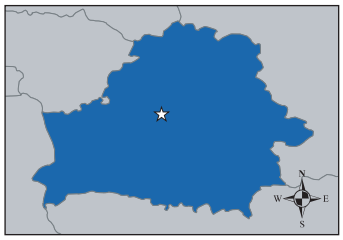
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BÉLARUS

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 9 755 000
Taux de croissance démographique ..... -0.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 63
Indice de développement humain 67
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 6900
Dépenses publiques de santé par habitant 501

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 20 000 [11 000 – 47 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.3 [0.2 – 0.8%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 20 000 [11 000 – 48 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5100 [2400 – 13 000]
Décès dus au SIDA ..... [<2000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

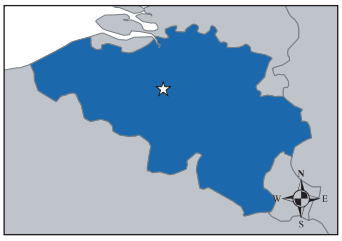
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 6 140 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 5.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 16.4%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 8.8%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 7.1%[3]



BELGIQUE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 10 419 000
Taux de croissance démographique 0.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 81 Hommes 75
Indice de développement humain 9
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 13[1]
Valeur ..... 12.4[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 31 360
Dépenses publiques de santé par habitant 1902

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 14 000 [8100 – 22 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.3 [0.2 – 0.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 14 000 [8100 – 22 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5400 [2800 – 9500]
Décès dus au SIDA ..... –<100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

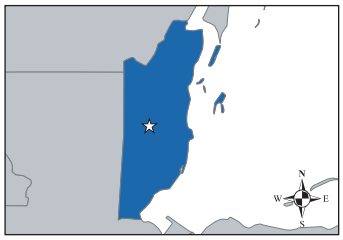
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BELIZE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 270 000
Taux de croissance démographique 2.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 72 Hommes 65
Indice de développement humain 91
Indice de pauvreté humaine
Rang 38
Valeur 16.7
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 6510
Dépenses publiques de santé par habitant 152

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 3700 [2000 – 5700]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 2.5 [1.4 – 4.0%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 3600 [2000 – 5600]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1000 [<2000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 1 143 166

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 73.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 31.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

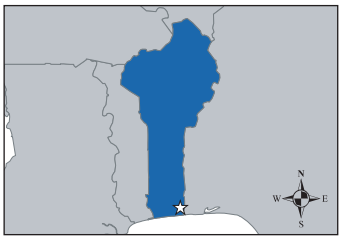
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BÉNIN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 8 439 000
Taux de croissance démographique 3.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 53 Hommes 54
Indice de développement humain 162
Indice de pauvreté humaine
Rang 95
Valeur 48.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1120
Dépenses publiques de santé par habitant 16

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 87 000 [57 000 – 120 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.8 [1.2 – 2.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 77 000 [50 000 – 110 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 45 000 [24 000 – 68 000]
Décès dus au SIDA ..... 9600 [5900 – 15 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 9800 [3300 – 21 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 62 000 [38 000 – 89 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 10 595 122[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 38.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 33.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 8.0% Hommes 14.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 36.0% Hommes 90.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 16.0%[2] Hommes ..... 23.8%[3]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 19.0% Hommes 34.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

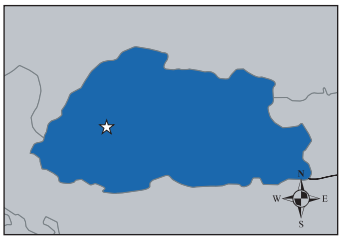
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BHOUTAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 2 163 000
Taux de croissance démographique 2.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 65 Hommes 62
Indice de développement humain 134
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 49

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<2000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<2000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BOLIVIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 9 182 000
Taux de croissance démographique 2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 66 Hommes 63
Indice de développement humain 113
Indice de pauvreté humaine
Rang 30
Valeur 13.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 34.4%
Revenu national brut par habitant 2590
Dépenses publiques de santé par habitant 113

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 7000 [3800 – 17 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 6800 [3600 – 16 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1900 [880 – 4700]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes 18.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 32.0% Hommes 70.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 6.0%[1] Hommes ..... 15.0%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 20.0% Hommes 37.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

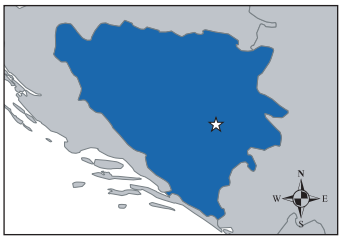
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 37.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BOSNIE-HERZÉGOVINE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 3 907 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 77 Hommes 70
Indice de développement humain 68
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 7430
Dépenses publiques de santé par habitant 166

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1% [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

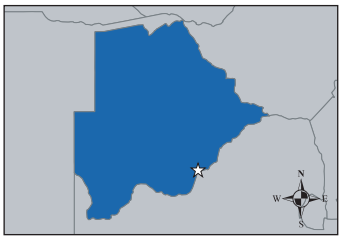
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BOTSWANA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 765 000
Taux de croissance démographique 0.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 40 Hommes 40
Indice de développement humain 131
Indice de pauvreté humaine
Rang 94
Valeur 48.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 50.1%
Revenu national brut par habitant 8920
Dépenses publiques de santé par habitant 218

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 270 000 [260 000 – 350 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 24.1 [23.0 – 32.0%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 260 000 [250 000 – 330 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 140 000 [130 000 – 190 000]
Décès dus au SIDA ..... 18 000 [17 000 – 25 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 14 000 [6100 – 32 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 120 000 [110 000 – 150 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 165 000 000

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 85.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 92.0% parmi les non-orphelins 93.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 40.0% Hommes 33.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 75.0% Hommes 88.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BRÉSIL

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 186 405 000
Taux de croissance démographique 1.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 67
Indice de développement humain 63
Indice de pauvreté humaine
Rang 20
Valeur 10.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 22.4%
Revenu national brut par habitant 8020
Dépenses publiques de santé par habitant 270

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 620 000 [370 000 – 1 000 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.5 [0.3 – 1.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 610 000 [370 000 – 1 000 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 220 000 [110 000 – 390 000]
Décès dus au SIDA ..... 14 000 [8300 – 21 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... 57.6%[1]
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

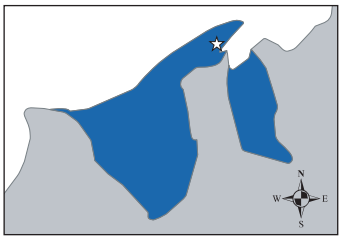
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 385 534 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 83.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BRUNÉI DARUSSALAM

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 374 000
Taux de croissance démographique 2.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 76
Indice de développement humain 33
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 545

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BULGARIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 7 726 000
Taux de croissance démographique ..... -0.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 76 Hommes 69
Indice de développement humain 55
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 7870
Dépenses publiques de santé par habitant 3112

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1% [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

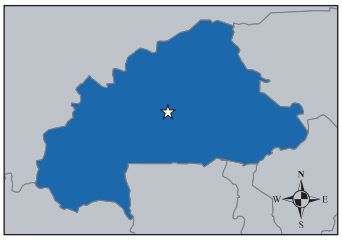
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BURKINA FASO

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 13 228 000
Taux de croissance démographique 3.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 48 Hommes 47
Indice de développement humain 175
Indice de pauvreté humaine
Rang 102
Valeur 64.2
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 81.0%
Revenu national brut par habitant 1220
Dépenses publiques de santé par habitant 32

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 150 000 [120 000 – 190 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 2.0 [1.5 – 2.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 140 000 [100 000 – 160 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 80 000 [49 000 – 110 000]
Décès dus au SIDA ..... 12 000 [8400 – 17 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 17 000 [6100 – 34 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 120 000 [89 000 – 150 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 8 013 260

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 1.1%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 24.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 35.0% parmi les non-orphelins 32.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 15.0% Hommes 23.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 7.3%[1] Hommes ..... 4.7%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 54.0% Hommes 67.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

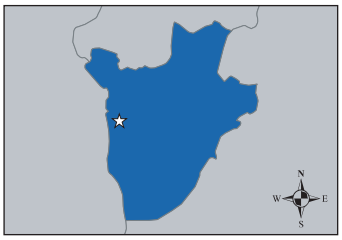
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 42.1%[3]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



BURUNDI

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 7 548 000
Taux de croissance démographique 3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 47 Hommes 42
Indice de développement humain 169
Indice de pauvreté humaine
Rang 80
Valeur 40.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 89.2%
Revenu national brut par habitant 660
Dépenses publiques de santé par habitant 4

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 150 000 [130 000 – 180 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.3 [2.7 – 3.8%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 130 000 [110 000 – 150 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 79 000 [68 000 – 91 000]
Décès dus au SIDA ..... 13 000 [6800 – 18 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 20 000 [6500 – 37 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 120 000 [94 000 – 170 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 44 000 000[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 2.4%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 14.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 46.0% parmi les non-orphelins 65.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 3.6% Hommes 3.6%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 5.5% Hommes 14.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 46.0% Hommes 55.2%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

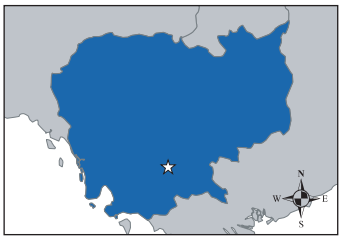
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 77.7%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CAMBODGE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 14 071 000
Taux de croissance démographique 2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 58 Hommes 51
Indice de développement humain 130
Indice de pauvreté humaine
Rang 81
Valeur 41.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 77.7%
Revenu national brut par habitant 2180
Dépenses publiques de santé par habitant 36

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 130 000 [74 000 – 210 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.6 [0.9 – 2.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 130 000 [70 000 – 200 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 59 000 [28 000 – 99 000]
Décès dus au SIDA ..... 16 000 [8500 – 26 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 1 012 000[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 1.4%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 36.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 2.6% Hommes 26.3%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 0.2% Hommes 0.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

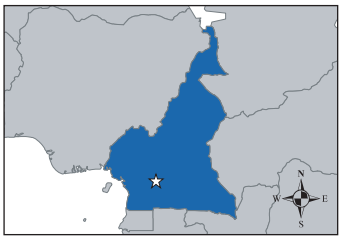
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 97.0%[2] Professionnel(le)s du sexe ..... 60.0%[3]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 17.0%[4]



CAMEROUN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 16 322 000
Taux de croissance démographique 1.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 51 Hommes 50
Indice de développement humain 148
Indice de pauvreté humaine
Rang 67
Valeur 36.2
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 50.6%
Revenu national brut par habitant 2090
Dépenses publiques de santé par habitant 19

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 510 000 [460 000 – 560 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 5.4 [4.9 – 5.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 470 000 [430 000 – 510 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 290 000 [260 000 – 310 000]
Décès dus au SIDA ..... 46 000 [36 000 – 55 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 43 000 [17 000 – 82 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 240 000 [200 000 – 290 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 4 400 000[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 4.2%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 22.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 83.0% parmi les non-orphelins 85.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 27.0% Hommes 34.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 44.0% Hommes 91.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 18.0%[2] Hommes ..... 11.5%[3]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 46.0% Hommes 57.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

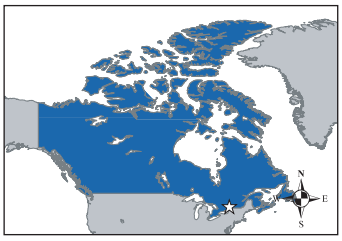
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CANADA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 32 268 000
Taux de croissance démographique 1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 83 Hommes 78
Indice de développement humain 5
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 9[1]
Valeur ..... 11.3[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 30 660
Dépenses publiques de santé par habitant 2090

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 60 000 [48 000 – 72 000][3]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.3 [0.2 – 0.5%][4]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 59 000 [47 000 – 71 000][5]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 9 600 [7 700 – 12 000][6]
Décès dus au SIDA ..... <1000 [<2000][7]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –[8]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –[9]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

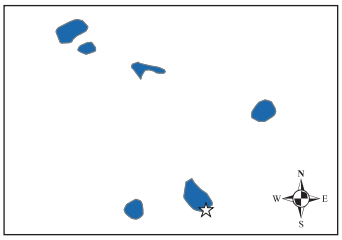
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CAP-VERT

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 507 000
Taux de croissance démographique 2.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 71 Hommes 67
Indice de développement humain 105
Indice de pauvreté humaine
Rang 45
Valeur 18.7
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 5650
Dépenses publiques de santé par habitant 135

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

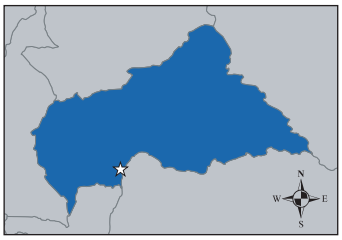
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 038 000
Taux de croissance démographique 1.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 41 Hommes 40
Indice de développement humain 171
Indice de pauvreté humaine
Rang 92
Valeur 47.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 84.0%
Revenu national brut par habitant 1110
Dépenses publiques de santé par habitant 18

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 250 000 [110 000 – 390 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 10.7 [4.5 – 17.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 230 000 [100 000 – 350 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 130 000 [53 000 – 220 000]
Décès dus au SIDA ..... 24 000 [10 000 – 39 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 24 000 [7200 – 61 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 140 000 [62 000 – 200 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 742 927

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... 16.4%[1]
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 3.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 49.0% parmi les non-orphelins 54.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 9.9% Hommes 9.6%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 60.6% Hommes 83.2%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

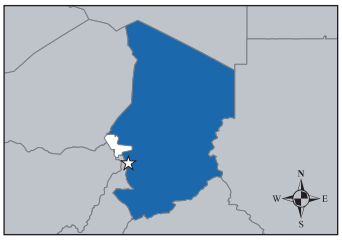
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TCHAD

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 9 749 000
Taux de croissance démographique 3.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 48 Hommes 45
Indice de développement humain 173
Indice de pauvreté humaine
Rang 100
Valeur 58.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1420
Dépenses publiques de santé par habitant 20

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 180 000 [88 000 – 300 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.5 [1.7 – 6.0%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 160 000 [81 000 – 270 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 90 000 [40 000 – 160 000]
Décès dus au SIDA ..... 11 000 [5300 – 20 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 16 000 [4700 – 37 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 57 000 [28 000 – 97 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 946 973

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 0.2%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 17.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 61.0% parmi les non-orphelins 57.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 8.0% Hommes 21.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 7.0% Hommes 76.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 19.0%[1] Hommes ..... 11.0%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 17.0% Hommes 25.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

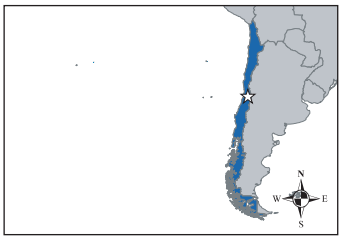
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 5.0%[3]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CHILI

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 16 295 000
Taux de croissance démographique 1.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 81 Hommes 74
Indice de développement humain 37
Indice de pauvreté humaine
Rang 2
Valeur 3.7
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 9.6%
Revenu national brut par habitant 10 500
Dépenses publiques de santé par habitant 345

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 28 000 [17 000 – 56 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.3 [0.2 – 1.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 28 000 [17 000 – 56 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 7600 [4000 – 16 000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

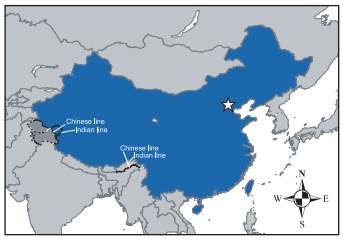
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 25 240 460

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Non

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 75.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CHINE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 315 844 000
Taux de croissance démographique 0.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 70
Indice de développement humain 85
Indice de pauvreté humaine
Rang 27
Valeur 12.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 46.7%
Revenu national brut par habitant 1100
Dépenses publiques de santé par habitant 101

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 650 000 [390 000 – 1 100 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 650 000 [390 000 – 1 100 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 180 000 [90 000 – 310 000]
Décès dus au SIDA ..... 31 000 [18 000 – 46 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 1.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 99 256 506

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 25.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 45.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 25.0%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 8.0%[3]



COLOMBIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 45 600 000
Taux de croissance démographique 1.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 77 Hommes 68
Indice de développement humain 69
Indice de pauvreté humaine
Rang 8
Valeur 7.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 22.6%
Revenu national brut par habitant 6820
Dépenses publiques de santé par habitant 439

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 160 000 [100 000 – 320 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.6 [0.3 – 2.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 160 000 [100 000 – 320 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 45 000 [24 000 – 95 000]
Décès dus au SIDA ..... 8200 [5200 – 12 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 1.8%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

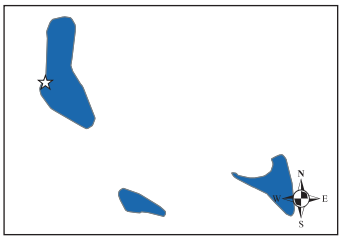
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 36 014 343

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 44.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 75.0%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 30.0%[2]



COMORES

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 798 000
Taux de croissance démographique 2.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 67 Hommes 62
Indice de développement humain 132
Indice de pauvreté humaine
Rang 57
Valeur 31.2
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1840
Dépenses publiques de santé par habitant 14

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <100 [<1000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins 60%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

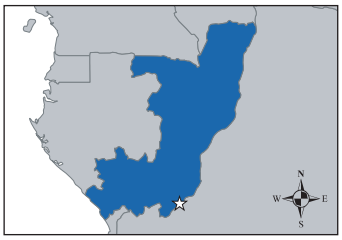
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CONGO

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 3 999 000
Taux de croissance démographique 3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 55 Hommes 53
Indice de développement humain 142
Indice de pauvreté humaine
Rang 54
Valeur 30.1
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 750
Dépenses publiques de santé par habitant 15

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 120 000 [75 000 – 160 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 5.3 [3.3 – 7.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 100 000 [66 000 – 140 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 61 000 [33 000 – 89 000]
Décès dus au SIDA ..... 11 000 [6700 – 17 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 15 000 [5600 – 32 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 110 000 [70 000 – 150 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 4 719 207

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 98.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 17.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 64.7% Hommes 72.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 9.9% Hommes 10.1%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 53.4%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 33.3%[2]



COSTA RICA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 327 000
Taux de croissance démographique 1.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 80 Hommes 73
Indice de développement humain 47
Indice de pauvreté humaine
Rang 3
Valeur 4.0
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 9.5%
Revenu national brut par habitant 9530
Dépenses publiques de santé par habitant 486

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 7400 [3600 – 24 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.3 [0.1 – 3.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 7300 [3500 – 24 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2000 [860 – 6700]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

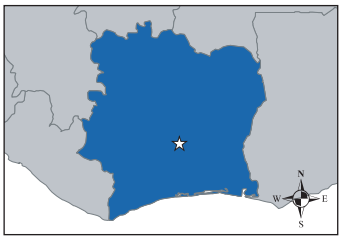
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 6 432 314

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Non

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 80.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CÔTE D'IVOIRE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 18 154 000
Taux de croissance démographique 1.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 47 Hommes 41
Indice de développement humain 163
Indice de pauvreté humaine
Rang 84
Valeur 41.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 38.4%
Revenu national brut par habitant 1390
Dépenses publiques de santé par habitant 16

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 750 000 [470 000 – 1 000 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 7.1 [4.3 – 9.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 680 000 [420 000 – 920 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 400 000 [220 000 – 600 000]
Décès dus au SIDA ..... 65 000 [39 000 – 96 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 74 000 [28 000 – 160 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 450 000 [280 000 – 630 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 5 829 480

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 4.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 17.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 56.0% parmi les non-orphelins 67.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 64.3% Hommes 57.9%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 14.5% Hommes 13.3%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

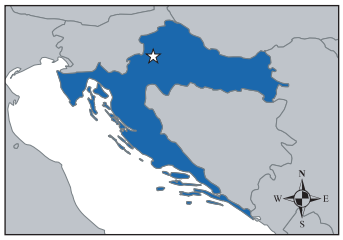
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 71.0%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CROATIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 551 000
Taux de croissance démographique 0.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 79 Hommes 72
Indice de développement humain 45
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 11 670
Dépenses publiques de santé par habitant 701

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1% [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... 100.0%[1]
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 20.0%[2] Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –

ANNEXE 1



CUBA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 11 269 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 80 Hommes 75
Indice de développement humain 52
Indice de pauvreté humaine
Rang 5
Valeur 4.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 218

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 4800 [2300 – 15 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.0 – 0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 4700 [2300 – 15 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2600 [1100 – 8500]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

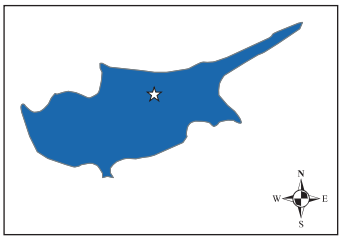
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 100.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



CHYPRE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 835 000
Taux de croissance démographique 1.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 82 Hommes 77
Indice de développement humain 29
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 22 330
Dépenses publiques de santé par habitant 561

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

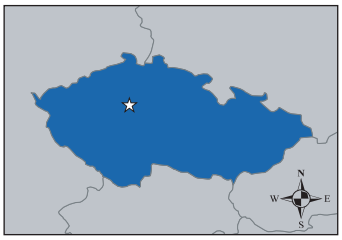
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 10 220 000
Taux de croissance démographique ..... -0.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 79 Hommes 73
Indice de développement humain 31
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 18 400
Dépenses publiques de santé par habitant 1172

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1500 [900 – 2500]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1500 [900 – 2500]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<1000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 31.0% Hommes 55.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

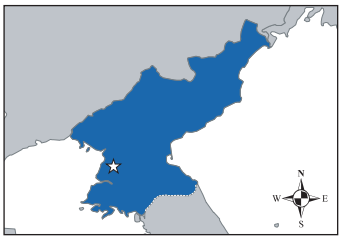
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 1 386 555

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 60.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE CORÉE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 22 488 000
Taux de croissance démographique 0.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 68 Hommes 65
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 68

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

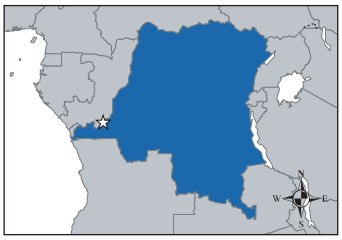
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 0.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 57 549 000
Taux de croissance démographique 2.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 47 Hommes 42
Indice de développement humain 167
Indice de pauvreté humaine
Rang 82
Valeur 41.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 680
Dépenses publiques de santé par habitant 3

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1 000 000 [560 000 – 1 500 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.2 [1.8 – 4.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 890 000 [500 000 – 1 300 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 520 000 [250 000 – 850 000]
Décès dus au SIDA ..... 90 000 [47 000 – 150 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 120 000 [40 000 – 270 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 680 000 [380 000 – 1 000 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 3 621 653

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 4.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 50.0% parmi les non-orphelins 70.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

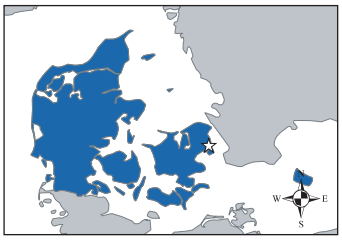
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



DANEMARK

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 5 431 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 80 Hommes 75
Indice de développement humain 14
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 5[1]
Valeur ..... 8.9[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 31 550
Dépenses publiques de santé par habitant 2292

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5600 [3400 – 9300]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5500 [3300 – 9100]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1300 [670 – 2300]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

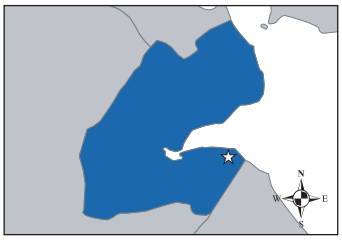
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



DJIBOUTI

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 793 000
Taux de croissance démographique 2.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 57 Hommes 54
Indice de développement humain 150
Indice de pauvreté humaine
Rang 53
Valeur 29.5
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 2270
Dépenses publiques de santé par habitant 48

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 15 000 [3900 – 34 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.1 [0.8 – 6.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 14 000 [3700 – 31 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 8400 [2200 – 19 000]
Décès dus au SIDA ..... 1200 [350 – 2800]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 1200 [260 – 3600]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 5700 [1900 – 12 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 16.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

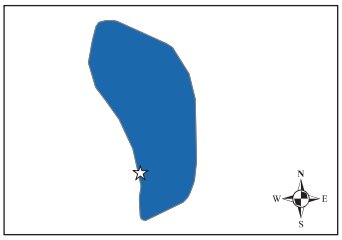
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



DOMINIQUE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 79 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 76 Hommes 72
Indice de développement humain 70
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 5250
Dépenses publiques de santé par habitant 228

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 100.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

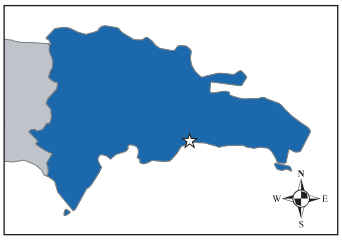
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 19 775[1]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 36.7%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE DOMINICAINE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 8 895 000
Taux de croissance démographique 1.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 70 Hommes 64
Indice de développement humain 95
Indice de pauvreté humaine
Rang 25
Valeur 11.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... <2%
Revenu national brut par habitant 6750
Dépenses publiques de santé par habitant 111

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 66 000 [56 000 – 77 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.1 [0.9 – 1.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 62 000 [53 000 – 73 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 31 000 [27 000 – 37 000]
Décès dus au SIDA ..... 6700 [5100 – 8200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 3600 [1300 – 8000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 17.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 29.0% Hommes 83.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 13.0%[1] Hommes ..... 18.0%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 29.0% Hommes 52.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

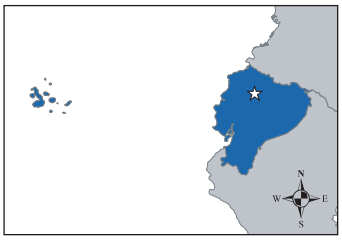
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 30.0%[3]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 10.0%[4]



ÉQUATEUR

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 13 228 000
Taux de croissance démographique 1.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 75 Hommes 70
Indice de développement humain 82
Indice de pauvreté humaine
Rang 22
Valeur 10.6
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 40.8%
Revenu national brut par habitant 3690
Dépenses publiques de santé par habitant 85

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 23 000 [11 000 – 74 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.3 [0.1 – 3.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 22 000 [11 000 – 71 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 12 000 [5200 – 40 000]
Décès dus au SIDA ..... 1600 [840 – 2900]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 8.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 7.0%[1] Hommes ..... –[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

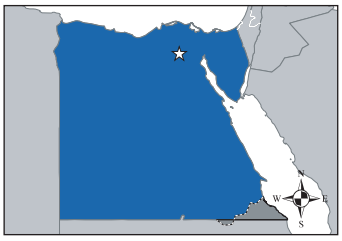
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 6 756 475

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 42.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 50.0%[3]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 5.0%[4]



ÉGYPTE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 74 033 000
Taux de croissance démographique 1.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 70 Hommes 66
Indice de développement humain 119
Indice de pauvreté humaine
Rang 55
Valeur 30.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 43.9%
Revenu national brut par habitant 4120
Dépenses publiques de santé par habitant 100

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5300 [2900 – 13 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5200 [2800 – 13 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [430 – 2300]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 7.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

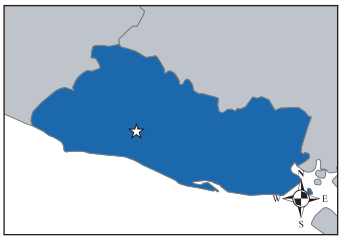
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 12.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



EL SALVADOR

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 6 881 000
Taux de croissance démographique 1.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 68
Indice de développement humain 104
Indice de pauvreté humaine
Rang 34
Valeur 15.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 58.0%
Revenu national brut par habitant 4980
Dépenses publiques de santé par habitant 174

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 36 000 [22 000 – 72 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.9 [0.5 – 3.8%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 35 000 [22 000 – 71 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 9900 [5300 – 21 000]
Décès dus au SIDA ..... 2500 [1600 – 3700]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 20.8%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

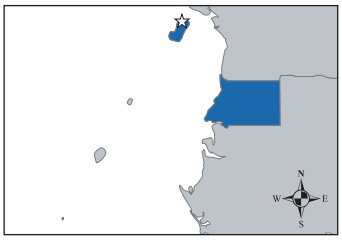
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 23 704 585

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 59.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 60.0%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 17.0%[2]



GUINÉE ÉQUATORIALE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 504 000
Taux de croissance démographique 2.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 44 Hommes 42
Indice de développement humain 121
Indice de pauvreté humaine
Rang 71
Valeur 38.1
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 7400
Dépenses publiques de santé par habitant 121

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 8900 [7300 – 11 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.2 [2.6 – 3.8%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 8000 [6600 – 9400]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 4700 [3900 – 5600]
Décès dus au SIDA ..... <1000 [<2000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 4600 [3500 – 5900]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 0.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 85.0% parmi les non-orphelins 89.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ÉRYTHRÉE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 401 000
Taux de croissance démographique 4.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 62 Hommes 58
Indice de développement humain 161
Indice de pauvreté humaine
Rang 73
Valeur 38.7
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1050
Dépenses publiques de santé par habitant 23

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 59 000 [33 000 – 95 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 2.4 [1.3 – 3.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 53 000 [30 000 – 84 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 31 000 [15 000 – 53 000]
Décès dus au SIDA ..... 5600 [2900 – 9600]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 6600 [2300 – 16 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 36 000 [20 000 – 56 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 5.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 37.0% Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 8.8%[1] Hommes ..... –[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes 81.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

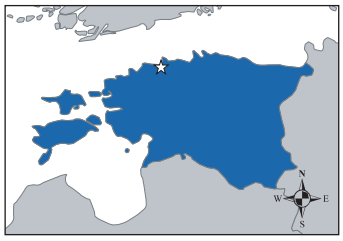
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ESTONIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 330 000
Taux de croissance démographique ..... -0.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 66
Indice de développement humain 38
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 13 190
Dépenses publiques de santé par habitant 526

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 10 000 [4800 – 32 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.3 [0.6 – 4.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 10 000 [4800 – 32 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2400 [1000 – 7900]
Décès dus au SIDA ..... [<2000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 526 565

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 17.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ÉTHIOPIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 77 431 000
Taux de croissance démographique 2.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 51 Hommes 49
Indice de développement humain 170
Indice de pauvreté humaine
Rang 99
Valeur 55.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 80.7%
Revenu national brut par habitant 810
Dépenses publiques de santé par habitant 12

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... [420 000 – 1 300 000][1]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [0.9 – 3.5%][2]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... [380 000 – 1 200 000][3]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... [190 000 – 730 000][4]
Décès dus au SIDA ..... [38 000 – 130 000][5]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... [30 000 – 220 000][6]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... [280 000 – 870 000][7]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 0.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 7.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 26.0% parmi les non-orphelins 43.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 7.4% Hommes 37.9%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 41.5% Hommes 40.3%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 14.6% Hommes 36.1%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



FIDJI

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 848 000
Taux de croissance démographique 0.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 72 Hommes 66
Indice de développement humain 92
Indice de pauvreté humaine
Rang 49
Valeur 21.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 5770
Dépenses publiques de santé par habitant 135

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <1000 [320 – 2100]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [320 – 2100]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... 25.0%[1]
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

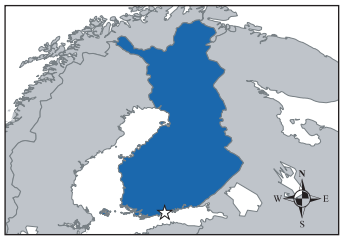
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 288 475

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 100.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



FINLANDE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 5 249 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 82 Hommes 75
Indice de développement humain 13
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 4[1]
Valeur ..... 8.2[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 29 560
Dépenses publiques de santé par habitant 1163

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1900 [1100 – 3100]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1900 [1100 – 3200]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

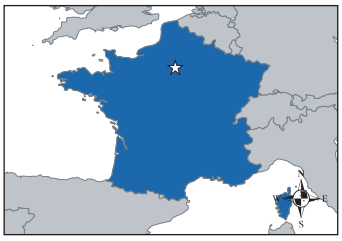
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



FRANCE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 60 496 000
Taux de croissance démographique 0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 83 Hommes 76
Indice de développement humain 16
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 10[1]
Valeur ..... 11.4[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 29 320
Dépenses publiques de santé par habitant 2213

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 130 000 [78 000 – 210 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.4 [0.3 – 0.8%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 130 000 [78 000 – 220 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 45 000 [23 000 – 79 000]
Décès dus au SIDA ..... 1500 [<2500]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

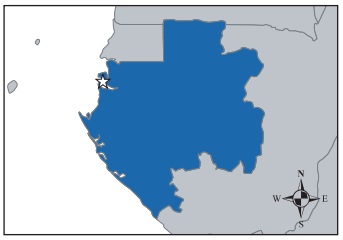
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



GABON

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 384 000
Taux de croissance démographique 1.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 59 Hommes 55
Indice de développement humain 123
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 5600
Dépenses publiques de santé par habitant 170

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 60 000 [40 000 – 87 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 7.9 [5.1 – 11.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 56 000 [37 000 – 81 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 33 000 [18 000 – 52 000]
Décès dus au SIDA ..... 4700 [2800 – 7000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 3900 [1400 – 8900]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 20 000 [13 000 – 29 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 6 709 107

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 0.7%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 23.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

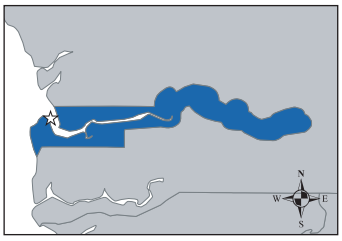
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



GAMBIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 517 000
Taux de croissance démographique 2.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 59 Hommes 55
Indice de développement humain 155
Indice de pauvreté humaine
Rang 88
Valeur 44.7
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 82.9%
Revenu national brut par habitant 1900
Dépenses publiques de santé par habitant 38

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 20 000 [10 000 – 33 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 2.4 [1.2 – 4.1%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 19 000 [9600 – 31 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 11 000 [5100 – 20 000]
Décès dus au SIDA ..... 1300 [670 – 2200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 1200 [430 – 2800]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 3800 [2200 – 6000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 5 543 227

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 16.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 10.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 58.0% parmi les non-orphelins 68.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

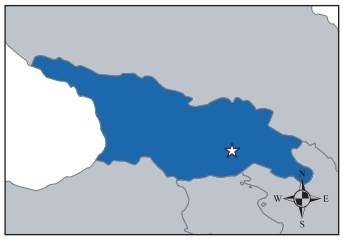
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



GÉORGIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 474 000
Taux de croissance démographique ..... -1.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 77 Hommes 70
Indice de développement humain 100
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 2930
Dépenses publiques de santé par habitant 42

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5600 [2700 – 18 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 2.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5600 [2700 – 18 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [410 – 3200]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

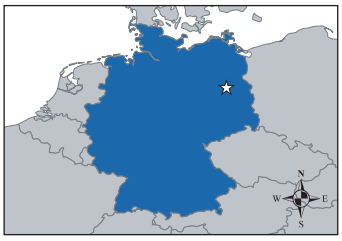
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 594 067

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 49.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 25.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 75.6%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ALLEMAGNE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 82 689 000
Taux de croissance démographique 0.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 82 Hommes 76
Indice de développement humain 20
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 6[1]
Valeur ..... 10.3[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 27 950
Dépenses publiques de santé par habitant 2348

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 49 000 [29 000 – 81 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 49 000 [29 000 – 81 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 15 000 [7700 – 26 000]
Décès dus au SIDA ..... <1000 [<2000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 80.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

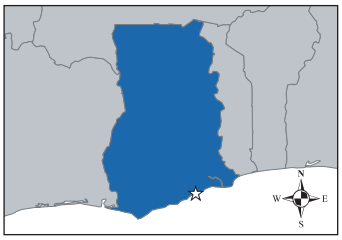
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



GHANA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 22 113 000
Taux de croissance démographique 2.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 58 Hommes 56
Indice de développement humain 138
Indice de pauvreté humaine
Rang 62
Valeur 35.1
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 78.5%
Revenu national brut par habitant 2280
Dépenses publiques de santé par habitant 31

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 320 000 [270 000 – 380 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 2.3 [1.9 – 2.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 300 000 [250 000 – 350 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 180 000 [150 000 – 210 000]
Décès dus au SIDA ..... 29 000 [21 000 – 36 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 25 000 [9800 – 48 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 170 000 [130 000 – 210 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 9 267 783

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 1.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 7.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 65.0% parmi les non-orphelins 81.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 38.0% Hommes 44.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 50.0% Hommes 83.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 7.4%[1] Hommes ..... 3.9%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 33.0% Hommes 52.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 50.0%[3]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



GRÈCE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 11 120 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 82 Hommes 77
Indice de développement humain 24
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 22 000
Dépenses publiques de santé par habitant 1025

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 9300 [5600 – 15 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 9300 [5600 – 15 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2000 [1000 – 3500]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

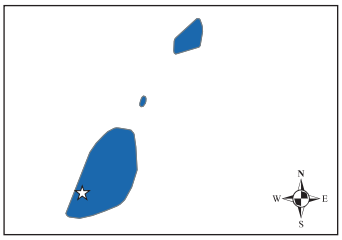
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



GRENADE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 103 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 69 Hommes 66
Indice de développement humain 66
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 7000
Dépenses publiques de santé par habitant 348

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

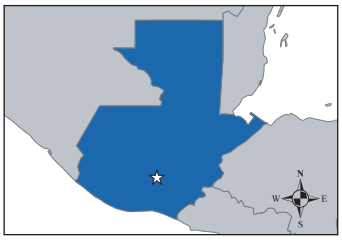
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



GUATEMALA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 12 599 000
Taux de croissance démographique 2.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 71 Hommes 65
Indice de développement humain 117
Indice de pauvreté humaine
Rang 51
Valeur 22.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 37.4%
Revenu national brut par habitant 4140
Dépenses publiques de santé par habitant 93

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 61 000 [37 000 – 100 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.9 [0.5 – 2.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 59 000 [35 000 – 97 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 16 000 [8300 – 29 000]
Décès dus au SIDA ..... 2700 [1600 – 4000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 11 187 481[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 43.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 7.0%[2] Hommes ..... 15.0%[3]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

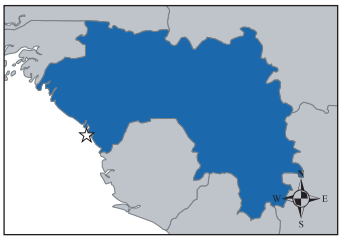
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 75.0%[4]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 10.0%[5]



GUINÉE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 9 402 000
Taux de croissance démographique 2.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 55 Hommes 52
Indice de développement humain 156
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 2130
Dépenses publiques de santé par habitant 16

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 85 000 [69 000 – 100 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.5 [1.2 – 1.8%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 78 000 [62 000 – 91 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 53 000 [42 000 – 61 000]
Décès dus au SIDA ..... 7100 [4700 – 9900]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 7000 [2400 – 16 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 28 000 [18 000 – 43 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 271 052

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 0.4%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 9.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 38.0% parmi les non-orphelins 33.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 17.6% Hommes 15.7%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 27.0% Hommes 42.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

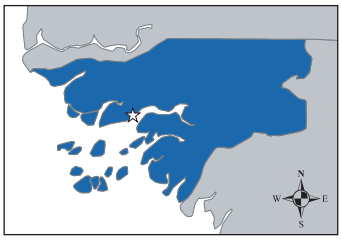
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 50.0%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



GUINÉE-BISSAU

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 586 000
Taux de croissance démographique 3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 48 Hommes 45
Indice de développement humain 172
Indice de pauvreté humaine
Rang 93
Valeur 48.2
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 690
Dépenses publiques de santé par habitant 21

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 32 000 [18 000 – 50 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.8 [2.1 – 6.0%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 29 000 [16 000 – 45 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 17 000 [8100 – 29 000]
Décès dus au SIDA ..... 2700 [1400 – 4400]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 3200 [1100 – 7500]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 11 000 [6000 – 16 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 2 065 487[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 19.5%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 1.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 51.0% parmi les non-orphelins 50.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

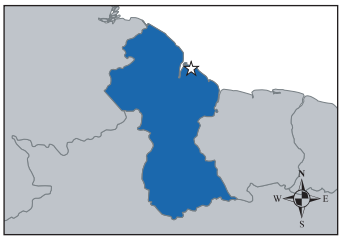
Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –

ANNEXE 1



GUYANA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 751 000
Taux de croissance démographique 0.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 64 Hommes 62
Indice de développement humain 107
Indice de pauvreté humaine
Rang 31
Valeur 14.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 4110
Dépenses publiques de santé par habitant 233

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 12 000 [4700 – 23 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 2.4 [1.0 – 4.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 11 000 [4400 – 22 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 6600 [2300 – 14 000]
Décès dus au SIDA ..... 1200 [440 – 2300]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <1000 [160 – 2000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 840 665

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 17.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 50.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



HAÏTI

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 8 528 000
Taux de croissance démographique 1.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 56 Hommes 53
Indice de développement humain 153
Indice de pauvreté humaine
Rang 70
Valeur 38.0
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1680
Dépenses publiques de santé par habitant 32

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 190 000 [120 000 – 270 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.8 [2.2 – 5.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 180 000 [100 000 – 250 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 96 000 [50 000 – 150 000]
Décès dus au SIDA ..... 16 000 [9500 – 24 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 17 000 [5800 – 36 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 115 609

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 20.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



HONDURAS

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 7 205 000
Taux de croissance démographique 2.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 70 Hommes 65
Indice de développement humain 116
Indice de pauvreté humaine
Rang 39
Valeur 16.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 44.0%
Revenu national brut par habitant 2710
Dépenses publiques de santé par habitant 104

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 63 000 [35 000 – 99 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.5 [0.8 – 2.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 61 000 [33 000 – 95 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 16 000 [7500 – 27 000]
Décès dus au SIDA ..... 3700 [2000 – 6200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 2400 [790 – 5600]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 6 214 056[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 3.4%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 35.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 13.0%[2] Hommes ..... 19.0%[3]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

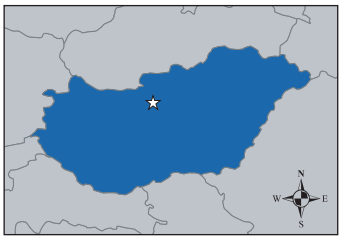
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



HONGRIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 10 098 000
Taux de croissance démographique ..... -0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 77 Hommes 69
Indice de développement humain 35
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 15 620
Dépenses publiques de santé par habitant 919

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 3200 [1900 – 5300]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 3200 [1900 – 5300]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

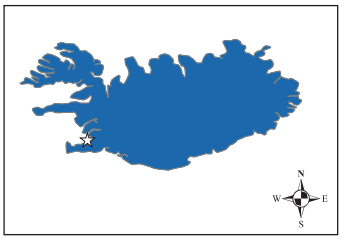
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ISLANDE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 295 000
Taux de croissance démographique 0.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 83 Hommes 79
Indice de développement humain 2
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –[1]
Valeur ..... –[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 32 360
Dépenses publiques de santé par habitant 2598

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

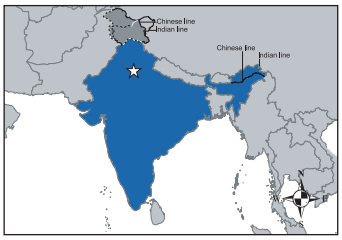
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



INDE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 103 371 000
Taux de croissance démographique 1.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 63 Hommes 61
Indice de développement humain 127
Indice de pauvreté humaine
Rang 58
Valeur 31.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 79.9%
Revenu national brut par habitant 3100
Dépenses publiques de santé par habitant 20

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5 700 000 [3 400 000 – 9 400 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.9 [0.5 – 1.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5 600 000 [3 400 000 – 9 300 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1 600 000 [820 000 – 2 800 000]
Décès dus au SIDA ..... [270 000 – 680 000][1]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 73 300 000[2]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 1.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 7.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 2.0% Hommes 12.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 51.0% Hommes 59.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 47.8%[3] Professionnel(le)s du sexe ..... 52.4%[4]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 45.0%[5]



INDONÉSIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 222 781 000
Taux de croissance démographique 1.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 68 Hommes 65
Indice de développement humain 110
Indice de pauvreté humaine
Rang 41
Valeur 17.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 52.4%
Revenu national brut par habitant 3460
Dépenses publiques de santé par habitant 40

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 170 000 [100 000 – 290 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 170 000 [100 000 – 290 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 29 000 [15 000 – 52 000]
Décès dus au SIDA ..... 5500 [3300 – 8300]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 0.7%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 13 000 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 30.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 15.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 37.3%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 1.3%[3]



IRAN (RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D')

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 69 515 000
Taux de croissance démographique 0.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 72 Hommes 68
Indice de développement humain 99
Indice de pauvreté humaine
Rang 36
Valeur 16.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 7.3%
Revenu national brut par habitant 7550
Dépenses publiques de santé par habitant 235

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 66 000 [36 000 – 160 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 66 000 [35 000 – 160 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 11 000 [5200 – 28 000]
Décès dus au SIDA ..... 1600 [920 – 2700]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

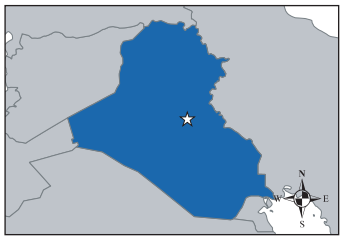
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 14 000 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 9.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 11.4%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



IRAQ

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 28 807 000
Taux de croissance démographique 2.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 61 Hommes 51
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 33

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

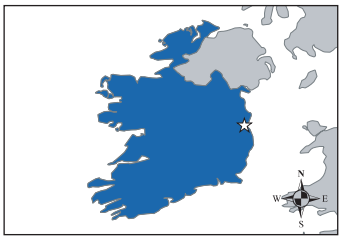
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



IRLANDE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 148 000
Taux de croissance démographique 1.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 81 Hommes 75
Indice de développement humain 8
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 16[1]
Valeur ..... 15.2[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 33 170
Dépenses publiques de santé par habitant 1968

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5000 [3000 – 8300]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5000 [3000 – 8300]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1800 [920 – 3200]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ISRAËL

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 6 725 000
Taux de croissance démographique 2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 82 Hommes 78
Indice de développement humain 23
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 23 510
Dépenses publiques de santé par habitant 1303

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 4000 [2200 – 9800]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

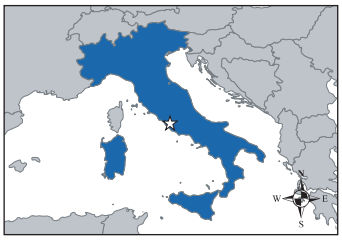
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ITALIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 58 093 000
Taux de croissance démographique 0.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 84 Hommes 78
Indice de développement humain 18
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 18[1]
Valeur ..... 29.9[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 27 860
Dépenses publiques de santé par habitant 1703

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 150 000 [90 000 – 250 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.5 [0.3 – 0.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 150 000 [90 000 – 250 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 50 000 [26 000 – 88 000]
Décès dus au SIDA ..... 3000 [<4000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

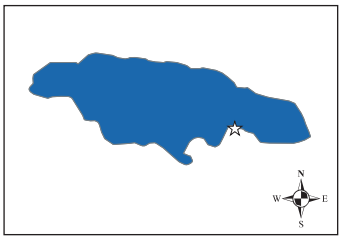
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



JAMAÏQUE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 2 651 000
Taux de croissance démographique 0.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 70
Indice de développement humain 98
Indice de pauvreté humaine
Rang 21
Valeur 10.5
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 13.3%
Revenu national brut par habitant 3630
Dépenses publiques de santé par habitant 109

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 25 000 [14 000 – 39 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.5 [0.8 – 2.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 25 000 [14 000 – 39 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 6900 [3300 – 12 000]
Décès dus au SIDA ..... 1300 [710 – 2200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 4 722 123

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 56.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

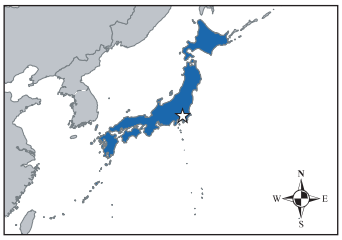
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 60.0%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



JAPON

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 128 085 000
Taux de croissance démographique 0.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 86 Hommes 79
Indice de développement humain 11
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 12[1]
Valeur ..... 11.7[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 30 040
Dépenses publiques de santé par habitant 1818

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 17 000 [10 000 – 29 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 17 000 [10 000 – 28 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 9900 [5000 – 17 000]
Décès dus au SIDA ..... 1400 [830 – 2100]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

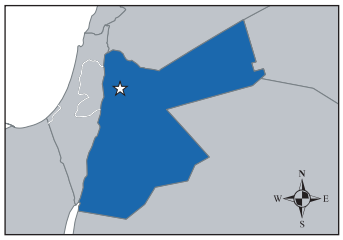
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



JORDANIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 5 703 000
Taux de croissance démographique 2.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 73 Hommes 69
Indice de développement humain 90
Indice de pauvreté humaine
Rang 11
Valeur 8.1
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 7.4%
Revenu national brut par habitant 4640
Dépenses publiques de santé par habitant 199

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

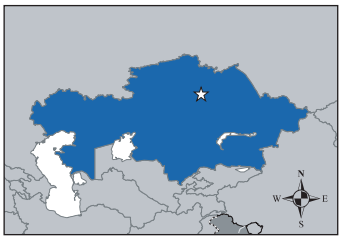
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 45.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



KAZAKHSTAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 14 825 000
Taux de croissance démographique ..... -0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 67 Hommes 56
Indice de développement humain 80
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 6980
Dépenses publiques de santé par habitant 180

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 12 000 [11 000 – 77 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 3.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 12 000 [11 000 – 76 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 6800 [5600 – 43 000]
Décès dus au SIDA ..... <1000 [<2000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 9.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

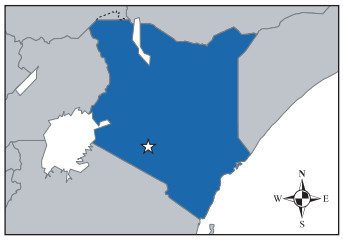
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 15.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 8.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 31.0%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 1.0%[3]



KENYA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 34 256 000
Taux de croissance démographique 2.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 50 Hommes 51
Indice de développement humain 154
Indice de pauvreté humaine
Rang 63
Valeur 35.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 58.3%
Revenu national brut par habitant 1050
Dépenses publiques de santé par habitant 25

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1 300 000 [1 100 000 – 1 500 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 6.1 [5.2 – 7.0%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1 200 000 [990 000 – 1 300 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 740 000 [640 000 – 840 000]
Décès dus au SIDA ..... 140 000 [110 000 – 170 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 150 000 [55 000 – 290 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 1 100 000 [890 000 – 1 300 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 33 245 670[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 9.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 19.7%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 88.0% parmi les non-orphelins 92.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 34.0% Hommes 47.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 30.0% Hommes 84.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 14.5%[2] Hommes ..... 30.9%[3]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 25.0% Hommes 47.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

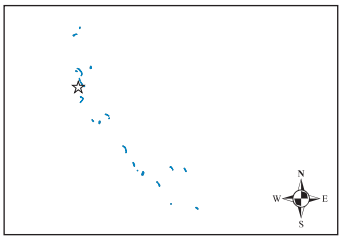
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Non

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 17.0%[4]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 2.0%[5]



KIRIBATI (RÉPUBLIQUE DE)

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 99 000
Taux de croissance démographique 2.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 67 Hommes 63
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 233

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



KOWEÏT

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 2 687 000
Taux de croissance démographique 3.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 76
Indice de développement humain 44
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 19 510
Dépenses publiques de santé par habitant 440

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

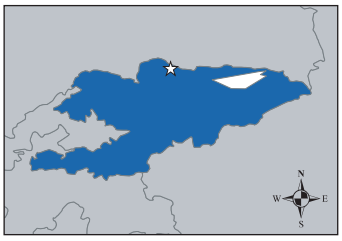
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



KIRGHIZISTAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 5 264 000
Taux de croissance démographique 1.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 67 Hommes 59
Indice de développement humain 109
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1840
Dépenses publiques de santé par habitant 66

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 4000 [1900 – 13 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 1.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 4000 [1900 – 13 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [290 – 2200]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

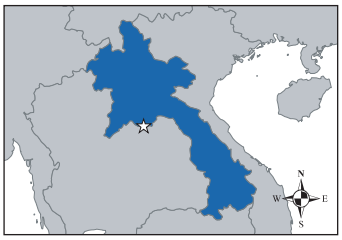
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 217 440[1]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 12.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 8.4%[2] Professionnel(le)s du sexe ..... 75.3%[3]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 79.2%[4]



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 5 924 000
Taux de croissance démographique 2.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 60 Hommes 58
Indice de développement humain 133
Indice de pauvreté humaine
Rang 72
Valeur 38.2
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 73.2%
Revenu national brut par habitant 1850
Dépenses publiques de santé par habitant 22

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 3700 [1800 – 12 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 3600 [1700 – 12 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [260 – 2000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 2.5%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

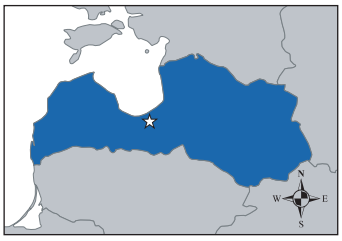
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 26 090

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 49.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 70.7%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



LETTONIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 2 307 000
Taux de croissance démographique ..... -0.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 76 Hommes 66
Indice de développement humain 48
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 11 850
Dépenses publiques de santé par habitant 348

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 10 000 [6100 – 17 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.8 [0.5 – 1.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 10 000 [6100 – 17 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2200 [1100 – 3900]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 58.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

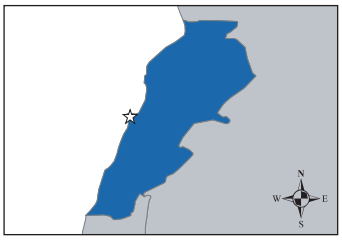
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 980 110

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 31.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 7.9%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 17.0%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 2.0%[3]



LIBAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 3 577 000
Taux de croissance démographique 1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 72 Hommes 68
Indice de développement humain 81
Indice de pauvreté humaine
Rang 18
Valeur 9.6
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 5380
Dépenses publiques de santé par habitant 214

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 2900 [1400 – 9200]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2900 [1400 – 9300]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [270 – 2100]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

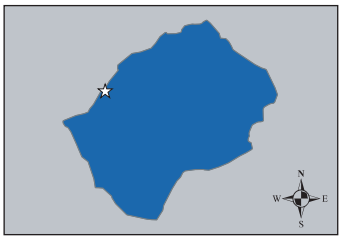
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 36.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



LESOTHO

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 795 000
Taux de croissance démographique 0.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 44 Hommes 39
Indice de développement humain 149
Indice de pauvreté humaine
Rang 91
Valeur 47.6
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 56.1%
Revenu national brut par habitant 3210
Dépenses publiques de santé par habitant 84

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 270 000 [250 000 – 290 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 23.2 [21.9 – 24.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 250 000 [240 000 – 270 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 150 000 [140 000 – 160 000]
Décès dus au SIDA ..... 23 000 [20 000 – 27 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 18 000 [6900 – 34 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 97 000 [88 000 – 110 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 1 357 875

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 5.1%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 14.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 79.0% parmi les non-orphelins 91.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 43.3% Hommes 89.5%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 14.4% Hommes 27.5%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 50.0% Hommes 48.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

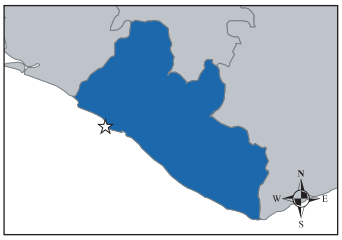
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



LIBÉRIA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 3 283 000
Taux de croissance démographique 1.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 44 Hommes 39
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 10

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [2.0 – 5.0%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 104 733

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 3.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

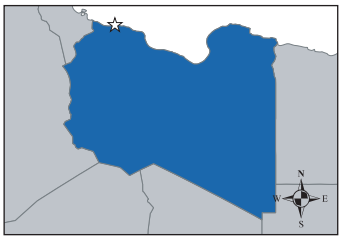
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



JAMAHIRIYA ARABE LIBYENNE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 5 854 000
Taux de croissance démographique 2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 75 Hommes 70
Indice de développement humain 58
Indice de pauvreté humaine
Rang 33
Valeur 15.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 206

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

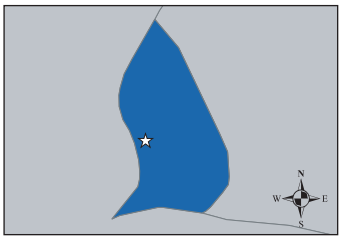
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 35.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



LIECHTENSTEIN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 35 000
Taux de croissance démographique 1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... – Hommes ..... –
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant ..... –

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

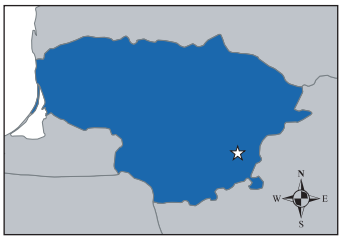
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



LITUANIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 3 431 000
Taux de croissance démographique ..... -0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 66
Indice de développement humain 39
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 12 610
Dépenses publiques de santé par habitant 573

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 3300 [1600 – 10 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 3300 [1600 – 11 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

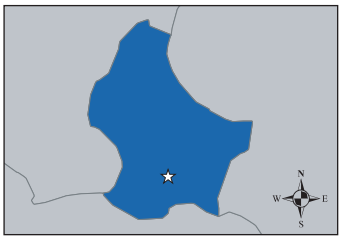
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 838 150

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 64.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



LUXEMBOURG

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 465 000
Taux de croissance démographique 1.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 81 Hommes 76
Indice de développement humain 4
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 8[1]
Valeur ..... 11.1[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 61 220
Dépenses publiques de santé par habitant 3341

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <1000 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

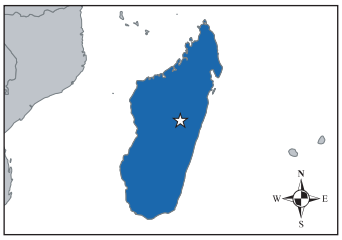
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



MADAGASCAR

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 18 606 000
Taux de croissance démographique 2.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 59 Hommes 55
Indice de développement humain 146
Indice de pauvreté humaine
Rang 63
Valeur 35.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 85.1%
Revenu national brut par habitant 830
Dépenses publiques de santé par habitant 15

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 49 000 [16 000 – 110 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.5 [0.2 – 1.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 47 000 [16 000 – 110 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 13 000 [4000 – 33 000]
Décès dus au SIDA ..... 2900 [1100 – 6500]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 1600 [470 – 4900]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 13 000 [5000 – 24 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 0.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 61.0% parmi les non-orphelins 80.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 19.0% Hommes 16.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 31.0% Hommes 72.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 16.0%[1] Hommes ..... 7.7%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 5.0% Hommes 12.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

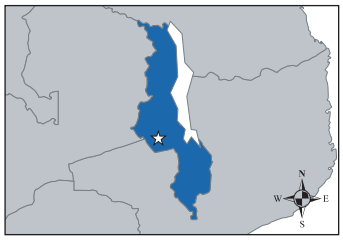
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 187 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 0.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



MALAWI

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 12 884 000
Taux de croissance démographique 2.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 42 Hommes 41
Indice de développement humain 165
Indice de pauvreté humaine
Rang 85
Valeur 43.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 76.1%
Revenu national brut par habitant 620
Dépenses publiques de santé par habitant 16

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 940 000 [480 000 – 1 400 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 14.1 [6.9 – 21.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 850 000 [440 000 – 1 300 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 500 000 [220 000 – 800 000]
Décès dus au SIDA ..... 78 000 [38 000 – 120 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 91 000 [28 000 – 190 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 550 000 [310 000 – 780 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 8 704 000

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... 2.3%[1]
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 20.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 81.0% parmi les non-orphelins 87.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 23.5% Hommes 36.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 13.9% Hommes 62.1%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 35.0% Hommes 47.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

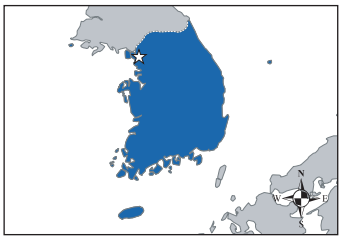
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE DE CORÉE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 47 817 000
Taux de croissance démographique 0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 80 Hommes 73
Indice de développement humain 28
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... <2.0%
Revenu national brut par habitant 20 400
Dépenses publiques de santé par habitant 531

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 13 000 [7900 – 25 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 13 000 [7800 – 25 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 7400 [3900 – 16 000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

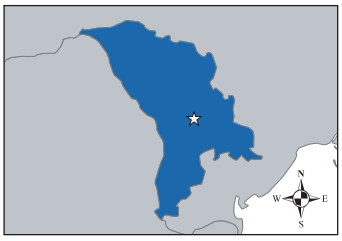
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE DE MOLDOVA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 206 000
Taux de croissance démographique ..... -0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 71 Hommes 64
Indice de développement humain 115
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1930
Dépenses publiques de santé par habitant 96

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 29 000 [15 000 – 69 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.1 [0.6 – 2.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 28 000 [15 000 – 69 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 16 000 [7400 – 40 000]
Décès dus au SIDA ..... 1400 [810 – 2400]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 23.5% Hommes 34.1%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 44.0% Hommes 63.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 360 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 39.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 22.4%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 14.1%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ... 90.0%[3]



ROUMANIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 21 711 000
Taux de croissance démographique ..... -0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 76 Hommes 68
Indice de développement humain 64
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 8190
Dépenses publiques de santé par habitant 340

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 7000 [3400 – 22 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1% [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... 0.2%[1]
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 42 654 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... 100.0%[2]
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 9.3%[3] Professionnel(le)s du sexe ..... 3.6%[4]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 3.1%[5]



FÉDÉRATION DE RUSSIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 143 202 000
Taux de croissance démographique ..... -0.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 72 Hommes 59
Indice de développement humain 62
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 9620
Dépenses publiques de santé par habitant 325

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 940 000 [560 000 – 1 600 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.1 [0.7 – 1.8%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 940 000 [560 000 – 1 600 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 210 000 [110 000 – 370 000]
Décès dus au SIDA ..... [22 000 – 56 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 14.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 8.2% Hommes 17.2%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

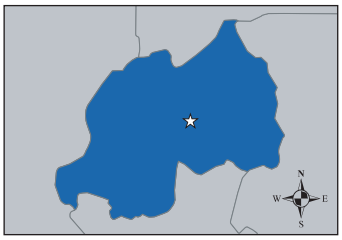
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 33 430 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Non

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 5.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 4.9%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 15.6%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 1.0%[3]



RWANDA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 9 038 000
Taux de croissance démographique 2.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 47 Hommes 44
Indice de développement humain 159
Indice de pauvreté humaine
Rang 69
Valeur 37.7
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 83.7%
Revenu national brut par habitant 1300
Dépenses publiques de santé par habitant 14

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 190 000 [180 000 – 210 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.1 [2.9 – 3.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 160 000 [160 000 – 170 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 91 000 [86 000 – 95 000]
Décès dus au SIDA ..... 21 000 [13 000 – 26 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 27 000 [11 000 – 53 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 210 000 [170 000 – 260 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 1 705 474

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 9.4%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 39.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 64.0% parmi les non-orphelins 80.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 28.0% Hommes 41.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

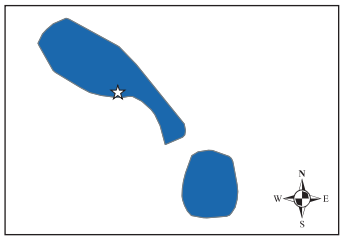
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SAINT-KITTS-ET-NEVIS

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 43 000
Taux de croissance démographique 1.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 72 Hommes 69
Indice de développement humain 49
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 11 190
Dépenses publiques de santé par habitant 427

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

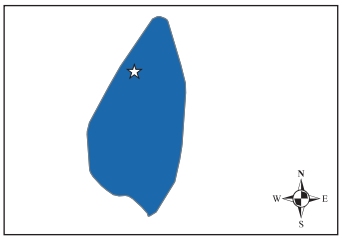
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 347 500[1]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SAINTE-LUCIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 161 000
Taux de croissance démographique 0.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 77 Hommes 71
Indice de développement humain 76
Indice de pauvreté humaine
Rang 12
Valeur 8.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 5560
Dépenses publiques de santé par habitant 200

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 20.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

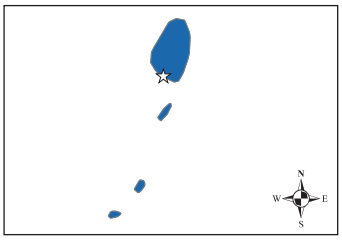
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 2 164 444

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 80.6%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SAINT-VINCENT-ET-GRENADINES

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 119 000
Taux de croissance démographique 0.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 73 Hommes 66
Indice de développement humain 87
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 6250
Dépenses publiques de santé par habitant 259

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 61.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 37.0% Hommes 63.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

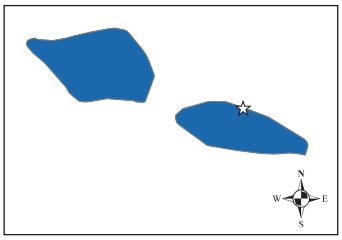
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 461 914[1]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 100.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SAMOA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 185 000
Taux de croissance démographique 0.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 70 Hommes 66
Indice de développement humain 74
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 5670
Dépenses publiques de santé par habitant 165

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

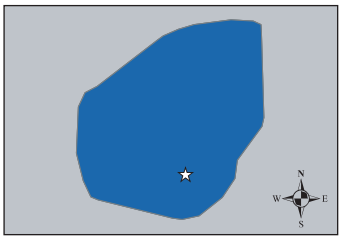
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SAINT-MARIN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 28 000
Taux de croissance démographique 0.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 84 Hommes 79
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 2467

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

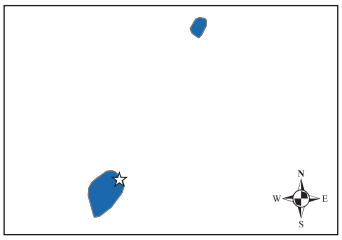
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 157 000
Taux de croissance démographique 2.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 60 Hommes 57
Indice de développement humain 126
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 78

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins 81.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ARABIE SAOUDITE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 24 573 000
Taux de croissance démographique 2.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 68
Indice de développement humain 77
Indice de pauvreté humaine
Rang 32
Valeur 14.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 14 010
Dépenses publiques de santé par habitant 439

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

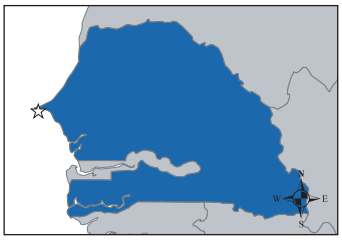
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 14.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SÉNÉGAL

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 11 658 000
Taux de croissance démographique 2.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 57 Hommes 54
Indice de développement humain 157
Indice de pauvreté humaine
Rang 87
Valeur 44.2
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 67.8%
Revenu national brut par habitant 1720
Dépenses publiques de santé par habitant 24

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 61 000 [29 000 – 100 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.9 [0.4 – 1.5%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 56 000 [26 000 – 92 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 33 000 [14 000 – 58 000]
Décès dus au SIDA ..... 5200 [2500 – 8600]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 5000 [1700 – 12 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 25 000 [14 000 – 39 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 11 921 236

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 1.4%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 47.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 40.0% parmi les non-orphelins 54.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 34.0% Hommes 54.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

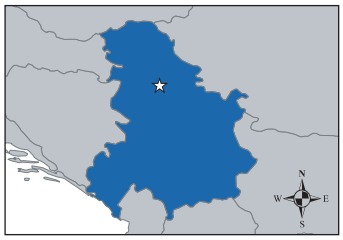
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SERBIE-ET-MONTÉNÉGRO

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 10 503 000
Taux de croissance démographique ..... -0.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 75 Hommes 70
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 282

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 10 000 [6000 – 17 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 10 000 [6000 – 17 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2000 [1000 – 3500]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

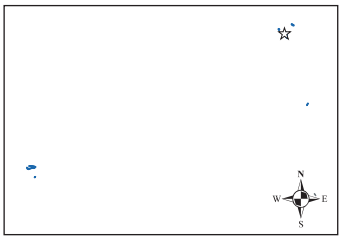
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 6 697 551[1]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SEYCHELLES

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 81 000
Taux de croissance démographique 0.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 67
Indice de développement humain 51
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 15 590
Dépenses publiques de santé par habitant 439

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... 97.7%[1]
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

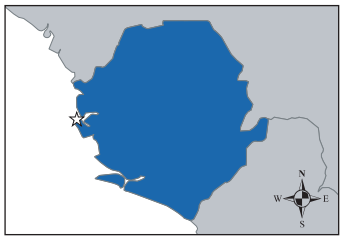
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SIERRA LEONE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 5 525 000
Taux de croissance démographique 4.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 40 Hommes 37
Indice de développement humain 176
Indice de pauvreté humaine
Rang 98
Valeur 54.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 74.5%
Revenu national brut par habitant 790
Dépenses publiques de santé par habitant 20

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 48 000 [27 000 – 73 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.6 [0.9 – 2.4%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 43 000 [25 000 – 66 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 26 000 [15 000 – 39 000]
Décès dus au SIDA ..... 4600 [2600 – 7500]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 5200 [1800 – 12 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 31 000 [19 000 – 49 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 2.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 35.0% parmi les non-orphelins 50.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

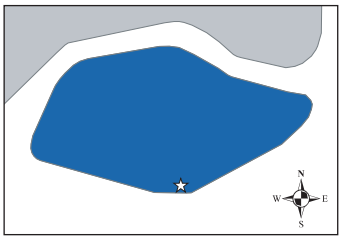
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SINGAPOUR

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 326 000
Taux de croissance démographique 1.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 82 Hommes 77
Indice de développement humain 25
Indice de pauvreté humaine
Rang 6
Valeur 6.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 26 590
Dépenses publiques de santé par habitant 417

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5500 [3100 – 14 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.3 [0.2 – 0.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5500 [3000 – 14 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1500 [700 – 3700]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

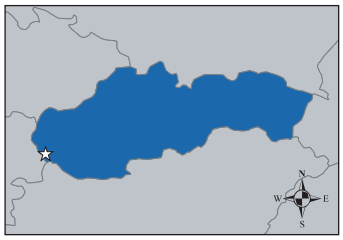
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SLOVAQUIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 5 401 000
Taux de croissance démographique 0%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 70
Indice de développement humain 42
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 14 370
Dépenses publiques de santé par habitant 687

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

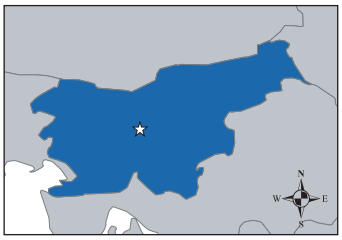
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SLOVÉNIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 967 000
Taux de croissance démographique 0%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 81 Hommes 73
Indice de développement humain 26
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 20 730
Dépenses publiques de santé par habitant 1274

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

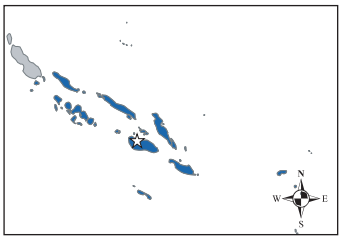
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ÎLES SALOMON

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 478 000
Taux de croissance démographique 2.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 70 Hommes 66
Indice de développement humain 128
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1760
Dépenses publiques de santé par habitant 81

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

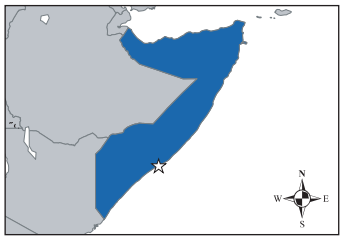
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SOMALIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 8 228 000
Taux de croissance démographique 3.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 45 Hommes 43
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant ..... –

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 44 000 [23 000 – 81 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.9 [0.5 – 1.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 40 000 [21 000 – 72 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 23 000 [11 000 – 45 000]
Décès dus au SIDA ..... 4100 [2000 – 8000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 4500 [1500 – 13 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 23 000 [11 000 – 45 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 3.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 1.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 14.0% parmi les non-orphelins 21.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 7.9% Hommes 12.5%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

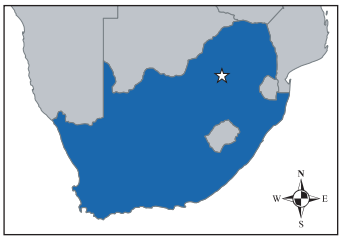
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Non
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



AFRIQUE DU SUD

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 47 432 000
Taux de croissance démographique 0.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 49 Hommes 47
Indice de développement humain 120
Indice de pauvreté humaine
Rang 56
Valeur 30.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 34.1%
Revenu national brut par habitant 10 960
Dépenses publiques de santé par habitant 258

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5 500 000 [4 900 000 – 6 100 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 18.8 [16.8 – 20.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5 300 000 [4 800 000 – 5 800 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 3 100 000 [2 800 000 – 3 400 000]
Décès dus au SIDA ..... 320 000 [270 000 – 380 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 240 000 [93 000 – 500 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 1 200 000 [970 000 – 1 400 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 446 461 994[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 14.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 21.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

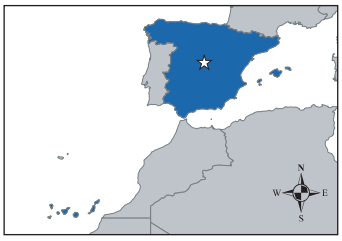
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ESPAGNE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 43 069 000
Taux de croissance démographique 1.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 83 Hommes 77
Indice de développement humain 21
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 11[1]
Valeur ..... 11.6[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 25 070
Dépenses publiques de santé par habitant 1321

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 140 000 [84 000 – 230 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.6 [0.4 – 1.0%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 140 000 [84 000 – 230 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 32 000 [16 000 – 57 000]
Décès dus au SIDA ..... 2000 [<3000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

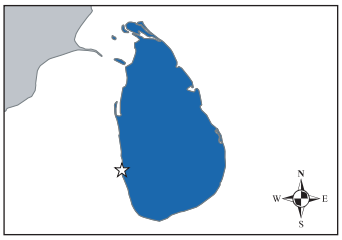
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SRI LANKA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 20 743 000
Taux de croissance démographique 0.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 75 Hommes 68
Indice de développement humain 93
Indice de pauvreté humaine
Rang 42
Valeur 18.0
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 50.7%
Revenu national brut par habitant 4000
Dépenses publiques de santé par habitant 55

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5000 [3000 – 8300]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5000 [3000 – 8 300]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <1000 [<1000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 2 950 000

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 6.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SOUDAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 36 233 000
Taux de croissance démographique 1.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 60 Hommes 56
Indice de développement humain 141
Indice de pauvreté humaine
Rang 59
Valeur 32.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1870
Dépenses publiques de santé par habitant 23

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 350 000 [170 000 – 580 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.6 [0.8 – 2.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 320 000 [160 000 – 530 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 180 000 [80 000 – 320 000]
Décès dus au SIDA ..... 34 000 [18 000 – 58 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 30 000 [12 000 – 74 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 0.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 1.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

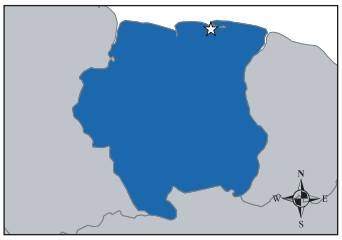
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SURINAME

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 449 000
Taux de croissance démographique 0.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 70 Hommes 65
Indice de développement humain 86
Indice de pauvreté humaine
Rang 23
Valeur 10.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 142

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 5200 [2800 – 8100]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.9 [1.1 – 3.1%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5100 [2800 – 8000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1400 [690 – 2400]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <100 [<200]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 55.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

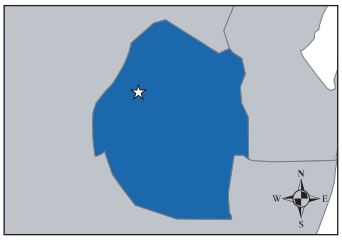
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SWAZILAND

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 032 000
Taux de croissance démographique 0.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 39 Hommes 36
Indice de développement humain 147
Indice de pauvreté humaine
Rang 97
Valeur 52.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 4970
Dépenses publiques de santé par habitant 185

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 220 000 [150 000 – 290 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 33.4 [21.2 – 45.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 210 000 [140 000 – 270 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 120 000 [70 000 – 180 000]
Décès dus au SIDA ..... 16 000 [10 000 – 23 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 15 000 [5500 – 32 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 63 000 [45 000 – 77 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 3 960 517

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 11.9%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 31.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 79.0% parmi les non-orphelins 87.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

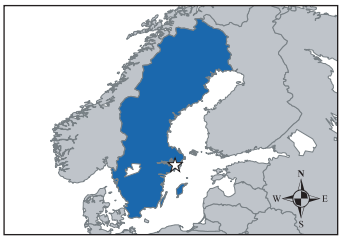
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SUÈDE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 9 041 000
Taux de croissance démographique 0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 83 Hommes 78
Indice de développement humain 6
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 1[1]
Valeur ..... 6.5[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 29 770
Dépenses publiques de santé par habitant 2305

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 8000 [4800 – 13 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 8000 [4800 – 13 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 2500 [1300 – 4400]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

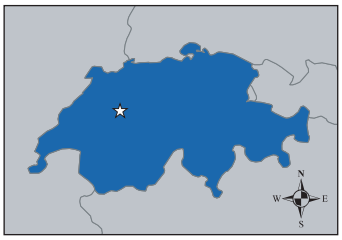
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



SUISSE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 7 252 000
Taux de croissance démographique 0.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 83 Hommes 78
Indice de développement humain 7
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 7[1]
Valeur ..... 11.0[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 35 370
Dépenses publiques de santé par habitant 2209

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 17 000 [9900 – 27 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.4 [0.3 – 0.8%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 16 000 [9900 – 27 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5900 [3000 – 10 000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

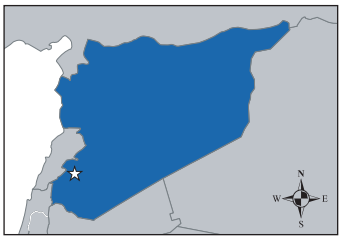
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 19 043 000
Taux de croissance démographique 2.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 70
Indice de développement humain 106
Indice de pauvreté humaine
Rang 29
Valeur 13.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 3550
Dépenses publiques de santé par habitant 56

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

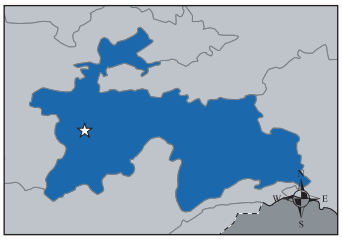
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 9.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TADJIKISTAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 6 507 000
Taux de croissance démographique 1.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 64 Hommes 62
Indice de développement humain 122
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1150
Dépenses publiques de santé par habitant 15

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 4900 [2400 – 16 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 1.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 4900 [2300 – 16 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<2000]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 330 891[1]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 16.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



THAÏLANDE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 64 233 000
Taux de croissance démographique 0.9%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 73 Hommes 67
Indice de développement humain 73
Indice de pauvreté humaine
Rang 28
Valeur 12.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 32.5%
Revenu national brut par habitant 8020
Dépenses publiques de santé par habitant 160

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 580 000 [330 000 – 920 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.4 [0.7 – 2.1%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 560 000 [320 000 – 900 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 220 000 [100 000 – 370 000]
Décès dus au SIDA ..... 21 000 [14 000 – 42 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 16 000 [5400 – 38 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 92 821 968[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 30.6%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 60.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 6.6% Hommes 10.9%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

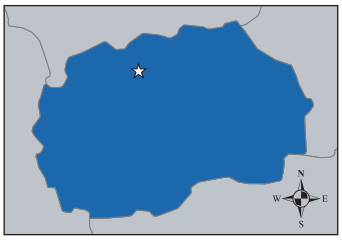
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



EX-RÉPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACÉDOINE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 2 034 000
Taux de croissance démographique 0.2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 76 Hommes 69
Indice de développement humain 59
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 6480
Dépenses publiques de santé par habitant 329

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

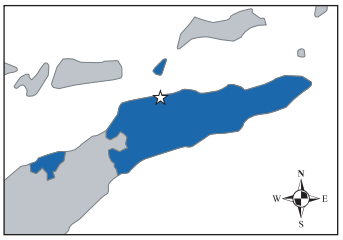
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 220 744

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TIMOR-LESTE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 947 000
Taux de croissance démographique 5.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 66 Hommes 61
Indice de développement humain 140
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 95

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

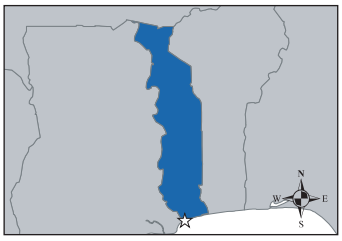
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TOGO

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 6 145 000
Taux de croissance démographique 2.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 56 Hommes 52
Indice de développement humain 143
Indice de pauvreté humaine
Rang 76
Valeur 39.5
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1690
Dépenses publiques de santé par habitant 15

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 110 000 [65 000 – 160 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 3.2 [1.9 – 4.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 100 000 [60 000 – 150 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 61 000 [31 000 – 95 000]
Décès dus au SIDA ..... 9100 [5000 – 14 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 9700 [3700 – 22 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 88 000 [51 000 – 130 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 587 123[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 1.8%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 27.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 74.0% parmi les non-orphelins 78.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

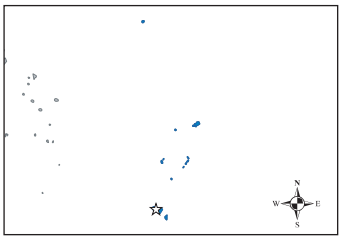
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 30.0%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TONGA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 102 000
Taux de croissance démographique 0.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 70 Hommes 71
Indice de développement humain 54
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 7220
Dépenses publiques de santé par habitant 255

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

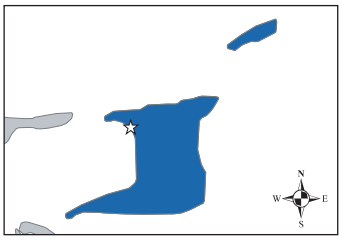
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TRINITÉ-ET-TOBAGO

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 1 305 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 73 Hommes 67
Indice de développement humain 57
Indice de pauvreté humaine
Rang 15
Valeur 8.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 39.0%
Revenu national brut par habitant 11 180
Dépenses publiques de santé par habitant 201

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 27 000 [15 000 – 42 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 2.6 [1.4 – 4.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 26 000 [15 000 – 41 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 15 000 [6900 – 24 000]
Décès dus au SIDA ..... 1900 [990 – 3100]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... <1000 [<2000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 5 887 676

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... 71.4%[1]
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 38.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

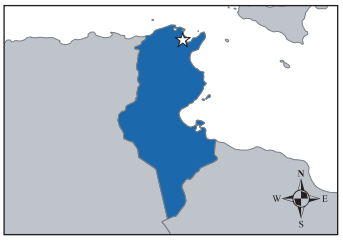
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TUNISIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 10 102 000
Taux de croissance démographique 1.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 70
Indice de développement humain 89
Indice de pauvreté humaine
Rang 43
Valeur 18.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 6.6%
Revenu national brut par habitant 7310
Dépenses publiques de santé par habitant 187

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 8700 [4700 – 21 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.1 [0.1 – 0.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 8600 [4600 – 21 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1900 [860 – 4700]
Décès dus au SIDA ..... <100 [<200]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

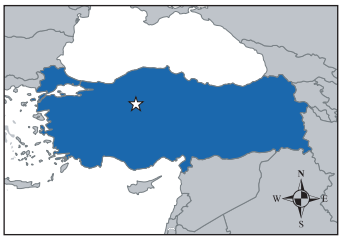
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 34.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 2.0%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 20.0%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 5.0%[3]



TURQUIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 73 193 000
Taux de croissance démographique 1.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 73 Hommes 69
Indice de développement humain 93
Indice de pauvreté humaine
Rang 19
Valeur 9.7
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 10.3%
Revenu national brut par habitant 7680
Dépenses publiques de santé par habitant 378

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <2000 [<5000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

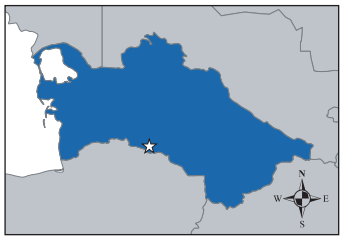
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 3 030 802[1]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 9.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 13.8%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TURKMÉNISTAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 833 000
Taux de croissance démographique 1.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 65 Hommes 56
Indice de développement humain 97
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 6910
Dépenses publiques de santé par habitant 149

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... <0.1 [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... <500 [<1000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

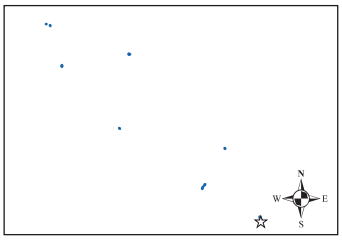
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 0.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



TUVALU

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 10 000
Taux de croissance démographique 0.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 62 Hommes 61
Indice de développement humain ..... –
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant ..... –
Dépenses publiques de santé par habitant 62

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

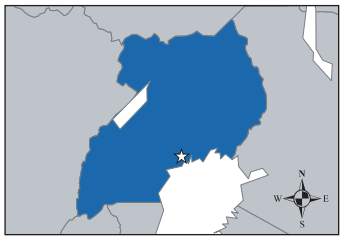
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



OUGANDA

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 28 816 000
Taux de croissance démographique 3.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 51 Hommes 48
Indice de développement humain 144
Indice de pauvreté humaine
Rang 66
Valeur 36.0
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1520
Dépenses publiques de santé par habitant 23

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1 000 000 [850 000 – 1 200 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 6.7 [5.7 – 7.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 900 000 [780 000 – 1 000 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 520 000 [450 000 – 590 000]
Décès dus au SIDA ..... 91 000 [54 000 – 130 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 110 000 [39 000 – 200 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 1 000 000 [870 000 – 1 300 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 18 778 886

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 12.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 56.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 88.0% parmi les non-orphelins 93.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 26.0% Hommes 74.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 12.2%[1] Hommes ..... 16.3%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 53.0% Hommes 55.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

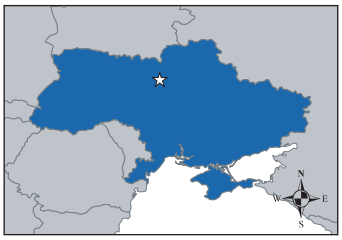
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 10.0%[3]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



UKRAINE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 46 481 000
Taux de croissance démographique ..... -1.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 73 Hommes 62
Indice de développement humain 78
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 6250
Dépenses publiques de santé par habitant 201

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 410 000 [250 000 – 680 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 1.4 [0.8 – 4.3%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 410 000 [250 000 – 680 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 200 000 [100 000 – 350 000]
Décès dus au SIDA ..... 22 000 [13 000 – 33 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 31.8%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 65.1% Hommes 73.2%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

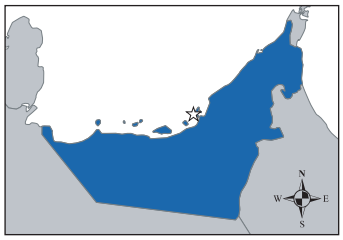
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 3 935 259

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Non

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 7.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 38.4%[1] Professionnel(le)s du sexe ..... 33.7%[2]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 5.0%[3]



ÉMIRATS ARABES UNIS

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 4 496 000
Taux de croissance démographique 6.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 79 Hommes 76
Indice de développement humain 41
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 21 000
Dépenses publiques de santé par habitant 465

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

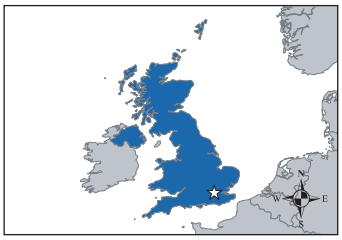
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 59 668 000
Taux de croissance démographique 0.3%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 81 Hommes 76
Indice de développement humain 15
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... 15[1]
Valeur ..... 14.8[2]
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 31 460
Dépenses publiques de santé par habitant 2047

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 68 000 [41 000 – 110 000][3]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.4%][4]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 67 000 [40 000 – 110 000][5]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 21 000 [11 000 – 37 000][6]
Décès dus au SIDA ..... <1000 [<2000][7]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –[8]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –[9]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

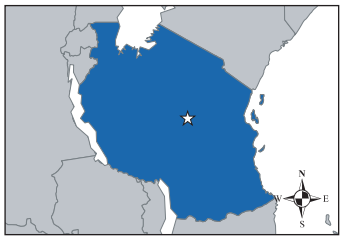
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 38 329 000
Taux de croissance démographique 2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 49 Hommes 47
Indice de développement humain 164
Indice de pauvreté humaine
Rang 65
Valeur 35.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 59.7%
Revenu national brut par habitant 660
Dépenses publiques de santé par habitant 16

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1 400 000 [1 300 000 – 1 600 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 6.5 [5.8 – 7.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1 300 000 [1 200 000 – 1 400 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 710 000 [640 000 – 780 000]
Décès dus au SIDA ..... 140 000 [110 000 – 180 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 110 000 [43 000 – 210 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 1 100 000 [910 000 – 1 200 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 45 000 000

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 7.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 73.0% parmi les non-orphelins 90.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 44.0% Hommes 49.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 36.0% Hommes 81.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 10.1%[1] Hommes ..... 10.7%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 42.0% Hommes 47.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

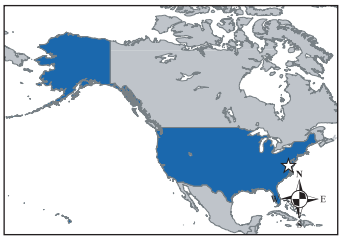
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 298 213 000
Taux de croissance démographique 1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 80 Hommes 75
Indice de développement humain 10
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 39 710
Dépenses publiques de santé par habitant 2548

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1 200 000 [720 000 – 2 000 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.6 [0.4 – 1.0%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1 200 000 [720 000 – 2 000 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 300 000 [150 000 – 530 000]
Décès dus au SIDA ..... 16 000 [9600 – 24 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

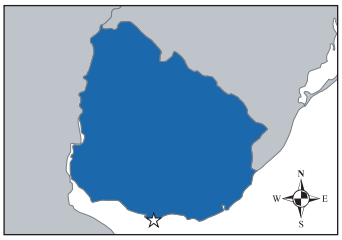
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... 70.1%[1]
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



URUGUAY

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 3 463 000
Taux de croissance démographique 0.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 79 Hommes 71
Indice de développement humain 46
Indice de pauvreté humaine
Rang 1
Valeur 3.6
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 9.5%
Revenu national brut par habitant 9070
Dépenses publiques de santé par habitant 224

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 9600 [4600 – 30 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.5 [0.2 – 6.1%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 9500 [4500 – 31 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 5300 [2200 – 17 000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 19.3%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

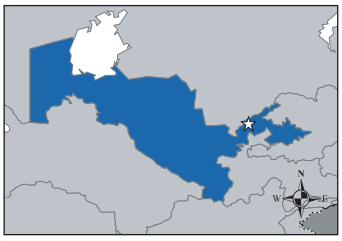
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 3 811 000[1]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 69.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



OUZBÉKISTAN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 26 593 000
Taux de croissance démographique 1.5%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 69 Hommes 63
Indice de développement humain 111
Indice de pauvreté humaine
Rang ..... –
Valeur ..... –
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 1860
Dépenses publiques de santé par habitant 68

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 31 000 [15 000 – 99 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.2 [0.1 – 0.7%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 31 000 [15 000 – 100 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 4100 [1700 – 13 000]
Décès dus au SIDA ..... <500 [<1000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 8.0% Hommes 7.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 1.0% Hommes 45.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes 50.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

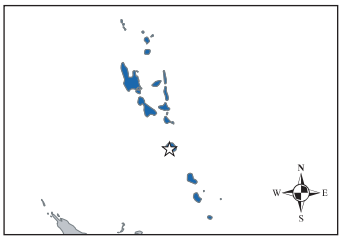
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 0.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



VANUATU

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 211 000
Taux de croissance démographique 2%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 69 Hommes 67
Indice de développement humain 118
Indice de pauvreté humaine
Rang 52
Valeur 24.7
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 2790
Dépenses publiques de santé par habitant 81

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... –
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

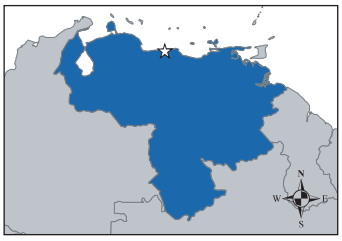
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



VENEZUELA (RÉPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 26 749 000
Taux de croissance démographique 1.8%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 78 Hommes 72
Indice de développement humain 75
Indice de pauvreté humaine
Rang 14
Valeur 8.8
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 32.0%
Revenu national brut par habitant 5760
Dépenses publiques de santé par habitant 102

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 110 000 [54 000 – 350 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.7 [0.3 – 8.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 110 000 [52 000 – 350 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 31 000 [13 000 – 100 000]
Décès dus au SIDA ..... 6100 [3100 – 11 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 4.2%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 28 244 688

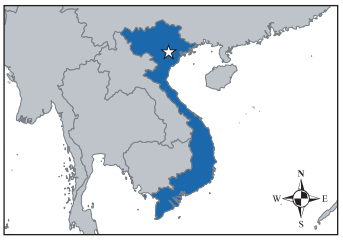
Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 84.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 30.0%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... 1.0%[2]

ANNEXE 1



VIET NAM

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 84 238 000
Taux de croissance démographique 1.4%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 74 Hommes 69
Indice de développement humain 109
Indice de pauvreté humaine
Rang 47
Valeur 21.2
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour ..... –
Revenu national brut par habitant 2700
Dépenses publiques de santé par habitant 46

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 260 000 [150 000 – 430 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 0.5 [0.3 – 0.9%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 250 000 [150 000 – 420 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 84 000 [43 000 – 150 000]
Décès dus au SIDA ..... 13 000 [7800 – 20 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 42.0% Hommes 50.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 0.7% Hommes 21.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 0.5%[1] Hommes ..... 0.3%[2]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes 68.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

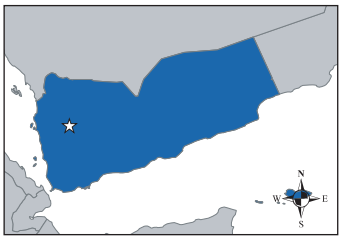
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 5 590 000[3]

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 12.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... 69.1%[4] Professionnel(le)s du sexe ..... 81.0%[5]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



YÉMEN

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 20 975 000
Taux de croissance démographique 3.1%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 61 Hommes 57
Indice de développement humain 151
Indice de pauvreté humaine
Rang 77
Valeur 40.3
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 45.2%
Revenu national brut par habitant 820
Dépenses publiques de santé par habitant 37

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... –
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... [<0.2%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... –
Décès dus au SIDA ..... –

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... –
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... –

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant ..... –
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... – parmi les non-orphelins ..... –

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... – Hommes ..... –
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... – Hommes ..... –

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

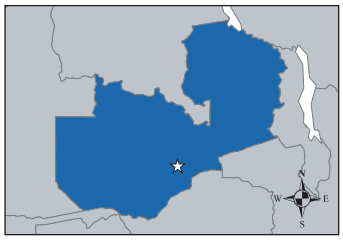
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 0.0%
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ZAMBIE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 11 668 000
Taux de croissance démographique 1.7%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 40 Hommes 40
Indice de développement humain 166
Indice de pauvreté humaine
Rang 90
Valeur 46.4
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 87.4%
Revenu national brut par habitant 890
Dépenses publiques de santé par habitant 26

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1 100 000 [1 100 000 – 1 200 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 17.0 [15.9 – 18.1%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1 000 000 [950 000 – 1 100 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 570 000 [540 000 – 610 000]
Décès dus au SIDA ..... 98 000 [77 000 – 120 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 130 000 [53 000 – 250 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 710 000 [630 000 – 830 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 32 000 000[1]

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 4.0%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 27.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 73.0% parmi les non-orphelins 78.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 31.0% Hommes 33.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 30.0% Hommes 86.0%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 17.5%[2] Hommes ..... –[3]
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 35.0% Hommes 40.0%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

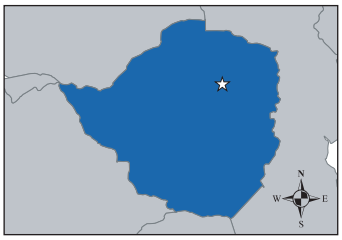
Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... Oui
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... Oui

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... –
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –



ZIMBABWE

I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES

Population (estimation) 13 010 000
Taux de croissance démographique 0.6%
Espérance de vie à la naissance
Femmes ..... 34 Hommes 37
Indice de développement humain 145
Indice de pauvreté humaine
Rang 89
Valeur 45.9
Pourcentage de la population vivant avec moins de US$ 2 par jour 83.0%
Revenu national brut par habitant 2180
Dépenses publiques de santé par habitant 47

II. VIH ET SIDA—ESTIMATIONS

Nombre de personnes vivant avec le VIH ..... 1 700 000 [1 100 000 – 2 200 000]
Taux de prévalence du VIH, adultes entre 15 et 49 ans ..... 20.1 [13.3 – 27.6%]
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 1 500 000 [1 000 000 – 2 000 000]
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH ..... 890 000 [520 000 – 1 300 000]
Décès dus au SIDA ..... 180 000 [120 000 – 250 000]

EPIDEMIES GENERALISEES

Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH ..... 160 000 [54 000 – 340 000]
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans ..... 1 100 000 [780 000 – 1 300 000]

III. INDICATEURS DE PROGRES DES PAYS

EPIDEMIES GENERALISEES

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... US$ 12 052 578

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant 4.4%
- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale 8.0%
- Fréquentation scolaire parmi les orphelins ..... 90.0% parmi les non-orphelins 92.0%

Connaissances et comportements

- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le VIH
  Femmes ..... 54.1% Hommes 56.3%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés
  Femmes ..... 23.3% Hommes 78.6%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
  Femmes ..... 8.1% Hommes 8.5%
- Pourcentage de jeunes (femmes et hommes) entre 15 et 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le)
  Femmes ..... 42.6% Hommes 56.5%

EPIDEMIES CONCENTREES/A FAIBLE PREVALENCE

Dépenses

Fonds nationaux provenant de sources internes dépensés par les gouvernements ..... –

Stade de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques

- Politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque ..... –
- Politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque aux produits de prévention essentiels ..... –

Programmes nationaux

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale ..... –
- Pourcentage des populations les plus exposées au risque touchées par des programmes de prévention
  Consommateurs de drogues injectables ..... – Professionnel(le)s du sexe ..... 40.0%[1]
  Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ..... –

NOTES

Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles.

Afrique du Sud

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

Albanie

1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

Algérie

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Allemagne

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Argentine

1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Arménie

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Australie

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Autriche

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Azerbaïdjan

1 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Bangladesh

1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Barbade

1 Données pour 2004

Bélarus

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Belgique

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Bénin

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Bolivie

1 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Brésil

1 Données pour 2004

Burkina Faso

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Burundi

1 Les rapports de pays comprenaient des estimations pour plusieurs années. Il faudra procéder à un travail supplémentaire pour ventiler par année.

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Cambodge

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

3 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

4 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Cameroun

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Canada

1 Il s'agit d'estimations préliminaires. Les estimations finales pour 2005 seront disponibles à mi-2006.

2 Il s'agit d'estimations préliminaires. Les estimations finales pour 2005 seront disponibles à mi-2006.

3 Il s'agit d'estimations préliminaires. Les estimations finales pour 2005 seront disponibles à mi-2006.

4 Il s'agit d'estimations préliminaires. Les estimations finales pour 2005 seront disponibles à mi-2006.

5 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

6 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

7 Il s'agit d'estimations préliminaires. Les estimations finales pour 2005 seront disponibles à mi-2006.

8 Il s'agit d'estimations préliminaires. Les estimations finales pour 2005 seront disponibles à mi-2006.

9 Il s'agit d'estimations préliminaires. Les estimations finales pour 2005 seront disponibles à mi-2006.

Chine

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Colombie

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Congo

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Côte d'Ivoire

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Croatie

1 Données en cours de révision au moment de mettre sous presse

2 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

Danemark

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Dominique

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

El Salvador

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Equateur

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

4 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Erythrée

1 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Espagne

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Etats-Unis d'Amérique

1 Données pour 2003

Ethiopie

1 Au début 2006, de nouvelles données importantes émanant d'une enquête nationale à base communautaire étaient disponibles en Ethiopie. Au moment de mettre sous presse, ces nouvelles données n'ont été que partiellement analysées. De ce fait, les estimations pour l'Ethiopie figurant dans ce rapport doivent être considérées comme préliminaires. L'ONUSIDA et l'OMS procéderont à de nouvelles estimations, sur la base d'une analyse complète de l'ensemble des données, qui seront disponibles sur leurs sites web respectifs dès que possible.

2 Au début 2006, de nouvelles données importantes émanant d'une enquête nationale à base communautaire étaient disponibles en Ethiopie. Au moment de mettre sous presse, ces nouvelles données n'ont été que partiellement analysées. De ce fait, les estimations pour l'Ethiopie figurant dans ce rapport doivent être considérées comme préliminaires. L'ONUSIDA et l'OMS procéderont à de nouvelles estimations, sur la base d'une analyse complète de l'ensemble des données, qui seront disponibles sur leurs sites web respectifs dès que possible.

3 Au début 2006, de nouvelles données importantes émanant d'une enquête nationale à base communautaire étaient disponibles en Ethiopie. Au moment de mettre sous presse, ces nouvelles données n'ont été que partiellement analysées. De ce fait, les estimations pour l'Ethiopie figurant dans ce rapport doivent être considérées comme préliminaires. L'ONUSIDA et l'OMS procéderont à de nouvelles estimations, sur la base d'une analyse complète de l'ensemble des données, qui seront disponibles sur leurs sites web respectifs dès que possible.

4 Au début 2006, de nouvelles données importantes émanant d'une enquête nationale à base communautaire étaient disponibles en Ethiopie. Au moment de mettre sous presse, ces nouvelles données n'ont été que partiellement analysées. De ce fait, les estimations pour l'Ethiopie figurant dans ce rapport doivent être considérées comme préliminaires. L'ONUSIDA et l'OMS procéderont à de nouvelles estimations, sur la base d'une analyse complète de l'ensemble des données, qui seront disponibles sur leurs sites web respectifs dès que possible.

5 Au début 2006, de nouvelles données importantes émanant d'une enquête nationale à base communautaire étaient disponibles en Ethiopie. Au moment de mettre sous presse, ces nouvelles données n'ont été que partiellement analysées. De ce fait, les estimations pour l'Ethiopie figurant dans ce rapport doivent être considérées comme préliminaires. L'ONUSIDA et l'OMS procéderont à de nouvelles estimations, sur la base d'une analyse complète de l'ensemble des données, qui seront disponibles sur leurs sites web respectifs dès que possible.

6 Au début 2006, de nouvelles données importantes émanant d'une enquête nationale à base communautaire étaient disponibles en Ethiopie. Au moment de mettre sous presse, ces nouvelles données n'ont été que partiellement analysées. De ce fait, les estimations pour l'Ethiopie figurant dans ce rapport doivent être considérées comme préliminaires. L'ONUSIDA et l'OMS procéderont à de nouvelles estimations, sur la base d'une analyse complète de l'ensemble des données, qui seront disponibles sur leurs sites web respectifs dès que possible.

7 Au début 2006, de nouvelles données importantes émanant d'une enquête nationale à base communautaire étaient disponibles en Ethiopie. Au moment de mettre sous presse, ces nouvelles données n'ont été que partiellement analysées. De ce fait, les estimations pour l'Ethiopie figurant dans

ce rapport doivent être considérées comme préliminaires. L'ONUSIDA et l'OMS procéderont à de nouvelles estimations, sur la base d'une analyse complète de l'ensemble des données, qui seront disponibles sur leurs sites web respectifs dès que possible.

Fédération de Russie

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Fidji

1 Données pour 2004

Finlande

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

France

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Géorgie

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Ghana

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Guatemala

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

4 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

5 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Guinée

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Guinée-Bissau

1 Les rapports de pays comprenaient des estimations pour plusieurs années. Il faudra procéder à un travail supplémentaire pour ventiler par année.

Honduras

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Inde

1 Des travaux sont en cours pour produire une estimation plus précise de la mortalité due au SIDA en Inde. Une analyse tenant compte de la prévalence chez l'adulte au cours des années écoulées et des estimations des paramètres basées sur la littérature internationale donnent à penser que la mortalité due au SIDA se situe dans cette fourchette.

2 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

4 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

5 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Indonésie

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Iran (République islamique d')

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Irlande

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Islande

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Italie

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Jamaïque

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Japon

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Kazakhstan

1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Kenya

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

4 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

5 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Kirghizistan

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

4 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Lettonie

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Luxembourg

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Madagascar

1 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Malaisie

1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Malawi

1 Données pour 2004

Mali

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Mauritanie

1 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Mongolie

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Mozambique

1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

4 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Namibie

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

Népal

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

4 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

5 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

6 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Nicaragua

1 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Niger

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Nigéria

1 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Norvège

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Nouvelle-Zélande

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Ouganda

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Pakistan

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Panama

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Paraguay

1. Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2. Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3. Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Pays-Bas

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Pérou

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Philippines

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

3 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

4 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

République centrafricaine

1 Données pour 2004

République de Moldova

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

République démocratique populaire lao

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

République dominicaine

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

4 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

République tchèque

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

République-Unie de Tanzanie

1 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Roumanie

1 Données en cours de révision au moment de mettre sous presse

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

4 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

5 Données pour 2003

Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

1 Ces estimations préliminaires ad hoc pour 2005 sont basées sur les estimations officielles du Royaume-Uni pour 2004—les estimations officielles pour 2005 seront publiées à la fin 2006 lorsque toutes les données de surveillance pertinentes pour 2005 auront été analysées.

2 Ces estimations préliminaires ad hoc pour 2005 sont basées sur les estimations officielles du Royaume-Uni pour 2004—les estimations officielles pour 2005 seront publiées à la fin 2006 lorsque toutes les données de surveillance pertinentes pour 2005 auront été analysées.

3 Ces estimations préliminaires ad hoc pour 2005 sont basées sur les estimations officielles du Royaume-Uni pour 2004—les estimations officielles pour 2005 seront publiées à la fin 2006 lorsque toutes les données de surveillance pertinentes pour 2005 auront été analysées.

4 Ces estimations préliminaires ad hoc pour 2005 sont basées sur les estimations officielles du Royaume-Uni pour 2004—les estimations officielles pour 2005 seront publiées à la fin 2006 lorsque toutes les données de surveillance pertinentes pour 2005 auront été analysées.

5 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

6 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

7 Ces estimations préliminaires ad hoc pour 2005 sont basées sur les estimations officielles du Royaume-Uni pour 2004—les estimations officielles pour 2005 seront publiées à la fin 2006 lorsque toutes les données de surveillance pertinentes pour 2005 auront été analysées.

8 Ces estimations préliminaires ad hoc pour 2005 sont basées sur les estimations officielles du Royaume-Uni pour 2004—les estimations officielles pour 2005 seront publiées à la fin 2006 lorsque toutes les données de surveillance pertinentes pour 2005 auront été analysées.

9 Ces estimations préliminaires ad hoc pour 2005 sont basées sur les estimations officielles du Royaume-Uni pour 2004—les estimations officielles pour 2005 seront publiées à la fin 2006 lorsque toutes les données de surveillance pertinentes pour 2005 auront été analysées.

Saint-Kitts-et-Nevis

1 Les rapports de pays comprenaient des estimations pour plusieurs années. Il faudra procéder à un travail supplémentaire pour ventiler par année.

Saint-Vincent-et-Grenadines

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

Serbie-et-Monténégro

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

Seychelles

1 Données pour 2004

Suède

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Suisse

1 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

2 Pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, Europe orientale et Communauté des Etats Indépendants

Tadjikistan

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

Tchad

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Thaïlande

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

Togo

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Trinité-et-Tobago

1 Données pour 2004

Tunisie

1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de services de réduction des risques

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Turquie

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Ukraine

1 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

Uruguay

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

Venezuela (République bolivarienne du)

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

2 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

Viet Nam

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

3 Pourcentage de la population la plus exposée au risque atteinte par au moins un des programmes d'intervention suivants : programmes communautaires de proximité comprenant l'éducation par les pairs ; exposition à des médias de masse ciblés ; dépistage et/ou traitement des infections sexuellement transmissibles

4 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

5 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Zambie

1 Ces chiffres sont préliminaires et en cours de révision étant donné la nécessité de s'assurer qu'ils sont exhaustifs et comprennent exclusivement des fonds publics intérieurs ou parce qu'il n'y a pas eu assez de temps pour obtenir des précisions, qu'il y a des différences dans la période de référence ou parce que les pays ont déclaré qu'il ne s'agissait que d'estimations partielles

2 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

3 Pourcentage des 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans révolus

Zimbabwe

1 Pourcentage estimé de professionnel(le)s du sexe ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes couverts par des programmes de proximité

ANNEXE 2 :
Estimations et données sur le VIH et le SIDA, 2005 et 2003





Annexe 2



ANNEXE 2* : ESTIMATIONS ET DONNÉES SUR LE VIH ET LE SIDA, 2005 ET 2003

Sauf indication contraire, les estimations et les données de l'Annexe 2 concernent les années 2005 et 2003. L'ONUSIDA et l'OMS ont établi et assemblé ces estimations et les ont partagées avec les programmes nationaux de lutte contre le SIDA pour examen et commentaires, sans que ces chiffres soient nécessairement les mêmes que ceux des estimations officielles des autorités nationales. Le tableau ne reprend pas les estimations spécifiques par pays là où on ne dispose pas de données récentes. Le recours à des données plus anciennes ou à des modèles régionaux a permis néanmoins d'obtenir des estimations qui ont été utilisées pour le calcul de totaux régionaux.

Les estimations sont présentées en chiffres ronds ; le calcul des totaux régionaux et des taux fait néanmoins appel à des chiffres non arrondis ; il peut donc y avoir de légères discordances entre les totaux régionaux et le total mondial d'une part et la somme des chiffres par pays, de l'autre.

On trouvera une description de la méthode et des outils auxquels il a été recouru pour obtenir les estimations spécifiques par pays reprises au tableau dans une série de textes parus sous le titre général « Improved methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections » dans *Sexually Transmitted Infections* 2006, **82**(Suppl.) et 2004, **80**(Suppl.). Les estimations de l'ONUSIDA/OMS se fondent sur des méthodes et des paramètres établis par le Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections en matière de VIH/SIDA, http://www.epidem.org/

Ce groupe est constitué de chercheurs de haut niveau dans les domaines du VIH et du SIDA, de l'épidémiologie, de la démographie et des domaines connexes. Il évalue les documents les plus récents (publiés ou non) en provenance des recherches poursuivies en divers pays et analyse les progrès dans notre compréhension des épidémies dues au VIH, tout en proposant des méthodes destinées à améliorer la qualité et l'exactitude des estimations.

Les suggestions du groupe de référence ont servi à la mise au point de logiciels pour la modélisation des épidémies de VIH et l'étude de leur impact. Des ateliers entrepris au cours de l'année 2005 ont permis de former des analystes de pays à l'utilisation de ces outils. Ces améliorations de méthodes et d'hypothèses—ainsi qu'une meilleure coordination avec les pays—ont abouti à des estimations de meilleure qualité pour le VIH et le SIDA en 2005. Pour permettre une évaluation des tendances récentes de l'épidémie, nous donnons aussi les estimations 2003 telles qu'elles ont été obtenues en utilisant les méthodes et les données appliquées au calcul des estimations 2005.

Les estimations sont présentées avec une indication de l'étendue de la distribution des valeurs, appelées 'limites de plausibilité'. Ces limites reflètent le niveau de certitude associé à chacune de ces estimations. Plus les limites sont étendues, plus grand est le niveau d'incertitude pour l'estimation correspondante. Le niveau d'incertitude dépend principalement du type d'épidémie, de la qualité, de la cohérence et du niveau de couverture du système de surveillance national ; dans le cas d'une épidémie généralisée, il faut aussi prendre en compte la tenue ou non d'une enquête au niveau de la population avec test VIH. On trouvera une description complète des méthodes utilisées pour élaborer les limites de plausibilité dans *Sexually Transmitted Infections* 2006, **82** (Suppl.).

Ce rapport définit un(e) adulte comme un homme ou une femme de 15 ans ou plus, à la différence des rapports précédents où les estimations chez les adultes ne concernaient que les sujets de 15 à 49 ans. Etant donné que le fardeau de la maladie s'étend au-delà de 49 ans et dans le but de permettre une meilleure estimation des besoins, le Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections en matière de VIH/SIDA a recommandé d'étendre la notification à tous les âges. On continue néanmoins à calculer le taux de prévalence (*stricto sensu*- 'proportion de prévalence') pour les adultes de 15 à 49 ans afin de permettre les comparaisons entre pays.

Notes sur les indicateurs spécifiques repris à l'Annexe 2

1. ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, 2005 ET 2003

Ces estimations reprennent toutes les personnes présentant une infection à VIH en 2005 et en 2003, qu'elles présentent ou non des symptômes du SIDA. Aucune estimation n'a été entreprise pour les pays qui ne disposaient pas de données suffisantes aux cours des six années écoulées.

Adultes et enfants

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2005 et en 2003. Les adultes ont 15 ans ou plus. Les enfants sont définis comme âgés de 0 à 14 ans.

Adultes (15 ans et plus)

Estimation du nombre d'adultes vivant avec le VIH en 2005 et en 2003.

Taux de prévalence chez les adultes (15–49 ans) en %

Pour calculer ce taux (qui à proprement parler est une proportion de prévalence VIH), on a divisé le nombre estimé d'adultes (15–49 ans) vivant avec le VIH en 2005 par la population adulte (15–49 ans) en 2005 et de même pour 2003.

Femmes (15 ans et plus)
Estimation du nombre de femmes (15 ans et plus) vivant avec le VIH en 2005 et en 2003.

Enfants (0–14 ans)
Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH en 2005 et en 2003.

Taux de prévalence chez les jeunes femmes (15–24 ans) en %, 2005
Estimation du pourcentage de jeunes femmes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH en 2005.

Taux de prévalence chez les jeunes hommes (15–24 ans) en %, 2005
Estimation du pourcentage de jeunes hommes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH en 2005.

2. DÉCÈS DUS AU SIDA CHEZ LES ADULTES ET LES ENFANTS

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants morts du SIDA en 2005 et en 2003.

3. ORPHELINS DU SIDA

Orphelins (0–17 ans) en vie actuellement
Estimation du nombre d'enfants de 0 à 17 ans en vie en 2005 et en 2003 et qui ont perdu un parent ou les deux parents à cause du SIDA.

Limites de plausibilité pour les indicateurs ci-dessus

Le niveau d'incertitude pour chaque estimation dépendra de la validité des données disponibles. Toute estimation souffre d'un certain degré d'incertitude—les limites de plausibilité sont reprises ci-après pour les estimations suivantes :

- Estimation du nombre d'adultes (15 ans et plus) et d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH en 2005 et en 2003
- Estimation du nombre d'adultes (15 ans et plus) vivant avec le VIH en 2005 et en 2003
- Estimation du nombre de femmes (15 ans et plus) vivant avec le VIH en 2005 et en 2003
- Estimation du nombre d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH en 2005 et en 2003
- Estimation de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes (15 à 24 ans) en 2005
- Estimation du nombre de décès dus au SIDA chez les adultes (15 ans et plus) et les enfants (0 à 14 ans) en 2005 et en 2003
- Orphelins du SIDA (0 à 17 ans) en 2005 et en 2003

4. TENDANCES DE LA PRÉVALENCE VIH (%) CHEZ LES JEUNES FEMMES ENCEINTES (15 À 24 ANS) DANS LES CONSULTATIONS PRÉNATALES DE LA CAPITALE EN 2000 OU EN 2001, ET EN 2004 OU EN 2005

On divisera le nombre de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans vues en consultation prénatale et présentant un test positif par le nombre de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans vues en consultation prénatale et ayant fait un test VIH, en prenant les valeurs médianes pour les sites de consultation prénatale dans la capitale. Dans la mesure du possible on inclura les évolutions de tendance les plus marquées et on analysera les tendances en incluant les données disponibles pour 2000 ou 2001 d'une part, et 2004 ou 2005 de l'autre.

5. TENDANCES DE LA PRÉVALENCE VIH AU SEIN DES GROUPES À RISQUE ACCRU DANS LA CAPITALE

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le

VIH/SIDA a recommandé ces indicateurs pour le suivi des objectifs qu'elle a fixés en 2001 en ce qui concerne les pays à épidémies concentrées ou de faible amplitude. Ces données proviennent la plupart du temps de surveillance sentinelle de routine. Le tableau donne pour chacune des populations considérées l'année de notification la plus récente et la valeur médiane pour les sites de surveillance dans la capitale.

Les populations à risque accru reprises dans le tableau comprennent :

- Les consommateurs de drogues injectables
- Les professionnelles du sexe
- Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Dans la mesure du possible, les données de tendance comportent les données de 2000 ou 2001 et celles de 2004 ou 2005.

*NOTE : Les pays énumérés dans les Annexes suivent l'ordre alphabétique de la version originale anglaise.

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes et enfants 2005		Adultes et enfants 2003		Adultes (15+) 2005	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Monde	**38 600 000**	**[31 200 000 – 49 100 000]**	**36 200 000**	**[29 300 000 – 45 600 000]**	**36 300 000**	**[29 300 000 – 46 300 000]**
Afrique subsaharienne	**24 500 000**	**[20 600 000 – 28 600 000]**	**23 500 000**	**[19 800 000 – 27 400 000]**	**22 400 000**	**[19 000 000 – 26 100 000]**
Angola	320 000	[200 000 – 450 000]	300 000	[190 000 – 430 000]	280 000	[180 000 – 410 000]
Bénin	87 000	[57 000 – 120 000]	90 000	[59 000 – 130 000]	77 000	[50 000 – 110 000]
Botswana	310 000	[270 000 – 350 000]	290 000	[250 000 – 340 000]	290 000	[260 000 – 330 000]
Burkina Faso	150 000	[120 000 – 190 000]	150 000	[110 000 – 180 000]	140 000	[100 000 – 160 000]
Burundi	150 000	[130 000 – 180 000]	140 000	[120 000 – 170 000]	130 000	[110 000 – 150 000]
Cameroun	510 000	[460 000 – 560 000]	490 000	[450 000 – 540 000]	470 000	[430 000 – 510 000]
République centrafricaine	250 000	[110 000 – 390 000]	240 000	[110 000 – 370 000]	230 000	[100 000 – 350 000]
Tchad	180 000	[88 000 – 300 000]	160 000	[79 000 – 270 000]	160 000	[81 000 – 270 000]
Comores	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Congo	120 000	[75 000 – 160 000]	110 000	[72 000 – 160 000]	100 000	[66 000 – 140 000]
Côte d'Ivoire	750 000	[470 000 – 1 000 000]	710 000	[440 000 – 950 000]	680 000	[420 000 – 920 000]
République démocratique du Congo	1 000 000	[560 000 – 1 500 000]	940 000	[520 000 – 1 400 000]	890 000	[500 000 – 1 300 000]
Djibouti	15 000	[3900 – 34 000]	14 000	[3900 – 31 000]	14 000	[3700 – 31 000]
Guinée équatoriale	8900	[7300 – 11 000]	8400	[6900 – 10 000]	8000	[6600 – 9400]
Erythrée	59 000	[33 000 – 95 000]	55 000	[30 000 – 88 000]	53 000	[30 000 – 84 000]
Ethiopie (1)	...	[420 000 – 1 300 000]	...	[400 000 – 1 300 000]	...	[380 000 – 1 200 000]
Gabon	60 000	[40 000 – 87 000]	56 000	[36 000 – 79 000]	56 000	[37 000 – 81 000]
Gambie	20 000	[10 000 – 33 000]	17 000	[9000 – 27 000]	19 000	[9600 – 31 000]
Ghana	320 000	[270 000 – 380 000]	310 000	[250 000 – 360 000]	300 000	[250 000 – 350 000]
Guinée	85 000	[69 000 – 100 000]	80 000	[62 000 – 99 000]	78 000	[62 000 – 91 000]
Guinée-Bissau	32 000	[18 000 – 50 000]	30 000	[16 000 – 47 000]	29 000	[16 000 – 45 000]
Kenya	1 300 000	[1 100 000 – 1 500 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 500 000]	1 200 000	[990 000 – 1 300 000]
Lesotho	270 000	[250 000 – 290 000]	270 000	[250 000 – 290 000]	250 000	[240 000 – 270 000]
Libéria	...	...	...	...	...	...
Madagascar	49 000	[16 000 – 110 000]	40 000	[14 000 – 84 000]	47 000	[16 000 – 110 000]
Malawi	940 000	[480 000 – 1 400 000]	900 000	[460 000 – 1 300 000]	850 000	[440 000 – 1 300 000]
Mali	130 000	[96 000 – 160 000]	120 000	[92 000 – 150 000]	110 000	[86 000 – 140 000]
Mauritane	12 000	[7300 – 23 000]	11 000	[7000 – 16 000]	11 000	[6600 – 21 000]
Maurice	4100	[1900 – 13 000]	1600	[760 – 5000]	4100	[1900 – 13 000]
Mozambique	1 800 000	[1 400 000 – 2 200 000]	1 700 000	[1 300 000 – 2 000 000]	1 600 000	[1 300 000 – 2 000 000]
Namibie	230 000	[110 000 – 360 000]	220 000	[100 000 – 330 000]	210 000	[99 000 – 340 000]
Niger	79 000	[39 000 – 130 000]	75 000	[36 000 – 110 000]	71 000	[35 000 – 120 000]
Nigéria	2 900 000	[1 700 000 – 4 200 000]	2 600 000	[1 500 000 – 3 800 000]	2 600 000	[1 600 000 – 3 800 000]
Rwanda	190 000	[180 000 – 210 000]	220 000	[200 000 – 240 000]	160 000	[160 000 – 170 000]
Sénégal	61 000	[29 000 – 100 000]	57 000	[28 000 – 92 000]	56 000	[26 000 – 92 000]
Sierra Leone	48 000	[27 000 – 73 000]	45 000	[26 000 – 68 000]	43 000	[25 000 – 66 000]
Somalie	44 000	[23 000 – 81 000]	42 000	[22 000 – 77 000]	40 000	[21 000 – 72 000]
Afrique du Sud	5 500 000	[4 900 000 – 6 100 000]	5 300 000	[4 800 000 – 5 800 000]	5 300 000	[4 800 000 – 5 800 000]
Swaziland	220 000	[150 000 – 290 000]	210 000	[140 000 – 270 000]	210 000	[140 000 – 270 000]
Togo	110 000	[65 000 – 160 000]	100 000	[60 000 – 150 000]	100 000	[60 000 – 150 000]
Ouganda	1 000 000	[850 000 – 1 200 000]	960 000	[810 000 – 1 100 000]	900 000	[780 000 – 1 000 000]
République-Unie de Tanzanie	1 400 000	[1 300 000 – 1 600 000]	1 400 000	[1 200 000 – 1 500 000]	1 300 000	[1 200 000 – 1 400 000]
Zambie	1 100 000	[1 100 000 – 1 200 000]	1 100 000	[1 000 000 – 1 200 000]	1 000 000	[950 000 – 1 100 000]
Zimbabwe	1 700 000	[1 100 000 – 2 200 000]	1 700 000	[1 200 000 – 2 300 000]	1 500 000	[1 000 000 – 2 000 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes (15+) 2003		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2005		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2003		Femmes (15+) 2005	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Monde	**34 000 000**	**[27 600 000 – 43 000 000]**	**1.0**	**[0.8 – 1.3]**	**1.0**	**[0.8 – 1.2]**	**17 300 000**	**[13 700 000 – 22 000 000]**
Afrique subsaharienne	**21 600 000**	**[18 300 000 – 25 100 000]**	**6.1**	**[5.1 – 7.1]**	**6.2**	**[5.2 – 7.3]**	**13 200 000**	**[10 700 000 – 15 800 000]**
Angola	270 000	[170 000 – 380 000]	3.7	[2.3 – 5.3]	3.7	[2.3 – 5.3]	170 000	[90 000 – 260 000]
Bénin	81 000	[53 000 – 110 000]	1.8	[1.2 – 2.5]	2.0	[1.3 – 2.9]	45 000	[24 000 – 68 000]
Botswana	280 000	[240 000 – 320 000]	27.9	[24.0 – 32.0]	27.5	[23.7 – 31.6]	160 000	[140 000 – 190 000]
Burkina Faso	130 000	[100 000 – 160 000]	2.0	[1.5 – 2.5]	2.1	[1.6 – 2.6]	80 000	[49 000 – 110 000]
Burundi	120 000	[110 000 – 140 000]	3.3	[2.7 – 3.8]	3.3	[2.8 – 3.7]	79 000	[68 000 – 91 000]
Cameroun	450 000	[410 000 – 490 000]	5.4	[4.9 – 5.9]	5.5	[5.0 – 6.0]	290 000	[260 000 – 310 000]
République centrafricaine	220 000	[95 000 – 340 000]	10.7	[4.5 – 17.2]	10.8	[4.6 – 17.2]	130 000	[53 000 – 220 000]
Tchad	150 000	[74 000 – 250 000]	3.5	[1.7 – 6.0]	3.4	[1.7 – 5.9]	90 000	[40 000 – 160 000]
Comores	<500	[<1000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<100	[<1000]
Congo	99 000	[63 000 – 140 000]	5.3	[3.3 – 7.5]	5.4	[3.4 – 7.7]	61 000	[33 000 – 89 000]
Côte d'Ivoire	640 000	[400 000 – 870 000]	7.1	[4.3 – 9.7]	7.0	[4.3 – 9.7]	400 000	[220 000 – 600 000]
République démocratique du Congo	830 000	[470 000 – 1 300 000]	3.2	[1.8 – 4.9]	3.2	[1.8 – 4.9]	520 000	[250 000 – 850 000]
Djibouti	13 000	[3600 – 29 000]	3.1	[0.8 – 6.9]	3.1	[0.8 – 6.8]	8400	[2200 – 19 000]
Guinée équatoriale	7600	[6300 – 9000]	3.2	[2.6 – 3.8]	3.2	[2.6 – 3.8]	4700	[3900 – 5600]
Erythrée	49 000	[28 000 – 78 000]	2.4	[1.3 – 3.9]	2.4	[1.3 – 3.8]	31 000	[15 000 – 53 000]
Ethiopie (1)	...	[360 000 – 1 100 000]	...	[0.9 – 3.5]	...	[1.0 – 3.5]	...	[190 000 – 730 000]
Gabon	52 000	[34 000 – 74 000]	7.9	[5.1 – 11.5]	7.7	[5.0 – 11.0]	33 000	[18 000 – 52 000]
Gambie	16 000	[8400 – 26 000]	2.4	[1.2 – 4.1]	2.2	[1.2 – 3.6]	11 000	[5100 – 20 000]
Ghana	280 000	[240 000 – 330 000]	2.3	[1.9 – 2.6]	2.3	[1.9 – 2.7]	180 000	[150 000 – 210 000]
Guinée	74 000	[58 000 – 91 000]	1.5	[1.2 – 1.8]	1.6	[1.2 – 1.9]	53 000	[42 000 – 61 000]
Guinée-Bissau	27 000	[15 000 – 42 000]	3.8	[2.1 – 6.0]	3.8	[2.1 – 6.1]	17 000	[8100 – 29 000]
Kenya	1 200 000	[1 000 000 – 1 400 000]	6.1	[5.2 – 7.0]	6.8	[5.8 – 7.7]	740 000	[640 000 – 840 000]
Lesotho	250 000	[240 000 – 260 000]	23.2	[21.9 – 24.7]	23.7	[22.3 – 25.1]	150 000	[140 000 – 160 000]
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	39 000	[14 000 – 82 000]	0.5	[0.2 – 1.2]	0.5	[0.2 – 1.0]	13 000	[4000 – 33 000]
Malawi	810 000	[420 000 – 1 200 000]	14.1	[6.9 – 21.4]	14.2	[7.0 – 21.5]	500 000	[220 000 – 800 000]
Mali	110 000	[82 000 – 130 000]	1.7	[1.3 – 2.1]	1.8	[1.3 – 2.2]	66 000	[51 000 – 81 000]
Mauritane	9800	[6400 – 15 000]	0.7	[0.4 – 2.8]	0.7	[0.4 – 1.0]	6300	[3300 – 13 000]
Maurice	1600	[760 – 5100]	0.6	[0.3 – 1.8]	0.2	[0.1 – 0.7]	<1000	[310 – 2400]
Mozambique	1 600 000	[1 200 000 – 1 900 000]	16.1	[12.5 – 20.0]	16.0	[12.5 – 19.7]	960 000	[590 000 – 1 300 000]
Namibie	200 000	[92 000 – 310 000]	19.6	[8.6 – 31.7]	19.5	[8.7 – 30.6]	130 000	[54 000 – 220 000]
Niger	67 000	[33 000 – 100 000]	1.1	[0.5 – 1.9]	1.1	[0.5 – 1.7]	42 000	[17 000 – 75 000]
Nigéria	2 400 000	[1 400 000 – 3 500 000]	3.9	[2.3 – 5.6]	3.7	[2.2 – 5.5]	1 600 000	[810 000 – 2 400 000]
Rwanda	190 000	[170 000 – 200 000]	3.1	[2.9 – 3.2]	3.8	[3.5 – 3.9]	91 000	[86 000 – 95 000]
Sénégal	53 000	[26 000 – 85 000]	0.9	[0.4 – 1.5]	0.9	[0.5 – 1.5]	33 000	[14 000 – 58 000]
Sierra Leone	40 000	[24 000 – 61 000]	1.6	[0.9 – 2.4]	1.6	[0.9 – 2.4]	26 000	[15 000 – 39 000]
Somalie	38 000	[20 000 – 69 000]	0.9	[0.5 – 1.6]	0.9	[0.5 – 1.6]	23 000	[11 000 – 45 000]
Afrique du Sud	5 100 000	[4 600 000 – 5 600 000]	18.8	[16.8 – 20.7]	18.6	[16.6 – 20.5]	3 100 000	[2 800 000 – 3 400 000]
Swaziland	190 000	[130 000 – 250 000]	33.4	[21.2 – 45.3]	32.4	[20.7 – 44.1]	120 000	[70 000 – 180 000]
Togo	95 000	[55 000 – 140 000]	3.2	[1.9 – 4.7]	3.2	[1.9 – 4.7]	61 000	[31 000 – 95 000]
Ouganda	850 000	[740 000 – 960 000]	6.7	[5.7 – 7.6]	6.8	[5.8 – 7.8]	520 000	[450 000 – 590 000]
République-Unie de Tanzanie	1 300 000	[1 100 000 – 1 400 000]	6.5	[5.8 – 7.2]	6.6	[5.9 – 7.3]	710 000	[640 000 – 780 000]
Zambie	960 000	[900 000 – 1 000 000]	17.0	[15.9 – 18.1]	16.9	[15.9 – 18.0]	570 000	[540 000 – 610 000]
Zimbabwe	1 600 000	[1 100 000 – 2 100 000]	20.1	[13.3 – 27.6]	22.1	[14.6 – 30.4]	890 000	[520 000 – 1 300 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Femmes (15+) 2003		Enfants (0–14) 2005		Enfants (0–14) 2003	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Monde	**16 300 000**	**[12 900 000 – 20 400 000]**	**2 300 000**	**[1 400 000 – 4 000 000]**	**2 100 000**	**[1 300 000 – 3 700 000]**
Afrique subsaharienne	**12 600 000**	**[10 200 000 – 15 100 000]**	**2 000 000**	**[1 200 000 – 3 500 000]**	**1 900 000**	**[1 100 000 – 3 300 000]**
Angola	160 000	[85 000 – 250 000]	35 000	[12 000 – 76 000]	31 000	[11 000 – 71 000]
Bénin	48 000	[26 000 – 72 000]	9800	[3300 – 21 000]	9200	[3100 – 20 000]
Botswana	160 000	[130 000 – 180 000]	16 000	[6100 – 32 000]	15 000	[5100 – 31 000]
Burkina Faso	77 000	[48 000 – 100 000]	17 000	[6100 – 34 000]	16 000	[6000 – 33 000]
Burundi	73 000	[63 000 – 84 000]	20 000	[6500 – 37 000]	19 000	[7600 – 37 000]
Cameroun	280 000	[250 000 – 300 000]	43 000	[17 000 – 82 000]	40 000	[16 000 – 79 000]
République centrafricaine	130 000	[51 000 – 220 000]	24 000	[7200 – 61 000]	22 000	[6700 – 59 000]
Tchad	82 000	[37 000 – 150 000]	16 000	[4700 – 37 000]	13 000	[3800 – 31 000]
Comores	<100	[<200]	<100	[<200]	<100	[<200]
Congo	58 000	[32 000 – 85 000]	15 000	[5600 – 32 000]	15 000	[5500 – 32 000]
Côte d'Ivoire	370 000	[210 000 – 560 000]	74 000	[28 000 – 160 000]	71 000	[26 000 – 150 000]
République démocratique du Congo	490 000	[230 000 – 790 000]	120 000	[40 000 – 270 000]	110 000	[38 000 – 260 000]
Djibouti	7900	[2000 – 18 000]	1200	[260 – 3600]	1000	[220 – 3200]
Guinée équatoriale	4500	[3700 – 5300]	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]
Erythrée	29 000	[14 000 – 50 000]	6600	[2300 – 16 000]	5900	[2000 – 14 000]
Ethiopie (1)	...	[180 000 – 700 000]	...	[30 000 – 220 000]	...	[27 000 – 220 000]
Gabon	31 000	[16 000 – 48 000]	3900	[1400 – 8900]	3400	[1100 – 7900]
Gambie	9400	[4300 – 17 000]	1200	[430 – 2800]	<1000	[340 – 2100]
Ghana	170 000	[140 000 – 200 000]	25 000	[9800 – 48 000]	23 000	[8900 – 43 000]
Guinée	51 000	[39 000 – 62 000]	7000	[2400 – 16 000]	6100	[2000 – 14 000]
Guinée-Bissau	16 000	[7600 – 27 000]	3200	[1100 – 7500]	2600	[890 – 6300]
Kenya	770 000	[660 000 – 880 000]	150 000	[55 000 – 290 000]	150 000	[53 000 – 290 000]
Lesotho	140 000	[140 000 – 150 000]	18 000	[6900 – 34 000]	16 000	[6000 – 32 000]
Libéria	...	...	...	...	...	...
Madagascar	11 000	[3200 – 26 000]	1600	[470 – 4900]	1200	[340 – 3400]
Malawi	480 000	[210 000 – 760 000]	91 000	[28 000 – 190 000]	92 000	[29 000 – 190 000]
Mali	63 000	[49 000 – 78 000]	16 000	[6000 – 32 000]	15 000	[5700 – 31 000]
Mauritane	5800	[3100 – 9500]	1100	[320 – 2600]	1000	[260 – 2500]
Maurice	<500	[<1000]	...	...	...	...
Mozambique	920 000	[560 000 – 1 300 000]	140 000	[57 000 – 310 000]	120 000	[45 000 – 270 000]
Namibie	120 000	[50 000 – 210 000]	17 000	[5800 – 40 000]	15 000	[4900 – 35 000]
Niger	40 000	[16 000 – 72 000]	8900	[2900 – 23 000]	7900	[2500 – 21 000]
Nigéria	1 400 000	[740 000 – 2 200 000]	240 000	[81 000 – 550 000]	200 000	[64 000 – 470 000]
Rwanda	100 000	[96 000 – 110 000]	27 000	[11 000 – 53 000]	30 000	[12 000 – 59 000]
Sénégal	31 000	[13 000 – 55 000]	5000	[1700 – 12 000]	4400	[1500 – 10 000]
Sierra Leone	24 000	[14 000 – 36 000]	5200	[1800 – 12 000]	4900	[1700 – 11 000]
Somalie	23 000	[11 000 – 43 000]	4500	[1500 – 13 000]	4000	[1300 – 12 000]
Afrique du Sud	2 900 000	[2 600 000 – 3 200 000]	240 000	[93 000 – 500 000]	200 000	[76 000 – 450 000]
Swaziland	120 000	[65 000 – 170 000]	15 000	[5500 – 32 000]	12 000	[4300 – 28 000]
Togo	56 000	[28 000 – 88 000]	9700	[3700 – 22 000]	8300	[3200 – 19 000]
Ouganda	490 000	[420 000 – 550 000]	110 000	[39 000 – 200 000]	110 000	[37 000 – 200 000]
République-Unie de Tanzanie	680 000	[610 000 – 750 000]	110 000	[43 000 – 210 000]	120 000	[45 000 – 220 000]
Zambie	540 000	[510 000 – 580 000]	130 000	[53 000 – 250 000]	120 000	[51 000 – 240 000]
Zimbabwe	930 000	[540 000 – 1 300 000]	160 000	[54 000 – 340 000]	160 000	[51 000 – 340 000]

					2. Décès dus au SIDA			
	Taux (%) chez les jeunes femmes (15–24), 2005		Taux (%) chez les jeunes hommes (15–24), 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2003	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Monde					2 800 000	[2 200 000 – 3 500 000]	2 600 000	[2 000 000 – 3 300 000]
Afrique subsaharienne	**4.3**	**[3.5 – 5.4]**	**1.5**	**[1.2 – 1.8]**	**2 000 000**	**[1 600 000 – 2 500 000]**	**1 900 000**	**[1 500 000 – 2 400 000]**
Angola	2.5	[1.2 – 4.2]	0.9	[0.4 – 1.4]	30 000	[18 000 – 47 000]	29 000	[17 000 – 45 000]
Bénin	1.1	[0.6 – 1.8]	0.4	[0.2 – 0.6]	9600	[5900 – 15 000]	9400	[5700 – 14 000]
Botswana	17.6	[15.2 – 20.3]	6.5	[5.6 – 7.5]	21 000	[17 000 – 25 000]	19 000	[16 000 – 23 000]
Burkina Faso	1.4	[0.8 – 2.0]	0.5	[0.3 – 0.6]	12 000	[8400 – 17 000]	14 000	[9600 – 19 000]
Burundi	2.3	[2.0 – 2.7]	0.8	[0.7 – 0.9]	13 000	[6800 – 18 000]	15 000	[11 000 – 19 000]
Cameroun	4.9	[4.4 – 5.3]	1.4	[1.3 – 1.6]	46 000	[36 000 – 55 000]	41 000	[33 000 – 50 000]
République centrafricaine	7.3	[2.7 – 13.1]	2.5	[0.9 – 4.5]	24 000	[10 000 – 39 000]	23 000	[9900 – 38 000]
Tchad	2.2	[0.9 – 3.9]	0.9	[0.4 – 1.6]	11 000	[5300 – 20 000]	11 000	[5100 – 20 000]
Comores	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<100	[<200]	<100	[<200]
Congo	3.7	[1.9 – 5.7]	1.2	[0.6 – 1.9]	11 000	[6700 – 17 000]	11 000	[6900 – 17 000]
Côte d'Ivoire	5.1	[2.6 – 7.9]	1.7	[0.9 – 2.7]	65 000	[39 000 – 96 000]	63 000	[38 000 – 93 000]
République démocratique du Congo	2.2	[1.0 – 3.8]	0.8	[0.3 – 1.3]	90 000	[47 000 – 150 000]	85 000	[44 000 – 140 000]
Djibouti	2.1	[0.5 – 4.6]	0.7	[0.2 – 1.6]	1200	[350 – 2800]	1100	[320 – 2400]
Guinée équatoriale	2.3	[1.8 – 2.7]	0.7	[0.6 – 0.9]	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]
Erythrée	1.6	[0.7 – 2.7]	0.6	[0.3 – 1.0]	5600	[2900 – 9600]	5300	[2700 – 8900]
Ethiopie (1)	...	[0.5 – 2.3]	...	[0.2 – 0.8]	...	[38 000 – 130 000]	...	[38 000 – 130 000]
Gabon	5.4	[2.7 – 8.7]	1.8	[0.9 – 3.0]	4700	[2800 – 7000]	3700	[2200 – 5700]
Gambie	1.7	[0.7 – 2.9]	0.6	[0.2 – 1.0]	1300	[670 – 2200]	<1000	[<2000]
Ghana	1.3	[1.1 – 1.5]	0.2	>[0.2 – 0.3]	29 000	[21 000 – 36 000]	26 000	[19 000 – 33 000]
Guinée	1.4	[1.1 – 1.6]	0.5	[0.4 – 0.5]	7100	[4700 – 9900]	6000	[3700 – 9100]
Guinée-Bissau	2.5	[1.1 – 4.3]	0.9	[0.4 – 1.5]	2700	[1400 – 4400]	2200	[1200 – 3600]
Kenya	5.2	[4.5 – 6.0]	1.0	[0.9 – 1.2]	140 000	[110 000 – 170 000]	140 000	[110 000 – 180 000]
Lesotho	14.1	[13.3 – 15.0]	5.9	[5.5 – 6.2]	23 000	[20 000 – 27 000]	22 000	[20 000 – 26 000]
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	0.3	[0.1 – 0.6]	0.6	[0.2 – 1.3]	2900	[1100 – 6500]	2100	[760 – 4400]
Malawi	9.6	[3.9 – 16.8]	3.4	[1.4 – 5.9]	78 000	[38 000 – 120 000]	86 000	[42 000 – 140 000]
Mali	1.2	[0.9 – 1.5]	0.4	[0.3 – 0.5]	11 000	[7400 – 16 000]	13 000	[8300 – 18 000]
Mauritane	0.5	[0.2 – 1.0]	0.2	[0.1 – 0.3]	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]
Maurice	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Mozambique	10.7	[6.0 – 15.8]	3.6	[2.0 – 5.3]	140 000	[100 000 – 200 000]	120 000	[81 000 – 160 000]
Namibie	13.4	[5.2 – 24.7]	4.4	[1.7 – 8.1]	17 000	[7800 – 27 000]	16 000	[7300 – 25 000]
Niger	0.8	[0.3 – 1.4]	0.2	[0.1 – 0.4]	7600	[3400 – 13 000]	6800	[2900 – 12 000]
Nigéria	2.7	[1.3 – 4.4]	0.9	[0.4 – 1.5]	220 000	[120 000 – 330 000]	190 000	[100 000 – 290 000]
Rwanda	1.9	[1.9 – 2.0]	0.8	[0.7 – 0.8]	21 000	[13 000 – 26 000]	25 000	[17 000 – 33 000]
Sénégal	0.6	[0.2 – 1.1]	0.2	[0.1 – 0.4]	5200	[2500 – 8600]	4000	[2000 – 6500]
Sierra Leone	1.1	[0.6 – 1.7]	0.4	[0.2 – 0.6]	4600	[2600 – 7500]	5000	[2800 – 7900]
Somalie	0.6	[0.3 – 1.1]	0.2	[0.1 – 0.4]	4100	[2000 – 8000]	3700	[1700 – 7600]
Afrique du Sud	14.8	[13.2 – 16.3]	4.5	[4.0 – 4.9]	320 000	[270 000 – 380 000]	290 000	[230 000 – 350 000]
Swaziland	22.7	[11.5 – 35.9]	7.7	[3.9 – 12.1]	16 000	[10 000 – 23 000]	12 000	[7800 – 18 000]
Togo	2.2	[1.0 – 3.6]	0.8	[0.4 – 1.2]	9100	[5000 – 14 000]	8100	[4500 – 13 000]
Ouganda	5.0	[4.2 – 5.7]	2.3	[1.9 – 2.6]	91 000	[54 000 – 130 000]	110 000	[71 000 – 140 000]
République-Unie de Tanzanie	3.8	[3.4 – 4.2]	2.8	[2.5 – 3.1]	140 000	[110 000 – 180 000]	150 000	[120 000 – 180 000]
Zambie	12.7	[11.9 – 13.6]	3.8	[3.6 – 4.0]	98 000	[77 000 – 120 000]	100 000	[81 000 – 130 000]
Zimbabwe	14.7	[7.7 – 23.2]	4.4	[2.3 – 6.9]	180 000	[120 000 – 250 000]	200 000	[130 000 – 270 000]

	3. Orphelins du SIDA				4. Tendances de la prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15–24) de la capitale			
	Orphelins (0–17) en vie, 2005		Orphelins (0–17) en vie, 2003					
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Monde	**15 200 000**	**[13 300 000 – 17 000 000]**	**12 600 000**	**[11 000 000 – 14 200 000]**				
Afrique subsaharienne	**12 000 000**	**[10 600 000 – 13 600 000]**	**10 200 000**	**[8 900 000 – 11 500 000]**				
Angola	160 000	[95 000 – 230 000]	120 000	[72 000 – 180 000]	2001	6.3	2004	2.8
Bénin	62 000	[38 000 – 89 000]	47 000	[28 000 – 69 000]	2001	4.1	...	...
Botswana	120 000	[110 000 – 150 000]	100 000	[95 000 – 140 000]	2000	33.6	2005	33.5
Burkina Faso	120 000	[89 000 – 150 000]	100 000	[76 000 – 140 000]	2002	3.3	2005	1.8
Burundi	120 000	[94 000 – 170 000]	120 000	[95 000 – 150 000]	2000	12.6	2004	8.6
Cameroun	240 000	[200 000 – 290 000]	190 000	[150 000 – 240 000]	...	...	...	...
République centrafricaine	140 000	[62 000 – 200 000]	110 000	[52 000 – 170 000]	...	...	...	...
Tchad	57 000	[28 000 – 97 000]	38 000	[19 000 – 66 000]	...	...	2005	3.6
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	110 000	[70 000 – 150 000]	100 000	[67 000 – 140 000]	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	450 000	[280 000 – 630 000]	410 000	[250 000 – 590 000]	2001	10.0	...	...
République démocratique du Congo	680 000	[380 000 – 1 000 000]	640 000	[360 000 – 960 000]	...	...	...	...
Djibouti	5700	[1900 – 12 000]	4000	[1400 – 9400]	...	...	...	...
Guiné équatoriale	4600	[3500 – 5900]	3700	[2800 – 4800]	...	...	...	...
Erythrée	36 000	[20 000 – 56 000]	28 000	[15 000 – 44 000]	...	...	...	...
Ethiopie (1)	...	[280 000 – 870 000]	...	[230 000 – 730 000]	2000	15.0	2003	11.5
Gabon	20 000	[13 000 – 29 000]	15 000	[9100 – 22 000]	...	...	...	...
Gambie	3800	[2200 – 6000]	2800	[1600 – 4 300]	...	...	...	...
Ghana	170 000	[130 000 – 210 000]	130 000	[100 000 – 170 000]	2000	2.7	...	...
Guinée	28 000	[18 000 – 43 000]	20 000	[12 000 – 34 000]	...	...	2004	4.4
Guinée-Bissau	11 000	[6000 – 16 000]	7200	[4000 – 11 000]	...	...	...	...
Kenya	1 100 000	[890 000 – 1 300 000]	950 000	[770 000 – 1 200 000]	...	...	...	...
Lesotho	97 000	[88 000 – 110 000]	75 000	[67 000 – 85 000]	...	...	2005	27.3
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	13 000	[5000 – 24 000]	8200	[3300 – 15 000]	...	...	...	...
Malawi	550 000	[310 000 – 780 000]	440 000	[250 000 – 630 000]	2001	15.0	...	...
Mali	94 000	[70 000 – 120 000]	83 000	[60 000 – 110 000]	...	...	...	...
Mauritane	6900	[3900 – 10 000]	5700	[2600 – 9200]	...	...	...	...
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	510 000	[390 000 – 670 000]	330 000	[240 000 – 450 000]	2000	11.7	...	...
Namibie	85 000	[42 000 – 120 000]	67 000	[33 000 – 99 000]	...	...	2004	7.5
Niger	46 000	[20 000 – 85 000]	35 000	[14 000 – 79 000]	...	...	...	...
Nigéria	930 000	[510 000 – 1 300 000]	660 000	[350 000 – 980 000]	...	...	...	...
Rwanda	210 000	[170 000 – 260 000]	220 000	[170 000 – 270 000]	2001	9.8	...	...
Sénégal	25 000	[14 000 – 39 000]	18 000	[10 000 – 28 000]	...	...	...	...
Sierra Leone	31 000	[19 000 – 49 000]	28 000	[17 000 – 44 000]	...	...	...	...
Somalie	23 000	[11 000 – 45 000]	18 000	[7600 – 38 000]	...	...	...	...
Afrique du Sud	1 200 000	[970 000 – 1 400 000	780 000	[620 000 –950 000]	2001	23.1	2004	25.2
Swaziland	63 000	[45 000 – 77 000]	46 000	[32 000 – 59 000]	2000	34.4	2004	37.3
Togo	88 000	[51 000 – 130 000]	70 000	[40 000 – 110 000]	2001	5.4	2004	9.3
Ouganda	1 000 000	[870 000 – 1 300 000]	1 000 000	[850 000 – 1 200 000]	2000	8.5	2005	5.2
République-Unie de Tanzanie	1 100 000	[910 000 – 1 200 000]	970 000	[830 000 – 1 100 000]	2000	7.5	...	...
Zambie	710 000	[630 000 – 830 000]	650 000	[570 000 – 770 000]	...	...	2004	20.7
Zimbabwe	1 100 000	[780 000 – 1 300 000]	1 000 000	[720 000 – 1 200 000]	2001	29.8	2004	18.6

5. Tendances de la prévalence VIH (%) parmi les groupes à risque accru dans la capitale

	Consommateurs de drogues injectables				Professionnelles du sexe				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
Pays	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Monde												
Afrique subsaharienne												
Angola	...	...	...	...	2001	33.3	...	...	...	...	...	...
Bénin	...	...	...	...	2001	60.5	...	...	...	...	...	...
Botswana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	...	...	...	...	...	...	2005	20.8	...	...	...	...
Burundi	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cameroun	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République centrafricaine	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tchad	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	...	...	...	...	2000	28.0	...	...	...	...	...	...
République démocratique du Congo	...	...	...	...	...	...	2004	12.4	...	...	...	...
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Erithrée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ethiopie (1)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Gabon	...	...	...	...	...	...	2005	40.4	...	...	...	...
Gambie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ghana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée	...	...	...	...	2001	39.7	...	...	...	...	...	...
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	...	...	...	...	2000	25.5	...	...	...	...	...	...
Lesotho	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	...	...	...	...	2001	0.2	...	...	...	...	...	...
Malawi	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mali	...	...	...	...	2000	21.0	2005	31.6	...	...	...	...
Mauritane	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Namibie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Niger	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nigéria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rwanda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sénégal	...	...	...	...	2000	13.0	2005	27.1	...	...	2005	21.5
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Togo	...	...	...	...	...	...	2005	53.9	...	...	...	...
Ouganda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Zambie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Zimbabwe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes et enfants 2005		Adultes et enfants 2003		Adultes (15+) 2005	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Asie de l'Est	**680 000**	**[420 000 – 1 100 000]**	**560 000**	**[350 000 – 910 000]**	**680 000**	**[420 000 – 1 100 000]**
Chine	650 000	[390 000 – 1 100 000]	530 000	[320 000 – 880 000]	650 000	[390 000 – 1 100 000]
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	17 000	[10 000 – 29 000]	17 000	[10 000 – 28 000]	17 000	[10 000 – 28 000]
Mongolie	<500	[<2000]	<500	[<1000]	<500	[<2000]
République de Corée	13 000	[7900 – 25 000]	9400	[6100 – 14 000]	13 000	[7800 – 25 000]
Océanie	**78 000**	**[46 000 – 170 000]**	**66 000**	**[40 000 – 140 000]**	**75 000**	**[45 000 – 160 000]**
Australie	16 000	[9700 – 27 000]	14 000	[8300 – 23 000]	16 000	[9600 – 27 000]
Fidji	<1000	[320 – 2100]	<500	[<2000]	<1000	[320 – 2100]
Nouvelle-Zélande	1400	[840 – 2300]	1400	[840 – 2300]	1400	[840 – 2300]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	60 000	[32 000 – 140 000]	51 000	[27 000 – 120 000]	57 000	[31 000 – 140 000]
Asi du Sud et du Sud-Est	**7 600 000**	**[5 100 000 – 11 700 000]**	**7 000 000**	**[4 700 000 – 10 800 000]**	**7 400 000**	**[5 000 000 – 11 500 000]**
Afghanistan	<1000	[<2000]	<500	[<1000]	<1000	[<2000]
Bangladesh	11 000	[6400 – 18 000]	7500	[4500 – 12 000]	11 000	[6400 – 18 000]
Bhoutan	<500	[<2000]	<100	[<1000]	<500	[<2000]
Brunéi Darussalam	<100	[<200]	<100	[<200]	<100	[<200]
Cambodge	130 000	[74 000 – 210 000]	150 000	[83 000 – 230 000]	130 000	[70 000 – 200 000]
Inde (2)	5 700 000	[3 400 000 – 9 400 000]	5 300 000	[3 200 000 – 8 800 000]	5 600 000	[3 400 000 – 9 300 000]
Indonésie	170 000	[100 000 – 290 000]	110 000	[68 000 – 190 000]	170 000	[100 000 – 290 000]
Iran (République Islamique d')	66 000	[36 000 – 160 000]	37 000	[20 000 – 88 000]	66 000	[35 000 – 160 000]
République démocratique populaire lao	3700	[1800 – 12 000]	1700	[820 – 5500]	3600	[1700 – 12 000]
Malaisie	69 000	[33 000 – 220 000]	57 000	[27 000 – 180 000]	67 000	[32 000 – 220 000]
Maldives	...	...	...	...	...	...
Myanmar	360 000	[200 000 – 570 000]	390 000	[210 000 – 600 000]	350 000	[200 000 – 550 000]
Népal	75 000	[41 000 – 180 000]	65 000	[35 000 – 160 000]	74 000	[40 000 – 180 000]
Pakistan	85 000	[46 000 – 210 000]	56 000	[30 000 – 130 000]	84 000	[45 000 – 210 000]
Philippines	12 000	[7300 – 20 000]	9500	[5700 – 16 000]	12 000	[7200 – 20 000]
Singapour	5500	[3100 – 14 000]	4700	[2600 – 12 000]	5500	[3000 – 14 000]
Sri Lanka	5000	[3000 – 8300]	3100	[1900 – 4400]	5000	[3000 – 8300]
Thailande	580 000	[330 000 – 920 000]	590 000	[320 000 – 900 000]	560 000	[320 000 – 900 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	260 000	[150 000 – 430 000]	210 000	[130 000 – 350 000]	250 000	[150 000 – 420 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes (15+) 2003		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2005		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2003		Femmes (15+) 2005	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Asie de l'Est	**560 000**	**[340 000 – 910 000]**	**0.1**	**[<0.2]**	**0.1**	**[<0.2]**	**190 000**	**[110 000 – 330 000]**
Chine	530 000	[320 000 – 880 000]	0.1	[<0.2]	0.1	[<0.2]	180 000	[90 000 – 310 000]
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Japon	17 000	[10 000 – 28 000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	9900	[5000 – 17 000]
Mongolie	<500	[<1000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<100	[<200]
République de Corée	9300	[6000 – 14 000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	7400	[3900 – 16 000]
Océanie	**64 000**	**[40 000 – 140 000]**	**0.3**	**[0.2 – 0.8]**	**0.3**	**[0.2 – 0.7]**	**35 000**	**[17 000 – 86 000]**
Australie	14 000	[8200 – 23 000]	0.1	[<0.2]	0.1	[<0.2]	<1000	[<2000]
Fidji	<500	[<2000]	0.1	[0.1 – 0.4]	0.1	[<0.1 – 0.3]	<500	[<1000]
Nouvelle-Zélande	1400	[840 – 2300]	0.1	[<0.2]	0.1	[<0.2]	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	49 000	[26 000 – 120 000]	1.8	[0.9 – 4.4]	1.6	[0.9 – 3.9]	34 000	[16 000 – 85 000]
Asie du Sud et du Sud-Est	**6 900 000**	**[4 600 000 – 10 600 000]**	**0.6**	**[0.4 – 1.0]**	**0.6**	**[0.4 – 0.9]**	**2 200 000**	**[1 300 000 – 3 500 000]**
Afghanistan	<500	[<1000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<100	[<1000]
Bangladesh	7500	[4500 – 12 000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	1400	[710 – 2500]
Bhoutan	<100	[<1000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<100	[<200]
Brunéi Darussalam	<100	[<200]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<100	[<200]
Cambodge	140 000	[79 000 – 220 000]	1.6	[0.9 – 2.6]	2.0	[1.1 – 3.1]	59 000	[28 000 – 99 000]
Inde (2)	5 200 000	[3 100 000 – 8 700 000]	0.9	[0.5 – 1.5]	0.9	[0.5 – 1.5]	1 600 000	[820 000 – 2 800 000]
Indonésia	110 000	[68 000 – 190 000]	0.1	[0.1 – 0.2]	0.1	[0.1 – 0.2]	29 000	[15 000 – 52 000]
Iran (République Islamique d')	37 000	[20 000 – 89 000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.1	[<0.1 – 0.2]	11 000	[5200 – 28 000]
République démocratique populaire lao	1700	[810 – 5500]	0.1	[0.1 – 0.4]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[260 – 2000]
Malaisie	56 000	[27 000 – 180 000]	0.5	[0.2 – 1.5]	0.4	[0.2 – 1.3]	17 000	[7300 – 57 000]
Maldives	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Myanmar	380 000	[210 000 – 590 000]	1.3	[0.7 – 2.0]	1.4	[0.7 – 2.2]	110 000	[53 000 – 190 000]
Népal	64 000	[34 000 – 150 000]	0.5	[0.3 – 1.3]	0.5	[0.3 – 1.2]	16 000	[7500 – 40 000]
Pakistan	55 000	[30 000 – 130 000]	0.1	[0.1 – 0.2]	0.1	[<0.1 – 0.2]	14 000	[6600 – 36 000]
Philippines	9400	[5700 – 16 000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	3400	[1800 – 6000]
Singapour	4700	[2600 – 12 000]	0.3	[0.2 – 0.7]	0.3	[0.1 – 0.6]	1500	[700 – 3700]
Sri Lanka	3100	[1900 – 4400]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<1000	[<1000]
Thailande	570 000	[310 000 – 880 000]	1.4	[0.7 – 2.1]	1.4	[0.7 – 2.1]	220 000	[100 000 – 370 000]
Timor-Leste	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Viet Nam	210 000	[130 000 – 350 000]	0.5	[0.3 – 0.9]	0.4	[0.3 – 0.7]	84 000	[43 000 – 150 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Femmes (15+) 2003		Enfants (0–14) 2005		Enfants (0–14) 2003	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Asie de l'Est	**140 000**	**[78 000 – 240 000]**	**6400**	**[2000 – 16 000]**	**4700**	**[1500 – 11 000]**
Chine	130 000	[65 000 – 230 000]	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	9600	[4900 – 17 000]	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...
République de Corée	5500	[3000 – 9000]	...	...	...	...
Océanie	**30 000**	**[14 000 – 73 000]**	**3000**	**[830 – 7900]**	**2200**	**[630 – 5800]**
Australie	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Fidji	<100	[<1000]	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	29 000	[13 000 – 72 000]	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est	**2 000 000**	**[1 200 000 – 3 200 000]**	**170 000**	**[70 000 – 380 000]**	**150 000**	**[61 000 – 330 000]**
Afghanistan	<100	[<200]	...	...	...	...
Bangladesh	<500	[<1000]	...	...	...	...
Bhoutan	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	...	...	...	...	...	...
Cambodge	65 000	[31 000 – 110 000]	...	...	...	...
Inde (2)	1 500 000	[750 000 – 2 600 000]	...	...	...	...
Indonésie	15 000	[7700 – 26 000]	...	...	...	...
Iran (République Islamique d')	4800	[2300 – 12 000]	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	<500	[<1000]	...	...	...	...
Malaisie	14 000	[5800 – 45 000]	...	...	...	...
Maldives	...	...	...	...	...	...
Myanmar	120 000	[57 000 – 200 000]	...	...	...	...
Népal	13 000	[6000 – 32 000]	...	...	...	...
Pakistan	7300	[3400 – 18 000]	...	...	...	...
Philippines	1900	[970 – 3300]	...	...	...	...
Singapour	1200	[570 – 3000]	...	...	...	...
Sri Lanka	<100	[<200]	...	...	...	...
Thaïlande	220 000	[99 000 – 350 000]	16 000	[5400 – 38 000]	17 000	[5300 – 38 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	64 000	[33 000 – 110 000]	...	...	...	...

					2. D.écès dus au SIDA			
	Taux (%) chez les jeunes femmes (15–24), 2005		Taux (%) chez les jeunes hommes (15–24), 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2003	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Asie de l'Est	**<0.1**	**[<0.2]**	**0.1**	**[<0.2]**	**33 000**	**[20 000 – 49 000]**	**28 000**	**[17 000 – 42 000]**
Chine	...	...	...	...	31 000	[18 000 – 46 000]	26 000	[16 000 – 40 000]
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	1400	[830 – 2100]	1300	[<2000]
Mongolie	...	...	...	...	<100	[<200]	...	...
République de Corée	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Océanie					**3400**	**[1900 – 5500]**	**2300**	**[1300 – 3600]**
Australie	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Fidji	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	3300	[1800 – 5400]	2100	[1200 – 3500]
Asie du Sud et du Sud-Est	**0.4**	**[0.2 – 0.6]**	**0.6**	**[0.4 – 1.1]**	**560 000**	**[370 000 – 810 000]**	**470 000**	**[310 000 – 680 000]**
Afghanistan	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Bangladesh	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Bhoutan	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Brunéi Darussalam	...	...	...	...	<100	[<200]	...	...
Cambodge	...	...	...	...	16 000	[8500 – 26 000]	17 000	[9100 – 28 000]
Inde (2)	...	...	...	...	...	[270 000 – 680 000]	...	[220 000 – 540 000]
Indonésie	...	...	...	...	5500	[3300 – 8300]	2300	[1400 – 3500]
Iran (République Islamique d')	...	...	...	...	1600	[920 – 2700]	<1000	[<1000]
République démocratique populaire lao	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Malaisie	...	...	...	...	4000	[2100 – 7200]	1900	[990 – 3400]
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	...	...	...	...	37 000	[20 000 – 62 000]	36 000	[19 000 – 59 000]
Népal	...	...	...	...	5100	[2800 – 8400]	4000	[2200 – 6600]
Pakistan	...	...	...	...	3000	[1700 – 4900]	1500	[830 – 2500]
Philippines	...	...	...	...	<1000	[<1000]	<500	[<1000]
Singapour	...	...	...	...	<100	[<200]	<500	[<1000]
Sri Lanka	...	...	...	...	<500	[<1000]	<100	[<200]
Thailande	...	...	...	...	21 000	[14 000 – 42 000]	40 000	[22 000 – 67 000]
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	...	...	...	...	13 000	[7800 – 20 000]	8900	[5300 – 13 000]

	3. Orphelins du SIDA				4. Tendances de la prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15–24) de la capitale			
	Orphelins (0–17) en vie, 2005		Orphelins (0–17) en vie, 2003					
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Asie de l'Est								
Chine	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...	...	...
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Océanie								
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est								
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	...	...	...	...	...	...	...	...
Bhoutan	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	...	...	...	...	...	...	...	...
Inde (2)	...	...	...	...	...	...	...	...
Indonésie	...	...	...	...	...	...	...	...
Iran (République Islamique d')	...	...	...	...	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	...	...	...	...	...	...	...	...
Malaisie	...	...	...	...	...	...	...	...
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	...	...	...	...	...	...	...	...
Pakistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Philippines	...	...	...	...	...	...	...	...
Singapour	...	...	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	...	...	...	...	...	...	...	...
Thailande	...	...	...	...	...	...	...	...
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	...	...	...	...	...	...	...	...

5. Tendances de la prévalence VIH (%) parmi les groupes à risque accru dans la capitale

	Consommateurs de drogues injectables				Professionnelles du sexe				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
Pays	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**
Asie de l'Est												
Chine	2000	0.0	2005	8.3	2000	0.2	2005	0.5	...	...	2005	1.5
Rép populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	...	...	2000	2.9	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...	2005	0.0	...	...	2005	4.8
République de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Océanie												
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	2000	16.0	...	...	...	...	...	...
Asie du Sud et du Sud-Est												
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh	...	...	2005	4.9	...	...	2004	0.2	...	...	2005	0.4
Bhoutan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cambodge	...	...	...	...	2000	26.3	...	...	...	...	...	...
Inde (2)	2000	5.0	...	...	2000	9.4	...	...	...	...	...	...
Indonésie	2000	65.5	...	...	2000	0.0	...	...	...	...	...	...
Iran (République Islamique d')	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	...	...	...	...	2001	1.1	...	...	...	...	...	...
Malaisie	...	...	...	...	2000	6.9	...	...	...	...	...	...
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	2000	37.1	...	...	2000	26.0	...	...	...	...	...	...
Népal	2000	50.0	...	...	2000	17.1	2005	2.0	...	...	2005	3.9
Pakistan	2001	0.0	2005	22.9	...	...	...	...	...	...	...	...
Philippines	...	...	2005	1.0	...	...	...	...	...	...	...	...
Singapour	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sri Lanka	...	...	...	...	2000	0.0	...	...	...	...	...	...
Thailande	2000	39.6	2004	38.0	2000	8.5	2004	4.3	...	...	...	...
Timor-Leste	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	2000	17.5	2005	30.6	2000	10.0	...	...	...	...	2005	6.5

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes et enfants 2005		Adultes et enfants 2003		Adultes (15+) 2005	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Europe orientale et Asie centrale	**1 500 000**	**[1 000 000 – 2 300 000]**	**1 100 000**	**[790 000 – 1 700 000]**	**1 500 000**	**[1 000 000 – 2 300 000]**
Arménie	2900	[1800 – 5800]	2600	[1700 – 3900]	2900	[1800 – 5800]
Azerbaidjan	5400	[2600 – 17 000]	1400	[680 – 4500]	5400	[2600 – 17 000]
Bélarus	20 000	[11 000 – 47 000]	18 000	[9800 – 44 000]	20 000	[11 000 – 48 000]
Bosnie-Herzégovine	<500	[<1000]	...	...	...	...
Bulgarie	<500	[<1000]	...	...	...	...
Coratie	<500	[<1000]	...	...	...	...
Estonie	10 000	[4800 – 32 000]	8700	[4200 – 28 000]	10 000	[4800 – 32 000]
Géorgie	5600	[2700 – 18 000]	2800	[1500 – 4700]	5600	[2700 – 18 000]
Kazakhstan	12 000	[11 000 – 77 000]	10 000	[9000 – 33 000]	12 000	[11 000 – 76 000]
Kirghizistan	4000	[1900 – 13 000]	1100	[<2000]	4000	[1900 – 13 000]
Lettonie	10 000	[6100 – 17 000]	7500	[4500 – 12 000]	10 000	[6100 – 17 000]
Lituanie	3300	[1600 – 10 000]	1300	[650 – 4300]	3300	[1600 – 11 000]
République de Moldova	29 000	[15 000 – 69 000]	23 000	[13 000 – 56 000]	28 000	[15 000 – 69 000]
Roumanie	7000	[3400 – 22 000]	6500	[3100 – 21 000]	...	...
Fédération de Russie	940 000	[560 000 – 1 600 000]	760 000	[460 000 – 1 300 000]	940 000	[560 000 – 1 600 000]
Tadjikistan	4900	[2400 – 16 000]	1300	[700 – 2300]	4900	[2300 – 16 000]
Turkménistan	<500	[<1000]	...	...	<500	[<1000]
Ukraine	410 000	[250 000 – 680 000]	380 000	[240 000 – 550 000]	410 000	[250 000 – 680 000]
Ouzbékistan	31 000	[15 000 – 99 000]	11 000	[5500 – 36 000]	31 000	[15 000 – 100 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes (15+) 2003		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2005		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2003		Femmes (15+) 2005	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Europe orientale et Asie centrale	**1 100 000**	**[780 000 – 1 700 000]**	**0.8**	**[0.6 – 1.4]**	**0.6**	**[0.4 – 1.0]**	**420 000**	**[270 000 – 680 000]**
Arménie	2600	[1700 – 3900]	0.1	[0.1 – 0.6]	0.1	[0.1 – 0.2]	<1000	[<2000]
Azerbaidjan	1400	[680 – 4600]	0.1	[0.1 – 0.4]	<0.1	[<0.2]	<1000	[300 – 2300]
Bélarus	18 000	[9700 – 44 000]	0.3	[0.2 – 0.8]	0.3	[0.2 – 0.8]	5100	[2400 – 13 000]
Bosnie-Herzégovine	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Coratie	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Estonie	8600	[4100 – 28 000]	1.3	[0.6 – 4.3]	1.1	[0.5 – 3.7]	2400	[1000 – 7900]
Géorgie	2800	[1500 – 4800]	0.2	[0.1 – 2.7]	0.1	[0.1 – 0.2]	<1000	[410 – 3200]
Kazakhstan	10 000	[9000 – 33 000]	0.1	[0.1 – 3.2]	0.1	[0.1 – 0.4]	6800	[5600 – 43 000]
Kirghizistan	1100	[<2000]	0.1	[0.1 – 1.7]	<0.1	[<0.2]	<1000	[290 – 2200]
Lettonie	7400	[4500 – 12 000]	0.8	[0.5 – 1.3]	0.6	[0.3 – 1.0]	2200	[1100 – 3900]
Lituanie	1300	[640 – 4300]	0.2	[0.1 – 0.6]	0.1	[<0.1 – 0.2]	<1000	[<2000]
République de Moldova	23 000	[12 000 – 56 000]	1.1	[0.6 – 2.6]	0.9	[0.5 – 2.2]	16 000	[7400 – 40 000]
Roumanie	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Fédération de Russie	760 000	[450 000 – 1 300 000]	1.1	[0.7 – 1.8]	0.9	[0.5 – 1.5]	210 000	[110 000 – 370 000]
Tadjikistan	1300	[700 – 2300]	0.1	[0.1 – 1.7]	<0.1	[<0.2]	<500	[<2000]
Turkménistan	...	...	<0.1	[<0.2]	...	...	...	...
Ukraine	380 000	[240 000 – 540 000]	1.4	[0.8 – 4.3]	1.3	[0.8 – 1.9]	200 000	[100 000 – 350 000]
Ouzbékistan	11 000	[5400 – 36 000]	0.2	[0.1 – 0.7]	0.1	[<0.1 – 0.3]	4100	[1700 – 13 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Femmes (15+) 2003		Enfants (0–14) 2005		Enfants (0–14) 2003	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Europe orientale et Asie centrale	**310 000**	**[200 000 – 490 000]**	**6900**	**[3400 – 14 000]**	**5000**	**[2400 – 10 000]**
Arménie	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Azerbaidjan	<100	[<1000]	...	...	...	...
Bélarus	4400	[2100 – 11 000]	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Coratie	...	...	...	...	...	...
Estonie	1900	[800 – 6200]	...	...	...	...
Géorgie	<500	[<1000]	...	...	...	...
Kazakhstan	5600	[3800 – 20 000]	...	...	...	...
Kirghizistan	<500	[<1000]	...	...	...	...
Lettonie	1500	[740 – 2600]	...	...	...	...
Lituanie	<500	[<1000]	...	...	...	...
République de Moldova	13 000	[6000 – 32 000]	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	160 000	[80 000 – 280 000]	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...
Ukraine	180 000	[85 000 – 290 000]	...	...	...	...
Ouzbékistan	<1000	[320 – 2500]	...	...	...	...

					2. Décès dus au SIDA			
	Taux (%) chez les jeunes femmes (15–24), 2005		Taux (%) chez les jeunes hommes (15–24), 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2003	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Europe orientale et Asie centrale	**0.5**	**[0.3 – 0.8]**	**0.9**	**[0.5 – 1.7]**	**53 000**	**[36 000 – 75 000]**	**28 000**	**[19 000 – 39 000]**
Arménie	...	...	...	...	<500	[<1000]	<100	[<200]
Azerbaidjan	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Bélarus	...	...	...	...	...	[<2000]	...	[<1000]
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...
Coratie	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	[<2000]	...	[<1000]
Géorgie	...	...	...	...	<500	[<1000]	<100	[<200]
Kazakhstan	...	...	...	...	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]
Kirghizistan	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Lettonie	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Lituanie	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
République de Moldova	...	...	...	...	1400	[810 – 2400]	<1000	[<2000]
Roumanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	[22 000 – 56 000]	...	[11 000 – 28 000]
Tadjikistan	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	...	...	...	...	22 000	[13 000 – 33 000]	14 000	[7300 – 22 000]
Ouzbékistan	...	...	...	...	<500	[<1000]	<100	[<200]

	3. Orphelins du SIDA				4. Tendances de la prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15–24) de la capitale			
	Orphelins (0–17) en vie, 2005		Orphelins (0–17) en vie, 2003					
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Europe orientale et Asie centrale								
Arménie	...	...	...	...	...	...	...	...
Azerbaidjan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bélarus	...	...	...	...	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...
Coratie	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...	...	...
Géorgie	...	...	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Lettonie	...	...	...	...	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	...	...	...	...
République de Moldova	...	...	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	...	...	...	...	...	...	...	...
Ouzbékistan	...	...	...	...	...	...	...	...

5. Tendances de la prévalence VIH (%) parmi les groupes à risque accru dans la capitale

	Consommateurs de drogues injectables				Professionnelles du sexe				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
Pays	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**
Europe orientale et Asie centrale												
Arménie	2000	14.2	2005	9.3	2000	0.5	2005	0.4	...	...	...	...
Azerbaidjan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bélarus	...	...	2005	30.9	...	...	...	...	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Coratie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Géorgie	...	...	2005	1.0	...	...	2005	1.3	...	...	2005	3.2
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	...	...	2005	6.2	...	...	2005	1.7	...	...	...	...
Lettonie	2000	19.0	...	...	2001	7.7	...	...	...	...	...	...
Lituanie	...	...	...	...	2000	1.4	...	...	...	...	...	...
République de Moldova	...	...	...	...	...	...	2005	8.5	...	...	2005	2.5
Roumanie	...	...	...	...	...	...	2005	1.4	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	2005	12.4	2000	15.3	2005	3.1	...	...	2005	0.5
Tadjikistan	...	...	2005	12.1	...	...	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	2000	64.0	2005	48.8	...	...	2005	8.0	...	...	...	...
Ouzbékistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes et enfants 2005		Adultes et enfants 2003		Adultes (15+) 2005	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Europe occidentale et centrale	**720 000**	**[550 000 – 950 000]**	**680 000**	**[520 000 – 880 000]**	**710 000**	**[550 000 – 950 000]**
Albanie	...	[<1000]	...	...	...	...
Autriche	12 000	[7200 – 20 000]	12 000	[7200 – 20 000]	12 000	[7200 – 20 000]
Belgique	14 000	[8100 – 22 000]	11 000	[6600 – 18 000]	14 000	[8100 – 22 000]
République tchèque	1500	[900 – 2500]	1500	[900 – 2500]	1500	[900 – 2500]
Danemark	5600	[3400 – 9300]	5100	[3100 – 8400]	5500	[3300 – 9100]
Finlande	1900	[1100 – 3100]	1900	[1100 – 3100]	1900	[1100 – 3200]
France	130 000	[78 000 – 210 000]	120 000	[72 000 – 200 000]	130 000	[78 000 – 220 000]
Allemagne	49 000	[29 000 – 81 000]	44 000	[26 000 – 73 000]	49 000	[29 000 – 81 000]
Grèce	9300	[5600 – 15 000]	9200	[5500 – 15 000]	9300	[5600 – 15 000]
Hongrie	3200	[1900 – 5300]	3000	[1800 – 5000]	3200	[1900 – 5300]
Islande	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Irlande	5000	[3000 – 8300]	5000	[3000 – 8300]	5000	[3000 – 8300]
Italie	150 000	[90 000 – 250 000]	140 000	[84 000 – 230 000]	150 000	[90 000 – 250 000]
Luxembourg	<1000	[<1000]	<1000	[<1000]	<1000	[<2000]
Malte	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Pays-Bas	18 000	[11 000 – 29 000]	17 000	[10 000 – 27 000]	17 000	[10 000 – 29 000]
Norvège	2500	[1500 – 4100]	2000	[1200 – 3300]	2500	[1500 – 4200]
Pologne	25 000	[15 000 – 41 000]	25 000	[15 000 – 41 000]	25 000	[15 000 – 42 000]
Portugal	32 000	[19 000 – 53 000]	31 000	[19 000 – 51 000]	32 000	[19 000 – 53 000]
Serbie-et-Monténégro	10 000	[6000 – 17 000]	9000	[5400 – 15 000]	10 000	[6000 – 17 000]
Slovaquie	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Slovénie	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Espagne	140 000	[84 000 – 230 000]	140 000	[84 000 – 230 000]	140 000	[84 000 – 230 000]
Suède	8000	[4800 – 13 000]	8000	[4800 – 13 000]	8000	[4800 – 13 000]
Suisse	17 000	[9900 – 27 000]	15 000	[9200 – 25 000]	16 000	[9900 – 27 000]
Ex-République yougoslave de de Macédoine	<500	[<1000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (3)	68 000	[41 000 – 110 000]	54 000	[32 000 – 89 000]	67 000	[40 000 – 110 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes (15+) 2003		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2005		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2003		Femmes (15+) 2005	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Europe occidentale et centrale	**670 000**	**[510 000 – 880 000]**	**0.3**	**[0.2 – 0.4]**	**0.3**	**[0.2 – 0.4]**	**200 000**	**[150 000 – 290 000]**
Albanie	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Autriche	12 000	[7200 – 20 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.3	[0.2 – 0.5]	2300	[1200 – 4100]
Belgique	11 000	[6600 – 18 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.2	[0.1 – 0.4]	5400	[2800 – 9500]
République tchèque	1500	[900 – 2500]	0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<1000	[<1000]
Danemark	5000	[3000 – 8300]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	1300	[670 – 2300]
Finlande	1900	[1100 – 3200]	0.1	[<0.2]	0.1	[<0.2]	<1000	[<2000]
France	120 000	[72 000 – 200 000]	0.4	[0.3 – 0.8]	0.4	[0.3 – 0.7]	45 000	[23 000 – 79 000]
Allemagne	44 000	[26 000 – 73 000]	0.1	[0.1 – 0.2]	0.1	[0.1 – 0.2]	15 000	[7700 – 26 000]
Grèce	9200	[5500 – 15 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	2000	[1000 – 3500]
Hongrie	3000	[1800 – 5000]	0.1	[<0.2]	0.1	[<0.2]	<1000	[<2000]
Islande	<500	[<1000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	<100	[<200]
Irlande	5000	[3000 – 8300]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.4]	1800	[920 – 3200]
Italie	140 000	[84 000 – 230 000]	0.5	[0.3 – 0.9]	0.5	[0.3 – 0.8]	50 000	[26 000 – 88 000]
Luxembourg	<1000	[<2000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.2 – 0.4]	...	...
Malte	<500	[<1000]	0.1	[0.1 – 0.2]	0.1	[0.1 – 0.2]	...	...
Pays-Bas	16 000	[9900 – 27 000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.4]	5900	[3000 – 10 000]
Norvège	2000	[1200 – 3300]	0.1	[0.1 – 0.2]	0.1	[0.1 – 0.2]	<1000	[<2000]
Pologne	25 000	[15 000 – 42 000]	0.1	[0.1 – 0.2]	0.1	[0.1 – 0.2]	7500	[3800 – 13 000]
Portugal	31 000	[19 000 – 51 000]	0.4	[0.3 – 0.9]	0.4	[0.3 – 0.9]	1300	[670 – 2300]
Serbie-et-Monténégro	9000	[5400 – 15 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	2000	[1000 – 3500]
Slovaquie	<500	[<1000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	...	...
Slovénie	<500	[<1000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	...	...
Espagne	140 000	[84 000 – 230 000]	0.6	[0.4 – 1.0]	0.7	[0.4 – 1.1]	32 000	[16 000 – 57 000]
Suède	8000	[4800 – 13 000]	0.2	[0.1 – 0.3]	0.2	[0.1 – 0.3]	2500	[1300 – 4400]
Suisse	15 000	[9100 – 25 000]	0.4	[0.3 – 0.8]	0.4	[0.3 – 0.7]	5900	[3000 – 10 000]
Ex-République yougoslave de de Macédoine	<500	[<1000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (3)	53 000	[32 000 – 88 000]	0.2	[0.1 – 0.4]	0.2	[0.1 – 0.3]	21 000	[11 000 – 37 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Femmes (15+) 2003		Enfants (0–14) 2005		Enfants (0–14) 2003	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Europe occidentale et centrale	**190 000**	**[140 000 – 260 000]**	**4000**	**<8000**	**4000**	**<8000**
Albanie	...	...	...	...	...	...
Autriche	2300	[1200 – 4100]	...	...	...	...
Belgique	5000	[2600 – 8800]	...	...	...	...
République tchèque	<1000	[<1000]	...	...	...	...
Danemark	1200	[610 – 2100]	...	...	...	...
Finlande	<1000	[<2000]	...	...	...	...
France	40 000	[20 000 – 71 000]	...	...	...	...
Allemagne	13 000	[6600 – 23 000]	...	...	...	...
Grèce	1900	[970 – 3400]	...	...	...	...
Hongrie	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Islande	<100	[<200]	...	...	...	...
Irlande	1600	[820 – 2800]	...	...	...	...
Italie	47 000	[24 000 – 83 000]	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	5400	[2800 – 9500]	...	...	...	...
Norvège	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Pologne	7500	[3800 – 13 000]	...	...	...	...
Portugal	1200	[610 – 2100]	...	...	...	...
Serbie-et-Monténégro	2000	[1000 – 3500]	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Espagne	32 000	[16 000 – 57 000]	...	...	...	...
Suède	2500	[1300 – 4400]	...	...	...	...
Suisse	5400	[2800 – 9500]	...	...	...	...
Ex-République yougoslave de de Macédoine	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (3)	16 000	[7900 – 27 000]	...	...	...	...

					2. Décès dus au SIDA			
	Taux (%) chez les jeunes femmes (15–24), 2005		Taux (%) chez les jeunes hommes (15–24), 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2003	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Europe occidentale et centrale					**12 000**	**<15 000**	**12 000**	**<15 000**
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Belgique	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
République tchèque	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Danemark	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Finlande	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
France	...	...	...	...	1500	[<2500]	1500	[<2500]
Allemagne	...	...	...	...	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]
Grèce	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Hongrie	...	...	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Irlande	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Italie	...	...	...	...	3000	[<4000]	3000	[<4000]
Luxembourg	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Malte	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Pays-Bas	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Norvège	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Pologne	...	...	...	...	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]
Portugal	...	...	...	...	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]
Serbie-et-Monténégro	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Espagne	...	...	...	...	2000	[<3000]	2000	[<3000]
Suède	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Suisse	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Ex-République yougoslave de de Macédoine	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (3)	...	...	...	...	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]

	3. Orphelins du SIDA				4. Tendances de la prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15–24) de la capitale			
	Orphelins (0–17) en vie, 2005		Orphelins (0–17) en vie, 2003					
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Europe occidentale et centrale								
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...	...	...
Allemagne	...	...	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...	...	...
Italie	...	...	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...
Serbie-et-Monténégro	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...	...	...
Ex-République yougoslave de de Macédoine	...	...	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (3)	...	...	...	...	...	...	...	...

5. Tendances de la prévalence VIH (%) parmi les groupes à risque accru dans la capitale

	Consommateurs de drogues injectables				Professionnelles du sexe				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
Pays	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**
Europe occidentale et centrale												
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République tchèque	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Finlande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Allemagne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Grèce	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Hongrie	2000	2.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Irlande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Italie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...	2005	6.5	...	...	2004	32.1
Norvège	...	...	2005	0.4	...	...	...	...	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Serbie-et-Monténégro	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...	...	...	2000	3.0	...	...
Espagne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suède	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ex-République yougoslave de de Macédoine	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (3)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes et enfants 2005		Adultes et enfants 2003		Adultes (15+) 2005	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Afrique du Nord et Moyen-Orient	**440 000**	**[250 000 – 720 000]**	**380 000**	**[220 000 – 620 000]**	**400 000**	**[230 000 – 660 000]**
Algérie	19 000	[9000 – 59 000]	9800	[4700 – 31 000]	19 000	[8800 – 60 000]
Bahreïn	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Chypre	<500	[<1000]	...	...	...	...
Egypte	5300	[2900 – 13 000]	4300	[2300 – 10 000]	5200	[2800 – 13 000]
Iraq	...	...	...	...	...	...
Israël	4000	[2200 – 9800]	...	...	...	...
Jordanie	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Koweït	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Liban	2900	[1400 – 9200]	1600	[770 – 5100]	2900	[1400 – 9300]
Jamahariya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...
Maroc	19 000	[12 000 – 38 000]	17 000	[11 000 – 25 000]	19 000	[12 000 – 38 000]
Oman	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Soudan	350 000	[170 000 – 580 000]	330 000	[170 000 – 540 000]	320 000	[160 000 – 530 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Tunisie	8700	[4700 – 21 000]	4400	[2400 – 11 000]	8600	[4600 – 21 000]
Turquie	<2000	[<5000]	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	**1 300 000**	**[770 000 – 2 100 000]**	**1 200 000**	**[710 000 – 1 900 000]**	**1 200 000**	**[770 000 – 2 000 000]**
Canada (4)	60 000	[48 000 – 72 000]	56 000	[46 000 – 66 000]	59 000	[47 000 – 71 000]
Etats-Unis d'Amérique	1 200 000	[720 000 – 2 000 000]	1 100 000	[660 000 – 1 800 000]	1 200 000	[720 000 – 2 000 000]
Caraïbes	**330 000**	**[240 000 – 420 000]**	**310 000**	**[230 000 – 400 000]**	**300 000**	**[220 000 – 400 000]**
Bahamas	6800	[3300 – 22 000]	5800	[3100 – 9800]	6500	[3100 – 21 000]
Barbade	2700	[1500 – 4200]	2700	[1500 – 4200]	2700	[1500 – 4200]
Cuba	4800	[2300 – 15 000]	4300	[2100 – 14 000]	4700	[2300 – 15 000]
République dominicaine	66 000	[56 000 – 77 000]	66 000	[57 000 – 76 000]	62 000	[53 000 – 73 000]
Haïti	190 000	[120 000 – 270 000]	180 000	[110 000 – 260 000]	180 000	[100 000 – 250 000]
Jamaïque	25 000	[14 000 – 39 000]	24 000	[13 000 – 38 000]	25 000	[14 000 – 39 000]
Trinité-et-Tobago	27 000	[15 000 – 42 000]	25 000	[14 000 – 40 000]	26 000	[15 000 – 41 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes (15+) 2003		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2005		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2003		Femmes (15+) 2005	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	**350 000**	**[200 000 – 580 000]**	**0.2**	**[0.1 – 0.4]**	**0.2**	**[0.1 – 0.3]**	**190 000**	**[95 000 – 350 000]**
Algérie	9700	[4600 – 31 000]	0.1	[<0.2]	0.1	[<0.2]	4100	[1700 – 13 000]
Bahreïn	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Egypte	4200	[2300 – 10 000]	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]	<1000	[430 – 2300]
Iraq	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Israël	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Liban	1600	[760 – 5100]	0.1	[0.1 – 0.5]	0.1	[<0.1 – 0.3]	<1000	[270 – 2100]
Jamahariya arabe libyenne	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Maroc	17 000	[11 000 – 25 000]	0.1	[0.1 – 0.4]	0.1	[<0.2]	4000	[2100 – 8400]
Oman	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Soudan	300 000	[160 000 – 500 000]	1.6	[0.8 – 2.7]	1.6	[0.8 – 2.7]	180 000	[80 000 – 320 000]
République arabe syrienne	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Tunisie	4400	[2400 – 11 000]	0.1	[0.1 – 0.3]	0.1	[<0.1 – 0.2]	1900	[860 – 4700]
Turquie	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	[<0.2]	...	...	...	...
Amérique du Nord	**1 100 000**	**[700 000 – 1 900 000]**	**0.8**	**[0.5 – 1.1]**	**0.7**	**[0.4 – 1.0]**	**310 000**	**[170 000 – 550 000]**
Canada (4)	55 000	[45 000 – 65 000]	0.3	[0.2 – 0.5]	0.3	[0.2 – 0.5]	9600	[7700 – 12 000]
Etats-Unis d'Amérique	1 100 000	[660 000 – 1 800 000]	0.6	[0.4 – 1.0]	0.6	[0.4 – 1.0]	300 000	[150 000 – 530 000]
Caraïbes	**290 000**	**[210 000 – 370 000]**	**1.6**	**[1.1 – 2.2]**	**1.5**	**[1.1 – 2.0]**	**160 000**	**[100 000 – 220 000]**
Bahamas	5500	[2900 – 9300]	3.3	[1.3 – 4.5]	2.9	[1.5 – 4.9]	3800	[1600 – 13 000]
Barbade	2700	[1500 – 4200]	1.5	[0.8 – 2.5]	1.6	[0.9 – 2.5]	<1000	[<2000]
Cuba	4200	[2000 – 14 000]	0.1	[<0.2]	0.1	[<0.2]	2600	[1100 – 8500]
République dominicaine	63 000	[54 000 – 72 000]	1.1	[0.9 – 1.3]	1.2	[1.0 – 1.3]	31 000	[27 000 – 37 000]
Haïti	170 000	[98 000 – 230 000]	3.8	[2.2 – 5.4]	3.8	[2.2 – 5.4]	96 000	[50 000 – 150 000]
Jamaïque	24 000	[13 000 – 37 000]	1.5	[0.8 – 2.4]	1.5	[0.8 – 2.4]	6900	[3300 – 12 000]
Trinité-et-Tobago	25 000	[14 000 – 39 000]	2.6	[1.4 – 4.2]	2.6	[1.4 – 4.1]	15 000	[6900 – 24 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Femmes (15+) 2003		Enfants (0–14) 2005		Enfants (0–14) 2003	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Afrique du Nord et Moyen-Orient	**180 000**	**[84 000 – 320 000]**	**31 000**	**[12 000 – 75 000]**	**28 000**	**[11 000 – 69 000]**
Algérie	2000	[850 – 6600]	...	...	...	...
Bahreïn	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...
Egypte	<1000	[<2000]	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...
Liban	<500	[<2000]	...	...	...	...
Jamahariya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...
Maroc	3100	[1700 – 5100]	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Soudan	170 000	[75 000 – 310 000]	30 000	[12 000 – 74 000]	28 000	[11 000 – 68 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...
Tunisie	<1000	[410 – 2200]	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	**290 000**	**[150 000 – 500 000]**	**11 000**	**[3500 – 27 000]**	**11 000**	**[3500 – 27 000]**
Canada (4)	6700	[5400 – 8100]	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	280 000	[140 000 – 490 000]	...	...	...	...
Caraïbes	**150 000**	**[99 000 – 200 000]**	**22 000**	**[9800 – 43 000]**	**22 000**	**[9700 – 43 000]**
Bahamas	3300	[1100 – 5900]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Barbade	<1000	[<2000]	<100	[<200]	<100	[<200]
Cuba	2300	[980 – 7600]	...	...	...	...
République dominicaine	31 000	[27 000 – 35 000]	3600	[1300 – 8000]	3600	[1200 – 8000]
Haïti	90 000	[47 000 – 140 000]	17 000	[5800 – 36 000]	17 000	[5800 – 36 000]
Jamaïque	6500	[3100 – 11 000]	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Trinité-et-Tobago	14 000	[6500 – 23 000]	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]

					2. Décès dus au SIDA			
	Taux (%) chez les jeunes femmes (15–24), 2005		Taux (%) chez les jeunes hommes (15–24), 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2003	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	**0.2**	**[0.1 – 0.3]**	**0.1**	**[0.1 – 0.2]**	**37 000**	**[20 000 – 62 000]**	**34 000**	**[18 000 – 57 000]**
Algérie	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Bahreïn	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Jamahariya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	1300	[850 – 2000]	1000	[<2000]
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	34 000	[18 000 – 58 000]	32 000	[17 000 – 55 000]
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord					**18 000**	**[11 000 – 26 000]**	**18 000**	**[11 000 – 26 000]**
Canada (4)	...	...	...	...	<1000	[<2000]	<1000	[<2000]
Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	...	16 000	[9600 – 24 000]	16 000	[9600 – 24 000]
Caraïbes	**1.6**	**[0.9 – 2.3]**	**0.7**	**[0.4 – 0.9]**	**27 000**	**[19 000 – 36 000]**	**28 000**	**[19 000 – 38 000]**
Bahamas	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Barbade	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Cuba	...	...	...	...	<500	[<200]	<100	[<200]
République dominicaine	...	...	...	...	6700	[5100 – 8200]	6900	[4600 – 9000]
Haïti	...	...	...	...	16 000	[9500 – 24 000]	17 000	[10 000 – 26 000]
Jamaïque	...	...	...	...	1300	[710 – 2200]	1300	[670 – 2100]
Trinité-et-Tobago	...	...	...	...	1900	[990 – 3100]	1700	[870 – 2700]

	3. Orphelins du SIDA				4. Tendances de la prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15–24) de la capitale			
	Orphelins (0–17) en vie, 2005		Orphelins (0–17) en vie, 2003					
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Afrique du Nord et Moyen-Orient								
Algérie	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahariya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord								
Canada (4)	...	...	...	...	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...	...
Caraïbes								
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...	...
Barbade	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	...	...	...	...	...	...	...	...
Haïti	...	...	...	...	2000	3.7	...	...
Jamaïque	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	...	...	...	...	...	...	...	...

5. Tendances de la prévalence VIH (%) parmi les groupes à risque accru dans la capitale

	Consommateurs de drogues injectables				Professionnelles du sexe				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
Pays	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**
Afrique du Nord et Moyen-Orient												
Algérie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamahariya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...	2005	1.9	...	...	2005	1.9
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Emirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord												
Canada (4)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Caraïbes												
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Barbade	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	...	...	...	...	2000	4.0	2004	3.6	...	...	...	...
Haïti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	...	...	...	...	...	...	2005	9.0	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes et enfants 2005		Adultes et enfants 2003		Adultes (15+) 2005	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Amérique latine	**1 600 000**	**[1 200 000 – 2 400 000]**	**1 400 000**	**[1 100 000 – 2 000 000]**	**1 600 000**	**[1 200 000 – 2 400 000]**
Argentine	130 000	[80 000 – 220 000]	120 000	[75 000 – 170 000]	130 000	[78 000 – 220 000]
Belize	3700	[2000 – 5700]	2900	[1600 – 4500]	3600	[2000 – 5600]
Bolivie	7000	[3800 – 17 000]	6400	[3500 – 16 000]	6800	[3600 – 16 000]
Brésil	620 000	[370 000 – 1 000 000]	560 000	[350 000 – 800 000]	610 000	[370 000 – 1 000 000]
Chili	28 000	[17 000 – 56 000]	25 000	[16 000 – 37 000]	28 000	[17 000 – 56 000]
Colombie	160 000	[100 000 – 320 000]	140 000	[90 000 – 210 000]	160 000	[100 000 – 320 000]
Costa Rica	7400	[3600 – 24 000]	6400	[3300 – 11 000]	7300	[3500 – 24 000]
Equateur	23 000	[11 000 – 74 000]	22 000	[11 000 – 36 000]	22 000	[11 000 – 71 000]
El Salvador	36 000	[22 000 – 72 000]	34 000	[22 000 – 52 000]	35 000	[22 000 – 71 000]
Guatemala	61 000	[37 000 – 100 000]	55 000	[34 000 – 79 000]	59 000	[35 000 – 97 000]
Guyana	12 000	[4700 – 23 000]	12 000	[4700 – 23 000]	11 000	[4400 – 22 000]
Honduras	63 000	[35 000 – 99 000]	58 000	[32 000 – 91 000]	61 000	[33 000 – 95 000]
Mexique	180 000	[99 000 – 440 000]	170 000	[91 000 – 410 000]	180 000	[97 000 – 440 000]
Nicaragua	7300	[3900 – 18 000]	5900	[3200 – 14 000]	7200	[3900 – 17 000]
Panama	17 000	[11 000 – 34 000]	16 000	[10 000 – 24 000]	17 000	[10 000 – 33 000]
Paraguay	13 000	[6200 – 41 000]	11 000	[6000 – 19 000]	13 000	[6000 – 41 000]
Pérou	93 000	[56 000 – 150 000]	84 000	[52 000 – 120 000]	91 000	[55 000 – 150 000]
Suriname	5200	[2800 – 8100]	4500	[2500 – 7000]	5100	[2800 – 8000]
Uruguay	9600	[4600 – 30 000]	8100	[4200 – 14 000]	9500	[4500 – 31 000]
Venezuela (République bolivarienne du	110 000	[54 000 – 350 000]	96 000	[50 000 – 160 000]	110 000	[52 000 – 350 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Adultes (15+) 2003		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2005		Taux (%) chez les adultes (15–49), 2003		Femmes (15+) 2005	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Amérique latine	**1 400 000**	**[1 100 000 – 2 000 000]**	**0.5**	**[0.4 – 1.2]**	**0.5**	**[0.4 – 0.7]**	**480 000**	**[340 000 – 760 000]**
Argentine	120 000	[73 000 – 170 000]	0.6	[0.3 – 1.9]	0.6	[0.4 – 0.8]	36 000	[19 000 – 64 000]
Belize	2800	[1600 – 4400]	2.5	[1.4 – 4.0]	2.1	[1.1 – 3.3]	1000	[<2000]
Bolivie	6300	[3400 – 15 000]	0.1	[0.1 – 0.3]	0.1	[0.1 – 0.3]	1900	[880 – 4700]
Brésil	550 000	[340 000 – 790 000]	0.5	[0.3 – 1.6]	0.5	[0.3 – 0.7]	220 000	[110 000 – 390 000]
Chili	25 000	[16 000 – 37 000]	0.3	[0.2 – 1.2]	0.3	[0.2 – 0.4]	7600	[4000 – 16 000]
Colombie	140 000	[89 000 – 210 000]	0.6	[0.3 – 2.5]	0.5	[0.3 – 0.8]	45 000	[24 000 – 95 000]
Costa Rica	6300	[3300 – 11 000]	0.3	[0.1 – 3.6]	0.3	[0.1 – 0.4]	2000	[860 – 6700]
Equateur	21 000	[11 000 – 35 000]	0.3	[0.1 – 3.5]	0.3	[0.1 – 0.5]	12 000	[5200 – 40 000]
El Salvador	34 000	[22 000 – 51 000]	0.9	[0.5 – 3.8]	0.9	[0.6 – 1.4]	9900	[5300 – 21 000]
Guatemala	53 000	[33 000 – 76 000]	0.9	[0.5 – 2.7]	0.9	[0.5 – 1.2]	16 000	[8300 – 29 000]
Guyana	11 000	[4400 – 22 000]	2.4	[1.0 – 4.9]	2.4	[0.9 – 4.8]	6600	[2300 – 14 000]
Honduras	56 000	[31 000 – 88 000]	1.5	[0.8 – 2.4]	1.5	[0.8 – 2.4]	16 000	[7500 – 27 000]
Mexique	170 000	[90 000 – 410 000]	0.3	[0.2 – 0.7]	0.3	[0.1 – 0.7]	42 000	[17 000 – 91 000]
Nicaragua	5800	[3100 – 14 000]	0.2	[0.1 – 0.6]	0.2	[0.1 – 0.5]	1700	[780 – 4200]
Panama	15 000	[9900 – 23 000]	0.9	[0.5 – 3.7]	0.9	[0.6 – 1.3]	4300	[2300 – 9200]
Paraguay	11 000	[5800 – 19 000]	0.4	[0.2 – 4.6]	0.4	[0.2 – 0.6]	3500	[1500 – 12 000]
Pérou	82 000	[51 000 – 120 000]	0.6	[0.3 – 1.7]	0.5	[0.3 – 0.8]	26 000	[13 000 – 45 000]
Suriname	4500	[2500 – 7000]	1.9	[1.1 – 3.1]	1.7	[0.9 – 2.7]	1400	[690 – 2400]
Uruguay	8100	[4200 – 14 000]	0.5	[0.2 – 6.1]	0.4	[0.2 – 0.7]	5300	[2200 – 17 000]
Venezuela (République bolivarienne du	94 000	[49 000 – 160 000]	0.7	[0.3 – 8.9]	0.6	[0.3 – 1.1]	31 000	[13 000 – 100 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

	Femmes (15+) 2003		Enfants (0–14) 2005		Enfants (0–14) 2003	
Pays	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**	**Estimation**	**[basse–haute]**
Amérique latine	**420 000**	**[290 000 – 630 000]**	**32 000**	**[19 000 – 59 000]**	**29 000**	**[17 000 – 54 000]**
Argentine	32 000	[15 000 – 50 000]	...	...	...	...
Belize	<1000	[<2000]	<100	[<200]	<100	[<200]
Bolivie	1700	[800 – 4300]	...	...	...	...
Brésil	190 000	[89 000 – 300 000]	...	...	...	...
Chili	6600	[3500 – 11 000]	...	...	...	...
Colombie	37 000	[20 000 – 60 000]	...	...	...	...
Costa Rica	1700	[600 – 3100]	...	...	...	...
Equateur	11 000	[4000 – 21 000]	...	...	...	...
El Salvador	9200	[5000 – 15 000]	...	...	...	...
Guatemala	14 000	[6600 – 22 000]	...	...	...	...
Guyana	6600	[2300 – 14 000]	<1000	[160 – 2000]	<1000	[170 – 2100]
Honduras	14 000	[6700 – 24 000]	2400	[790 – 5600]	1900	[640 – 4500]
Mexique	34 000	[15 000 – 79 000]	...	...	...	...
Nicaragua	1300	[580 – 3100]	...	...	...	...
Panama	3900	[2100 – 6300]	...	...	...	...
Paraguay	3000	[1100 – 5500]	...	...	...	...
Pérou	22 000	[10 000 – 35 000]	...	...	...	...
Suriname	1200	[580 – 2100]	<100	[<200]	<100	[<200]
Uruguay	4500	[1600 – 8000]	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du	26 000	[9100 – 47 000]	...	...	...	...

					2. Décès dus au SIDA			
	Taux (%) chez les jeunes femmes (15–24), 2005		Taux (%) chez les jeunes hommes (15–24), 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2005		Décès d'adultes et d'enfants 2003	
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]
Amérique latine	**0.3**	**[0.2 – 0.8]**	**0.5**	**[0.4 – 1.5]**	**59 000**	**[47 000 – 76 000]**	**51 000**	**[40 000 – 67 000]**
Argentine	...	...	...	...	4300	[2600 – 6400]	3100	[1600 – 5000]
Belize	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Bolivie	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Brésil	...	...	...	...	14 000	[8300 – 21 000]	13 000	[6800 – 21 000]
Chili	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Colombie	...	...	...	...	8200	[5200 – 12 000]	6800	[3800 – 10 000]
Costa Rica	...	...	...	...	<100	[<200]	<100	[<200]
Equateur	...	...	...	...	1600	[840 – 2900]	1100	[450 – 2000]
El Salvador	...	...	...	...	2500	[1600 – 3700]	2800	[1500 – 4200]
Guatemala	...	...	...	...	2700	[1600 – 4000]	2100	[1100 – 3400]
Guyana	...	...	...	...	1200	[440 – 2300]	1300	[500 – 2600]
Honduras	...	...	...	...	3700	[2000 – 6200]	3500	[1900 – 5800]
Mexique	...	...	...	...	6200	[3800 – 11 000]	5500	[3300 – 9900]
Nicaragua	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Panama	...	...	...	...	<1000	[<1000]	<1000	[<2000]
Paraguay	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Pérou	...	...	...	...	5600	[3400 – 8500]	5100	[2700 – 8100]
Suriname	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Uruguay	...	...	...	...	<500	[<1000]	<500	[<1000]
Venezuela (République bolivarienne du	...	...	...	...	6100	[3100 – 11 000]	4300	[1800 – 7800]

	3. Orphelins du SIDA				4. Tendances de la prévalence du VIH (%) chez les jeunes femmes enceintes (15–24) de la capitale			
	Orphelins (0–17) en vie, 2005		Orphelins (0–17) en vie, 2003					
Pays	Estimation	[basse–haute]	Estimation	[basse–haute]	Année	VIH (%)	Année	VIH (%)
Amérique latine								
Argentine	...	...	...	...	...	...	...	...
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie	...	...	...	...	...	...	...	...
Brésil	...	...	...	...	...	...	...	...
Chili	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombie	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	...	...
Equateur	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	...	...	...	...	...	...	...	...
Mexique	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	...	...
Panama	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	...	...	...	...
Pérou	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du	...	...	...	...	...	...	...	...

5. Tendances de la prévalence VIH (%) parmi les groupes à risque accru dans la capitale

	Consommateurs de drogues injectables				Professionnelles du sexe				Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
Pays	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**	**Année**	**VIH (%)**
Amérique latine												
Argentine	2000	23.0	...	...	2001	3.4	...	...	2000	13.8	...	...
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie	...	...	...	...	...	...	...	...	2000	14.6	...	...
Brésil	2000	46.0	...	...	2001	2.9	...	...	2001	13.0	...	...
Chili	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	2005	0.1	...	...	...	...
Equateur	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	...	...	...	...	2001	3.9	...	...	...	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	2000	2.3	2005	8.7	...	...	2005	11.5
Guyana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	...	...	...	...	2000	12.5	2005	9.7	2001	8.2	2005	13.0
Mexique	...	...	...	...	...	...	...	...	2001	15.2	...	...
Nicaragua	...	...	...	...	2000	0.9	...	...	...	...	...	...
Panama	...	...	...	...	2001	1.8	...	...	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	...	...	2005	3.1	...	...	2005	13.0
Pérou	...	...	...	...	...	...	...	...	2000	19.7	2005	23.6
Suriname	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

NOTES

1 **Ethiopie** | Des données importantes provenant d'une enquête nationale à assise communautaire de sites de surveillance ruraux sont devenues disponibles en Ethiopie au début de 2006. Ces données n'avaient été analysées que partiellement au moment du bon à tirer pour le présent rapport. Les estimations pour l'Ethiopie ne doivent être considérées que comme des estimations préliminaires ; l'ONUSIDA et l'OMS procéderont à de nouvelles estimations fondées sur une analyse en profondeur de l'ensemble des données et les rendront disponibles le pus rapidement possible sur leur site web.

2 **Inde** | Les travaux en cours visent à fournir une estimation plus précise de la mortalité due au SIDA en Inde. Une analyse fondée sur la prévalence chez l'adulte au cours des années écoulées et sur une estimation des paramètres repris dans la littérature internationale suggère que la mortalité liée au SIDA occupe une position intermédiaire.

3 **Royaume-Uni** | Ces estimations préliminaires ad hoc pour 2005 sont fondées sur les estimations officielles du Royaume-Uni pour 2004— les estimations officielles pour 2005 seront publiées à fin 2006 une fois terminée l'analyse de toutes les données pertinentes de surveillance pour 2005.

4 **Canada** | Estimations préliminaires, les estimations définitives pour 2008 seront disponibles à mi-2006.

ANNEXE 3 :
Indicateurs relatifs aux progrès réalisés dans les pays





Annexe 3



ANNEXE 3* : INDICATEURS RELATIFS AUX PROGRÈS RÉALISÉS DANS LES PAYS

En mars 2006, 115 pays avaient fait part à l'ONUSIDA de leurs progrès dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA dans des Rapports relatifs aux progrès réalisés dans les pays en 2005. Les indicateurs utilisés étaient fondés sur l'original de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS, 2001). Les données présentées dans les tableaux qui suivent sont constituées de l'information contenue dans les Rapports relatifs aux progrès réalisés dans les pays ainsi que de renseignements émanant d'autres sources.

Plus de 70 pays ont utilisé le Système d'information sur la riposte des pays (CRIS) pour recueillir et notifier les données concernant les indicateurs pertinents. Il s'agit là d'un succès considérable en matière de présentation des données, qui nous fournit aussi ce qui pourrait bien être la source de données la plus riche dont nous disposons concernant l'engagement contre le VIH à l'échelle mondiale, la situation de l'épidémie dans le monde et les ripostes nationales.

Depuis la compilation du premier rapport de l'UNGASS intitulé *Suivi de l'UNGASS 2001 : Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003*, les indicateurs de base ont été consolidés et perfectionnés pour le rapport 2005, en collaboration avec des partenaires mondiaux et le Groupe de référence de l'ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation (MERG), qui est le groupe international chargé de fixer des normes relatives au suivi et à l'évaluation. Des informations concernant la manière dont les indicateurs ont été élaborés sont disponibles sur le site web de l'ONUSIDA, dans le document intitulé *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de l'UNGASS : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base (août 2005)*.

Tous les pays, quelle que soit leur situation économique ou épidémiologique ont été priés de considérer tous les indicateurs pertinents. Ces indicateurs englobent les dépenses relatives au VIH/SIDA et l'élaboration et la mise en œuvre des politiques dans le cadre de l'Indice composite des

politiques nationales. L'Indice a été considérablement élargi depuis 2003, afin de couvrir la situation en matière de planification stratégique, d'appui politique, de suivi et d'évaluation, de programmes de prévention, de prise en charge et de soutien, de droits de l'homme et de participation de la société civile. Les ensembles complets de données seront mis à disposition sur le site web de l'ONUSIDA.

Les indicateurs pour les épidémies généralisées, appelés ici GE-Indicators, sont destinés à mesurer les progrès dans les épidémies généralisées concernant les programmes nationaux (GE-3 à GE-9), les connaissances et les comportements (GE-10 à GE-14), et l'impact (GE-15 à GE-17) ; 17 indicateurs en tout. A l'exception de deux indicateurs concernant l'impact, qui sont traités dans l'Annexe 1 : Profils des pays ; et l'Annexe 2 : Estimations et données relatives au VIH et au SIDA, 2005, toutes les données disponibles concernant les indicateurs GE sont présentées dans cette Annexe.

Les nouveaux indicateurs portant sur les épidémies concentrées ou à faible prévalence, appelés ici CLPE-Indicators, peuvent également être pertinents pour les pays connaissant des épidémies généralisées. Ils mesurent les progrès des programmes de dépistage et de prévention du VIH à l'intention des populations les plus exposées au risque (CLPE-3 à CLPE-4), les connaissances et comportements des populations les plus exposées au risque (CLPE-5 à 8) et l'impact sur les populations les plus exposées au risque (CLPE-9). A l'exception de l'indicateur d'impact qui est traité dans les annexes précédentes, toutes les données relatives aux indicateurs CLPE sont présentées ici. Ainsi, s'il existe au total 23 indicateurs des progrès réalisés dans les pays, la présente Annexe fournit les données portant sur 20 indicateurs.

Tableaux des données relatives aux indicateurs

Pour permettre au lecteur d'examiner les modifications dans le temps, des données concernant les deux années sont présentées lorsque les indicateurs et méthodes étaient cohérents pour les deux années en question. Dans la mesure du possible, l'année pendant laquelle les données ont été recueillies a été différenciée de l'année du rapport. Les pourcentages et les chiffres figurant dans les tableaux ont été arrondis à la plus proche décimale. Toutefois, pour le calcul des moyennes et médianes pondérées, des chiffres non arrondis ont été utilisés, c'est pourquoi on note de légères discordances. Le lecteur notera les importantes variations entre pays et régions pour certains des indicateurs. Ces écarts sont relevés dans la discussion de ces données présentée dans le chapitre sur les progrès réalisés par les pays, dans lequel les fourchettes mondiales réelles sont fréquemment fournies et discutées. Certaines des données des rapports de pays étaient encore examinées au moment de la production de la présente Annexe. Dans ces cas, les tableaux sur les données relatives aux indicateurs le mentionnent explicitement. Au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles, ces tableaux seront actualisés et mis à disposition sur le site web de l'ONUSIDA.

Note : dans les cas où aucune donnée n'a été fournie par un pays pour un indicateur particulier, mais où l'on disposait de données provenant d'une autre source, par exemple, une Enquête de couverture,

le Rapport mondial de l'OMS sur l'initiative '3 millions d'ici 2005', ou une Enquête démographique et de santé, ces données ont été intégrées dans les tableaux mais ne représentent donc pas nécessairement les données officielles fournies par les autorités nationales. Dans ces cas-là, la source et l'année des données sont clairement indiquées dans le Tableau des données relatives aux indicateurs et la définition de l'indicateur particulier utilisé est fournie ; de plus, une référence précisant la source figure à la section Notes, qui suit la présente Annexe 3. Ces tableaux ont été assemblés et produits à partir de sources diverses par le personnel du siège de l'ONUSIDA à Genève, qui ne peut être tenu pour responsable de la précision des données de la source d'origine.

*NOTE: Les pays énumérés dans les Annexes suivent l'ordre alphaétique de la version originale anglaise.

Liste 2005 des pays et territoires ayant fourni des rapports sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement (N = 126)

ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE

1. Chine
2. Micronésie (Etats fédérés de)
3. Mongolie

ASIE DU SUD ET DU SUD-EST

1. Bangladesh
2. Cambodge
3. Inde
4. Indonésie
5. Iran (République islamique d')
6. Malaisie
7. Népal
8. Pakistan
9. Philippines
10. République démocratique populaire lao
11. Sri Lanka
12. Thaïlande
13. Viet Nam

OCÉANIE

1. Fidji
2. Ile Norfolk*
3. Iles Marshall*
4. Iles Solomon*
5. Kiribati*
6. Nauru*
7. Palaos
8. Samoa*
9. Tokelau*
10. Tuvalu*
11. Vanuatu*

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

1. Arménie
2. Bélarus
3. Fédération de Russie
4. Géorgia
5. Kirghizistan
6. Lettonie
7. Pologne
8. République de Moldova
9. République tchèque
10. Roumanie
11. Slovaquie
12. Tadjikistan*
13. Ukraine

EUROPE OCCIDENTALE

1. Albanie
2. Ex-République yougoslave de Macédoine
3. Serbie-et-Monténégro

AMÉRIQUE LATINE

1. Argentine*
2. Belize
3. Brésil*
4. Chili
5. Colombie*
6. Costa Rica
7. El Salvador
8. Equateur
9. Guatemala
10. Honduras
11. Nicaragua
12. Panama
13. Paraguay*
14. Pérou
15. Uruguay
16. Venezuela (République bolivarienne du)

CARAÏBES

1. Antigua-et-Barbuda
2. Barbade
3. Cuba
4. Dominique
5. Haïti
6. Jamaïque
7. Saint-Lucie
8. Saint-Kitts-et-Nevis
9. Saint-Vincent-et-Grenadines
10. Trinité-et-Tobago

*pas de narratif, données concernant les indicateurs seulement

AFRIQUE DU NORD ET MOYEN-ORIENT

1. Algérie
2. Maroc
3. Turquie

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

1. Afrique du Sud
2. Angola
3. Bénin
4. Botswana
5. Burkina Faso
6. Burundi
7. Cameroun*
8. Comores
9. Congo
10. Côte d'Ivoire
11. Ethiopie
12. Gabon
13. Gambie
14. Ghana
15. Guinée
16. Guinée-Bissau
17. Kenya
18. Lesotho
19. Madagascar
20. Malawi
21. Mali
22. Mozambique
23. Namibie
24. Nigéria
25. Ouganda
26. République centrafricaine
27. République démocratique du Congo
28. République-Unie de Tanzanie
29. Rwanda
30. Sénégal
31. Seychelles*
32. Sierra Leone
33. Somalie
34. Swaziland
35. Tchad
36. Togo
37. Zambie
38. Zanzibar
39. Zimbabwe

PAYS À REVENU ÉLEVÉ

1. Allemagne
2. Australie
3. Autriche
4. Etats-Unis d'Amérique
5. Guam*
6. Irlande
7. Israël
8. Japon
9. Malte
10. Norvège
11. Nouvelle-Zélande
12. Pays-Bas
13. Royaume-Uni
14. Suède
15. Suisse

*pas de narratif, données concernant les indicateurs seulement

GE-1 : Dépenses publiques intérieures dans les pays à faible ou moyen revenu

Pays	Sources de l'estimation	Méthodologie utilisée	Type d'information présentée	Dépenses publiques intérieures (millions de dollars des Etats-Unis)				
				2001	2002	2003	2004	2005
Caraïbes								
Antigua-et-Barbuda	Rapport UNGASS	Système de suivi financier						$0.40
Barbade	SIDALAC et Rapport UNGASS	NASA	Dépenses			$4.20	$4.60	$3.30
Dominique*	Rapport UNGASS	AD	AD					$0.00
Haïti	SIDALAC	NASA	Dépenses		$0.10	$0.10		
Jamaïque	Projet Flux de Ressources et Rapport UNGASS	Analyse des budgets	Dépenses			$2.00	$4.70	
Saint-Kitts-et-Nevis*	Rapport UNGASS	Analyse des budgets	Dépenses			$0.10	$0.10	$0.10
Sainte-Lucie	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses					$2.20
Saint-Vincent-et-Grenadines*	Rapport UNGASS and PHR+	NAA intégrés dans NHA	Dépenses				$0.50	$0.50
Trinité-et-Tobago	Rapport UNGASS et SIDALAC	NASA	Dépenses		$3.00	$4.50	$5.90	
Asie de l'Est								
Chine	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Budget			$47.20	$98.00	$99.30
Mongolie*	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Décaissements					$0.20
Europe orientale et Asie centrale								
Arménie	Rapport UNGASS	AD	Dépenses	$0.10	$0.00	$0.10	$0.20	$0.30
Bélarus	Rapport UNGASS et Projet Flux de Ressources	Système de suivi financier	Dépenses	$0.70			$5.80	$6.10
République tchèque	Rapport UNGASS	AD	Dépenses				$1.00	$1.40
Estonie	Projet Flux de Ressources	Enquête sur les flux de ressources	Dépenses	$0.50				
Géorgie	Rapport UNGASS	Analyse des budgets	Dépenses			$0.40	$0.50	$0.60
Kirghizistan*	Rapport UNGASS	AD	Dépenses				$0.20	
Lettonie	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses estimées					$1.00
Lituanie	Projet Flux de Ressources	Enquête sur les flux de ressources	Dépenses	$0.80				
Moldova, République de	Rapport UNGASS	Enquête spéciale	Dépenses			$0.40	$0.40	$0.40
Roumanie	CRIS UNFPA/ONUSIDA/NIDI	Examen sur dossiers	Dépenses			$29.70	$36.20	$42.70
Fédération de Russie	Rapport UNGASS	NASA	Dépenses				$33.40	
Tadjikistan*	Rapport UNGASS	AD	Dépenses					$0.30
Ukraine	Rapport UNGASS	NAA intégrés dans NHA	Dépenses				$3.90	

GE-1 : Dépenses publiques intérieures dans les pays à faible ou moyen revenu

Pays	Sources de l'estimation	Méthodologie utilisée	Type d'information présentée	Dépenses publiques intérieures (millions de dollars des Etats-Unis)				
				2001	2002	2003	2004	2005
Amérique latine								
Argentine	SIDALAC et Rapport UNGASS	NASA	Dépenses	$123.90	$152.30	$77.50	$89.60	$115.20
Belize	SIDALAC	NASA	Dépenses	$0.40	$0.50	$1.10		
Chili	Rapport UNGASS et SIDALAC	NASA	Dépenses	$8.80	$10.70		$25.20	
Colombie	SIDALAC	NASA	Dépenses	$35.90	$36.00			
Costa Rica	SIDALAC	NASA	Dépenses	$8.10	$7.50	$6.40		
Equateur	Rapport UNGASS	Budget	AD			$0.60	$2.50	$6.80
El Salvador	Rapport UNGASS	NASA	Dépenses	$7.90	$16.90	$22.30	$23.70	
Guatemala*	SIDALAC	NASA	Dépenses		$9.10	$11.20		
Guyana	SIDALAC et RF 2003	NASA	Dépenses	$0.40	$0.70	$0.80		
Honduras*	Rapport UNGASS et SIDALAC	Budget	Dépenses	$6.60				$6.20
Mexique	SIDALAC	NASA	Dépenses	$183.90	$196.80			
Nicaragua	Rapport UNGASS et SIDALAC	NASA	Dépenses	$3.50	$3.40	$3.50	$3.30	
Panama	SIDALAC et Rapport UNGASS	NASA	Dépenses	$12.50	$10.00	$9.70		
Paraguay*	SIDALAC et Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Décaissements	$0.90	$0.80			$0.70
Pérou	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses			$2.10	$4.30	
Uruguay*	Rapport UNGASS et SIDALAC	NASA	Dépenses	$8.60	$7.50			$3.80
Venezuela (République bolivarienne du)	Rapport UNGASS	Allocations budgétaires	Dépenses	$44.50	$36.80	$30.20	$29.20	$28.20
Moyen-Orient et Afrique du Nord								
Algérie	Rapport UNGASS	Système de suivi financier	Engagements					$6.70
Maroc	Rapport UNGASS	Aucune	Décaissements			$1.50	$1.50	$1.50
Turquie*	Projet Flux de Ressources	Enquête sur les flux de ressources	Dépenses	$1.40		$3.00		
Océanie								
Fidji	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Budget			$0.10	$0.20	$0.30
Micronésie (Etats fédérés de)	Rapport UNGASS	AD	Dépenses				$0.00	
Palaos	Rapport UNGASS	AD	Dépenses				$0.00	
Asie du Sud et du Sud-Est								
Cambodge*	IHPP NASA et Rapport UNGASS	NASA	Dépenses	$0.40	$1.40	$0.80	$1.00	
Inde*	Rapports UNGASS et NASA	NASA	Dépenses	$41.70	$44.40	$41.10	$73.30	

GE-1 : Dépenses publiques intérieures dans les pays à faible ou moyen revenu

Pays	Sources de l'estimation	Méthodologie utilisée	Type d'information présentée	Dépenses publiques intérieures (millions de dollars des Etats-Unis)				
				2001	2002	2003	2004	2005
Indonésie	Rapport UNGASS	NASA simplifiée	Décaissements	$3.00	$3.50	$6.40	$9.60	$13.00
Iran (République islamique d')	Projet Flux de Ressources et Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Décaissements	$4.20			$14.00	
Lao, République démocratique populaire	Rapport IHPP NASA	NASA	Dépenses	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	
Népal*	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses			$0.10	$0.10	
Pakistan	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses	$2.90	$2.40	$0.50	$2.60	$2.40
Philippines*	Rapports UNGASS et IHPP NASA	NASA	Dépenses	$0.60	$0.80	$0.70	$0.60	$0.60
Sri Lanka	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Décaissements					$3.00
Thaïlande*	Rapport IHHP NASA	NASA	Dépenses	$50.00	$62.70	$70.20	$92.80	
Viet Nam*	Rapport UNGASS et Projet Flux de Ressources	Allocation budgétaire	Budget	$4.80		$4.40	$5.60	$5.60
Afrique subsaharienne								
Angola	Rapport UNGASS	Enquête spéciale	Dépenses				$8.90	
Bénin*	Rapport UNGASS	Rapport sur les activités du programme	AD				$10.60	
Botswana	Rapport UNGASS	Rapport sur les activités du programme	Dépenses	$69.80				$165.00
Burkina Faso	Rapport UNGASS	NASA et suivi financier	Dépenses	$2.20	$5.40	$9.30	$11.00	$8.00
Burundi**	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses		$5.70	$5.70	$18.60	$14.00
Cameroun*	Rapport UNGASS	AD	Dépenses					$4.40
République centrafricaine	Rapport UNGASS et Projet Flux de Ressources	Enquête sur les flux de ressources	Dépenses			$0.60		$0.70
Tchad	Rapport UNGASS	AD	Dépenses			$0.20	$0.50	$0.90
Congo	Rapport UNGASS	AD	Allocations budgétaires			$0.10	$0.10	$4.70
Congo (RD)	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Budget					$3.60
Côte d'Ivoire	Rapport UNGASS	AD	Dépenses			$1.80	$5.20	$5.80
Gabon	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire						$6.70
Gambie	Rapport UNGASS	Enquête spéciale	Dépenses				$5.50	
Ghana	Rapport UNGASS	NASA	Dépenses		$2.50	$9.30		
Guinée	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses			$0.20	$0.20	$0.30
Guinée-Bissau**	Rapport UNGASS	AD	Dépenses	$0.50	$0.50	$0.50	$0.50	

GE-1 : Dépenses publiques intérieures dans les pays à faible ou moyen revenu

Pays	Sources de l'estimation	Méthodologie utilisée	Type d'information présentée	Dépenses publiques intérieures (millions de dollars des Etats-Unis)				
				2001	2002	2003	2004	2005
Kenya*	PHR+ et Rapport UNGASS	Budget	Dépenses		$22.10	$33.10	$33.20	
Lesotho	Rapport UNGASS	Enquête spéciale	Dépenses				$1.30	$1.40
Libéria	NASA	NASA partielle	Dépenses				$0.10	
Madagascar	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Budget			$0.10	$0.20	$0.20
Malawi	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses	$3.10	$4.50	$5.40	$10.70	$8.70
Mali	Rapport UNGASS	Enquête spéciale	Dépenses				$3.50	
Maurice	NASA	NASA	Dépenses				$0.10	
Mozambique	Rapport UNGASS	NASA	Dépenses				$2.60	
Namibie*	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses			$35.00		$38.60
Nigéria	Rapport UNGASS	NASA	Dépenses			$6.40	$6.50	
Rwanda	Rapport UNGASS	NHA ou NASA indépendante	Dépenses			$1.30	$2.70	$1.70
Sénégal	Rapport UNGASS	NASA	Dépenses			$5.90	$11.90	
Afrique du Sud*	Rapport UNGASS	Estimations des dépenses nationales	Dépenses	$79.50	$121.20	$219.20	$340.50	$446.50
Swaziland	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Budget			$2.60		$4.00
Togo*	Rapport UNGASS	AD	Dépenses			$0.70	$0.90	$0.60
Ouganda	Rapport UNGASS	Estimations budgétaires	Dépenses				$18.80	
Tanzanie, République-Unie de	Rapport UNGASS	Allocations budgétaires	Budget	$2.80		$5.60	$22.10	$45.00
Zambie*	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Budget					$32.00
Zimbabwe	Rapport UNGASS	AD	Décaissements			$6.30	$9.90	$12.10
Europe occidentale								
Macédoine, Ex-République yougoslave de	Rapport UNGASS	Allocation budgétaire	Dépenses					$0.20
Serbie-et-Monténégro*	Rapport UNGASS	NASA	Dépenses	$0.20†		$0.20†	$5.60††	$6.30† $0.40†
		(N = 95)					*(N = 63)*	*(N = 54)*

*Ces chiffres sont préliminaires et en révision, parce qu'il faut s'assurer qu'ils sont complets et ne comprennent que les fonds publics intérieurs ou parce que le temps a manqué pour les vérifications, qu'il y a eu des différences dans la période de référence ou que les pays ont déclaré qu'il s'agissait d'estimations partielles.

**Les rapports de pays comprenaient des estimations pour plusieurs années. Il faudra procéder à un travail supplémentaire pour ventiler par année.

†Valeur pour le Monténégro

††Valeur pour la Serbie

NASA = Evaluation des dépenses nationales relatives au SIDA

AD = A déterminer

IHPP = Programme international relatif aux politiques sanitaires, Thaïlande

SIDALAC = Initiative régionale sur le SIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes

NAA = Comptes nationaux relatifs au SIDA

NHA = Comptes nationaux relatifs à la santé

GE-3 : Apprentissage des compétences essentielles relatives au VIH dans les écoles

Pays	2003			2005*		
	Rapport national UNGASS 2003			Rapport national UNGASS 2005		
	Pourcentage d'écoles dont les enseignants ont été formés à l'apprentissage des compétences essentielles relatives au VIH et les ont enseignées au cours de l'année écoulée			Pourcentage d'écoles dont les enseignants ont été formés à l'apprentissage des compétences essentielles relatives au VIH et les ont enseignées au cours de l'année écoulée		
	Primaire	Secondaire	Ensemble	Primaire	Secondaire	Ensemble
Afrique subsaharienne						
Botswana			50.0			
Burundi				100.0	0.0	78.9
Cap-Vert			0.0			
République centrafricaine				-	-	-
Côte d'Ivoire				0.0	38.4	19.3
Ethiopie	100.0	77.0	97.0	75.0	81.8	
Guinée				-	-	-
Kenya			5.0	61.6	49.4	60.8
Malawi			6.2	100.0	100.0	100.0
Mali				82.7	73.8	77.2
Maurice	100.0	30.0				
Nigéria						19.0
Seychelles	88.5	77.0	84.5			
Swaziland			25.0			90.2
Tanzanie, République-Unie de			19.0			
Togo				0.0	40.4	7.1
Ouganda	100.0					
Zambie			1.5			60.0
Zimbabwe			75.0			
Asie de l'Est et Pacifique						
Mongolie	3.3	67.7	35.5			
Asie du Sud et du Sud-Est						
Lao, République démocratique populaire			7.7			
Myanmar	32.0	46.5	39.0			
Thaïlande			100.0	-	-	-
Viet Nam	100.0	100.0	100.0			
Europe orientale et Asie centrale						
Arménie		15.5				
Kazakhstan	0.0	54.7				
Kirghizistan		13.0				
Fédération de Russie			100.0			
Tadjikistan		3.0				
Afrique du Nord et Moyen-Orient						
Jordanie		26.0				
Maroc			28.0			
Caraïbes						
Antigua-et-Barbuda				-	-	-
Barbade			100.0			
Dominique				100.0	100.0	100.0
République dominicaine			18.8			
Sainte-Lucie						11.1
Saint-Vincent-et-Grenadines						22.8
Trinité-et-Tobago				-	-	-

GE-3 : Apprentissage des compétences essentielles relatives au VIH dans les écoles						
Pays	2003			2005*		
	Rapport national UNGASS 2003			Rapport national UNGASS 2005		
	Pourcentage d'écoles dont les enseignants ont été formés à l'apprentissage des compétences essentielles relatives au VIH et les ont enseignées au cours de l'année écoulée			Pourcentage d'écoles dont les enseignants ont été formés à l'apprentissage des compétences essentielles relatives au VIH et les ont enseignées au cours de l'année écoulée		
	Primaire	Secondaire	Ensemble	Primaire	Secondaire	Ensemble
Amérique latine						
Belize			80.0			
Brésil	41.4					25.8
Guatemala			7.0			
Honduras				16.7	18.4	15.4
Mexique						75.1
Pays à revenu élevé						
Bahamas	44.0	41.0	42.5			
(N = 44)		*(N = 30)*			*(N = 21)*	

*Le rapport est daté de 2005,mais la collecte peut varier entre 2000 et 2005
(-) = En analyse au moment de l'impression

GE-4 : Lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail

Pays	2003	2005		
	Rapport national UNGASS 2003*	Rapport national UNGASS 2005**		
	Pourcentage de grandes entreprises publiques et privées qui ont adopté des politiques globales concernant le VIH/SIDA sur le lieu de travail	Pourcentage de grandes entreprises/compagnies disposant de politiques et programmes concernant le VIH/SIDA sur le lieu de travail		
		Publiques	Privées	Toutes
Afrique subsaharienne				
Angola		-	-	-
Botswana	70.0			
Burundi		-	-	-
Cameroun		35.7	5.0	17.6
Cap-Vert	0.0			
République centrafricaine		-	-	-
Comores	0.0			
Congo		3.0	70.0	28.3
Congo, République démocratique du		0.0	9.1	4.8
Côte d'Ivoire	48.0	-	-	-
Ethiopie	92.5	33.3	33.3	33.3
Gabon		0.0	16.0	13.3
Ghana	100.0	0.0	12.0	10.0
Guinée		60.0	24.0	30.0
Kenya	70.0	-	-	-
Lesotho		0.0	0.0	0.0
Malawi	17.5			47.0
Mali		0.2	0.2	0.2
Maurice	40.0			
Mozambique		0.0	6.3	3.2
Namibie	49.5			
Nigéria	53.0			46.9
Rwanda	6.0			
Seychelles	50.0			
Afrique du Sud	77.0			
Swaziland	100.0			47.7
Ouganda	20.0			
Zambie				80.0
Zimbabwe	80.0			
Asie du Sud et du Sud-Est				
Lao, République démocratique populaire	97.2			
Malaisie				
Philippines	13.0			
Thaïlande		-	-	-
Viet Nam	87.5			
Europe orientale et Asie centrale				
Ukraine		0.0	0.0	0.0
Caraïbes				
Jamaïque	5.0			
Saint-Kitts-et-Nevis		-	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines				14.3
Trinité-et-Tobago				11.9
Amérique latine				
Honduras	0.5			
Suriname	24.0			
(N = 41)	*(N = 23)*		*(N = 24)*	

*Le rapport est daté de 2005, mais la collecte peut varier entre 2001 to 2003
**Le rapport est daté de 2005, mais la collecte peut varier entre 2003 to 2005
(-) = En analyse au moment de l'impression

GE-5 : Infections sexuellement transmissibles—prise en charge globale des cas

Pays	2003	2005		
	Rapport national UNGASS 2003	Rapport national UNGASS 2005*		
	Pourcentage de patients atteints d'infections sexuellement transmissibles qui sont correctement diagnostiqués (D), conseillés (C) et traités (T)	Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'infections sexuellement transmissibles dans des établissements de soins, qui sont correctement diagnostiqués, conseillés et traités.		
		Hommes	Femmes	Tous
Afrique subsaharienne				
Bénin				100.0
Botswana	30.0[1]			
Burkina Faso	4.0 (D+T) 13.0 (C)			
Guinée-Bissau		-	-	-
Kenya	50.0			
Madagascar	20.0 (D+T) 44.0 (C)			
Maurice	100.0			
Nigéria		46.0[2]	41.0[2]	
Rwanda		36.6[3]	26.6[3]	28.3[3]
Seychelles	37.0			
Togo		97.9	91.8	92.4
Ouganda	21.0			40.0[4]
Zambie				10.0
Zimbabwe	57.0			
Asie de l'Est et Pacifique				
Mongolie	100.0[6]			
Samoa	100.0[7]			
Asie du Sud et du Sud-Est				
Cambodge	88.0[8]			
Thaïlande		69.2[4]	71.5[4]	70.2[4]
Viet Nam	38.0			
Europe orientale et Asie centrale				
Bélarus	75.0			
Kazakhstan	98.0			
Kirghizistan	82.0			
Slovaquie	100.0[9]			
Tadjikistan	76.0			
Ukraine		38.6	44.4	41.4
Afrique du Nord et Moyen-Orient				
Djibouti	16.0[10]			
Maroc	49.0			
Caraïbes				
Antigua-et-Barbuda				100.0
Trinité-et-Tobago		-	-	-
Amérique latine				
Honduras		80.0	80.2	80.2
Pays à revenu élevé				
Guam	100.0 (D), 34.0 (T), 18.0 (C)[5]			
(N = 31)	*(N = 20)*		*(N = 12)*	

*Le rapport est daté de 2005, mais la collecte peut varier entre 2000 to 2005
(-) = En analyse au moment de l'impression
[1]données 1998
[2]données 2003
[3]données 2000
[4]données 2004
[5]Enquête dans des dispensaires publics et privés 2002
[6]Rapport annuel au Centre national des maladies transmissibles 2002
[7]Ministère de la santé 2002 (tous traités et conseillés, mais le diagnostic n'est pas fait en laboratoire)
[8]OMS 2002
[9]Programme national de lutte contre le SIDA 2002
[10]Ministère de la santé 2002

GE-6 : Prévention de la transmission mère-enfant—Prophylaxie antirétrovirale

Pays	2003		2005	
	Rapport national UNGASS 2003*	Enquête de couverture**	Rapport national UNGASS 2005†	Enquête de couverture††
	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale
Afrique subsaharienne				
Angola		0.0	2.3	
Bénin	0.0 [1]	94.0	18.0	38.0
Botswana	34.0	18.8		
Burkina Faso	<1.0	0.1		1.1
Burundi		1.2	13.2	2.4
Cameroun		6.9		4.2
République centrafricaine			16.4[10]	
Tchad	0.0[1]		-	0.2
Congo		13.3	98.6	
Congo, République démocratique du	0.0[1]	0.6		
Côte d'Ivoire		1.5	4.4	4.3
Erythrée		0.9		
Ethiopie	<1.0	0.2	3.0	0.3
Gabon			10.7	0.7
Gambie		2.8		16.6
Ghana		1.3	0.5	1.3
Guinée		0.0		0.4
Guinée-Bissau			19.5	
Kenya	1.0	3.4	9.3	27.0
Lesotho			5.3[10]	5.1
Madagascar			0.0[10]	0.0
Malawi	<1.0	1.7	2.3[10]	
Mali		0.5	0.7	0.8
Mauritanie				
Maurice	100.0	40.4		
Mozambique		1.3	4.9	3.4
Namibie	7.0	1.3	25.0	17.4
Niger	0.0[1]			
Nigéria	<1.0	0.1		0.2
Rwanda		13.8	9.4	
Sénégal		0.4		1.4
Seychelles	100.0		97.7[10]	
Sierra Leone	0.0			
Somalie			3.3	
Afrique du Sud	<1.0[1]	8.9	78.7	14.6
Swaziland		1.7	16.2	11.9
Tanzanie, République-Unie de	0.0	0.3		
Togo		0.3	32.8	1.8
Ouganda	4.6	6.6	12.0	25.9
Zambie		6.3	25.0	4.0
Zimbabwe		4.1	6.6[10]	4.4
Asie de l'Est et Pacifique				
Chine		0.4		1.3
Mongolie	0.0			
Samoa	0.0 [4]			

GE-6 : Prévention de la transmission mère-enfant—Prophylaxie antirétrovirale

Pays	2003		2005*	
	Rapport national UNGASS 2003*	Enquête de couverture**	Rapport national UNGASS 2005†	Enquête de couverture††
	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale
Océanie				
Fidji			25.0[10]	
Asie du Sud et du Sud-Est				
Afghanistan	0.0[2]			
Bhoutan		25.7		
Cambodge	2.7[3]	0.3	5.0	1.4
Inde	<1.0	0.0		1.6
Indonésie		0.5		0.7
Iran, République islamique de		25.7		
Lao, République démocratique populaire		0.0		2.5
Malaisie	0.0[1]	6.2		6.1
Myanmar	2.0			
Népal	2.1[1]	0.7		0.9
Philippines		0.5		0.4
Thaïlande		33.3	83.4[10]	30.6
Viet Nam	2.3	1.7		
Europe orientale et Asie centrale				
Arménie	3.0			
Bélarus	87.5	9.4		
Kazakhstan	4.5	2.2		9.0
Kirghizistan	0.0[8]			
Lettonie		9.2		58.6
Moldova, République de	0.0[9]	3.5		
Roumanie			0.2[11]	
Fédération de Russie	12.0			14.6
Tadjikistan	0.0			
Ukraine	49.6[4]	21.3	86.7[10]	31.8
Afrique du Nord et Moyen-Orient				
Egypte				7.3
Maroc	1.0[1]	1.5		
Oman		0.0		
Soudan				0.0
Caraïbes				
Antigua-et-Barbuda			50.2	
Barbade	0.0[1]	38.7	90.0[10]	
Cuba	2.5[5]	19.8		
Dominique			100.0	
République dominicaine	0.0[1]	14.2		15.7
Haïti	0.0[1]	1.6		
Jamaïque				
Sainte-Lucie			20.0	
Saint-Vincent-et-Grenadines			61.6	
Trinité-et-Tobago	0.0[1]	35.6	71.4[10]	

GE-6 : Prévention de la transmission mère-enfant—Prophylaxie antirétrovirale

Pays	2003		2005*	
	Rapport national UNGASS 2003*	Enquête de couverture**	Rapport national UNGASS 2005†	Enquête de couverture††
	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale
Amérique latine				
Argentine	55.0	11.8	87.0	0.0
Belize	70.0	19.0	73.3	
Brésil	33.6	26.2	57.6[10]	16
Chili		10.8		
Colombie				1.8
Equateur				8.3
El Salvador		21.1		20.8
Guatemala	10.0	3.7		
Guyana	<1.0	14.5		17.6
Honduras		1.9	3.4	
Mexique		3.5		2.1
Nicaragua		1.1		
Panama	0.0[1]	7.5		0.0
Paraguay	40.0[1]		2.1	
Pérou	14.8[3]	9.6		3.5
Uruguay	97.8[3]	56.9	19.3	
Venezuela (République bolivarienne du)	0.0[6] 4.2			
Pays à revenu élevé				
Chypre	100.0[7]			
Allemagne			80.0	
Guam	0.0[3]			
Qatar	0.0[4]			
(N = 103)	*(N = 53)*	*(N = 67)*	*(N = 45)*	*(N = 51)*

*Le rapport est daté de 2003, mais la collecte peut varier entre 2002 et 2003
**Les données sont des estimations pour 2003 fondées sur les informations les plus récentes disponibles à ce moment
†Le rapport est daté de 2005, mais la collecte peut varier entre 2003 et 2005
†† Les données sont des estimations pour 2003 fondées sur les informations les plus récentes disponibles
(-) = En analyse au moment de l'impression
[1]OMS 2002
[2]Bureau de l'OMS dans le pays
[3]Programme national de lutte contre le SIDA 2002
[4]Ministère de la santé 2002
[5]Cible nationale 2002
[6]Rapport mondial sur le VIH/SIDA 2002
[7]Département des services médicaux et sanitaires
[8] Enquête EURO 2002
[9] Programme national de lutte contre le SIDA 2003
[10] Données 2004
[11] Données 2003

GE-7 : Traitement du VIH—Thérapie par association d'antirétroviraux

Pays	2003	2005				
		Rapport national UNGASS 2005**			3 millions d'ici 2005, décembre 2005	Enquête de couverture 2005†
	Rapport national UNGASS 2003*	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie par association d'antirétroviraux			Estimation de la couverture par la thérapie antirétrovirale, décembre 2005	Estimation de la couverture
		Tous	Hommes	Femmes		
Afrique subsaharienne						
Angola	<1.0[1]				6.0	
Bénin	2.5[2]				33.0	32.7
Botswana	7.9				85.0	
Burkina Faso	1.4				24.0	8.9
Burundi	1.9[2]				14.0	9.5
Cameroun	1.5[3]	17.8			22.0	3.8
République centrafricaine	<1.0[3]	4.2	4.4	4.0	3.0	
Tchad		-	-	-	17.0	4.7
Congo					17.0	
Congo, République démocratique du	0.0[2]	2.7			4.0	
Côte d'Ivoire	2.7	22.1	19.3	24.6	17.0	4.9
Djibouti	1.8[8]				16.0	
Guinée équatoriale	6.8[1]				0.0	
Erythrée	<1.0[1]				5.0	
Ethiopie	<1.0[1]	7.1	8.2	6.2	7.0	7.7
Gabon		-	-	-	23.0	64.3
Gambie	6.3[1]				10.0	1.2
Ghana	1.8[1]	5.0	5.6	4.6	7.0	4.8
Guinée					9.0	9.4
Guinée-Bissau		-	-	-	1.0	
Kenya	3.0	19.7			24.0	17.0
Lesotho	<1.0[1]				14.0	13.6
Libéria					3.0	
Madagascar		0.4			0.0	0.2
Malawi	1.8	17.7	14.9	19.7	20.0	
Mali	2.5[14]	11.0	16.8	8.1	32.0	
Mauritanie					40.0	
Maurice	100.0					
Mozambique	0.0[1]	7.4	7.4	7.4	9.0	8.5
Namibie	0.0[1]	35.0			71.0	58.6
Niger					5.0	
Nigéria	1.5	7.0			7.0	5.7
Rwanda	<1.0	-	-	-	39.0	
Sénégal	<1.0[2]				47.0	52.3
Seychelles	68.2		78.0[17]	87.0[17]		
Sierra Leone	0.0[1]				2.0	
Somalie		0.8	0.6	1.1	1.0	
Afrique du Sud	0.0[1]				21.0	13.0
Swaziland	1.7	44.4			31.0	29.7
Tanzanie, République-Unie de	<1.0				7.0	
Togo		-	-	-	27.0	19.6
Ouganda	6.3	56.0			51.0	57.4
Zambie	0.0[1]	20.0			27.0	19.3
Zimbabwe	0.0[1]				8.0	9.1
Asie de l'Est et Pacifique						
Chine	5.0[3]				25.0	18.3
Micronésie, Etats fédérés de		0.0	0.0	0.0		

GE-7 : Traitement du VIH—Thérapie par association d'antirétroviraux

Pays	2003	2005				
		Rapport national UNGASS 2005**			3 millions d'ici 2005, décembre 2005	Enquête de couverture 2005†
	Rapport national UNGASS 2003*	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie par association d'antirétroviraux			Estimation de la couverture par la thérapie antirétrovirale, décembre 2005	Estimation de la couverture
		Tous	Hommes	Femmes		
Mongolie					0.0	
Samoa	100.0[13]					
Tonga	0.0[6]					
Océanie						
Fiji			100.0[17]	100.0[17]		
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0.0[1]				15.0	
Palaos		33.3	0.0	50.0		
Asie du Sud et du Sud-Est						
Afghanistan	0.0 [4]				0.0	
Bangladesh	0.0 [1]				1.0	8.9
Bhoutan						
Cambodge	3.0 [5]	57.0			36.0	35.1
Inde	2.0				7.0	6.8
Indonésie	2.7 [1]				30.0	94.3
Iran, République islamique d'	100.0[1]	12.7			9.0	
Lao, République démocratique populaire					49.0	84.5
Malaisie					27.0	87.3
Maldives					0.0	
Myanmar	<1.0				7.0	
Népal					1.0	11.1
Pakistan	2.2[1]				2.0	1.2
Philippines	3.5[1]				5.0	100.0
Sri Lanka	2.0[3]				6.0	
Thaïlande	4.0[6]	39.2[17]			60.0	57.9
Viet Nam	1.0				12.0	58.9
Europe orientale et Asie centrale						
Arménie	0.0[9]				15.0	
Azerbaïdjan	0.0[9]				0.0	
Bélarus	<1.0				5.0	
Bosnie-Herzégovine	10.0[9]					
Bulgarie	44.5[9]					
Croatie	98.7[9]					100.0
République tchèque						
Estonie	32.0[9]				17.0	
Géorgie	8.0[9]	98.5	99.0	100.0	49.0	
Hongrie	97.0[9]					
Kazakhstan	1.0				15.0	43.1
Kirghizistan	0.0[10]				12.0	
Lettonie	51.0[9]				31.0	36.8
Lituanie	55.0[9]				64.0	
Moldova, République de	8.3[1]				39.0	100.0
Pologne	92.9[9]				100.0	
Roumanie	64.4[9]					100.0
Fédération de Russie	83.3[1]				5.0	3.7
Slovaquie	95.0[9]					
Tadjikistan	0.0				16.0	
Turkménistan					0.0	

GE-7 : Traitement du VIH—Thérapie par association d'antirétroviraux

Pays	2003	2005				
		Rapport national UNGASS 2005**			3 millions d'ici 2005, décembre 2005	Enquête de couverture 2005†
	Rapport national UNGASS 2003*	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie par association d'antirétroviraux			Estimation de la couverture par la thérapie antirétrovirale, décembre 2005	Estimation de la couverture
		Tous	Hommes	Femmes		
Ukraine	<1.0[8]	33.5	29.1	41.0	7.0	7.3
Ouzbékistan	0.0[9]				0.0	
Afrique du Nord et Moyen-Orient						
Algérie					39.0	
Egypte					12.0	7.5
Irak						
Jordanie	21.3				45.0	
Liban	100.0[6]				36.0	
Jamahiriya arabe libyenne					35.0	
Maroc	20.7				48.0	100.0
Oman						
Soudan	<1.0[1]				1.0	0.0
République arabe syrienne					9.0	
Tunisie					34.0	100.0
Turquie			26.0[17]	23.5[17]	9.0	
Yémen					0.0	
Europe occidentale						
Albanie	0.0[9]					100.0
Macédoine, Ex-République yougoslave de	20.0[9]					
Serbie-Monténégro	26.4[9]					
Slovénie	96.3[9]					
Caraïbes						
Antigua-et-Barbuda		60.0				
Barbade					95.0	
Cuba					100.0	
Dominique		36.7				
République dominicaine	0.0[3]				17.0	13.7
Haïti					20.0	
Jamaïque	<1.0[2]				56.0	
Sainte-Lucie		80.6				
Saint-Vincent-et-Grenadines		100.0				
Trinité-et-Tobago	<1.0[2]	97.0			38.0	
Amérique latine						
Argentine	91.2	100.0			81.0	100.0
Belize	7.7				31.0	
Bolivie	<1.0[1]				37.0	
Brésil	100.0				83.0	100.0
Chili					75.0	
Colombie					44.0	94.7
Costa Rica					80.0	
Equateur					42.0	54.9
El Salvador					59.0	61.7
Guatemala	46.0				43.0	35.1
Guyana	0.0[1]				50.0	100.0
Honduras	<1.0[1]	36.5	26.0	53.7	35.0	
Mexique	92.0				71.0	100.0

GE-7 : Traitement du VIH—Thérapie par association d'antirétroviraux

Pays	2003	2005				
		Rapport national UNGASS 2005**			3 millions d'ici 2005, décembre 2005	Enquête de couverture 2005†
	Rapport national UNGASS 2003*	Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie par association d'antirétroviraux			Estimation de la couverture par la thérapie antirétrovirale, décembre 2005	Estimation de la couverture
		Tous	Hommes	Femmes		
Nicaragua	0.0[1]				16.0	
Panama					97.0	100.0
Paraguay	50.0				29.0	54.7
Pérou	19.2[7]				52.0	76.1
Suriname					55.0	
Uruguay	50.5[7]				69.0	
Venezuela					84.0	100.0
Pays à revenu élevé						
Australie	53.2[16]					
Autriche	92.6[9]					
Bahamas	<1.0[1]					
Belgique	93.8[9]					
Chypre	100.0[11]					
Danemark	90.9[9]					
Finlande	94.6[9]					
Allemagne	94.7[9]					
Hong-Kong (région administrative spéciale de Chine	100.0[1]					
Islande	87.5[9]					
Italie	72.7[9]					
Corée, République populaire démocratique de					0.0	
Luxembourg	96.9[9]					
Malte	94.3[9]					
Pays-Bas	96.0[9]					
Norvège	89.6[9]					
Qatar	64.9[12]					
Arabie saoudite					14.0	
Singapour	0.0[15]					
Espagne	92.3[9]					
Suède	95.0[9]					
Suisse	95.0[9]					
Royaume-Uni	92.1[9]					
Etats-Unis		70.1[18]				
(N = 163)	*(N =114)*	*(N = 41)*			*(N = 118)*	*(N = 61)*

*Rapport daté de 2003, mais la collecte des données a été faite entre 2002 et 2003
**Rapport daté de 2005, mais la collecte des données a été faite entre 2003 et 2005
†Les données sont des estimations pour 2005, fondées sur l'information la plus récente disponible
(-) = En analyse au moment de l'impression
[1]OMS 2002
[2]Initiative accélérer l'accès 2002
[3]Cible nationale 2002
[4]Bureau de l'OMS dans le pays
[5]Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST 2002
[6]Programme national de lutte contre le SIDA 2003
[7]Programme national de lutte contre le SIDA 2002
[8]Ministère de la santé, OMS 2002
[9]Enquête OMS EURO sur l'accès aux ARV 2003
[10]Enquête EURO 2002
[11]Dépt. des services médicaux et sanitaires
[12]Registre VIH 2002
[13]Ministère de la santé 2002
[14]OMS 2003
[15]Ministère de la santé
[16]Rapport annuel de surveillance
[17]Données 2004
[18]Données 2003

GE-8 : Appui aux enfants affectés par le VIH/SIDA							
Pays	2005						
	Rapports nationaux UNGASS 2005*						
	Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables dont le foyer bénéficie d'un appui extérieur essentiel gratuit pour la prise en charge de l'enfant						
	Rural			Urbain			
	Garçons	Filles	Tous	Garçons	Filles	Tous	Tous
Afrique subsaharienne							
Congo	-	-	-	-	-	-	-
Ethiopie	2.9	2.8	2.9	7.1	5.8	6.4	3.6
Kenya	6.6	6.4	6.5	10.3	18.1	14.0	10.3
Lesotho							25.0
Madagascar							7.4
Mali	-	-	-	-	-	-	-
Togo							9.7
Zambie							13.4
(N = 8)				*(N = 8)*			

*Rapport daté de 2005, mais la collecte des données a été faite entre 2003 et 2005

(-) = En analyse au moment de l'impression

GE-9 : Sécurité transfusionnelle		
Pays	2001	2005
	Enquête de couverture*	Rapports nationaux UNGASS 2005**
	Dons de sang contrôlés pour le VIH	Pourcentage d'unités de sang transfusées contrôlées pour le VIH
Afrique subsaharienne		
Angola	100.0	
Bénin	100.0	100.0
Botswana	100.0	
Burkina Faso	85.0	
Burundi	100.0	100.0
République centrafricaine	80.0	
Tchad	90.0	-
Congo	80.0	100.0
Congo, République démocratique du	70.0	
Côte d'Ivoire	100.0	100.0
Ethiopie	100.0	100.0
Erythrée	100.0	
Gabon		72.5
Gambie	100.0	
Ghana	100.0	
Guinée	100.0	
Guinée-Bissau		100.0
Kenya	98.0	100.0
Lesotho		100.0
Libéria	80.0	
Madagascar	100.0	99.4
Malawi		100.0
Mali	100.0	100.0
Mauritanie	80.0	
Maurice	100.0	
Mozambique	100.0	100.0
Namibie	100.0	100.0
Niger	100.0	
Nigéria		100.0
Rwanda	100.0	
Sénégal	100.0	
Seychelles	100.0	
Sierra Leone	20.0	
Afrique du Sud	100.0	100.0
Swaziland	100.0	100.0
Tanzanie, République-Unie de	100.0	
Togo	100.0	79.0
Ouganda	100.0	100.0
Zambie	100.0	100.0
Zimbabwe	100.0	100.0
Asie de l'Est et Pacifique		
Chine	100.0	
Océanie		
Fidji		100.0
Micronésie, Etats fédérés de		100.0
Palaos		100.0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0.0	
Asie du Sud et du Sud-Est		
Bangladesh	10.0	
Bhoutan	10.0	
Cambodge	100.0	100.0
Inde	100.0	

GE-9 : Sécurité transfusionnelle		
Pays	2001	2005
	Enquête de couverture*	Rapports nationaux UNGASS 2005**
	Dons de sang contrôlés pour le VIH	Pourcentage d'unités de sang transfusées contrôlées pour le VIH
Indonésie	100.0	
Iran, République islamique d'		100.0
Malaisie	100.0	
Myanmar	35.0	
Népal	99.0	
Pakistan	95.0	
Sri Lanka	100.0	100.0
Thaïlande	100.0	100.0
Viet Nam	100.0	
Europe orientale et Asie centrale		
Bélarus	100.0	
Croatie	100.0	
Lettonie	100.0	
Moldova, République de	100.0	
Roumanie	100.0	
Fédération de Russie	100.0	
Ukraine	100.0	100.0
Ouzbékistan	100.0	
Afrique du Nord et Moyen-Orient		
Algérie		98.9
Maroc	100.0	
Tunisie	100.0	
Caraïbes		
Antigua-et-Barbuda		100.0
Bahamas	100.0	
Barbade	100.0	
Cuba	100.0	
Dominique		92.8
République dominicaine	100.0	
Sainte-Lucie		96.0
Saint-Vincent-et-Grenadines		99.7
Trinité-et-Tobago	0.0	100.0
Amérique latine		
Argentine	96.0	100.0
Belize	100.0	96.8
Bolivie	35.0	
Brésil	100.0	
Chili	100.0	
Colombie	100.0	
Costa Rica	100.0	
Equateur	100.0	
El Salvador	100.0	
Guatemala	100.0	
Guyana	100.0	
Honduras	100.0	
Jamaïque	100.0	
Mexique	100.0	
Nicaragua	100.0	
Panama	100.0	
Paraguay	98.0	
Pérou	0.0	100.0
Suriname	100.0	

GE-9 : Sécurité transfusionnelle		
Pays	2001	2005
	Enquête de couverture*	Rapports nationaux UNGASS 2005**
	Dons de sang contrôlés pour le VIH	Pourcentage d'unités de sang transfusées contrôlées pour le VIH
Uruguay	100.0	
Venezuela	100.0	
Pays à revenu élevé		
Bahamas	100.0	
Etats-Unis		100.0
(N = 100)	*(N = 85)*	*(N = 40)*

* Les données sont des estimations pour 2001 fondées sur les informations les plus récentes à ce moment-là
**Le rapport est daté de 2005, mais la collecte des données a été faite entre 2004 et 2005
(-) = En analyse au moment de l'impression

GE-10 : Jeunes—Connaissances relatives à la prévention du VIH

Pays	2003			2005										
	Rapports nationaux UNGASS 2003			Rapports nationaux UNGASS 2005*									Enquête démographique et de santé** (sauf indication contraire)	
	Pourcentage de jeunes femmes (15–24 ans) ayant des connaissances globales concernant le VIH/SIDA			Pourcentage de jeunes femmes et hommes (15–24 ans) ayant des connaissances globales concernant le VIH/SIDA									Pourcentage de jeunes femmes et hommes (15–24 ans) ayant des connaissances globales concernant le VIH/SIDA	
	Femmes			Hommes			Femmes			Tous			Hommes	Femmes
	Z. urb.	Z. rur.	Toutes	Z, urb.	Z, rur,	Tous	Z. urb.	Z. rur.	Toutes	Z. urb.	Z. rur.	Tous		
Afrique subsaharienne														
Angola				56.7	10.0	42.7	46.3	10.5	35.2	51.5	10.3	39.0		
Bénin				7.9	13.1	10.6	3.4	11.8	8.1	5.7	12.4	9.3	14.0	8.0
Botswana	25.2	29.8	27.9										33.0†	40.0†
Burkina Faso													23.0	15.0
Burundi	40.0	21.0	24.0	0.6	3.9	3.6	0.3	3.8	3.6	0.4	3.9	3.6		
Cameroun	24.0	7.0	16.0	40.6	24.8	34.3	36.5	14.5	27.2	37.8	17.5	30.8	34.0	27.0
République centrafricaine	1.5	8.7	5.1											
Tchad	2.3	12.2	5.0										21.0	8.0
Comores	9.8	10.4	9.9											
Congo				-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Côte d'Ivoire	19.0	6.0	16.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Guinée équatoriale	1.1	6.1	3.8											
Erythrée														37.0
Ethiopie				56.7	25.1		44.4	14.0						
Gambie	20.0	11.0	15.0											
Ghana				54.4	28.8	40.3	43.8	29.3	35.8	48.2	29.0	38.0	44.0	38.0
Guinée-Bissau	16.0	2.0	8.0											
Kenya	35.0	22.0	26.0	77.8	80.0	79.5	61.5	57.1	58.3	68.2	66.7	68.9	47.0	34.0
Lesotho	27.0	16.0	18.0											
Madagascar						15.7			19.4				16.0	19.0
Malawi	44.0	31.0	34.0	43.3	34.4	36.0	30.9	22.0	23.5	33.7	24.3	29.8		
Mali				-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.0	9.0
Mozambique													33.0	20.0
Niger	17.0	2.0	5.0											
Nigéria				33.6	19.8		30.5	14.8					21.0	18.0
Rwanda	40.0	23.0	23.0											
Sao Tomé-et-Principe	13.0	7.0	11.0											
Sierra Leone	22.0	10.0	16.0											
Somalie				13.6	11.9	12.5	9.6	7.0	7.9	11.5	9.4	10.2		
Afrique du Sud	26.0	13.0	20.0											
Swaziland	26.1	28.4	26.9											
Tanzanie, République-Unie de	42.0	22.0	26.0										49.0†	44.0†
Togo	21.0	13.0	20.0											
Ouganda	48.0	23.0	28.0											
Zambie	32.0	20.9	25.6			46.1			40.5				33.0	31.0
Zimbabwe				57.7	55.5	56.3	57.8	51.4	54.1	57.7	53.4	55.2		

GE-10 : Jeunes—Connaissances relatives à la prévention du VIH

Pays	2003			2005										
	Rapports nationaux UNGASS 2003			Rapports nationaux UNGASS 2005*									Enquête démographique et de santé** (sauf indication contraire)	
	Pourcentage de jeunes femmes (15–24 ans) ayant des connaissances globales concernant le VIH/SIDA			Pourcentage de jeunes femmes et hommes (15–24 ans) ayant des connaissances globales concernant le VIH/SIDA									Pourcentage de jeunes femmes et hommes (15–24 ans) ayant des connaissances globales concernant le VIH/SIDA	
	Femmes			Hommes			Femmes			Tous			Hommes	Femmes
	Z. urb.	Z. rur.	Toutes	Z, urb.	Z, rur,	Tous	Z. urb.	Z. rur.	Toutes	Z. urb.	Z. rur.	Tous		
Asie de l'Est et Pacifique														
Mongolie	28.1	36.9	32.1	4.1	2.2	3.0	5.5	4.6	5.0	4.8	3.4	4.0		
Asie du Sud et du Sud-Est														
Cambodge	52.0	33.0	37.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Indonésie	4.2	10.2	6.8											
Thaïlande				-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Viet Nam	20.8	41.3	25.4										50.0†	42.0†
Europe orientale et Asie centrale														
Azerbaïdjan	0.8	3.2	2.1											
Moldova, République de	16.2	22.7	18.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Fédération de Russie												48.0		
Ukraine				-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Ouzbékistan	2.6	5.3	3.4										7.0	8.0
Europe occidentale														
Albanie	0.3	0.0	0.2											
Afrique du Nord et Moyen-Orient														
Maroc														12.0
Caraïbes														
Barbade												1.0		
Cuba	40.2	56.2	51.8											
République dominicaine	33.0	23.0	33.0											
Haïti	24.0	8.0	14.0											
Trinité-et-Tobago			33.0											
Amérique latine														
Bolivie	9.3	29.2	21.6										18.0	
Brésil												58.4		
Guyana	35.2	36.4	35.6											
Suriname	21.0	36.8	26.5											
(N = 57)		*(N = 38)*						*(N = 24)*						*(N = 18)*

*Rapport daté de 2005, mais la collecte des données a été faite entre 2003 et 2005
**Chiffres pour 2005 fondés sur des données recueillies entre 2001 et 2005
†Source: Enquête sur les indicateurs SIDA
(-) = En analyse au moment de l'impression

GE-11 : Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Pays	2005								
	Rapports nationaux UNGASS 2005*							Enquête démographique et de santé** (sauf indication contraire)	
	Pourcentage des 15–24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans							Pourcentage des 15–19 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	
	Hommes			Femmes			Tous	Femmes	Hommes
	Z. urb.	Z. rur.	Tous	Z. urb.	Z. rur.	Toutes	Tous		
Afrique subsaharienne									
Angola	40.9	60.0	46.7	21.7	30.0	24.3	35.5		
Bénin	15.7	15.7	15.7	9.9	7.5	8.5	12.1	16.0	23.8
Burkina Faso								7.3	4.7
Burundi	14.3	14.0	14.0	2.5	5.7	5.5	9.7		
Cameroun	23.4	22.3	23.0	28.8	42.5	34.6	28.8	18.0	11.5
République centrafricaine	8.2	10.7	9.6	12.3	8.1	9.9	9.8		
Tchad	-	-	-	-	-	-	-	19.0	11.0
Congo	10.0	10.4	10.1	10.0	9.9	9.9	10.0		
Côte d'Ivoire			13.3			14.5	14.1		
Erythrée								8.8	
Ethiopie	47.1	38.5	40.3	49.7	39.5	41.5	40.9		
Gabon	35.1			18.6					
Ghana								7.4	3.9
Guinée	16.5	15.0	15.7	23.0	14.4	17.6	16.6		
Kenya	23.7	19.5	20.4	19.6	16.2	17.1	18.7	14.5	30.9
Lesotho	27.9	27.3	27.5	9.5	16.2	14.4	20.9		
Madagascar			22.3			31.0		16.0	7.7
Mali								26.0	10.6
Mauritanie								13.2	2.1
Mozambique								27.7	
Nigéria			4.9			14.7		20.3	7.9
Tanzanie, République-Unie de								10.1[1]	10.7[1]
Ouganda								12.2[1]	16.3[1]
Zambie								17.5	
Zimbabwe	6.3	9.7	8.5	5.8	9.8	8.1	8.3		
Asie de l'Est et Pacifique									
Mongolie	5.7	1.1	3.0	0.3	0.0	0.1	1.6		
Asie du Sud et du Sud-Est									
Cambodge	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1		
Népal								9.0	20.0
Thaïlande			10.9			6.6	8.7		
Viet Nam								0.5[1]	0.3[1]
Europe orientale et Asie centrale									
Azerbaïdjan								1.0[2]	
Moldova, République de	45.8	26.6	34.1	30.9	19.0	23.5	28.8		
Fédération de Russie			17.2			8.2	13.3		
Caraïbes									
Barbade			35.9			25.6	31.0		
République dominicaine								13.0	18.0
Honduras								13.0[2]	19.0[2]
Saint-Vincent-et-Grenadines			63.0			37.0			

GE-11 : Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans									
Pays	2005								
	Rapports nationaux UNGASS 2005*							Enquête démographique et de santé** (sauf indication contraire)	
	Pourcentage des 15–24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans							Pourcentage des 15–19 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	
	Hommes			Femmes			Tous	Femmes	Hommes
	Z. urb.	Z. rur.	Tous	Z. urb.	Z. rur.	Toutes	Tous		
Amérique latine									
Argentine							22.6		
Bolivie								6.0	15.0
Equateur								7.0[2]	
Guatemala								7.0[2]	15.0[2]
Nicaragua								11.0	
(N = 42)				*(N = 24)*				*(N = 24)*	

*Rapport daté de 2005, mais la collecte des données s'est faite entre 2003 et 2005
**Les données pour 2005 sont fondées sur des données recueillies entre 2001 et 2005
(-) = En analyse au moment de l'impression

[1]Source: Enquête sur les indicateurs SIDA
[2] Enquête sur la santé reproductive

GE-12 : Rapports sexuels à risque plus élevé parmi les jeunes femmes et hommes

Pays	2003		2005										
	Rapports nationaux UNGASS 2003*		Rapports nationaux UNGASS 2005**									Enquête démographique et de santé† (sauf indication contraire)	
	Pourcentage de jeunes hommes et femmes (15–24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal noncohabitant au cours des 12 derniers mois		Pourcentage de jeunes hommes et femmes (15–24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal noncohabitant au cours des 12 derniers mois									Pourcentage des répondants entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal noncohabitant au cours des 12 derniers mois par rapport à l'ensemble des répondants qui déclarent une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois	
			Z. urb.			Z. rur.			Tous				
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Afrique subsaharienne													
Angola			61.5	35.6	49.2	61.1	26.3	43.2	61.4	32.7	47.1		
Bénin			31.0	2.0	9.6	32.6	4.5	13.0	31.8	3.4	17.6	90.0	36.0
Burkina Faso	82.0	19.0										78.0	23.0
Cameroun	86.0	41.0	95.2	57.2	68.6	82.0	27.3	40.1	89.9	44.7	67.3	91.0	44.0
République centrafricaine			42.1	9.4	22.9	40.2	13.7	27.1	41.0	11.9	26.5		
Tchad			-	-	-	-	-	-	-	-	-	76.0	7.0
Congo			72.0	63.5	67.6	72.0	65.4	68.6	72.0	64.7	68.4		
Côte d'Ivoire	91.0	51.0							57.9	64.3	61.0		
Ethiopie	64.0	7.0	43.5	24.8	30.1	36.5	3.0	12.0	37.9	7.4	22.7		
Ghana												83.0	50.0
Guinée	92.0	23.0											
Kenya	92.0	39.0	13.5	9.8	11.5	16.1	8.2	12.2	15.5	8.6	12.1	84.0	30.0
Lesotho			96.4	57.6	67.4	87.6	38.0	52.5	89.5	43.3	66.4		
Madagascar									71.9	30.9		72.0	31.0
Malawi	71.0	17.0							62.1	13.9			
Mali			100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	16.0	17.0	16.5	85.0	18.0
Mozambique												84.0	37.0
Nigéria			90.5	42.9		73.0	27.7					78.0	29.0
Rwanda	42.0	10.0											
Tanzanie, République-Unie de	87.0	40.0										81.0	36.0
Togo	89.0	51.0											
Ouganda	59.0	22.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74.0	26.0
Zambie									24.0	13.0		86.0	30.0
Zimbabwe	82.0	20.0	75.0	21.3	40.2	80.7	24.8	47.6	78.6	23.3	51.0		
Asie de l'Est et Pacifique													
Mongolie			93.5	76.4	86.6	93.4	81.1	88.9	93.5	79.2	86.3		

GE-12 : Rapports sexuels à risque plus élevé parmi les jeunes femmes et hommes

Pays	2003		2005										
	Rapports nationaux UNGASS 2003*		Rapports nationaux UNGASS 2005**									Enquête démographique et de santé† (sauf indication contraire)	
	Pourcentage de jeunes hommes et femmes (15–24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal noncohabitant au cours des 12 derniers mois		Pourcentage de jeunes hommes et femmes (15–24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal noncohabitant au cours des 12 derniers mois									Pourcentage des répondants entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal noncohabitant au cours des 12 derniers mois par rapport à l'ensemble des répondants qui déclarent une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois	
			Z. urb.			Z. rur.			Tous				
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Asie du Sud et du Sud-Est													
Cambodge			72.0	5.4	38.9	18.2	2.1	7.2	26.3	2.6	14.4		
Inde												12.0[2]	2.0[2]
Thaïlande											56.0		
Viet Nam												21.0[1]	0.7[1]
Europe orientale et Asie centrale													
Ouzbékistan												45.0[3]	1.0[3]
Caraïbes													
Barbade									26.6	15.9	21.6		
République dominicaine												83.0	29.0
Amérique latine													
Bolivie												70.0	32.0
Nicaragua													10.0
(N = 34)	*(N = 12)*					*(N = 21)*						*(N = 19)*	

*Rapport daté de 2003, mais la collecte des données a pu être faite entre 1998 et 2000
**Rapport daté de 2005, mais la collecte des données a pu être faite entre 2003 et 2005
†Les données pour 2005 sont fondées sur des données recueillies entre 2001 et 2005
[1]Source: Enquête sur les indicateurs SIDA
[2]Source: Enquête de surveillance comportementale
[3]Source: Enquête concernant les examens de santé

GE-13 : Jeunes—Utilisation du préservatif avec des partenaires non réguliers

Pays	2003		2005									2005	
	Rapports nationaux UNGASS 2003*		Rapports nationaux UNGASS 2005**									Enquête démographique et de santé† (sauf indication contraire)	
	Pourcentage de jeunes (15–24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier		Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15–24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier									Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15–24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier	
			Z. urb.			Z. rur.			Tous				
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Afrique subsaharienne													
Angola			63.6	71.2	66.2	63.6	20.0	50.0	63.6	55.2	59.4		
Bénin	34.0	19.0	53.3	25.0	49.1	65.1	71.4	66.7	59.5	50.8	55.2	34.0	19.0
Botswana	88.0	75.0										88.0[1]	75.0[1]
Burkina Faso	55.0	41.0										67.0	54.0
Burundi			50.0	7.1	20.0	55.7	48.7	51.1	55.2	46.0	50.6		
Cameroun	31.0	16.0	65.7	53.6	58.6	39.9	27.2	33.3	55.4	42.5	49.0	57.0	46.0
République centrafricaine			84.1	79.4	83.0	82.5	46.7	72.7	83.2	60.6	71.9		
Tchad			-	-	-	-	-	-	-	-	-	25.0	17.0
Congo, République démocratique du		12.0											
Côte d'Ivoire	56.0	25.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Ethiopie	30.0	17.0	84.4	46.3	69.5	23.3	6.7	19.5	36.1	14.6	25.4		
Erythrée												81.0	
Gabon	48.0	33.0											
Ghana	33.0	20.0	55.5	38.5	45.9	44.7	27.1	35.9	49.6	32.2	40.9	52.0	33.0
Guinée	32.0	17.0										42.0	27.0
Kenya	43.0	14.0	58.4	32.5	45.9	42.6	22.6	33.2	46.1	25.2	35.6	47.0	25.0
Lesotho			72.0	65.6	67.9	42.0	44.0	43.0	48.6	49.8	49.2	48.0	50.0
Madagascar												12.0	5.0
Malawi	38.0	32.0	56.5	51.8	53.8	43.2	29.2	35.6	45.6	33.0	39.3	47.0	35.0
Mali	30.0	14.0										30.0	14.0
Mozambique												33.0	29.0
Nigéria	38.0	21.0	66.8	50.9		54.1	34.1					46.0	24.0
Rwanda	55.0	23.0										41.0	28.0
Sénégal												54.0	34.0
Afrique du Sud		20.0											
Tanzanie, République-Unie de	31.0	21.0										47.0[2]	42.0[2]
Togo	41.0	22.0											
Ouganda	62.0	44.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55.0[2]	53.0[2]
Zambie	38.0	38.0							38.4	26.1		40.0[3]	35.0[3]
Zimbabwe	69.0	42.0	69.2	52.1	63.2	49.1	35.7	45.0	56.5	42.6	49.6		
Asie de l'Est et Pacifique													
Mongolie			61.4	45.7	55.8	56.5	39.5	50.8	58.5	42.1	50.3		

GE-13 : Jeunes—Utilisation du préservatif avec des partenaires non réguliers

Pays	2003		2005										
	Rapports nationaux UNGASS 2003*		Rapports nationaux UNGASS 2005**									Enquête démographique et de santé† (sauf indication contraire)	
	Pourcentage de jeunes (15–24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier		Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15–24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier									Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15–24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier	
			Z. urb.			Z. rur.			Tous				
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Asie du Sud et du Sud-Est													
Cambodge		43.0											
Inde	51.0	40.0										59.0[4]	51.0[4]
Népal	52.0												
Thaïlande			-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Viet Nam												68.0[2]	
Europe orientale et Asie centrale													
République tchèque									55.0	31.0			
Moldova, République de												63.0	44.0
Fédération de Russie											78.8		
Ukraine			73.5	67.0	71.8	72.2	60.0	69.2	73.2	65.1	69.1		
Ouzbékistan												50.0[5]	
Caraïbes													
Barbade									77.8	33.3	49.3		
République dominicaine	48.0	12.0										52.0	29.0
Haïti	30.0	19.0											
Jamaïque		38.0											
Amérique latine													
Argentine											46.0		
Bolivie	22.0	8.0										37.0	20.0
Brésil	59.0	32.0									74.1		
Chili	33.0	18.0											
Colombie		29.0											
Mexique	57.0	57.0											
Nicaragua													17.0
Paraguay		79.0											
Pérou		19.0											
(N = 54)	*(N = 34)*					*(N = 24)*						*(N = 27)*	

*Rapport daté de 2003, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 1996 et 2001
**Rapport daté de 2005, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 2000 et 2005
†Les données pour 2005 sont fondées sur des données recueillies entre 2001 et 2005
(-) = En analyse au moment de l'impression
[1]Source: Enquête sur l'impact du SIDA
[2]Source: Enquête sur les indicateurs SIDA
[3]Source: Enquête sur les comportements sexuels
[4]Source: Enquête de surveillance comportementale
[5]Source: Enquête sur les examens de santé

GE-14 : Orphelins—Fréquentation scolaire

Pays	2003			2005	
	Rapports nationaux UNGASS 2003*			Rapports nationaux UNGASS 2005**	Enquête démographique et de santé† (sauf indication contraire)
	Ratio de la fréquentation scolaire—orphelins par rapport aux non-orphelins			Ratio de la fréquentation scolaire actuelle parmi les orphelins et parmi les non-orphelins, âgés de 10 à 14 ans	Ratio de la proportion d'orphelins (mère et père décédés) de 10 à 14 ans qui fréquentent l'école et de la proportion de non-orphelins (vivant avec un parent au moins) de 10 à 14 ans qui fréquentent l'école
	Garçons	Filles	Tous	Tous	Tous
Afrique subsaharienne					
Angola			0.90		0.90[1]
Botswana			0.99		0.99[2]
Burkina Faso					1.09
Burundi			0.70		0.70[1]
Cameroun		0.64	0.94		0.99
République centrafricaine			0.91	-	0.91[2]
Tchad			0.96		1.07
Comores			0.59		0.59[1]
Congo, République démocratique du			0.72	-	0.72[1]
Côte d'Ivoire			0.83		0.83[1]
Guinée équatoriale			0.95		0.95[1]
Erythrée					0.83
Ethiopie	0.58	0.64	0.60	-	0.60
Gabon			0.98		0.98
Gambie			0.85		0.85[1]
Ghana			0.93		0.79
Guinée	0.86	1.55	1.13		1.13
Guinée-Bissau			1.03		1.03[1]
Kenya	0.79	0.71	0.74	0.97	0.95
Lesotho			0.87		0.87[1]
Madagascar			0.65	0.80	0.76
Malawi	0.96	0.90	0.93	0.97	0.93
Mali			0.72		1.04
Mozambique	0.44	0.50	0.47		0.80
Namibie			0.92	0.97	0.92
Niger			1.07		
Nigéria	0.69	1.07	0.87		0.64
Rwanda	0.76	0.86	0.80		0.80[1]
Sénégal			0.74		0.74[1]
Sierra Leone			0.71		0.71[1]
Somalie			0.65		0.65[1]
Afrique du Sud	0.95	0.96	0.95		
Swaziland			0.91		0.91[1]
Tanzanie, République-Unie de	0.66		0.74		0.82[3]
Togo			0.96		0.96[1]
Ouganda	0.90	1.00	0.95		0.95
Zambie			0.87	0.17	0.92[4]
Zimbabwe	0.89	0.82	0.85		0.98[2]

GE-14 : Orphelins—Fréquentation scolaire					
Pays	2003			2005	
	Rapports nationaux UNGASS 2003*			Rapports nationaux UNGASS 2005**	Enquête démographique et de santé† (sauf indication contraire)
	Ratio de la fréquentation scolaire—orphelins par rapport aux non-orphelins			Ratio de la fréquentation scolaire actuelle parmi les orphelins et parmi les non-orphelins, âgés de 10 à 14 ans	Ratio de la proportion d'orphelins (mère et père décédés) de 10 à 14 ans qui fréquentent l'école et de la proportion de non-orphelins (vivant avec un parent au moins) de 10 à 14 ans qui fréquentent l'école
	Garçons	Filles	Tous	Tous	Tous
Asie du Sud et du Sud-Est					
Cambodge					0.71
Indonésie					0.82
Afrique du Nord et Moyen-Orient					
Soudan			0.96		0.96[1]
Caraïbes					
République dominicaine					0.96
Haïti					0.87
Sainte-Lucie				-	
Amérique latine					
Guatemala					0.98
Pérou					0.85
Suriname					0.89[1]
(N = 47)		*(N = 37)*		*(N = 9)*	*(N = 44)*

*Rapport daté de 2003, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 1997 et 2001
**Rapport daté de 2005, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 2001 et 2005
†Les données pour 2005 sont fondées sur des données recueillies entre 1999 et 2004
(-) = En analyse au moment de l'impression
[1]Source: Enquête en grappes à indicateurs multiples
[2]Source: Recensement
[3]Source: Enquête sur les indicateurs SIDA
[4]Source: Enquête sur les comportements sexuels

GE-16 : Traitement du VIH—Survie après 12 mois sous thérapie antirétrovirale

Pays	2005								
	Rapports UNGASS 2005								
	Hommes			Femmes			Tous		
	<15	15+	Tous	<15	15+	Tous	<15	15+	Tous
Afrique subsaharienne									
Tchad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ethiopie			90.2			86.4			88.6
Madagascar									100.0
Malawi									83.0
Namibie									91.0
Nigéria									98.2
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe orientale et Asie centrale									
Géorgie			85.0			100.0			88.0
Ukraine	100.0	67.6	68.9	100.0	73.7	75.4	100.0	70.3	71.9
Caraïbes									
Barbade			92.5			94.0			93.3
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie									80.0
Saint-Vincent-et-Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(N = 15)			*(N = 15)*						

(-) = En analyse au moment de l'impression

CLPE-3 : Populations les plus exposées au risque—Test VIH

Pays	2005			
	Rapports UNGASS 2005*			
	Pourcentage de [populations les plus exposées au risque] qui a pratiqué un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaît le résultat			
	Tous	Professionnel(le)s du sexe	Consommateurs de drogues injectables	Hommes qui ont des rapports seuels avec des hommes
Afrique subsaharienne				
Burundi		37.6		
Congo		3.3		8.3
Sénégal				10.8
Asie de l'Est et Pacifique				
Mongolie		67		23.2
Asie du Sud et du Sud-Est				
Bangladesh	1.3	1.6**	3.2	
Inde	28.9			
Indonésie		14.8	18.1	15.4
Iran, République islamique d'			9.4	
Lao, République démocratique populaire		8.9		
Viet Nam		-	-	
Europe orientale et Asie centrale				
Arménie		33.2	21.1	42
Bélarus		48.5	39.2	55.4
Géorgie		24.4	6.4	27.1
Roumanie		35.5	36	
Ukraine	17.9	32.4	27.1	24.6
Europe occidentale				
Macédoine, Ex-République yougoslave de		66.7	31.8	7.4
Serbie-et-Monténégro				52.5††
Afrique du Nord et Moyen-Orient				
Algérie			15.1	
Maroc			12.5	
Turquie		26		
Caraïbes				
Jamaïque		43.0†		
Amérique latine				
Argentine		35.9		96.3
Panama		76.5		44.8
(N = 23)			*(N = 23)*	

*Rapport daté de 2005, mais la collection des données peut avoir été faite entre 2003 et 2005
**Professionnelles du sexe
†Personnes travaillant dans de commerce du sexe
††Valeur pour la Serbie
(-) = En analyse au moment de l'impression

CLPE-4 : Populations les plus exposées au risque—Programmes de prévention

Pays	2005					
	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes		Consommateurs de drogues injectables		Professionnel(le)s du sexe	
	Rapports nationaux UNGASS 2005*	Enquête de couverture**	Rapports nationaux UNGASS 2005*	Enquête de couverture**	Rapports nationaux UNGASS 2005*	Enquête de couverture**
	Pourcentage de [populations les plus exposées au risque] touché par des programmes de prévention	Pourcentage de HSH couverts par des programmes extra-institutionnels	Pourcentage de [populations les plus exposées au risque] touché par des programmes de prévention	Pourcentage de CDI couverts par des services de réduction des risques	Pourcentage de [populations les plus exposées au risque] touché par des programmes de prévention	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe couvert(e)s par des programmes extra-institutionnels
Afrique subsaharienne						
Bénin						100.0±
Burkina Faso					42.1	60.0
Burundi					77.7	
Tchad						5.0
Congo	33.3				53.4	
Côte d'Ivoire				100.0±		71.0
Ghana						50.0
Guinée				100.0±		50.0
Kenya		2.0				17.0
Mali					45.3	
Mozambique				< 0.5		5.0
Niger						92.0
Sénégal		100.0±				100.0±
Togo						30.0
Ouganda						10.0
Zimbabwe						40.0
Asie de l'Est et Pacifique						
Chine		8.0	45.0	8.0	25.0	38.0
Mongolie	68.1				58.0	
Asie du Sud et du Sud-Est						
Bangladesh	77.0		82.0	7.0	71.6†	
Cambodge		17.0		97.0		60.0
Inde	45.0	45.0	47.8	48.0	52.4	52.0
Indonésie	1.3	10.0	15.0	89.0	37.3†	50
Iran/République islamique d'			11.4			
Lao, République démocratique populaire					70.7	100.0±
Malaisie		10.0		4.0		
Népal	5.4	36.0	8.6	<0.50	35.2†	68.0
Pakistan	22.0	15.0	28.4	100.0±	11.0†	20.0
Philippines		2.0		<0.50		7.0
Viet Nam			69.1		81.0	
Europe orientale et Asie centrale						
Arménie	0.7		25.1		28.9	
Bélarus	7.1		16.4		8.8	
Croatie				20.0		
République tchèque			60.0			
Géorgie			25.0		75.6	
Kazakhstan		1.0		8.0		31.0
Kirghizistan	79.2		8.4		75.3	
Lettonie		2.0	7.9	2.0		17.0
Moldova, République de		90.0	22.4	74.0	14.1††	50.0

CLPE-4 : Populations les plus exposées au risque—Programmes de prévention

Pays	2005					
	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes		Consommateurs de drogues injectables		Professionnel(le)s du sexe	
	Rapports nationaux UNGASS 2005*	Enquête de couverture**	Rapports nationaux UNGASS 2005*	Enquête de couverture**	Rapports nationaux UNGASS 2005*	Enquête de couverture**
	Pourcentage de [populations les plus exposées au risque] touché par des programmes de prévention	Pourcentage de HSH couverts par des programmes extra-institutionnels	Pourcentage de [populations les plus exposées au risque] touché par des programmes de prévention	Pourcentage de CDI couverts par des services de réduction des risques	Pourcentage de [populations les plus exposées au risque] touché par des programmes de prévention	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe couvert(e)s par des programmes extra-institutionnels
Roumanie	3.1		9.3	43.0	3.6	
Fédération de Russie		1.0	4.9	9.0	15.6	
Ukraine		5.0	38.4	13.0	33.7	5.0
Europe occidentale						
Albanie				7.0		
Afrique du Nord et Moyen-Orient						
Algérie			15.0			
Egypte				100.0±		
Tunisie		5.0		2.0		20.0
Turquie					13.8	
Caraïbes						
République dominicaine		10.0		100.0±		30.0
Jamaïque					60.0	
Amérique latine						
Argentine		30.0		93.0		30.0
Colombie		30.0				75.0
Equateur		5.0				50.0
El Salvador		17.0				60.0
Guatemala		10.0				75.0
Panama	43.8				48.0	71.0
Paraguay		50.0				10.0
Pérou	22.6					20.0
Venezuela		1.0				30.0
(N = 57)	*(N = 13)*	*(N = 24)*	*(N = 19)*	*(N = 24)*	*(N = 24)*	*(N = 36)*

*Rapport daté de 2003, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 2003 et 2005
**Les données sont des estimations pour 2005 fondées sur les informations les plus récentes disponibles
†Professionnelles du sexe
††Personnes travaillant dans le commerce du sexe
±En analyse au moment de l'impression

CLPE-5 : Populations les plus exposées au risque—Connaissances relatives à la prévention du VIH

Pays	2005			
	Rapports nationaux UNGASS 2005*			
	Pourcentage de [population(s) la(les) plus exposée(s) au risque] qui à la fois identifie correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées fausses concernant la transmission du VIH			
	Tous	HSH	CDI	Professionnel(le)s du sexe
Afrique subsaharienne				
Bénin		42.2		
Burundi				4.3
Congo		3.3		66.7
Mali				90.1
Asie de l'Est et Pacifique				
Chine		37.3	36.0	23.5**
Asie du Sud et du Sud-Est				
Bangladesh	28.2	13.5	14.0	23.3
Indonésie		43.3	6.7	23.8
Lao, République démocratique populaire				20.5
Népal		27.3	49.9	16.9
Viet Nam			34.4	24.2
Europe orientale et Asie centrale				
Arménie		54.0	60.0	49.2
Bélarus		62.8	61.4	23.8
Géorgie			36.2	1.3
Kirghizistan		6.9		1.1
Moldova, République de		38.3	37.1	34.7
Roumanie			18.0	14.1
Ukraine	39.4	48.9	21.2	8.1
Europe occidentale				
Macédoine, Ex-République yougoslave de		33.9	26.7	9.9
Afrique du Nord et Moyen-Orient				
Maroc			6.9	72.2
Turquie				21.7
Caraïbes				
Jamaïque				26.1†
Amérique latine				
Argentine		55.9		69.4
Costa Rica		48.8		
Pérou		72.6		
(N = 24)			*(N = 24)*	

*Rapport daté de 2005, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 2003 et 2005
**Professionnelles du sexe
†Personnes pratiquant le commerce du sexe
HSH = Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
CDI = Consommateurs de drogues injectables

CLPE-6 : Professionnel(le)s du sexe—Utilisation du préservatif			
Pays	2005		
	Rapports UNGASS 2005*		
	Pourcentage de professionnels du sexe (femmes et hommes) qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent		
	Tous	Hommes	Femmes
Afrique subsaharienne			
Burkina Faso	95.9		
Burundi	73.7		73.8
Sénégal	86.3		86.6
Asie de l'Est et Pacifique			
Chine			68.5
Mongolie	94.1	50.0	96.4
Asie du Sud et du Sud-Est			
Bangladesh	39.8	44.1	31.8
Cambodge	96.0		96.0
Indonésie	54.7	47.5	56.2
Lao, République démocratique populaire	83.2	58.8	88.9
Népal	67.1		
Pakistan	22.6	6.6	37.0
Sri Lanka			64.9
Viet Nam	90.4		90.4
Europe orientale et Asie centrale			
Arménie	89.2	100.0†	89.2
Bélarus	77.4	100.0†	77.3
Géorgie			95.0
Kirghizistan	80.9		
Moldova, République de	98.4††		
Roumanie			85.0
Fédération de Russie	77.0		
Europe occidentale			
Macédoine, Ex-République yougoslave de	85.9	87.5	84.4
Afrique du Nord et Moyen-Orient			
Maroc	37.7		37.8
Caraïbes			
Jamaïque	84.3		
Amérique latine			
Panama	91.5	90.8	91.6
(N = 24)		*(N = 24)*	

*Rapport daté de 2005, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 2003 et 2005
†En analyse au moment de l'impression
††Personnes pratiquant le commerce du sexe

CLPE-7 : Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes—Utilisation du préservatif

Pays	2005		
	Rapports nationaux UNGASS 2005*		
	Pourcentage d'hommes qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin		
	Tous	Age <25	Age 25+
Afrique subsaharienne			
Congo	23.3	23.5	23.1
Sénégal	44.5		44.7
Asie de l'Est et Pacifique			
Chine	41.1		
Mongolie	13.0	17.6	10.3
Océanie			
Fidji	20.0		
Asie du Sud et du Sud-Est			
Bangladesh	49.2	52.9	48.8
Indonésie	47.6	45.6	48.6
Pakistan	7.6	9.8	4.9
Europe orientale et Asie centrale			
Arménie	30.4	40.0	12.5
Bélarus	61.6	57.2	66.0
Géorgie	53.6		
Kirghizistan	68.3		
Moldova, République de	63.0	60.5	64.9
Fédération de Russie	38.8		
Ukraine	71.6	71.1	71.9
Europe occidentale			
Macédoine, Ex-République yougoslave de	29.2		
Amérique latine			
Panama	84.2	83.8	84.4
Pérou	46.3	47.2	45.5
Pays à revenu élevé			
Etats-Unis			50.5
(N = 19)		*(N = 19)*	

*Rapport daté de 2005, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 2003 et 2005

CLPE-8 : Consommateurs de drogues injectables—Pratiques d'injection et sexuelles sans danger

Pays	2005				
	Rapports nationaux UNGASS 2005*				
	Pourcentage de CDI qui ont adopté des comportements susceptibles de réduire la transmission du VIH, c.-à-d. qui à la fois ont évité d'utiliser un matériel d'injection non stérile et utilisé des préservatifs au cours du mois écoulé (pour les pays où la consommation de drogues injectables est un mode établi de transmission du VIH).				
	Tous les âges	Age < 25		Age 25 +	
	Tous	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Asie de l'Est et Pacifique					
Chine	-	-	-	-	-
Asie du Sud et du Sud-Est					
Bangladesh	-	8.3	31.3	16.2	68.3
Indonésie	-	18.9	27.3	19.2	8.7
Népal	-	-	-	-	-
Pakistan	-	-	-	-	-
Thaïlande	-	18.8	28.6	27.4	15.6
Viet Nam	-	81.8		89.1	
Europe orientale et Asie centrale					
Arménie	-	46.4	66.7	30.6	33.3
Bélarus	-	50.7	66.7	45.8	43.5
Géorgie	-	-	-	-	-
Kirghizistan	-	-	-	-	-
Lettonie	-	-	-	-	-
Moldova, République de	-	61.9	57.1	37.3	36.2
Roumanie	-	-	-	1.5	0.9
Ukraine	-	18.3	21.3	20.6	17.4
Europe occidentale					
Macédoine, Ex-République yougoslave de	-	28.7	18.5	30.7	35
Serbie-et-Monténégro	20.1** 2.0†	-	-	-	-
Afrique du Nord et Moyen-Orient					
Algérie	-				
(N = 18)			*(N = 18)*		

*Rapport daté de 2005, mais la collecte des données peut avoir été faite entre 2003 et 2005
**Valeur pour la Serbie
†Valeur pour le Monténégro
(-) = En analyse au moment de l'impression
CDI = Consommateurs de drogues injectables

NOTES CONCERNANT DES INDICATEURS PARTICULIERS

On trouvera d'autres détails concernant les indicateurs suivants dans le document de l'ONUSIDA intitulé 'Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base' (2005).

Indicateurs pour des épidémies généralisées (GE)

Depuis la publication du rapport intitulé *Suivi de l'UNGASS 2001 : Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA* (2003), de nouveaux indicateurs de base ont été élaborés afin de mieux comprendre la nature et l'ampleur de la riposte au VIH et au SIDA dans les pays. De plus, il existe maintenant des recommandations concernant l'utilisation d'ensembles distincts d'indicateurs pour les pays qui connaissent des épidémies généralisées et ceux dont les épidémies sont concentrées ou à faible prévalence.

Pour les pays connaissant des épidémies généralisées, on dispose de cinq nouveaux indicateurs de base (voir Encadré ci-dessous). (Veuillez noter que l'un des indicateurs nationaux originaux—à savoir le pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont adopté des comportements susceptibles de réduire la transmission du VIH—a été transféré dans la série des indicateurs destinés aux pays dont les épidémies sont concentrées ou à faible prévalence.)

ENCANDRÉ 1: CINQ NOUVEAUX INDICATEURS DE BASE POUR LES ÉPIDÉMIES GÉNÉRALISÉES

- Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables dont le foyer bénéficie d'un appui extérieur gratuit pour la prise en charge de l'enfant.
- Pourcentage d'unités de sang transfusées contrôlées pour le VIH.
- Pourcentage de jeunes femmes et hommes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.
- Pourcentage de jeunes femmes et hommes entre 15 et 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal, non cohabitant au cours des 12 derniers mois.
- Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH encore en vie et sous traitement 12 mois après le début d'une thérapie antirétrovirale.

1. GE-1: FONDS NATIONAUX PROVENANT DE SOURCES INTÉRIEURES DÉPENSÉS PAR LES GOUVERNEMENTS POUR COMBATTRE LE SIDA

Cet indicateur constitue une approche globale du suivi des dépenses relatives au VIH et au SIDA dans tous les secteurs. On le mesure en effectuant une Evaluation des dépenses nationales sur le SIDA, ou dans d'autres cas par des examens sur dossiers ou autres mesures supplétives. Il s'applique à tous les pays, y compris ceux qui connaissent des épidémies concentrées ou à faible prévalence.

Définition(s) et composantes de l'indicateur

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS :** Total des fonds nationaux décaissés par les gouvernements dans les pays à faible ou moyen revenu.

L'indicateur a pour but de mesurer les dépenses des gouvernements et autres institutions publiques provenant de leurs propres sources aux niveaux central ou décentralisé, en excluant les fonds internationaux (même si ces derniers sont décaissés par l'intermédiaire des autorités nationales).

Le graphique résumant les indicateurs a été assemblé pour montrer l'évolution entre 2001, date à laquelle la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA a été adoptée, et fin 2005. Pour préparer ce graphique, on s'est appuyé sur les rapports des pays sur le suivi de la Déclaration ainsi que sur d'autres sources fournies par les membres du Consortium ONUSIDA pour le suivi des ressources mondiales.

La plupart des pays font rapport sur la dernière année disponible et plusieurs méthodologies ont été appliquées par divers pays pour élaborer cet indicateur. Il s'agit notamment de l'application du cadre d'Evaluation des dépenses nationales sur le SIDA recommandé par l'ONUSIDA, qui mesure les dépenses réelles par fonction pertinente aux politiques dans le domaine de la fourniture des services liés au SIDA. Parmi les autres sources d'information utilisées par les pays ayant fait rapport, on peut noter l'analyse des budgets SIDA, des examens sur dossiers de l'exécution des budgets, des rapports au projet UNFPA/

ONUSIDA/NIDI sur les flux de ressources, des examens des activités des programmes nationaux et une sous-analyse du domaine SIDA dans les comptes nationaux relatifs à la santé.

Les meilleures estimations, qui reflètent les dépenses réelles pour la période 2001-2005, ont été choisies lorsqu'elles étaient disponibles. On s'est efforcé de séparer et de déduire les fonds internationaux remis aux autorités gouvernementales afin d'isoler les dépenses propres des pays.

Dans les cas où les pays bénéficiaient d'un prêt ou d'un crédit en cours consenti par une banque de développement, on a tenté de séparer l'élément remboursable de ces prêts. Cet élément a été classé dans les dépenses intérieures ainsi que la composante nationale et les frais engagés pour l'exécution du projet au cours de l'année civile, lorsque cette donnée était disponible.

Les pays ayant fait rapport sur cet indicateur, mais dont les chiffres sont encore en examen, ne figurent pas ici. Pour d'autres, on dispose d'estimations et de totaux préliminaires qui pourraient changer lorsque des informations supplémentaires seront disponibles.

2. GE-3: APPRENTISSAGE DES COMPÉTENCES ESSENTIELLES CONCERNANT LE VIH DANS LES ÉCOLES

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre de l'apprentissage des compétences essentielles concernant le VIH dans toutes les écoles et il s'applique à tous les pays. On le mesure tous les deux ans au moyen d'enquêtes en milieu scolaire ou par l'examen des programmes d'enseignement.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS :** Pourcentage d'écoles disposant d'enseignants formés à l'apprentissage des compétences essentielles concernant le VIH et qui les ont enseignées au cours de l'année scolaire écoulée.

  Numérateur: Nombre d'écoles disposant de personnels formés à l'apprentissage des compétences essentielles concernant le VIH et qui les enseignent régulièrement.

  Dénominateur: Nombre d'écoles interrogées.

3. GE-4: LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre de politiques et programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail. Il s'applique à tous les pays et on le mesure tous les deux ans par des enquêtes auprès d'un échantillon représentatif des principaux employeurs des secteurs public et privé. Les employeurs du secteur public comprennent au minimum les ministères des transports, de l'emploi, du tourisme, de l'éducation et de la santé. Les employeurs du secteur privé seront choisis en fonction de la taille de leur effectif.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage des grandes entreprises ou compagnies qui ont mis en place des politiques et programmes sur le VIH et le SIDA sur le lieu de travail.

  Numérateur: Nombre d'employeurs disposant de politiques et programmes complets sur le VIH et le SIDA (tels que les définissent les Directives de l'ONUSIDA sur l'élaboration des indicateurs de base—2005).

  Dénominateur: Nombre d'employeurs interrogés.

4. GE-5: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES—PRISE EN CHARGE GLOBALE DES CAS

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre de programmes universellement efficaces de diagnostic, de traitement et de conseil concernant les infections sexuellement transmissibles. Il s'applique à tous les pays et on le mesure tous les deux ans par des enquêtes dans les établissements de santé.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'infections sexuellement transmissibles fréquentant des établissements de santé qui sont correctement diagnostiqués, traités et conseillés.

  Numérateur: Nombre de personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible pour qui des méthodes correctes ont été suivies pour ce qui est : (a) des antécédents ; (b) de l'examen ; (c) du diagnostic et du traitement ; et (d) du conseil concernant la notification aux partenaires, l'utilisation du préservatif et le dépistage du VIH.

Dénominateur: Nombre de personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible pour lesquelles on a pu observer les interactions entre soignant et client.

5. GE-6: PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT—PROPHYLAXIE ANTIRÉTROVIRALE

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès dans la prévention de la transmission verticale du VIH. L'indicateur s'applique à tous les pays et on le mesure tous les deux ans grâce au suivi des programmes et au calcul d'estimations.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui bénéficient d'une prophylaxie antirétrovirale complète destinée à réduire le risque de transmission mère-enfant.

  Numérateur: Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale destinée à réduire le risque de transmission mère-enfant conforme au protocole de traitement approuvé à l'échelle nationale (ou aux normes OMS/ONUSIDA) au cours des 12 derniers mois..

  Dénominateur: Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH.

Autres sources de données disponibles :

Enquête de couverture: pour d'autres détails concernant cette enquête, veuillez vous référer au document USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, and POLICY Project—Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low- and middle-income countries in 2003 (juin 2004).

6. GE-7: TRAITEMENT DU VIH—ASSOCIATION D'ANTIRÉTROVIRAUX

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès dans la fourniture d'une thérapie par association d'antirétroviraux à toutes les personnes atteintes d'une infection à VIH avancée. Il s'applique à tous les pays et on le mesure tous les deux ans grâce au suivi des programmes.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie par association d'antirétroviraux.

  Numérateur: Nombre de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie par association d'antirétroviraux conforme au protocole de traitement approuvé à l'échelle nationale (ou aux normes OMS/ONUSIDA) ; il est calculé comme suit : nombre de personnes sous traitement au début de l'année, plus nombre de personnes qui ont été placées sous traitement au cours des 12 derniers mois, moins nombre de personnes dont le traitement a été interrompu au cours des 12 derniers mois (y compris les personnes qui sont décédées).

  Dénominateur: Nombre de personnes dont on sait qu'elles sont atteintes d'une infection à VIH avancée (c.-à-d. celles qui ont besoin d'un traitement par association d'antirétroviraux).

Autres sources de données disponibles :

Enquête de couverture—couverture par la thérapie antirétrovirale. Pour d'autres détails, veuillez vous référer au document USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, and POLICY Project—Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low- and middle-income countries in 2003 (juin 2004).

Initiative '3 millions d'ici 2005'—Couverture par la thérapie antirétrovirale (décembre 2005). Pour d'autres détails, se référer au document OMS et ONUSIDA—Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on "3 by 5" and beyond (mars 2006).

7. GE-8: APPUI AUX ENFANTS AFFECTÉS PAR LE VIH ET LE SIDA

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès dans la fourniture d'un appui aux foyers qui s'occupent d'enfants orphelins ou vulnérables ; l'indicateur est mesuré dans les pays à forte prévalence du VIH. On le mesure tous les 4-5 ans au moyen d'enquêtes dans la population telles que les Enquêtes démographiques et de santé et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage d'enfants orphelins et vulnérables dont le foyer bénéficie d'un appui extérieur pour la prise en charge de l'enfant.

Numérateur: Nombre d'enfants orphelins et vulnérables vivant dans des ménages qui ont répondu « oui » à une question au moins sur quatre concernant le type et la fréquence de l'appui reçu. (Le ménage a reçu un soutien médical au cours des 12 derniers mois ; une aide associée à l'école au cours des 12 derniers mois ; un soutien émotionnel/psychologique au cours des 3 derniers mois ; ou un appui social au cours des 3 derniers mois.)

Dénominateur: Nombre total d'enfants orphelins et vulnérables.

8. GE-9: SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès en matière de contrôle du VIH dans les unités de sang transfusées. L'indicateur s'applique à tous les pays et on le mesure tous les deux ans au moyen du protocole relatif à la sécurité transfusionnelle MEASURE Evaluation.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage d'unités de sang transfusées contrôlées pour le VIH.

  Numérateur: Nombre d'unités de sang contrôlées pour le VIH au cours des 12 derniers mois, conformément aux normes OMS ou aux normes nationales.

  Dénominateur: Nombre d'unités de sang transfusées au cours des 12 derniers mois.

Autres sources de données disponibles :

Enquête de couverture—pourcentage des transfusions sanguines qui sont contrôlées pour le VIH. Pour d'autres détails, veuillez vous référer au document USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, and POLICY Project—Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low- and middle-income countries in 2003 (juin 2004).

9. GE-10: JEUNES—CONNAISSANCES RELATIVES À LA PRÉVENTION DU VIH

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès dans la connaissance universelle des informations essentielles concernant la transmission du VIH. L'indicateur s'applique à tous les pays et devrait être mesuré au minimum tous les 4-5 ans ; cependant une mesure tous les deux ans est préférable. On le mesure au moyen d'enquêtes dans la population telles que les Enquêtes démographiques et de santé, les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, et les Enquêtes de surveillance comportementale (section jeunesse).

Cibles: *2005*—90%; *2010*—95%

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de jeunes entre 15 et 24 ans capables à la fois d'identifier correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et de rejeter les principales idées fausses.

  Numérateur: Nombre de répondants entre 15 et 24 ans qui ont donné des réponses correctes aux cinq questions concernant la transmission du VIH.
  1. Peut-on réduire le risque de transmission du VIH en ayant des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?
  2. Peut-on réduire le risque de transmission du VIH en utilisant des préservatifs ?
  3. Une personne qui a l'air en bonne santé peut-elle être infectée par le VIH ?
  4. Une personne peut-elle contracter le VIH par les piqûres des moustiques ?
  5. Une personne peut-elle contracter le VIH en partageant le repas d'une personne infectée ?

  Dénominateur: Nombre de répondants entre 15 et 24 ans qui ont répondu aux cinq questions (y compris en disant « je ne sais pas »).

Autres sources de données disponibles :

Enquêtes démographiques et de santé: pourcentage des personnes interrogées qui identifient correctement les deux principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH (utiliser le préservatif et n'avoir de rapports sexuels qu'avec un seul partenaire fidèle et non infecté), qui rejettent les deux idées fausses les plus répandues concernant la transmission du VIH et qui savent qu'une personne peut être infectée même si elle a l'air en bonne santé.

10. GE-11: RAPPORTS SEXUELS AVANT L'ÂGE DE 15 ANS

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis pour retarder l'âge auquel les jeunes hommes et femmes entre 15 et 24 ans ont leur premier rapport sexuel. Il s'applique à tous les pays et devrait être

mesuré tous les 4-5 ans par des enquêtes dans la population telles que les Enquêtes démographiques et de santé, les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, et les Enquêtes de surveillance comportementale (section jeunesse).

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de jeunes femmes et hommes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

  Numérateur: Nombre de répondants, âgés de 15–24 ans, qui déclarent qu'ils avaient moins de 15 ans lors de leur initiation sexuelle.

  Dénominateur: Nombre de répondants entre 15 et 24 ans.

Autres sources de données disponibles :

Enquêtes démographiques et de santé: pourcentage de jeunes femmes et hommes entre 15 et 19 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans exactement.

11. GE-12: RAPPORTS SEXUELS À PLUS HAUT RISQUE PARMI LES JEUNES FEMMES ET HOMMES

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis pour réduire le pourcentage de jeunes entre 15 et 24 ans qui ont des rapports sexuels à plus haut risque. Il s'applique à tous les pays et devrait être mesuré tous les 4-5 ans par des enquêtes dans la population telles que les Enquêtes démographiques et de santé, les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, et les Enquêtes de surveillance comportementale (section jeunesse).

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de jeunes femmes et hommes entre 15 et 24 ans qui avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal non cohabitant au cours des 12 derniers mois.

  Numérateur: Nombre de répondants, âgés de 15–24 ans, qui avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal non cohabitant au cours des 12 derniers mois.

  Dénominateur: Nombre de répondants entre 15 et 24 ans, qui déclarent avoir eu une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois.

Autres sources de données disponibles :

Enquêtes démographiques et de santé: pourcentage de répondants, qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal non cohabitant au cours des 12 derniers mois par rapport au total des personnes qui déclarent avoir eu une activité sexuelle avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois.

12. GE-13: JEUNES—UTILISATION DU PRÉSERVATIF AVEC DES PARTENAIRES NON RÉGULIERS

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis pour prévenir une exposition au VIH par des rapports sexuels non protégés avec des partenaires non réguliers chez les très jeunes gens. L'indicateur s'applique à tous les pays et devrait être mesuré au minimum tous les 4-5 ans ; toutefois une mesure tous les deux ans est préférable. On mesure l'indicateur au moyen d'enquêtes dans la population telles que les Enquêtes démographiques et de santé, les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, et les Enquêtes de surveillance comportementale (section jeunesse).

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de jeunes entre 15 et 24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif au cours de rapports sexuels avec un partenaire non régulier.

  Numérateur: Nombre de répondants entre 15 et 24 ans qui déclarent avoir eu un partenaire sexuel non régulier (c.-à-d. extraconjugal et non cohabitant) au cours des 12 derniers mois et qui déclarent aussi avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec ce partenaire.

  Dénominateur: Nombre de répondants entre 15 et 24 ans qui déclarent avoir eu un partenaire sexuel non régulier au cours des 12 derniers mois.

Autres sources de données disponibles :

Enquêtes démographiques et de santé: pourcentage de répondants, qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal non cohabitant par rapport au total de ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois.

13. GE-14: ORPHELINS—FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis pour atténuer le désavantage relatif des orphelins par rapport aux non-orphelins en matière de fréquentation scolaire. Cet indicateur s'applique à tous les pays et on le mesure au moyen d'enquêtes dans la population telles que les Enquêtes démographiques et de santé, les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives. Il devrait être mesuré au minimum tous les 4-5 ans, mais une mesure tous les deux ans est préférable.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Ratio de la fréquentation scolaire actuelle parmi les orphelins à celle des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans.

  Fréquentation scolaire des orphelins

  Numérateur: Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents et fréquentent toujours l'école.

  Dénominateur: Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents.

  Fréquentation scolaire des non-orphelins

  Numérateur: Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec un parent au moins et fréquentent toujours l'école.

  Dénominateur: Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec un parent au moins.

Autres sources de données disponibles :

Enquête démographique et de santé: ratio de la proportion d'orphelins (mère et père décédés) âgés de 10 à 14 ans fréquentant l'école et de la proportion des non-orphelins (vivant avec un parent au moins) âgés de 10 ā 14 ans, qui fréquentent l'école.

14. GE-16: TRAITEMENT DU VIH—SURVIE APRÈS 12 MOIS DE THEÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis pour accroître la survie des adultes et des enfants infectés en les plaçant sous thérapie antirétrovirale. Il s'applique à tous les pays et se mesure tous les deux ans par un suivi des programmes.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH toujours en vie et dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.

  Numérateur: Nombre d'adultes et d'enfants sous traitement antirétroviral continu 12 mois après le début de la thérapie.

  Dénominateur:
  (a) Survie minimum : nombre total d'adultes et d'enfants qui ont entamé une thérapie antirétrovirale dans le groupe de lancement de la thérapie 12 mois plus tôt, y compris ceux qui ont interrompu leur thérapie, ceux qui ont été transférés ailleurs et les personnes perdues au cours du suivi.
  (b) Survie maximum : nombre total d'adultes et d'enfants qui ont entamé une thérapie antirétrovirale dans le groupe de lancement de la thérapie 12 mois plus tôt, à l'exclusion de ceux qui ont interrompu leur thérapie, de ceux qui ont été transférés ailleurs et des personnes perdues au cours du suivi.

Indicateurs pour des épidémies concentrées ou à faible prévalence (CLPE)

Depuis la publication du rapport intitulé *Suivi de l'UNGASS 2001 : Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA* (2003), de nouveaux indicateurs de base ont été élaborés afin de mieux comprendre la nature et l'ampleur de la riposte au VIH et au SIDA à l'échelon national. De plus, il existe maintenant des recommandations concernant l'utilisation d'ensembles distincts d'indicateurs pour les pays qui connaissent des épidémies généralisées et ceux dont les épidémies sont concentrées ou à faible prévalence.

Pour les pays connaissant des épidémies concentrées ou à faible prévalence, l'ensemble de neuf indicateurs prioritaires comprend quatre indicateurs relatifs à la catégorie de l'engagement et de l'action à

l'échelle nationale, quatre concernant la catégorie des connaissances et du comportement et un dans la catégorie de l'impact (voir Encadré 2).

ENCADRÉ 2 : NEUF INDICATEURS DE BASE POUR LES ÉPIDÉMIES CONCENTRÉES OU À FAIBLE PRÉVALENCE

- Montant des fonds nationaux décaissés par les gouvernements dans les pays à faible ou moyen revenu.
- Indice composite des politiques nationales.
- Pourcentage de [population(s) la(les) plus exposée(s) au risque] qui a été testé pour le VIH au cours des 12 derniers mois et en connaît le résultat.
- Pourcentage de population(s) la(les) plus exposée(s) au risque] touché par des programmes de prévention du VIH/SIDA.
- Pourcentage de [population(s) la(les) plus exposée(s) au risque] qui à la fois identifie correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées fausses concernant la transmission du VIH.
- Pourcentage de professionnels du sexe (femmes et hommes) qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent.
- Pourcentage d'hommes qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin.
- Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont adopté des comportements susceptibles de réduire la transmission du VIH, c.-à-d. qui ont évité d'échanger leur matériel d'injection et utilisé des préservatifs au cours du mois écoulé *(ne s'applique qu'aux pays où la consommation de drogues injectables constitue un mode établi de transmission du VIH).*
- Pourcentage de [population la plus exposée au risque] qui est infecté par le VIH *(indicateur d'impact).*

Les pays connaissant des épidémies généralisées ont parfois aussi une sous-épidémie concentrée dans une ou plusieurs des populations les plus exposées au risque. Dans ce cas, il leur serait utile de calculer et de rapporter les indicateurs concernant ces populations.

1. CLPE-3: POPULATIONS LES PLUS EXPOSÉES AU RISQUE—TEST VIH

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis en matière de conseil et de test VIH parmi les populations les plus exposées au risque. L'indicateur s'applique aux pays connaissant des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays qui ont des sous-épidémies concentrées au sein d'une épidémie généralisée. On le mesure tous les deux ans par le suivi des programmes ou des enquêtes spéciales telles que l'Enquête de surveillance comportementale de Family Health International.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de [population(s) la(les) plus exposée(s) au risque] qui a fait un test VIH au cours des 12 mois écoulés et en connaît le résultat.

  L'expression « population(s) la(les) plus exposée(s) au risque » figurant dans la définition sera remplacée par le segment de la population sur lequel porte la mesure (p. ex. professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes). Dans les pays où se trouvent plusieurs populations très exposées au risque, l'indicateur sera calculé et annoncé pour chaque population.

  Numérateur*:* Nombre de répondants parmi les [population(s) la(les) plus exposée(s) au risque] qui a effectué un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaît le résultat.

  Dénominateur: Nombre de [population(s) la(les) plus exposée(s) au risque] compris dans l'échantillon ou méthodes d'estimation de la prévalence pour la population la plus exposée au risque pour le dénominateur.

2. CLPE-4: POPULATIONS LES PLUS EXPOSÉES AU RISQUE—PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis dans l'exécution des programmes de prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque. L'indicateur s'applique aux pays

connaissant des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays qui ont des sous-épidémies concentrées au sein d'une épidémie généralisée. On le mesure tous les deux ans par le suivi de programmes ou des enquêtes spéciales telles que l'Enquête de surveillance comportementale de Family Health International.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de [population(s) la(les) plus exposée(s) au risque] touché par les programmes de prévention du VIH.

  L'expression « population(s) la(les) plus exposée(s) au risque » figurant dans la définition sera remplacée par le segment de la population sur lequel porte la mesure (p. ex. professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes). Dans les pays où se trouvent plusieurs populations très exposées au risque, l'indicateur sera calculé et annoncé pour chaque population.

  Numérateur: Nombre de répondants parmi les [population(s) la(les) plus exposée(s)au risque] qui a été touché par un programme de prévention du VIH au moins au cours des 12 derniers mois. Selon les contextes locaux, les programmes de prévention pourront comprendre : des projets extra-institutionnels et d'éducation pour les pairs, une exposition à des campagnes ciblées dans les médias, le dépistage et/ou le traitement des infections sexuellement transmissibles, le conseil et le test VIH, et la thérapie de substitution et les pratiques d'injection à moindre risque pour les consommateurs de drogues.

  Dénominateur: Nombre de [population(s) la(les) plus exposée(s)au risque] compris dans l'échantillon ou méthodes d'estimation de la prévalence pour la population la plus exposée au risque pour le dénominateur.

Autres sources de données disponibles :

Enquête de couverture—pourcentage de [population(s) la(les) plus exposée(s)au risque] touché par une intervention par année. Pour d'autres détails concernant cette enquête, veuillez vous référer au document USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, and POLICY Project—Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low- and middle-income countries in 2003 (juin 2004).

3. CLPE-5: POPULATIONS LES PLUS EXPOSÉES AU RISQUE—CONNAISSANCES RELATIVES À LA PRÉVENTION DU VIH

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis dans le développement des connaissances essentielles concernant la transmission du VIH parmi les populations les plus exposées au risque. L'indicateur s'applique aux pays connaissant des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays qui ont des sous-épidémies concentrées au sein d'une épidémie généralisée. On le mesure tous les deux ans par des enquêtes spéciales telles que l'enquête de surveillance comportementale de Family Health International.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de [population(s) la(les) plus exposée(s)au risque] qui à la fois identifie correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées fausses concernant la transmission du VIH.

  Numérateur: Nombre de répondants parmi les [population(s) la(les) plus exposée(s)] qui a donné des réponses justes aux cinq questions concernant la transmission du VIH.
  1. Peut-on réduire le risque de transmission du VIH en ayant des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?
  2. Peut-on réduire le risque de transmission du VIH en utilisant des préservatifs ?
  3. Une personne qui a l'air en bonne santé peut-elle être infectée par le VIH ?
  4. Une personne peut-elle contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?
  5. Une personne peut-elle contracter le VIH en partageant le repas d'une personne infectée ?

  Dénominateur: Nombre de répondants parmi les [population(s) la(les) plus exposée(s)au risque] qui ont fourni des réponses, y compris « ne sait pas » aux cinq questions.

4. CLPE-6: PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE—UTILISATION DU PRÉSERVATIF

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis pour prévenir l'exposition au VIH par les rapports sexuels non protégés avec des clients parmi les professionnel(le)s du sexe. L'indicateur s'applique aux pays connaissant des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays qui ont des sous-épidémies concentrées au sein d'une épidémie généralisée. On le mesure tous les deux ans par des

enquêtes spéciales telles que l'enquête de surveillance comportementale de Family Health International à l'intention des professionnel(le)s du sexe.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de professionnels du sexe (femmes et hommes) qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent.

  Numérateur: Nombre de répondants qui déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client au cours des 12 derniers mois.

  Dénominateur: Nombre de répondants qui déclarent avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois.

Autres sources de données disponibles :

Enquête de couverture—pour d'autres détails concernant cette enquête, veuillez vous référer au document USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, and POLICY Project—Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low- and middle-income countries in 2003 (juin 2004).

5. CLPE-7: HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES—UTILISATION DU PRÉSERVATIF

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis pour prévenir l'exposition au VIH des hommes qui ont des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire masculin. L'indicateur s'applique aux pays connaissant des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays qui ont des sous-épidémies concentrées au sein d'une épidémie généralisée. On le mesure tous les deux ans par des enquêtes spéciales telles que l'enquête de surveillance comportementale de Family Health International à l'intention des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage d'hommes qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin.

  Numérateur: Nombre de répondants qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal.

  Dénominateur: Nombre de répondants qui déclarent avoir eu un rapport sexuel anal avec un partenaire masculin au cours des 6 derniers mois.

6. CLPE-8: CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES—PRATIQUES D'INJECTION ET PRATIQUES SEXUELLES SÛRES

Le but de cet indicateur est d'évaluer les progrès accomplis pour prévenir la transmission du VIH associée à la consommation de drogues injectables. L'indicateur s'applique aux pays oú la consommation de drogues injectables constitue un mode établi de transmission du VIH et on le mesure tous les deux ans par des enquêtes spéciales telles que l'enquête de surveillance comportementale de Family Health International à l'intention des consommateurs de drogues injectables.

Définition(s) et composantes de l'indicateur :

- **Rapport national de suivi de l'UNGASS:** Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont adopté des comportements susceptibles de réduire la transmission du VIH, c.-à-d. qui ont à la fois évité d'utiliser un matériel d'injection non stérile et utilisé des préservatifs au cours des 12 derniers mois.

  Numérateur: Nombre de répondants qui déclarent n'avoir jamais utilisé de matériel d'injection non stérile au cours du mois écoulé et qui déclarent également avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

  Dénominateur: Nombre de répondants qui déclarent s'injecter des drogues et avoir eu des rapports sexuels au cours du mois écoulé.

Descriptions—ressources supplémentaires

ENQUÊTE DE COUVERTURE

Cette étude a tenté de mesurer la couverture nationale de plusieurs services essentiels en recueillant les statistiques relatives à ces services et des évaluations d'experts. Dans chaque pays, l'information a été recueillie par l'intermédiaire de consultants nationaux. Ces derniers ont identifié des répondants bien informés pour chacun des services. Les répondants ont été priés de fournir des statistiques concernant le nombre de personnes ayant bénéficié du service au cours de l'année écoulée, si cette information était disponible. Ils ont également été chargés d'estimer le pourcentage de la population ayant besoin du service qui y avait accès. Les consultants ont utilisé un questionnaire standard.

L'étude porte principalement sur les services facilement mesurables. L'Encadré 3 décrit les services inclus dans cette étude.

ENCADRÉ 3 : SERVICES ESSENTIELS LIÉS AU VIH ET AU SIDA FIGURANT DANS CETTE ÉTUDE

- **Conseil et test volontaires.** Services offrant le conseil pré-test, le test VIH et le conseil post-test à toute personne souhaitant connaître sa sérologie VIH. Ne comprend pas les tests effectués pour des raisons médicales sur des patients hospitalisés.
- **Prévention de la transmission mère-enfant.** Services offrant le conseil et le test volontaires aux femmes enceintes ainsi que des services de prévention à celles qui sont séropositives au VIH. Les services de prévention doivent comprendre le traitement à la zidovudine, à la névirapine ou autres antirétroviraux et peuvent aussi inclure le conseil en matière d'allaitement au sein et les suppléments alimentaires.
- **Préservatifs**. Nombre de préservatifs distribués chaque année.
- **Réduction des risques**. Services visant à réduire les risques associés à la consommation de drogues injectables, y compris l'éducation à la réduction des risques et le soutien, l'échange des aiguilles et seringues et les médicaments de substitution.
- **Education.** Education au SIDA à l'intention des élèves des écoles primaires et secondaires.
- **Soins à domicile**. Services qui s'occupent des personnes infectées par le VIH à leur domicile et offrent des soins palliatifs, un appui psychosocial et des services de planification.
- **Traitement des infections opportunistes.** Niveau de prise en charge offert aux patients séropositifs au VIH qui ont besoin d'un traitement pour des maladies spécifiques.
- **Prophylaxie des infections opportunistes.** Fourniture de cotrimoxazole ou d'isoniazide aux personnes identifiées comme séropositives au VIH.
- **Thérapie antirétrovirale.** Traitement des adultes ou enfants séropositifs au VIH par une association de trois antirétroviraux au moins.
- **Orphelins et enfants vulnérables.** Services à l'appui des orphelins et enfants vulnérables, y compris l'aide alimentaire, le soutien à la scolarisation, les soins de santé, les services de protection, l'appui psychosocial et l'indépendance économique.

Le degré de couverture est calculé en divisant le nombre d'usagers du service par la population qui en aurait besoin.

Références et crédits de photographiques

RÉFÉRENCES

Chapitre 1 | INTRODUCTION

Nations Unies (2006). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: cinq ans plus tard, Rapport du Secrétaire général. Genève.

OMS (1994). *AIDS: images of the epidemic.* Organisation mondiale de la Santé, Genève. Voir aussi : http://aidshistory.nih.gov/transcripts/transcripts/Broder97.pdf

ONUSIDA (2005). *Intensification de la prévention du VIH : Document d'orientation politique.* ONUSIDA, Genève, 2005.

Chapitre 2 | L'ÉPIDÉMIE DE SIDA DANS LE MONDE

Abdulrahman A et al. (2004). Mode of transmission of HIV-1 in Saudi Arabia. *AIDS*, 18(10):1478–1480.

Agence de santé publique du Canada (2004). *L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant.* Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – mai 2004. Agence de santé publique du Canada. Disponible sur http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/9_f.html

Agence de santé publique du Canada (2005). *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 30 juin 2005*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de santé publique du Canada, Ottawa. Disponible sur http://www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/public_f.html

Agence nationale de coordination du SIDA, Botswana (2003). *Botswana 2003 second generation HIV/AIDS surveillance: technical report.* Décembre. Gaborone, Botswana.

Agence nationale de coordination du SIDA, Botswana (2005). *Botswana AIDS impact survey II: popular report.* Mars. Gaborone, Botswana.

Agence nationale de coordination du SIDA, Central Statistics Office (2005). *Botswana AIDS Impact Survey II 2004. Statistical Report.* Central Statistics Office, Gaborone, Botswana.

Altaf A et al. (2004). *Harm reduction among injection drug users in Karachi, Pakistan.* Document présenté à la XV Conférence internationale sur le SIDA. 11–16 juillet. Bangkok.

Balakireva O et al. (2003). The prospects for development of HIV prevention programmes among injecting drug users. Kiev, UNICEF, ONUSIDA, Social Monitoring Centre.

Baltazar G (2005). HIV sentinel surveillance 2004. Présentation de diapositives. Nairobi, Ministère de la Santé.

Bautista CT et al. (2004). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:498–504.

Beckerleg S, Telfer M, Hundt GL (2005). The rise of injecting drug use in east Africa: a case study from Kenya. *Harm Reduction Journal*, 2(12).

Beyrer C et al. (2006). The emerging epidemics of HIV-1 and HCV among injecting drug users in Tajikistan. Résumé affiche. 13e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 5–8 février. Denver.

Buckingham RW et al. (2005). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care*, 17(5):640–647.

Burrows D (2003). *Policy and environment assessment: illicit drug use, the burden of drug-related harm, and HIV vulnerability in Cambodia.* Phnom Penh, The Policy Project.

Buseh AG (2004). Patterns of sexual behaviour among secondary school students in Swaziland, southern Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 6(4):355–367.

Caribbean Technical Expert Group (2004). *Strengthening the Caribbean regional response to the HIV epidemic: report of the Caribbean technical expert group meeting on HIV prevention and gender.* Projet de document de travail. 28–29 octobre. Jamaïque.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI), ORC Macro (2002). *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Center for Health Research et Ministère de la Santé, Indonésie (2002). *A study of injecting drug use behaviour in three cities: Surabaya, Jakarta and Bandung*. University of Indonesia.

Central Bureau of Statistics, Ministère de la Santé, ORC Macro (2004). *Kenya Demographic and Health Survey. 2003*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Central Statistical Authority, ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005. Preliminary Report*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Central Statistical Office, Central Board of Health, ORC Macro (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001–2002*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS (2003). *Success stories in the fight against HIV/AIDS in the Caribbean—an update*. Décembre. Port of Spain, CAREC.

Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, OPS, OMS (2004). *Status and trends analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic 1982–2002*. Mai. Port of Spain, CAREC.

Centre de Prévention du SIDA (2006). Statistics fact sheets. Riga. Disponible sur http://aids.gov.lv/?sadala=146.

Centre de recherche pour le développement humain et MEASURE DHS+ (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: rapport préliminaire*. Dakar et Calverton, CRDH et MEASURE Demographic Health Survey Plus.

Centre lituanien du SIDA (2006). Fact sheets. Vilnius. Disponible sur http://old.aids.lt

Centre national de lutte contre le SIDA (2005). *HIV and AIDS in Poland: from the beginning of the epidemic in 1985 till the end of 2004*. Présentation de diapositives. Krakow.

Centre national pour le VIH/SIDA, la dermatologie et les IST, Cambodge (NCHADS) (2004). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2003: trends results, and estimates*. Phnom Penh.

Centre ukrainien du SIDA (2005a). HIV infection in Ukraine. *Information Bulletin*, 24. Kiev.

Centre ukrainien du SIDA (2005b). *Epidemiological surveillance of HIV-infection and sexually transmitted infections— as a component of the system of second generation epidemiological surveillance of HIV-infection in Ukraine*. Kiev.

Cheluget B, Marum L, Stover J (2006). *Evidence for population-level declines in adult HIV prevalence in Kenya*. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2).

Commission nationale de lutte contre le SIDA, Chili (2003). Epidemiological surveillance report, December 2003. Santiago, CONASIDA.

Commission nationale de lutte contre le SIDA, Tanzanie (2005). *Tanzania HIV/AIDS indicator survey 2003–2004*. Mars. Dar es Salaam et Calverton, Commission tanzanienne pour le SIDA, National Bureau of Statistics, ORC Macro.

Conseil national de lutte contre le SIDA, Département national de la Santé, Papouasie-Nouvelle-Guinée (2004). *The report of the 2004 national consensus workshop of Papua New Guinea*. Port Moresby, Département national de la Santé.

Day C et al. (2005). Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a general practice in Iran. *Harm Reduction Journal*, 3(2).

Département de la Santé publique, Bahamas (2004). HIV Surveillance 1992–2003. Nassau, Département de la Santé publique.

Département de la Santé, Afrique du Sud (2005). *National HIV and syphilis antenatal sero-prevalence survey in South Africa 2004*. Prétoria, Département de la Santé.

Département de la Santé, Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March-April 2004. Yangon, Département de la Santé.

Département de la Santé, Philippines (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: the 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Manille, Département de la Santé.

Département de la Santé, Philippines (2005). *Consensus report on HIV and AIDS epidemiology 2005: integrated HIV behavioral and serologic surveillance findings*. Manille, National Epidemiology Center.

Des Jarlais DC et al. (2002). HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in Central/Eastern Europe and Russia. *International Journal of Drug Policy*, 13:165–170.

Dougan S et al. (2005). HIV infections acquired through heterosexual intercourse in the United Kingdom: findings from national surveillance. *British Medical Journal*, 330:1304–1305. Juin.

Duke V et al. (2004). Seroprevalence of HIV, HSV-1 and HSV-2 among women in Tobago: a cord blood-based survey. *CAREC Surveillance Report*, 24(3). Novembre.

Elford J et al. (2005). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Résumé No MP–096. Document présenté à la 16e réunion biennale de la Société internationale pour la recherche sur les maladies sexuellement transmissibles. 10–13 juillet. Amsterdam.

Elshimi, Warner-Smith, Aon (2004). *HIV risk-behavior of problem drug users in greater Cairo*. Genève, ONUSIDA/ONUDC.

Eroshina K et al. (2005). Cohort study on the effectiveness of Russian needle exchange programs. Handbook of the 16th conference on the reduction of drug-related harm. 20–25 mars. Belfast.

EuroHIV (2005). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004.* No. 71. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

Fairley CK, Hocking JS, Medland N (2005). Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. *Medical Journal of Australia*, 183(4):179–183.

Fares G et al. (2004). *Rapport sur l'enquête nationale de séro-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Algérie en 2004*. Alger, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière.

Federal Service of the Russian Federation in Consumer Rights Protection and Human Welfare (2005). *Epidemiological Review of HIV/AIDS in the Russian Federation*. Moscou.

Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2).

García R et al. (2005). Reducción de la Transmisión Madre-Hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional: 2003–2005. *Biomédica*, 25(4).

Ghana Statistical Service (GSS). Noguchi Memorial Institute for Medical Research (NMIMR), ORC Macro (2004). *Ghana Demographic and Health Survey 2003*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Gibson DR, Flynn NM, Perales D (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV sero-conversion among injecting drug users. *AIDS*, 15:1329–1341.

Glynn M, Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. Résumé No 595. National HIV Prevention Conference. 12 juin. Atlanta.

Go VF et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(3):314–319.

Gomes do Espirito Santo ME et Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–344.

Grayman JH et al. (2005). Factors associated with HIV testing, condom use, and sexually transmitted infections among female sex workers in Nha Trang, Vietnam. *AIDS and Behavior*, 9(1):41–51.

Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in Eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–666.

Grund JP et al. (2005). *QUO VADIS? Role of injecting drug users in the development of the epidemic of HIV-infection in Ukraine* (Rus.). Kiev, Centre ukrainien du SIDA.

Hamers FF et Downs AM (2004). The changing face of the HIV epidemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364:83–94.

Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Soumis pour publication.)

Health Protection Agency United Kingdom (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK—2005*. Londres, The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Disponible sur http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm

Health Protection Agency United Kingdom, Health Protection Scotland, Institute of Child Health (London) (2006). *AIDS/HIV quarterly surveillance tables: cumulative UK data to end-Décembre 2005*. No 69:05/4. Janvier. Londres, Health Protection Agency United Kingdom. Disponible sur http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/hiv/epidemiology/hars_tables.htm

Health Protection Inspectorate Estonia (2006). HIV infections in Estonia. 1988–2005. Tallinn. Disponible sur http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=3466

HelpAge International (2005). *Coping with love: older people and HIV/AIDS in Thailand*. London, HelpAge International. Disponible sur http://www.helpage.org/Resources/Researchreports.

Hien NT et al. (2004). HIV/AIDS epidemics in Vietnam: evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):137–154.

Hladik W et al. (2006). HIV/AIDS in Ethiopia—where is the epidemic heading? *Sexually Transmitted Infections*, 82(2).

Holtgrave DR (2006). Causes of the decline in AIDS deaths, United States, 1995–2002: prevention, treatment or both? *International Journal of STD & AIDS*, 16(12):777–781.

Huang M, Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):1001–09.

Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1): S9–S25.

Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). *Rapport de la réunion d'évaluation à mi-parcours de l'enquête de séro-suveillance du VIH*.

Institut National de la Statistique (INS), ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé du Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), ORC Macro (2003). *Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Institut National de la Statistique, Ministère des Finances et de la Planification Economique, Commission Nationale de Lutte contre le Sida, Centre de Traitement et de Recherche sur le Sida, Laboratoire National de Référence, ORC Macro (2005). *Enquête démographique et de santé du Rwanda 2005. Rapport Préliminaire*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Kaiser R et al. (2006). HIV, syphilis, Herpes Simplex Virus 2, and behavioral surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbeck, southern Sudan. *AIDS*, (20):937–947.

Kang H et al. (2005). *HIV/AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Washington & Winnipeg, Banque mondiale et Université du Manitoba.

Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2).

Khalsa JH, Francis H, Mazin R (2003). Bloodborne and sexually transmitted infections in drug abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl. 5): S331–7.

Khoury J et Aaraj E (2005). *VIH/SIDA—usage de drogues injectables et actions de réduction de risques innovantes au Liban*. Document présenté à la 3e Conférence latine de réduction des risques liés aux usages de drogues. Barcelone.

Kumar et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) background papers—burden of disease in India. Septembre. New Delhi, Ministère de la Santé et du Bien-être de la Famille.

Ladnaya NN (2005). HIV/AIDS epidemiological situation in Russia. Présentation à la Réunion sur l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien du VIH en Fédération de Russie. 15–16 décembre.

Leone P et al. (2005). HIV transmission among black women—North Carolina, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(4):89–94. 4 Février. Disponible sur http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5404a2.htm

Leukefeld CG et al. (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S77–S87.

Liu H et al. (2006). Drug users: potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117.

Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S215–S226.

Magis-Rodriguez et al. (2002). People living with HIV estimate in Mexico. Résumé C10847. Présenté à la XIV Conférence internationale sur le SIDA. 7–12 juillet. Barcelone.

Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2).

Marcus U et al. (2005). Relation between the HIV and the re-emerging syphilis epidemic among MSM in Germany: an analysis based on anonymous surveillance data. *Sexually Transmitted Infections*, 81:456–457.

Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):43–52.

McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. XV Conférence internationale sur le SIDA. Résumé TuOrD1220. 11–16 juillet. Bangkok.

Mejía A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogota, Colombia, 2002. XV Conférence internationale sur le SIDA—Bangkok 2004. Résumé No WePeC6251.

Mills E et al. (2005). The HIV/AIDS epidemic in Cambodia. *Lancet*, 365:596–597.

Mimouni B, Remaoun N (2005). *Etude du lien potentiel entre l'usage problématique de drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005*. Document présenté à la 3e Conférence latine de réduction des risques liés aux usages de drogues. Barcelona.

Ministère de l'Economie et du Développement, Burkina Faso (2004). *Enquête démographique et de santé 2003: Rapport préliminaire*. Ouagadougou, Calverton, Ministère de l'Economie et du Développement, Measure DHS+.

Ministère de la Santé et de l'Assainissement, Sierra Leone (2005). *National population-based HIV seroprevalence survey of Sierra Leone*. Freetown, Ministère de la Santé et de l'Assainissement.

Ministère de la Santé et de l'Education médicale, Iran (2004). *AIDS/HIV surveillance report*. Avril. Téhéran, Ministère de la Santé et de l'Education médicale.

Ministère de la Santé et de la Population, Malawi (2003). *HIV sentinel surveillance report 2003*. Novembre. Lilongwe, Ministère de la Santé et de la Population.

Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, Centre de Recherche pour le Développement humain, ORC Macro (2005). *Enquête démographique et de santé Sénégal 2005. Rapport préliminaire*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Windhoek, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et du Bien-être familial, Bangladesh (2005). *National HIV serological surveillance, 2004–2005 Bangladesh: sixth round technical report*. Dhaka, Ministère de la Santé et du Bien-être familial.

Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, Bureau of Statistics, ORC Macro (2005). *Lesotho Demographic and Health Survey 2004*. Calverton, Maryland, Etats-Unis.

Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, Lesotho (2005a). Report of the sentinel HIV/syphilis survey 2005. Septembre. Maseru, STI/HIV and AIDS Directorate, Ministère de la Santé et de l'Aide sociale.

Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, Swaziland (2005). Ninth round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report. Mars. Mbabane, Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, Swaziland.

Ministère de la Santé et Laboratoire national de Référence VIH/SIDA (2005). *Enquête nationale ANC Madagascar*. Antananarivo, Direction générale de la lutte contre le SIDA.

Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale, Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala* (EMC). Ciudad de Guatemala, Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale.

Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre les Endémies du Niger (2002). *Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 á 49 ans au Niger 2002.* Niger, CERMES.

Ministère de la Santé publique, Burundi (2005). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/ SIDA/IST pour l'année 2004*. Août. Bujumbura, Ministère de la Santé publique.

Ministère de la Santé publique, Cameroun (2004). *EDSC–III 2004 Résultats Préliminaires. Octobre. Institut national de la statistique*. Yaoundé et Claverton, Ministère de la Santé publique et ORC Macro.

Ministère de la Santé, Angola (2004). *Relatório preliminar do estudo de seroprevalência de VIH, sifilis e hepatite B, mulheres grávidas em consulta prenatal*. Luanda, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Argentine (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Octobre. Buenos Aires, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS

Ministère de la Santé, Argentine (2005). *Boletín sobre el VIH/ SIDA en la Argentina*. Septembre. Buenos Aires, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS.

Ministère de la Santé, Bélarus (2005). *Modern methods of HIV sentinel surveillance in the Republic of Belarus: report on the results of studies*. Minsk, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Belize (2004). *Annual HIV/AIDS epidemiological profile: Belize*. Belize.

Ministère de la Santé, Brésil (2004). *Boletim Epidemiologico—Aids e DST. Ano I – No. 01–26 de 2004—semanas epidemiologicas. Janeiro a junho 2004*. Brasilia, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Chine (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministère chinois de la Santé, ONUSIDA, OMS.

Ministère de la Santé, Djibouti (2002). *Etude nationale de séroprévalence VIH*. Mars. Djibouti, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Equateur (2005). *Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Ecuador*. Juin. Quito, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Erythrée (2006). *Results from the 2005 round of HIV sentinel surveillance in pregnant women*. Asmara, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Iran (2004). *HIV/AIDS in Iran*. Présentation à la Consultation régionale sur le VIH/ SIDA et les personnels en uniforme au Moyen-Orient et en Afrique du Nord : mobiliser un potentiel pour le changement. 15–17 décembre. Marrakech.

Ministère de la Santé, Jamaïque (2004). *Jamaica HIV sentinel surveillance serosurvey report, 2004*. Division de la Protection et de la Promotion de la Santé, Jamaïque, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. Nairobi, National AIDS and STI Control Programme (NASCOP), Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Kenya et al. (2003). *Kenya demographic and health survey 2003: preliminary report.* Nairobi & Calverton, Ministry of Health, Central Bureau of Statistics, Kenya Medical Research Institute, Centers for Disease Control, et ORC Macro.

Ministère de la Santé, Malaisie, OMS (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia*. Kuala Lumpur, Ministère de la Santé et OMS.

Ministère de la Santé, Maroc (2005). *Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles*. Rabat, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Mozambique (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data: 2004 round*. Août. Maputo, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande (2006). *AIDS—New Zealand*. Issue 57. Février. Disponible sur http://www.moh.govt.nz/moh.nsf.

Ministère de la Santé, Ouganda (2003). Programme de lutte contre les MST/SIDA. *STD/HIV/AIDS Surveillance report*. Kampala, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Ouganda (2005). *Uganda HIV/AIDS sero-behavioural survey 2004–2005*. Preliminary report. Kampala & Calverton, Ministry of Health, Uganda Virus Research Institute, Centers for Disease Control and Prevention, Measure DHS ORC Macro.

Ministère de la Santé, Pakistan, DfID, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: survey of high-risk groups in Lahore and Karachi, 2005*. Karachi, Ministère de la Santé, Département pour le Développement international, Family Health International.

Ministère de la Santé, Pérou (2004). *Redes de intercambio sexual en la dinámica de transmisión poblacional del VIH según niveles de la epidemia*. Lima, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Pérou (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, République démocratique du Congo (2004). *Rapport du passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN, mai 2003 à mai 2004*. Juin. Kinshasha, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, République du Congo (2004). *Evaluation de la séroprévalence des infections par VIH: Rapport d'analyse provisoire*. Brazzaville, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Soudan (2005). *Annual report*. Khartoum, Unité nationale de surveillance du VIH/SIDA.

Ministère de la Santé, Soudan (2006). *2005 ANC sentinel sites results*. Khartoum, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Février. Lomé, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, Département général de médecine préventive et de lutte contre le VIH/SIDA.

Ministère de la Santé, Zambie (2005). *Zambia antenatal clinic sentinel surveillance report, 1994–2004*. Novembre. Lusaka, Ministère de la Santé.

Ministère de l'économie, des finances et du budget (2005). *Enquête démographique et de santé Madagascar 2003–2004*. Février. Antananarivo and Claverton, Institut national de la Statistique et ORC Macro.

Ministère du Plan, Guinée (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: Rapport préliminaire*. Guinée et Calverton, Ministère du Plan et MEASURE DHS ORC Macro.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003). *HIV infection and AIDS in the Americas*. La Havane, MAP.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—a comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Genève, MAP.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Juillet. Genève, MAP.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Juillet. Genève, MAP.

Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.

Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829–837.

Msobi N, Fimbo B, Msumi Z (2004). *AIDS among elderly people in the rural community, Lake Zone, Tanzania*. Présentation d'affiche à la XVI Conférence internationale sur le SIDA, Programme national de lutte contre le SIDA.

Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, resurgent infections and population change in Africa*. Springer.

NACO (2004a). *Annual Report 2002–2003, 2003–2004*. Delhi, Ministère de la Santé et du Bien-être de la Famille.

NACO (2004b). *State-wise HIV prevalence (1998–2003)*. Delhi, Ministère de la Santé et du Bien-être de la Famille.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2005. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Disponible sur http://www.med.unsw.edu.au/nchecr.

Ni M et al. (2006). HIV/AIDS prevalence and behaviour in drug users and pregnant women in Kashgar Prefecture: a case report. *Harm Reduction Journal*, 3(7).

Odek-Ogunde M, Lore W, Owiti FR (2003). Risky behaviours among injecting drug users in Kenya. Actes de la Conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, 6–10 avril. Chiang Mai.

OMS (2005a). *HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African region—2005 update*. Harare, Bureau régional OMS pour l'Afrique.

OMS (2005b). *The 2004 first national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. Juillet. OMS.

OMS (2005c). Development of harm reduction programmes within the project, 'Complex partnerships strategies of HIV/AIDS prevention among young people in the Russian Federation'. Project Best Practice Examples, Moscou.

OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on "3 by 5" and beyond*. Mars. Genève.

ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève.

Open Health Institute (2004). Rapid situation assessment carried out in 15 cities, juin-juillet. Moscou.

OPS (2005). Care fact sheets. Washington, Organisation panaméricaine de la Santé.

Pando de los A et al. (2003). HIV immunodeficiency virus type I seroprevalence in men who have sex with men from Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International Journal of Epidemiology*, 32: 735–740.

Phimphachanh C et Sayabounthavong K (2004). The HIV/AIDS/STI situation in Lao People's Democratic Republic. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A): 91–99.

Pisani E et Dili STI survey team (2004). HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action. Dili, Family Health International.

PNUD (2004). *Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges*. Bangkok.

Pokrovskiy V (2005). HIV/AIDS in Russia. Présentation à l'atelier sur le VIH/SIDA en Fédération de Russie et en Ukraine. Janvier. Genève.

Présidence du Faso (2005). Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS) : cadre pour la présentation des rapports pays—période concernée janvier–décembre 2004. Ouagadougou.

Prieto F (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. *Inf Quinc Epidem Nac* (Colombia) 2003, 8(22):355–366.

Programme national de lutte contre le SIDA, Projet Centre de référence pour la lutte contre les endémies en Guinée équatoriale (2004). *Informe de la Encuesta de Seroprevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial, 2004*. Guinée équatoriale.

Projet Action SIDA d'Amérique centrale (PASCA) (2003). *Central American multi-site HIV/STI prevalence and behaviour study*. Projet Action SIDA d'Amérique centrale (PASCA). Guatemala. Disponible sur http://www.pasca.org/english/estudio_eng.htm

Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):119–136.

Rahbar AR, Rooholamini S, Khoshnood K (2004). Prevalence of HIV infection and other blood-borne infections in incarcerated and non-incarcerated injecting drug users (IDUs) in Mashdad, Iran. *International Journal of Drug Policy*, 15(2):151–155.

Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). *National survey of HIV and sexual behaviour among young South Africans*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.

Rhodes T et al. (2004). HIV transmission and HIV prevention among injecting drug users in Russia. *International Journal of Drug Policy*, 15(2):1–16.

Rhodes T, Simic M (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331:220–223.

Riono P, Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):78–90.

Robert Koch Institut (2005). HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht I/2005. *Epidemiologisches Bulletin*, 30 septembre. Disponible sur http://www.rki.de/

Ruan Y et al. (2005). HIV incidence and factors contributed to retention in a 12-month follow-up study of injection drug users in Sichuan Province, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 39(4): 459–463.

Sammud A (2005). *HIV in Libya*. Août. Ministère de la Santé. Tripoli.

Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale, République dominicaine (2005a). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Janvier. Saint-Domingue, Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale, République dominicaine.

Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale, République dominicaine (2005b). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Mars. Saint-Domingue, Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale, République dominicaine, USAID–FHI/CONECTA.

Secrétariat de la Communauté du Pacifique, Section SIDA (2005). Cumulative reported HIV, AIDS and AIDS death cases, crude incidence rates, gender & cases with missing details: all Pacific Islands countries and territories, New Zealand & Australia to 31st December 2004. Tableau. Décembre. Disponible sur http://www.spc.org.nc/aids/

Segura M et al. (2005). *Cohort of men who have sex with men: recruitment, retention and seroincidence of HIV and other sexually-transmitted infections*. Présentation d'affiche à la Conférence de l'IAS sur la pathogenèse 2005. 24–27 juillet 2005. Rio de Janeiro.

Shakarishvili A et al. (2005). Sex work, drug use, HIV infection and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *Lancet*, 366:57–60.

Shisana O et al. (2005). *South African national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication survey*. Human Sciences Research Council. Pretoria. Disponible sur http://www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html

Smolenskaya TT et al. (2005) Sentinel surveillance among population groups with risk behavior in North-West Russia (communiqué de presse). Projet soutenu par le First Data Western Union Fund.

Solomon S et al. (2004). A review of the HIV epidemic in India. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):155–169.

St John MA et al. (2003). Efficacy of Nevirapine administration on mother-to-child transmission of HIV using a modified HIVNET 012 regimen. *West Indian Medical Journal*, 51 (Suppl. 3):1–87.

Sullivan EA et al. (2003). Prevalence of sexually transmitted diseases among antenatal women in Vanuatu, 1999–2000. *Sexually Transmitted Diseases*, 30:362–366.

Sullivan EA et al. (2004). Prevalence of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus among pregnant women attending prenatal services in Apia, Samoa. *International Journal of STD & AIDS*, 15:116–119.

Susman E (2003). US could learn from Cuban AIDS policy. *AIDS*, 17:N7–8.

Thwe M (2004). HIV/AIDS education and prevention in Myanmar. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):170–177.

Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Résumé MP–025. Document présenté à la 16e réunion biennale de la Société internationale pour la recherche sur les maladies sexuellement transmissibles. 10–13 juillet. Amsterdam.

Toole M et al. (2005). *Study of young men's sexual behaviour: Vientiane, Lao People's Democratic Republic, August-November*. Burnet Institute.

Toro-Alfonso J, Varas-Diaz (2005). *Proyecto de identificacion y descripcion de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la Republica Dominicana*. Janvier. Saint-Domingue, CESDEM, CONECTA.

Tran TN et al. (2005). HIV infections and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):581–586.

US Centers for Disease Control and Prevention (2004a). *HIV/AIDS surveillance report,* 15. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. Disponible sur http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm.

US Centers for Disease Control and Prevention (2004b). HIV/AIDS among African Americans. Fact Sheet. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. Disponible sur http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/afam.htm

US Centers for Disease Control and Prevention (2005a). *HIV/AIDS surveillance report, 2004,* 1(16)1:46. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.

US Centers for Disease Control and Prevention (2005b). HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men—five US cities, June 2004–Avril 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54:597–601.

US Centers for Disease Control and Prevention (2005c). Trends in HIV/AIDS diagnoses—33 states, 2001–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54:1149–1153. Disponible sur http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5445a1.htm

US Centers for Disease Control and Prevention (2006). *A glance at HIV/AIDS among men who have sex with men*. Janvier. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. Disponible sur http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/msm_glance.htm

Vall Mayans M et al. (2004). Outbreaks of infectious syphilis and other STIs in men who have sex with men in Barcelona, 2002–2003. *Eurosurveillance*, 9(4):60

Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15 to 29–year-old men who have sex with men in 7 US cities. XV Conférence internationale sur le SIDA. Résumé ThOrC1367. Bangkok. 11–16 juillet.

Van de Laar M et Op de Coul ELM (2004). Increase in STIs in the Netherlands slowed in 2003. *Eurosurveillance*, 9(4).

Van Griensven F et al. (2006). *HIV surveillance among men who have sex with men (MSM) populations in Thailand: evidence for high prevalence and incidence*. Affiche résumé. 13e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes. 5–8 février. Denver.

Verevochkin SV et al. (2005). High prevalence of HIV infection among IDUs: no significant changes. Russkii Zhurnal. SPID, Rak I obshchestvennoe zdorov'ye, 9 (2). Présenté à la 14e Conférence internationale sur le SIDA, le cancer et la santé publique. 23–27 mai. Saint-Pétersbourg.

Walensky RP et al. (2005). 2 Million Years of Life Saved: the survival benefits of AIDS therapy in the United States. Résumé 143LB. 12e Conférence sur les rétrovirus et les maladies opportunistes, 22–25 février. Boston.

Wawer M et al. (2005). Declines in HIV prevalence in Uganda: not as simple as ABC. Résumé 27 LB, 12e Conférence sur les rétrovirus et les maladies opportunistes. Boston. 22–25 février.

Weissenbacher M et al. (2003). AIDS National Center of Reference, Argentina. High seroprevalence of bloodborne viruses among street-recruited injection drug users from Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl. 5):S348–52.

Wi T et al. (2002). *RTI/STD prevalence in selected sites in the Philippines*. Manille, Département de la Santé et Family Health International.

Wiwat P, Brown T, Calleja-Garcia JM (2005). *Report from the technical working group on HIV/AIDS projection and demographic impact analysis in Myanmar*. Septembre. Yangon.

Wright M et al. (2005). Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in indigenous people in Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 183(3):124–128.

Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: a systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270–280.

Zamani S (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709–716.

Chapitre 3 | PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LES PAYS

Aran-Mantero D, Aran C, Izazola-Licea JA (2003). Por qué el gasto de bolsillo en América Latina es necesario en respuesta al VIH/SIDA? In: *El financiamiento de las respuestas nacionales contra el SIDA en America Latina y el Caribe y el flujo de financiamiento internacional.* JA Izazola-Licea, Daniel Aran et Ricardo Valladares. Mexico City, FUNSALUD/SIDALAC. 73–82.

Dehne KL et Riedner G (2005). Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Genève, OMS et Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. 2005. Disponible sur http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_156288_9.pdf

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) (2006). Site web. Disponible sur http://www.theglobalfund.org

G8 (2005). The Gleneagles Communiqué. Gleneagles, Royaume-Uni, G8 Gleneagles 2005. Disponible sur http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/PostG8_Gleneagles_Communique,0.pdf

Groupe des 77 (2005). Déclaration de Doha 2005. Disponible sur *http://www.g77.org/southsummit2/fr/intro.html*

Gutierrez JP, Bertozzi S (2004). Resources availability for HIV/AIDS and the funding gap. National Health Institute, Mexico. Document présenté au cours du Cinquième Consortium ONUSIDA sur le suivi des ressources. Septembre 2004. Johannesburg.

Izazola-Licea JA (2003). Financiamiento y Gasto en respuesta al VIH/SIDA: lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe. Sustainable Development Department Technical papers series; SOC–133. Washington, Banque interaméricaine de développement.

MEASURE DHS (2006). Measure, Demographic and Health Surveys/AIDS Indicator Surveys. Site web. Disponible sur http://www.measuredhs.com/

Nations Unies (2000). La Déclaration du Millénaire : Assemblée générale des Nations Unies, 55e session, 6 septembre 2000. New York.

Nations Unies (2001). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/SIDA, 25–27 juin 2001. New York. Disponible sur http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_fr.pdf

Nations Unies (2005). *Sommet mondial 2005*. New York. Disponible sur http://www.un.org/french/summit2005/

OMS/ONUSIDA (2005). *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »*. Juin 2005.

OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on "3 by 5" and beyond*. Genève.

ONUSIDA (2003). *Suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2001 : Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie*. Genève.

ONUSIDA (2004). *Financer la riposte élargie au SIDA*. Résumé d'orientation. 15e réunion du CCP. Décembre 2004. Jamaïque.

ONUSIDA (2005a). *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*. Genève.

ONUSIDA (2005b). CRIS V2.1 Guide de l'utilisateur (Rev. 0.2). Système d'information sur la riposte des pays. Disponible sur http://www.unaids.org

ONUSIDA (2005). *Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries*. Genève.

ONUSIDA (2006). *National AIDS spending assessment. A notebook on methods, definitions and procedures for resource tracking and measurement of AIDS financing flows and expenditures*. (Projet.)

ONUSIDA/HCR (2005). *Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes*. Genève, ONUSIDA et Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. Disponible sur www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en_pdf.pdf

Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) (2006). Système de notification des pays créanciers. Activités d'aide pour la lutte contre le VIH/sida.

Stover J, Fahnenstock M (2006) (sous presse). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low and middle income countries in 2005, funded by UNAIDS, USAID, and UNFPA. Washington, DC, Futures Group/POLICY Project. A paraître, juillet 2006.

UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK*. Londres, Health Protection Agency Centre for Infections. Disponible sur http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/pdf/Mtl_FC_report.pdf

US Centers for Disease Control and Prevention/Global AIDS Program (CDC/GAP) (2005). Atlanta, US, International Strategic Information/Monitoring and Evaluation Field Officer Directory.

Chapitre 4 | L'IMPACT DU SIDA SUR LES PERSONNES ET LES SOCIÉTÉS

Abadia-Barrero CE, Castro A (2005). Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social Science and Medicine*.

Aliber M et al. (2004). *The impact of HIV/AIDS on land rights*. Cape Town, Integrated Rural and Regional Development Research Programme, Human Sciences Research Council, et Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). Disponible sur http://www.fao.org/sd/dim_pe3/docs/pe3_040902d1_en.pdf

Avirgan T, Bivens LJ, Gammage S (2005). *Good jobs, bad jobs, no jobs: labor markets and informal work in Egypt, El Salvador, India, Russia, and South Africa*. Washington, Economic Policy Institute.

Banque mondiale (2005a). *HIV/AIDS in the Caribbean region: a multi-organization review (draft final report)*. Equipe d'examen DFID, OMS/OPS, Fonds mondial, ONUSIDA et Banque mondiale.

Banque mondiale (2005b). Workers in the informal economy (webpage). Disponible sur http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTLM/0,,contentMDK:20224904%7EmenuPK:58 4866%7EpagePK:148956%7EpiPK:216618%7EtheSitePK:390615,00.html

Barany M, Holding-Anyonge C, Rugalema G (2005). *Firewood, food, and medicine: interfaces between forest resources, vulnerability, and rural responses to HIV/AIDS*. HIV/AIDS and food and nutrition security: from evidence to action. Durban, Afrique du Sud. Disponible sur http://www.ifpri.org/events/conferences/2005/durban/papers/baranyWP.pdf

Barnett T, Whiteside A (2002). *AIDS in the twenty-first century: disease and globalization*. New York, Palgrave Macmillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire.

Bell C et al. (2003). *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa*. Washington, DC, World Bank Human Development Network Office of the Vice President. Disponible sur http://econ.worldbank.org/resource.php?type=5

Bonnel R, Temin M, Tempest F (2004). *Poverty reduction strategy papers: do they matter for children and young people made vulnerable by HIV/AIDS?* New York, UNICEF, Banque mondiale. Disponible sur http://www.unicef.org/publications/files/Poverty_Reduction_Strategy_Papers_EY_final.pdf

CAREC/OPS/OMS (2004). *Status and trends analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic 1982–2002*. Port of Spain, Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur http://www.catin.org/pubs/status_trends1982–2002.pdf

Case A, Paxson C, Ableidinger J (2004). Orphans in Africa: parental death, poverty, and school enrolment. *Demography*, 41(3):483–508. Disponible sur http://wws.princeton.edu/rpds/downloads/case_paxson_orphansafrica.pdf

Chapoto A, Jayne TS (2005). *Characteristics of individuals afflicted by AIDS-related mortality in Zambia*. Lusaka, Zambia Food Security Research Project (FSRP). Disponible sur http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2/zambia/Chapoto-Jayne_FSRP_WP_final_for_pdf.pdf

Das J et al. (2005). *Teacher shocks and student learning: evidence from Zambia*. Washington, DC, Banque mondiale.

de Waal A (2005). *HIV/AIDS and democratic governance (issue paper 2)*. AIDS, security and democracy: expert seminar and policy conference. La Haye, Clingendael Institute. Disponible sur http://www.ssrc.org/programs/HIV/publications/hague2005/issue_paper2.pdf

de Waal A, Whiteside A (2003). New variant famine: AIDS and food crisis in southern Africa. *Lancet,* 362(9391):1234–1237. Disponible sur http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603145485/fulltext

Deininger K, Garcia M, Subbarao K (2003). AIDS-induced orphanhood as a systemic shock: magnitude, impact and program interventions in Africa. *World Development,* 31(7).

Evans D, Miguel AM (2005). *Orphans and schooling in Africa: a longitudinal analysis*. Berkeley, Center for International and Development Economics Research, University of California. Disponible sur http://repositories.cdlib.org/iber/cider/C05–143

FAO (2004). *HIV/AIDS, gender inequality and rural livelihoods: the impact of HIV/AIDS on rural livelihoods in Northern Province, Zambia*. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Development Cooperation Ireland (DCI), Gouvernement de Zambie. Disponible sur http://www.fao.org/sd/dim_pe1/pe1_040602_en.htm

Fox MP et al. (2004). The impact of HIV/AIDS on labour productivity in Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 9(3):318–24. Disponible sur http://info.worldbank.org/etools/library/latestversion.asp?135887

Frolov V (2004). The national security implications of the HIV/AIDS epidemic in Russia. *Reversing the epidemic: facts and policy options. HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement. Disponible sur http://rbec.undp.org/hiv/

Garrett L (2005). *HIV and national security: where are the links?* Washington, Council on Foreign Relations. Disponible sur http://www.cfr.org/publication/8256/hiv_and_national_security.html

Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS, food and nutrition security: from evidence to action.* Washington, DC, International Food Policy Research Institute. Disponible sur http://www.ifpri.org/pubs/fpreview/pv07/pv07.pdf

Grant KB, Gorgens M, Kinghorn A (2004). *Mitigating the impact of HIV on service providers study: what has been attempted, what is working, what has not worked, where and why?* Johannesburg, Mobile Task Team on the Impact of HIV/AIDS on Education (MTT), University of Kwazulu-Natal. Disponible sur http://www.mttaids.com/site/awdep.asp?dealer=5562&depnum=8535

Greener R (2004). The impact of HIV/AIDS on poverty and inequality. *The macroeconomics of HIV/AIDS*, (Ed. Haacker M). Washington, Fonds monétaire international. Disponible sur http://www.imf.org/external/pubs/ft/AIDS/eng/index.htm

Griekspoor A et al. (2004). The health sector gap in the southern Africa crisis in 2002/2003. *Disasters,* 28(4):388–404.

Haacker M (2004). The impact of HIV/AIDS on government finance and public services. *The macroeconomics of HIV/AIDS*, (Ed. Haacker M). Washington, Fonds monétaire international. Disponible sur http://www.imf.org/external/pubs/ft/AIDS/eng/index.htm

IAVI (2005). *Putting it together: AIDS and the Millennium Development Goals.* New York, Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA. Disponible sur http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=33078

Intigrinova T, Hauslohner P (2004). *Abandoned children born to HIV-positive women: analysis of the situation in Russia.* Moscou, Transatlantic Partners Against AIDS, USAID, UNICEF, IREX. Disponible sur http://www.tpaa.net/files/upload/publications/846.pdf

Korenromp EL (2005). Malaria attributable to the HIV-1 epidemic, sub-Saharan Africa. *Emerging Infectious Diseases,* 11(9):1410–9.

Lee MB et al. (2005). HIV-related stigma among market workers in China. *Health Psychology,* 24(4):435–8.

Lieber E et al. (2005). HIV/STD stigmatization fears as health-seeking barriers in China. *AIDS Behavior*, 1–9.

Mackay V (2003). *Best practices in HIV/AIDS prevention in the informal sector.* Genève, Inter-regional tripartite meeting on best practices in workplace policies and programmes on HIV/AIDS. Disponible sur http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/informalecoprev.pdf

Mahal A, Rao B (2005). HIV/AIDS epidemic in India: an economic perspective. *Indian Journal of Medical Sciences,* (Avril 2005), 582–600. Disponible sur http://icmr.nic.in/ijmr/2005/Avril/0428.pdf

Mann JM et al. (1994). Health and human rights. *Health Human Rights,* 1(1):6–23.

Manning R (2002). *The impact of HIV/AIDS on civil society: assessing and mitigating impacts: tools and models for NGOs and CBOs.* Durban, Health Economics & HIV/AIDS Research Division (HEARD), University of Natal. Disponible sur http://www.eldis.org/static/DOC11102.htm

Marais H (2005). *Buckling: the impact of AIDS in South Africa 2005.* Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria. Disponible sur http://www.csa.za.org/article/articlestatic/7/1/2/

Measure DHS et ORC Macro International (2002). *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002).* Washington.

Monasch R, Boerma JT (2004). Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS,* 18(Suppl. 2):S55–65. Disponible sur http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/pdfhandler.00002030–200406002–00007.pdf;jsessionid=DGtO53PaurRS2x1Sf2VYh4eJ2U1TWs4XF9EsCJ8R0T0qDDj0dkkW!–1660146838!-949856145!9001!-1

Mount AM et al. (2004). Impairment of humoral immunity to Plasmodium falciparum malaria in pregnancy by HIV infection. *Lancet,* 363(9424):1860–7.

Murray U (2005). *Promoting gender-sensitive entrepreneurship via microfinance institutions.* Rome, Document présenté au Siège de la FAO à l'occasion de la Journée mondiale des Femmes. Disponible sur http://www.fao.org/sd/dim_pe1/pe1_050401_en.htm

Nations Unies, Division de la Population (2005a). *Population, développement et VIH/sida et leur rapport avec la pauvreté : Rapport concis.* New York, Département des Affaires économiques et sociales. Disponible sur http://www.un.org/esa/population/publications/concise2005/PopdevFR.pdf

Nations Unies, Division de la Population (2005b). *Perspectives démographiques mondiales: La révision de 2004.* New York, Département des Affaires économiques et sociales. Disponible sur http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004FrenchES.pdf

Nyamukapa C, Gregson S (2005). Extended family's and women's roles in safeguarding orphans' education in AIDS-afflicted rural Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 60(10):2155–67.

OIT (2003). *Socio-economic impact of HIV/AIDS on people living with HIV/AIDS and their families.* New Delhi, Delhi Network of Positive People, Manipur Network of People Living with HIV/AIDS, Network of Maharashtra by People Living with HIV/AIDS, Positive Women's Network of Southern India, Organisation internationale du Travail.

OIT (2004). *Le VIH/SIDA dans le monde du travail : Evaluation mondiale, répercussions et réponses.* Genève. Disponible sur http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/trav/aids/publ/research/

OIT (2005). *Study report on economic impact of HIV/AIDS on Singareni Collieries Company Limited (SCCL), Andhra Pradesh.* New Delhi, Organisation internationale du Travail, Andhra Pradesh State AIDS Control Society et Singareni Collieries Company Limited.

OIT (2006). *HIV/AIDS and work in a globalizing world.* Genève. (Sous presse.)

OIT/GTZ (2004). *HIV/AIDS, work and development in the United Republic of Tanzania.* Genève. Disponible sur http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/cp_2_tanzania.pdf

OIT/IPEC (2003). *HIV/AIDS and child labour in sub-Saharan Africa: synthesis report. A state-of-the-art review with recommendations for action.* Genève, Organisation internationale du Travail, Programme focal sur le travail des enfants (IPEC). Disponible sur http://www.ilo.org/public/english/standards/ipec/publ/hiv/

OMS (2005). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.* Genève. Disponible sur http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/en/

ONUSIDA/HCR (2005). *Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes.* Genève. Disponible sur http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en_pdf.pdf

Paxton S et al. (2005). *AIDS-related discrimination in Asia.* Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH/SIDA (APN+). Disponible sur http://www.gnpplus.net/regions/files/AIDS-asia.pdf

Peltzer K et al. (2005). *Educator supply and demand in the South African public education system: integrated report.* Johannesburg, Human Sciences Research Council. Disponible sur http://www.hsrcpress.ac.za/index.asp?id=2119

PNUD (2003a). *The socio-economic impact of HIV/AIDS in Viet Nam: a preliminary note.* Disponible sur http://www.undp.org.vn/undp/docs/2003/seimpact/seimpacte.pdf

PNUD (2003b). *Zimbabwe human development report 2003: redirecting our responses to HIV and AIDS.* Harare, Institute of Development Studies, University of Zimbabwe. Disponible sur http://hdr.undp.org/docs/reports/national/ZIM_Zimbabwe/Zimbabwe_2003_en.pdf

PNUD (2004). *HIV and human development in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Reversing the epidemic—facts and policy options.* Bratislava. Disponible sur http://rbec.undp.org/hiv/

PNUD (2005). *Human development report 2005. International cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world.* New York. Disponible sur http://hdr.undp.org/reports/global/2005/

SABCOHA (2004). *The economic impact of HIV/AIDS on business in South Africa, 2003.* Johannesburg, Coalition sud-africaine du monde des affaires contre le VIH et le SIDA (SABCOHA). Disponible sur http://www.synergyaids.com/documents/SAfricaEconomicImpactOnBusiness.pdf

Safman RM (2004). Assessing the impact of orphanhood on Thai children affected by AIDS and their caregivers. *AIDS Care*, 16(1):11–9.

Schatz E, Ogunmefun C (2005). *Caring and contributing: the role of older women in multigenerational households in the HIV/AIDS era.* Research Program on Population Processes, University of Colorado at Boulder. Disponible sur http://www.colorado.edu/ibs/pubs/pop/pop2005–0004.pdf

Shapiro RL et al. (2003). Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-infected women: results from the pilot phase of a randomized trial to prevent mother-to-child transmission in Botswana. *AIDS Educucation and Prevention,* 15(3):221–30.

Shisana O et al. (2004). HIV/AIDS prevalence among South African health workers. *South African Medical Journal,* 94(10):846–50.

Sitoe A et al. (2004). *HIV/AIDS and the Miombo. Woodlands of Mozambique & Malawi: an exploratory study.* Washington, Conservation International Annual Meeting. Disponible sur http://www.fao.org/forestry/foris/data/hiv/HIV-AIDSWoodlands.pdf

Spiegel P (2004). HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters,* 28(3). Disponible sur http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4162693e4

Stanecki KA (2004). *The AIDS pandemic in the 21st century.* Washington, USAID, US Department of Commerce. Disponible sur http://www.census.gov/ipc/prod/wp02/wp02-2.pdf

Strand P et al. (2004). *HIV/AIDS and democratic governance in South Africa— illustrating the impact on electoral processes.* Prétoria, Institute for Democracy in South Africa (IDASA). Disponible sur http://www.idasa.org.za/gbOutputFiles.asp?WriteContent=Y&RID=1176

Tanzarn N, Bishop-Sambrook C (2003). *The dynamics of HIV/AIDS in small-scale fishing communities in Uganda.* Rome, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), FAO, Programme VIH/SIDA. Disponible sur http://www.sflp.org/fr/003/faogtzreport.pdf

Treacy M (2003). In India, integrating the informal sector into the global economy. *International Trade Forum*, octobre 2003.

UNESCO (2000). *Le cadre d'action de Dakar : Education pour tous—tenir nos engagements collectifs.* Dakar, Forum mondial de l'Education, 26–28 avril 2000.

UNESCO (2005). *Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2005 : L'exigence de qualité.* Paris. Disponible sur http://portal.unesco.org/education/fr/ev.php-URL_ID=35939&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNESCO (2006). *Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2006 : L'alphabétisation, un enjeu vital.* Paris. Disponible sur http://portal.unesco.org/education/fr/ev.php-URL_ID=43283&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNFPA (2003). *The impact of HIV/AIDS: a population and development perspective.* New York. Disponible sur http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/197_filename_PDS09.pdf

UNICEF (2005). *Appel à l'action : les enfants, la face cachée du SIDA.* New York. Disponible sur http://www.unicef.org/french/publications/index_29157.html

Voronin Y et al. (2005). *Children, women and HIV-infection in the Russian Federation.* Moscou, Ministère de la Santé et du Développement social de la Fédération de Russie, Centre pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes et les enfants, et UNICEF.

Yamano T, Jayne TS (2004). Measuring the impacts of working-age adult mortality on small-scale farm households in Kenya. *World Development,* 32(1):91–119. Disponible sur http://www.csae.ox.ac.uk/conferences/2004-GPRaHDiA/papers/1r-Jayne-CSAE2004.pdf

Chapitre 5 | PERSONNES À RISQUE ET LAISSÉS-POUR-COMPTE : QUATRE GROUPES DE POPULATION CLÉS

Asian Harm Reduction Network (2005). Targeting HIV/AIDS and drug use in Asia. *AHR News,* Number 39. Août–décembre 2005.

Banque mondiale (2005). *Global HIV/AIDS Program of Action*. Disponible sur http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1127498796401/GHAPAFinal.pdf

Beckley Foundation (2005). UNAIDS and the prevention of HIV infection through injecting drug use. Briefing Paper 9. Disponible sur http://www.internationaldrugpolicy.net/reports/BeckleyFoundation_BriefingPaper_09.pdf

Belza J (2005). Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sexually Transmitted Infections*,81: 85–88. 2005. Disponible sur http://sti.bmjjournals.com/cgi/content/full/81/1/85

Burkhalter H (2003). Sex traffic and the HIV/AIDS pandemic. Washington, Testimony for Physicians for Human Rights before the House International Relations Committee. Disponible sur http://www.phrusa.org/campaigns/aids/news062403.html

Central and Eastern European Harm Reduction Network/OSI (2005). *Sex work, HIV/AIDS, and human rights in Central and Eastern Europe and Central Asia*. Juillet 2005. Disponible sur http://www.soros.org/initiatives/health/articles_publications/publications/sexwork_20051018?skin=printable

Chicago Department of Public Health (2005). *STD/HIV/AIDS surveillance report—summer 2005*.

Dandona L, Dandona R, Gutierrez JP, Kumar GA, McPherson S (2005). Sex behaviour of men who have sex with men and risk of HIV in Andhra Pradesh, India. *AIDS*,19(6):611–619.

De Groot AS (2005). HIV infection among women in prison: considerations for care. *Infectious diseases in corrections report*. Disponible sur http://www.idcronline.org/archives/mayjune05/article.html

De Herrera PA et al. (2005). Amphetamine ("meth") use trends at the Los Angeles Gay and Lesbian Center's HIV counseling and testing program from 2001 to 2004. Résumé M1–B0604. Atlanta, Conférence nationale pour la prévention du VIH. 12–15 juin 2005.

Département d'Etat des Etats-Unis d'Amérique (2004). *Victims of trafficking and violence protection act of 2000: trafficking in persons report 2004*. Washington, Département d'Etat des Etats-Unis d'Amérique. Disponible sur http://www.state.gov/g/tip/rls/tiprpt/2004/

Dolan K, Lowe D, Shearer J (2004). Evaluation of the condom distribution program in New South Wales prisons, Australia. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 32(1):124–128.

Gibson DR, Han L, Guo Y (2004). High levels of unprotected sex with men and women among men who have sex with men: a potential bridge of HIV transmission in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 16(1):19–30.

Gorbach PM, Galea JT, Amani B, Shin A, Celum C (2004). Don't ask, don't tell: patterns of HIV disclosure among HIV positive men who have sex with men with recent STI practising high risk behaviour in Los Angeles and Seattle. *Sexually Transmitted Infections*, 80:512–517.

Gordon RJ, Lowy FD (2005). Bacterial infections in drug users. *New England Journal of Medicine*, 353(18): 1945–1954. 3 novembre 2005.

Goyer K (2003). *HIV/AIDS in prison: problems, policies and potential*. Disponible sur http://www.iss.co.za/Pubs/Monographs/No79/Content.html

Guanira J et al. (2004). Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002. XV Conférence internationale sur le SIDA. Résumé WePeC6162. Bangkok. 11–16 juillet.

Huang M, Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):1001–09.

ITPC (2005). *Missing the target: a report on HIV/AIDS treatment access from the frontlines*. Coalition internationale pour la préparation au traitement. Disponible sur http://www.aidstreatmentaccess.org/itpcfinal.pdf

Longfield K, Astatke H, Smith R, McPeak G, Ayers J (2004). *Promoting safer sexual behavior among MSMs in southeastern Europe: sexual norms, common beliefs, and risk*. Washington, DC, Population Services International, Research Division, 41 p. (PSI Research Division Working Paper No. 60).

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M (2003). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1. Oxford.

Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale, El Salvador (2003). Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en El Salvador.

Ministère de la Santé, Chine/ONUSIDA (2005). *Update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing.

Ministère de la Santé, Jamaïque (2002). *Jamaica HIV/AIDS/STI National Strategic Plan 2002–2006*. Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Malaisie, OMS (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004*: Malaysia. Ministère de la Santé et OMS. Kuala Lumpur.

Ministère de la Santé, Ukraine (2005). *Ukraine: national report on the follow-up to the UNGASS declaration of commitment on HIV/AIDS—reporting period 2003–2004*.

Ministère russe de la Justice (2004). Information from the Department of Corrections and Russian Federal AIDS Center.

Molotilov V et al. (2003). Rapid increase in HIV rates—Orel Oblast, Russian Federation, 1999–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52:657–660.

OIT (2002). *Every child counts: new global estimates on child labour*. Genève. Disponible sur http://www.ilo.org/public/english/standards/ipec/simpoc/others/globalest.pdf

OIT (2004). *Protecting migrant women workers from going into exploitive work situations*. Genève. Disponible sur http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/advocacy/protect.htm

OMS (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Genève. Disponible sur http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf

ONUDC (2004). *Rapport mondial sur les drogues, 2004*. Vienne.

ONUSIDA (1996). *Le VIH/SIDA en prison—déclaration du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA*. Genève, Présentation devant la Commission des droits de l'homme de l'ONU. Avril 1996.

ONUSIDA (1998). *Elargir la riposte mondiale au VIH/SIDA par une action mieux dirigée : réduction du risque et de la vulnérabilité : définition, analyse raisonnée et voies à suivre*. Genève, Collection Meilleures Pratiques. Disponible sur http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC171-ExpGlobResp_fr.pdf

ONUSIDA (2000a). *Female sex worker HIV prevention projects: lessons learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh*. Genève, Collection Meilleures Pratiques. Disponible sur http://wmc.who.int/images/uploaded/Female_sex_worker%20%20.pdf

ONUSIDA (2000b). *Le SIDA et les rapports sexuels entre hommes*. Actualisation. Genève.

ONUSIDA (2002). *Commerce du sexe et VIH/SIDA*. Actualisation. Genève. Disponible sur http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC705-SexWork-TU_fr.pdf

ONUSIDA (2003). *Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA, 2003*. Annexe 16. Genève. Disponible sur http://data.unaids.org/Topics/UNGASS2003/UNGASS_Report_2003_fr.pdf

ONUSIDA (2005a) *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Genève.

ONUSIDA (2005b). *A scaled-up response to AIDS in Asia and the Pacific*. Genève. Disponible sur http://data.unaids.org/UNA-docs/REPORT_ICAAP_01Juillet05_en.pdf

ONUSIDA (2005c). Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users. Genève. Disponible sur http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/cco_idupolicy_en_pdf.pdf

ONUSIDA (2005d). *Intensification de la prévention du VIH : Document d'orientation politique*. Genève.

OSI (2004). Harm reduction news: fighting for prison health. Open Society Institute. Automne 2004, volume 5, issue 3.

Partenariat Pan-Caraïbe sur le VIH/SIDA (2002). *The Caribbean regional strategic framework for HIV/AIDS 2002–2006*. Disponible sur http://www.caricom.org/jsp/projects/hiv-aidsstrategicframework.pdf

Peck JA et al. (2005). Sustained reductions in drug use and depression symptoms from treatment for drug abuse in methamphetamine-dependent gay and bisexual men. *Journal of Urban Health*, 82(Suppl.1): 100–108.

Pisani E, Dili STI survey team (2004). *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action*. Dili, Timor-Leste, Family Health International. Disponible sur http://www.oxfam.org.au/world/asia/east_timor/hivsti.pdf

Pisani et al. (2004). HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sex Transmitted Infection*, 80(6):536–40. Décembre 2004.

Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale, République dominicaine (2005). De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004. Mars. Saint-Domingue, Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Aide sociale, USAID–FHI/CONECTA.

Shakarishvili A et al. (2005). Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *Lancet*, 366:57–60.

Simooya OO, Sanjobo N (2006). HIV/AIDS is still a double sentence in prisons. BMJ, 332(7533):119–20. 14 janvier 2006. Disponible sur http://press.psprings.co.uk/bmj/january/ltr118.pdf

South China Morning Post (2005). High-risk HIV threat for gays in Shenzhen. 23 mai 2005.

Stöver H, Nelles J (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*.

Sullivan LE et al. (2005). Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users. *Addiction*, 100:150–58.

Tran TN et al. (2004). *Drug use among female sex workers in Hanoi, Viet Nam, 2004*. Disponible sur http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/publications/Tran_Addiction_04-05.pdf

USAID (2004). *How to integrate gender into HIV/AIDS programs: using lessons learned from USAID and partner organizations*. Gender and HIV/AIDS Task Force Interagency Gender Working Group (IGWG), Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID).

USAID et al. (2004) *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*. USAID, ONUSIDA, OMS, CDC et Policy Project. Disponible sur http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/coverage/en/

Vancouver Coastal Health Authority (2005). Données non publiées.

Walmsley R (2005). *World prison population list* (sixième édition). Kings College Londres, Centre international d'études pénitentiaires. Disponible sur http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/world-prison-population-list-2005.pdf

Wolfe D (2005). *Opportunities lost: HIV prevention, harm reduction and the Russian funding gap*. International Harm Reduction Development Program (IHRD). 31 août 2005.

Chapitre 6 | PRÉVENTION GLOBALE DU VIH

Auvert B et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PloS Medicine*, 2(11):e298.

Bunnell R (2006). Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS*, 20(1):85–92.

CDC (2001). Updated U.S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50:RR11:1–42.

CDC (2003). Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV: recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institutes of

Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(RR–12).

Cohen DA, Farley TA (2004). Social marketing of condoms is great, but we need more free condoms. *Lancet*, 364:13–14.

Cowan F (2002). Adolescent reproductive health interventions. *Sexually Transmitted Infections*, 78: 315–18.

Crepaz N et al. (2005). Systematic review of HIV prevention interventions in reducing sexual risk behaviors among HIV+ persons. Résumé No TP–50. Atlanta, Conférence nationale sur la prévention du VIH. 12–15 juin 2005.

Dallabetta G, Neilson G (2004). Efforts to control sexually transmitted infections as a means to limit HIV transmission: what is the evidence? *Current HIV/AIDS Report*, 1(4):166–71.

Degraft-Johnson J et al. (2005). HIV voluntary counseling and testing service preferences in a rural Malawi population. *AIDS Behavior*, 27:1–10.

Denning PH, Campsmith ML (2005). Unprotected anal intercourse among HIV-positive men who have a steady male sex partner with negative or unknown HIV serostatus. *American Journal of Public Health*, 95(1):152–58.

Elwy R et al. (2002). Effectiveness of interventions to prevent sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in heterosexual men. *Archives of Internal Medicine*, 162:1818–30.

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*, 75:3–17.

Flys T et al. (2005). Sensitive drug-resistance assays reveal long-term persistence of HIV-1 variants with the K103N nevirapine (NVP) resistance mutation in some women and infants after the administration of NVP: HIVNET 012. *Journal of Infectious Diseases*, 192:24–29.

Freeman E et al. (2005). Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal analysis. (Sous presse.)

Gallant M, Maticka-Tyndale E (2004). School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science & Medicine*, 58(7):1337–51.

Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Seattle, Fondation Bill et Melinda Gates et Henry J. Kaiser Family Foundation.

Global HIV/AIDS Vaccine Enterprise (2005). The Global HIV/AIDS Vaccine Enterprise: scientific strategic plan. *Public Library of Science, Medicine*, 2(2):e25.

Grown C, Gupta GR, Pande R (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365:541–43.

Halperin DT et al. (2004). The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet*, 364:1913–15.

Halperin DT, Epstein H (2004). Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention. *Lancet*, 364:4–6.

Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJF (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, 15:7–16.

HCR (2005). Les réfugiés et le VIH/SIDA : Plan stratégique du HCR pour 2005–2007. Genève.

Hoffman S et al. (2004). The future of the female condom. *International Family Planning Perspectives*, 30(3):139–45.

Hook EW, Peeling RW (2004). Syphilis control—a continuing challenge. *New England Journal of Medicine*, 351(2):122–24.

IPPF (2003a). Vision 2000 funds: PROFAMIL project, Haiti. Fédération internationale pour la planification familiale.

IPPF (2003b). Vision 2000 funds: male involvement project, Kenya. Fédération internationale pour la planification familiale.

Jackson JB et al. (2003). Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 362:859–68.

Johnson J et al. (2005). Emergence of drug-resistant HIV-1 after intrapartum administration of single-dose nevirapine is substantially underestimated. *Journal of Infectious Disease*, 192:16–23.

Jourdain G et al. (2004). Intrapartum exposure to nevirapine and subsequent maternal responses to nevirapine-based antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 351(3):229–40.

Kirby D et al. (2005). Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviours of youth in developing and developed countries. FHI/YouthNet. Youth Research Working Paper No. 2.

Lowicki-Zucca M, Spiegel P, Ciantia F (2005). AIDS, conflict and the media in Africa: risks in reporting bad data badly. *Emerging Themes in Epidemiology*. DOI: 10.1186/1742–7622–2–12.

Meekers D, Agha S, Klein M (2005). The impact on condom use of the "100% Jeune" social marketing program in Cameroon. *Journal of Adolescent Health*, 36(6):530.

Merson MH et al. (2000). Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS*, 14(Suppl. 2):S68-S84.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005). *Sex work and HIV/AIDS in Asia*. Bangkok, Monitoring the AIDS Pandemic Network.

Moore JP (2005). Topical microbicides become topical. *New England Journal of Medicine*, 352(3): 298–300.

OIT (2005). Guidelines for the transport sector. Genève.

OMS (2005a). Countries offering free access to HIV treatment—aide-mémoire. Genève.

OMS (2005b). *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur—Guide de pratiques essentielles*. Genève.

OMS (2005c). Les conditions d'administration des vaccins deviennent plus sûres depuis cinq ans, mais des problèmes subsistent. Communiqué de presse, 11 novembre 2005. Genève.

OMS et al. (1999). WHO/UNICEF/UNFPA joint statement on the use of auto-disable syringes in immunization services. Genève.

ONUSIDA (2001). *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Genève.

ONUSIDA (2005a). *Intensification de la prévention du VIH : Document d'orientation politique*. Genève.

ONUSIDA (2005b). *Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries*. Genève.

ONUSIDA (2006). Creating effective partnerships for HIV prevention trials: report of a UNAIDS Consultation, Genève 20–21 June 2005. *AIDS*, 20(6):W1–W11.

ONUSIDA et al. (2005c). Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users. Genève.

ONUSIDA/HCR (2005). *Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes*. Genève.

ONUSIDA/OIT/CISL (2006). *Global reach: how trade unions are responding to HIV and AIDS, case studies of union actions*. Genève.

ONUSIDA/OMS (2004). *UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing*. Genève.

PAM (2004). *Premiers pas : Rôle du PAM dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et programmes correspondants*. Rome. Disponible sur http://www.wfp.org/food_aid/food_for_hiv/learnmore.asp?section=12&sub_section=2

PAM (2006). *Getting started: WFP support to HIV/AIDS training for transport and contract workers*. Rome.

Pettifor AE et al. (2004). Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*, 18:1435–42.

PNUD/ONUSIDA (2004). *Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges*. Bangkok.

Prata P, Vahidnia F, Fraser A (2005). Gender and relationship differences in condom use among 15–24–year-olds in Angola. *International Family Planning Perspectives*, 31(4):192–99.

Reynolds SJ et al. (2004). Male circumcision and risk of HIV-1 and other sexually transmitted infections in India. *Lancet*, 363:1039–40.

Richardson JL et al. (2004). Effect of brief safer-sex counseling by medical providers to HIV-1 seropositive patients: a multi-clinic assessment. *AIDS*, 18(8):1179–86.

Ross JS, Labbok MH (2004). Modeling the effects of different infant feeding strategies on infant survival and mother-to-child transmission of HIV. *American Journal of Public Health*, 94(7):1174–80.

Salomon JA, Hogan DR, Stover J, Stanecki KA, Walker N, et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *Public Library of Science, Medicine*, 2(1):e16.

Santelli J et al. (2006). Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, 38(1):72–81.

Schmid GP et al. (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363:482–88.

Siegfried N et al. (2005). HIV and male circumcision—a systematic review with assessment of the quality of studies. *Lancet Infectious Diseases*, 5:165–73.

Singh S et al. (2005). HIV in Nepal: is the violent conflict fuelling the epidemic? *PLoS Medicine*, 2(8):e216.

Société internationale du SIDA (2005). *Building collaboration to advance HIV prevention: global consultation on tenofovir pre-exposure prophylaxis research*. Société internationale du SIDA.

Stover J (2005). Estimating the global impact of an AIDS vaccine. Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA.

Stover J et al. (2006). The global impact of scaling-up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*. DOI:10.1126/science1121176.

Thielman NM et al. (2006). Cost-effectiveness of free HIV voluntary counseling and testing through a community-based AIDS service organization in Northern Tanzania. *American Journal of Public Health*, 96(1).

Underwood C et al. (2006). Reducing the risk of HIV transmission among adolescents in Zambia: psychosocial and behavioral correlates of viewing a risk-reduction media campaign. *Journal of Adolescent Health*, 38(1):55.e1–55.e13.

UNFPA (2004a). L'Appel de New York à l'engagement : les liens entre VIH/SIDA et santé sexuelle et reproductive. Disponible sur http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/321_filename_New%20York%20Call%20to%20Commitment.pdf

UNFPA (2004b). L'Appel à l'action de Glion sur la planification familiale et le VIH/SIDA chez les femmes et les enfants. 3–5 mai 2004. Disponible sur http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/333_filename_glion_cal_to_action.pdf

UNFPA (2005). Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: a framework for priority linkages. Disponible sur http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/501_filename_framework_priority_linkages.pdf

UNFPA et al. (2004). Position statement on condoms and HIV prevention. Disponible sur http://data.unaids.org/una-docs/condom-policy_jul04_en.pdf

UNFPA et al. (2005). Déclaration des institutions des Nations Unies à propos des résultats de l'essai en Afrique du Sud sur la circoncision et le VIH. Disponible sur http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr32/fr/index.html

UNICEF (2005). *Les filles, le VIH/SIDA et l'éducation*. New York.

USAID et al. (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low- and middle-income countries in 2003. Policy Project for USAID.

Weber J et al. (2005). The development of vaginal microbicides for the prevention of HIV transmission. *PloS Medicine*, 2(5):e142.

Weiss H et al. (2000). Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 14:2361–70.

Wilson TE et al. (2004). Changes in sexual behavior among HIV-infected women after initiation of HAART. *American Journal of Public Health*, 94(7):1141–47.

Wong ML, Chan R, Koh D (2004). Long-term effects of condom promotion programmes for vaginal and oral sex on sexually transmitted infections among sex workers in Singapore. *AIDS*, 18(8):1195–99.

Chapitre 7 | TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Baingana F, Thomas R, Comblain C (2004). *HIV/AIDS and mental health*. HNP discussion paper. Banque mondiale.

Banque mondiale (2005). *The World Bank's global HIV/AIDS programme of action.* Washington.

Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Disease*, 4:368–75.

Beckmann S et al. (2005). *HIV/AIDS workplace programmes and public-private-partnerships (PPP) through co-investment: extension of treatment and care into the community*. OIT.

Bicanic T et al. (2005). Antiretroviral roll-out, antifungal roll-back: access to treatment for cryptococcal meningitis. *Lancet Infectious Diseases*, 5:530–31.

Bonacini M et al. (2004). Survival in patients with HIV infection and viral hepatitis B or C: a cohort study. *AIDS*, 18(15):2039–45.

Bonnett F et al. (2005). Opportunistic infections as causes of death in HIV-infected patients in the HAART era in France. *Scandinavian Journal of Infectious Disease*, 37(6–7):482–87.

Bonolo PD et al. (2005). Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS*, 19(Suppl. 4):S5–13.

Bunnel R et al. (2006). Changes in sexual behaviour and risk of HIV transmission after ART and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS*, 20:85–92.

CDC (2003). *Hepatitis C Virus and HIV Coinfection*. Disponible sur http://www.cdc.gov/idu/hepatitis/hepc_and_hiv_co.pdf

Chintu C et al. (2004). Co-trimoxazole as propyhlaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 364:1865–71.

Cooper CL (2005). Therapeutic interventions for HIV infection and chronic viral hepatitis. *Clinical Infectious Diseases*, 41(Suppl. 1):S69–72.

Da Silva CG et al. (2005). Optimistic perception of HIV/AIDS, unprotected sex and implications for prevention among men who have sex with men, Sao Paulo, Brazil. *AIDS*, 19(Suppl. 4):S31–36.

Degraft-Johnson J et al. (2005). HIV voluntary counseling and testing service preferences in a rural Malawi population. *AIDS Behaviors*, 9(4):475–484.

Deutsche Press-Agentur (2005). Doctors Without Borders blasts Nigeria's approach to HIV/AIDS. 6 décembre 2005.

Ellman T, Culbert H, Torres-Feced V (2005). Treatment of AIDS in conflict-affected settings: a failure of imagination. *Lancet*, 365(9456):278–8.

Felkin DR et al. (2004). Global strategies to prevent bacterial pneumonia in adults with HIV disease. *Lancet Infectious Diseases*, 4:445–55.

Gayle H, Lange JM (2004). Seizing the opportunity to capitalize on the growing access to HIV treatment to expand HIV prevention. *Lancet*, 364:6–7.

Gordillo V et al. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13:1767.

Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH (2004). *La prévention du VIH à l'ère de l'accès élargi au traitement*.

Harding R, Higginson IJ (2005). Palliative care in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 365971–77.

Havlir DV, Hammer SM (2005). Patents versus patients? Antiretroviral therapy in India. *New England Journal of Medicine*, 353(8):749–51.

HCR (2005). *Les réfugiés et le VIH/SIDA : Plan stratégique du HCR pour 2005–2007*. Genève.

HCR (2006). *Antiretroviral therapy for refugees* (projet). Genève.

HCR/PAM (2004). *Integration of HIV/AIDS activities with food and nutrition support in refugee settings: specific programme strategies*. Genève.

IASC (2004). *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Inter-Agency Standing Committee (IASC) Task force on HIV/AIDS in Emergency Settings. Disponible sur http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/249_filename_guidelines-hiv-emer.pdf

Karim S et al. (2004). Implementing antiretroviral therapy in resource-constrained settings: opportunities and challenges in integrating HIV and tuberculosis care. *AIDS*, 18(7):975–79.

Karuru JW et al. (2005). Prevalence of HCV and HCV/HIV co-infection among in-patients at the Kenyatta National Hospital. *East African Medical Journal*, 82(4):170–72.

Kontorinis N, Agarwal K, Dieterich DT (2005). Treatment of hepatitis C virus in HIV patients: a review. *AIDS*, 19(Suppl. 3):S166–73.

Lucas GM (2005). Antiretroviral adherence, drug resistance, viral fitness and HIV disease progression: a tangled web is woven. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 55(4):413–16.

McArthur JC, Brew BJ, Nath A (2005). Neurological complications of HIV infection. *Lancet Neurology*, 4: 543–55.

McComsey GA, Leonard E (2004). Metabolic complications of HIV therapy in children. *AIDS*, 18(13): 1753–68.

Narasimhan V et al. (2004). Responding to the global human resources crisis. *Lancet*, 363:1469–72.

Nelson LJ et al. (2005). Antituberculosis drug resistance and anonymous HIV surveillance in tuberculosis patients in Botswana, 2002. *Lancet*, 366:488–90.

Nemes MIB et al. (2004). Antiretroviral adherence in Brazil. *AIDS*, 18(Suppl. 3):S15–S20.

Norrby SR et al. (2005). Lack of development of new antimicrobial drugs: a potential serious threat to public health. *Lancet Infectious Diseases*, 5:115–19.

Obaro SK, Pugatch D, Luzuriaga K (2004). Immunogenecity and efficacy of childhood vaccines in HIV-1-infected children. *Lancet Infectious Diseases*, 4:510–18.

Okere IN et al. (2005). Antimicrobial resistance in developing countries. Part I: recent trends and current status. *Lancet Infectious Diseases*, 5:481–93.

OMS (2004). *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique*. OMS.

OMS (2005a). *Technical and operational recommendations for scale-up of laboratory services and monitoring HIV antiretroviral therapy in resource-limited settings*. Genève.

OMS (2006a). *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings, towards universal access: recommendations for a public health approach* (révision 2006). Genève.

OMS (2006b). IMAI (site web) Disponible sur http://www.who.int/hiv/pub/imai/en/

OMS/ONUSIDA (2004). *Orientations sur l'éthique et l'accès équitable au traitement et aux soins liés au VIH*. Genève.

OMS/ONUSIDA (2005b). *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »*. Genève.

ONUSIDA (2005a). *Accès au traitement sur le lieu de travail dans le secteur privé : trois entreprises d'Afrique du Sud apportent un traitement antirétroviral* . Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA. Genève.

ONUSIDA (2005b). *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Genève.

ONUSIDA (2005c). *Faire travailler l'argent disponible grâce à un appui accru des Nations Unies aux ripostes contre le SIDA. Plan d'appui technique consolidé des Nations Unies contre le SIDA*. Genève.

ONUSIDA, Consortium pour le suivi des ressources mondiales (2004). *National spending for AIDS 2004*. Genève.

Open Society Institute (2004). Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to injection drug users. New York.

Osterberg L, Balsche T (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5): 487–97.

Over M et al. (2004). *HIV/AIDS treatment and prevention in India: modelling the cost and consequences*. Banque mondiale.

Paterson D et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133:21–30.

Petersen PE et al. (2005). Charge mondiale de morbidité et risques dans le domaine bucco-dentaire. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. ISSN 0042–9686.

PNUD (2005). *Rapport sur le développement humain*. New York.

Quinn TC et al. (2000). Viral load and heterosexual transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *New England Journal of Medicine*, 342(13):921–29.

Salomon JA et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *PloS Medicine*, 2:e16.

Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *New England Journal of Medicine*, 353(22):2325–34.

Siegel K, Karus D, Dean L (2004). Psyschosocial characteristics of New York City HIV-infected women before and after the advent of HAART. *American Journal of Public Health*, 94(7):1127–32.

Singh N et al. (1999). Adherence of Human Immunodeficiency Virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29(4):824–30.

Sobhani I et al. (2004). Anal carcinoma: incidence and effect of cumulative infections. *AIDS*, 18(11): 1561–69.

Spiegel P, Harroff-Tavel H (2006). *HIV/AIDS and internally displaced persons in 8 priority countries*. Genève, HCR et IDD, OCHA. Janvier 2006.

Spiegel PB, Qassim M (2003). Forgotten refugees and other displaced populations. *Lancet*, 362:72–74.

Thielman N et al. (2006). Cost-effectiveness of free HIV voluntary counseling and testing through a community-based AIDS service organization in Northern Tanzania. *American Journal of Public Health*, 96(1):114–9.

USAID et al. (2003). *The level of effort in the national response to HIV/AIDS: the AIDS Program Effort Index (API), 2003 round*. POLICY Project, Futures Group.

Wood E et al. When to initiate antiretroviral therapy in HIV-1-infected adults: a review for clinicians and patients. *Lancet Infectious Diseases*, 5:407–14.

Chapitre 8 | RÉDUIRE L'IMPACT DU SIDA

Abadia-Barrero CE, Castro A (2005). Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social Science and Medicine*. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieveanddb=PubMedanddopt=Citationandlist_uids=16099573

Agha S, Balal A, Ogojo-Okello F (2004). The impact of a microfinance program on client perceptions of the quality of care provided by private sector midwives in Uganda. *Health Services Research*, 39(6.2): 2081–100. Disponible sur http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/j.1475–6773.2004.00333.x/enhancedabs/

Banque mondiale (2006). *HIV/AIDS and education: accelerating the education sector response to HIV/AIDS*. Disponible sur http://www.schoolsandhealth.org/HIV-AIDSandEd/Introduction-HIV-AIDSandEducation-Accelerate.htm

Boler T, Jellema A (2005). *Inaction mortelle: une étude transnationale des réponses éducationnelles au VIH/SIDA*. Bruxelles, Campagne mondiale pour l'Education. Disponible sur http://www.campaignforeducation.org/resources/Nov2005/FRENCHdeadlyinertia.pdf

Brown L, Macintyre K, Trujillo L (2001). *Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?* The Population Council. Disponible sur http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/litrvwstigdisc.pdf

Centre for Development Policy Research (2005). *Unequal prospects: disparities in the quantity and quality of labour supply in sub-Saharan Africa (World Bank employment issues regional stocktaking review paper 1: labour supply)*. Londres, Centre for Development Policy Research, School of Oriental and African Studies, University of London. Disponible sur http://siteresources.worldbank.org/INTLM/Resources/UnequalProspects.pdf

CGAP (2003). *Microfinance and HIV/AIDS*. Washington, Consultative Group to Assist the Poor. Disponible sur http://www.cgap.org/docs/DonorBrief_14.pdf

Chaguturu S, Vallabhaneni S (2005). Aiding and abetting—nursing crises at home and abroad. *New England Journal of Medicine*, 353(17):1761–3. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieveanddb=PubMedanddopt=Citationandlist_uids=16251530

FAO (2004). *Property and a piece of land give women peace of mind*. Harare, FAO, UNIFEM et National AIDS Council Joint National Workshop on HIV and AIDS, Women's Property Rights and Livelihoods in Zimbabwe. Disponible sur http://www.sahims.net/doclibrary/Sahims_Documents/FAO,%20UNIFEM%20NAC%20report.pdf

FAO (2006). Ecoles pratiques d'agriculture et d'apprentissage à la vie pour jeunes agriculteurs (page web). Disponible sur http://www.fao.org/bestpractices/content/11/11_04_en.htm

FAO/Gouvernement de Zambie (2004). *Strengthening institutional capacity in mitigating HIV/AIDS impact on the agricultural sector—potential mitigation interventions*. Rome, FAO–Lusaka et Ministère de l'Agriculture et des Coopératives, République de Zambie. Disponible sur ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5656e/y5656e00.pdf

FHI (2005). *Adolescents: orphaned and vulnerable in the time of HIV/AIDS*. Washington. Disponible sur http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/YouthIssuesPapers.htm

Foan L, Irwin B (2004). Mitigation of the economic impact of HIV/AIDS on women, vulnerable children and orphans through asset protection (résumé). Disponible sur http://www.iasociety.org/abstract/show.asp?abstract_id=2174501

Forum mondial des partenaires (2006). *Free up and open up: the elimination of school fees*. Document de référence présenté à la Consultation technique du Forum mondial des partenaires sur les enfants affectés par le VIH et le SIDA, février 2006, organisé par l'UNICEF et le Département pour le développement international du Royaume-Uni (DFID).

GBC (2006). Coalition mondiale des Entreprises contre le VIH/SIDA (site web). Disponible sur http://www.businessfightsaids.org/site/pp.asp?c=gwKXJfNVJtF&b=1009245

HelpAge International (2005). *AIDS: the frontline. Supporting older carers of people living with HIV/AIDS and orphaned children in Mozambique, South Africa and Sudan*. Londres, HelpAge International. Disponible sur http://www.helpage.org/Resources/Researchreports

Human Rights Watch (2005). *Letting them fail: government neglect and the right to education for children affected by AIDS*. New York, Human Rights Watch. Disponible sur http://hrw.org/reports/2005/africa1005/index.htm

IATT (2003). *HIV/AIDS and education: a strategic approach*. Paris, Equipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA (IATT), UNESCO/IIEP.

IATT (2006). *Education sector global HIV & AIDS readiness survey 2004: policy implications for education & development*. Paris, Equipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA (IATT), UNESCO/IIEP.

Jayne TS et al. (2004). *Interactions between the agricultural sector and the HIV/AIDS pandemic: implications for agricultural policy*. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). Disponible sur ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/ae061e/ae061e00.pdf

Joint Learning Initiative (2004). *Human resources for health: overcoming the crisis*. Global Equity Initiative. Cambridge, Mass., Harvard University Press. Disponible sur http://www.globalhealthtrust.org/Report.html

Kourta D (2005). Un atelier régional à Alger. *Al Watan*. Alger. 13 novembre 2005.

Mahendra VS, Gilborn L (2006). *Improving the hospital environment of HIV-positive people in India: findings from a pilot study on addressing AIDS-related stigma and discrimination*. Horizons/Population Council.

Mather D et al. (2004). *A cross-country analysis of household responses to adult mortality in rural sub-Saharan Africa: implications for HIV/AIDS mitigation and rural development policies*. Department of Agricultural Economics, Michigan State University. Disponible sur http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2/papers/idwp82forreview.pdf

Mathison S (2005). *Economy and epidemic. Microfinance and HIV/AIDS in Asia*. Brisbane, The Foundation for Development Cooperation. Disponible sur http://www.fdc.org.au/Files/Microfinance/Microfinance%20and%20HIV-AIDS.pdf

Meintjes H et al. (2003). *Children in need of care or in need of cash? Questioning social security provisions for orphans in the context of the South African AIDS pandemic*. Children's Institute, University of Cape Town. Disponible sur http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=3347_201andID2=DO_TOPIC

Mobile Task Team (2005). *Education access and retention for educationally marginalised children: innovations in social protection*. Johannesburg, Mobile Task Team on the Impact of HIV/AIDS on Education (MTT), University of Kwazulu-Natal. Disponible sur http://www.mttaids.com/site/files/5562/MTT%5FUNICEF%5FReport%2Epdf

Murray U (2005). *Promoting gender-sensitive entrepreneurship via microfinance institutions*. Rome, Document présenté au Siège de la FAO à l'occasion de la Journée mondiale des Femmes. Disponible sur http://www.fao.org/sd/dim_pe1/pe1_050401_en.htm

Nations Unies, Division de la Population (2005). *Perspectives démographiques mondiales : La révision 2004*. New York, Département des affaires économiques et sociales. Disponible sur http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004FrenchES.pdf

OIT (2001). *Recueil de directives pratiques sur le VIH/SIDA et le monde du travail*. Genève. Disponible sur http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2001/101B09_133_fren.pdf

OIT/IPEC (2003). *HIV/AIDS and child labour in sub-Saharan Africa: synthesis report. A state-of-the-art review with recommendations for action*. Genève. Disponible sur http://www.ilo.org/public/english/standards/ipec/publ/hiv/

OIT/OMS (2005). *Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA*. Genève. Disponible sur www.who.int/hiv/pub/prev_care/who_ilo_guidelines_fr.pdf

OIT et al. (2006). *Global reach: how trade unions are responding to HIV/AIDS*. OIT, ONUSIDA, CISL, Global Unions

OMS (2001). *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique.* Genève, Commission sur la macroéconomie et la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur http://www.who.int/bookorders/francais/detart2.jsp?sesslan=2&codlan=2&codcol=15&codcch=491

OMS (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Genève. Disponible sur http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf

OMS (2005a). *Rapport sur la santé dans le monde 2005 : donner sa chance à chaque mère et chaque enfant.* Genève. Disponible sur http://www.who.int/whr/2005/fr/index.html

OMS (2005b). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women.* Genève. Disponible sur http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html

ONUSIDA (2005). *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH : études de cas des programmes réussis.* Genève, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA. Disponible sur http://www.unaids.org/irc-pub=6/jc999-humrightsviol_fr.pdf

ONUSIDA (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China.* Beijing, Ministère de la Santé, République populaire de Chine et ONUSIDA.

ONUSIDA/HCR (2005). *Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes.* Genève. Disponible sur http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1157-Refugees_fr_pdf

Onwujekwe O and Uzochukwu B (2005). Socio-economic and geographic differentials in costs and payment strategies for primary healthcare services in Southeast Nigeria. *Health Policy*, 71(3):383–97. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieveanddb=PubMedanddopt=Citationandlist_uids=15694504

Pal K et al. (2005). Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise. *Issues in Social Protection.* Discussion Paper 13. OIT. Juin 2005.

PDA (2005). The positive partnership project: micro credit loans for people living with and affected by HIV/AIDS in Thailand (and border areas). Population and Community Development Association (PDA). Disponible sur http://www.pda.or.th/eng/posivite_project.htm

Peltzer K et al. (2005). *Educator supply and demand in the South African public education system: integrated report.* Johannesburg, Human Sciences Research Council. Disponible sur http://www.hsrcpress.ac.za/index.asp?id=2119

PNUD (2005). *Capacité à susciter l'espoir : les pays les moins avancés face au défi du VIH/SIDA. Apprendre à faire face, susciter l'espoir.* New York, Programme des Nations Unies pour le Développement et Bureau du Représentant spécial pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits Etats insulaires en développement. Disponible sur http://www.undp.org/hiv/docs/hoping_and_coping_final.pdf

Prywes M et al. (2004). *Costs of projects for orphans and other vulnerable children: case studies in Eritrea and Benin.* Washington, DC, Social Protection Team, Réseau développement humain, Banque mondiale. Disponible sur http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS%5FIBank%5FServlet?pcont=detailsandeid=000012009%5F20041012101822

Russell S (2004). The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene,* 71(Suppl. 2):147–55. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieveanddb=PubMedanddopt=Citationandlist_uids=15331831

Russell S (2005). *Justice for widows and orphans in Zambia.* Genève, Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA. Disponible sur http://www.womenandaids.unaids.org/regional/jwop1_13%20May05.doc

Save the Children, HelpAge International et Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households.* Londes, Save the Children UK. Disponible sur http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/3604_Making_Cash_Count_final.pdf

Schuler N et al. (2005). *Lessons and experiences from mainstreaming HIV/AIDS into urban/water (AFTU1 and 2) projects, Vol. 1 of 1.* Washington, Banque mondiale. Disponible sur http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=detailsandeid=000012009_20051019135310

Sengwana M, Quinlan T (2004). *Review of studies of socio-economic impact of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa.* Durban, Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD) of the University of KwaZulu Natal, Durban.

Sibale B, Kachale E (2004). *Educational perspectives related to the impact of the HIV-AIDS pandemic on child labour in Malawi.* Genève, Programme focal de l'OIT sur le travail des enfants (IPEC). Disponible sur http://www.ilo.org/iloroot/public/english/standards/ipec/doc-view.cfm?id=121

Stillwaggon E (2005). *The ecology of poverty: nutrition, parasites, and vulnerability to HIV/AIDS.* HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action, Durban. Disponible sur http://www.ifpri.org/events/conferences/2005/durban/papers/stillwaggonWP.pdf

Thirumurthy H, Graff-Zivin J, Goldstein M (2005). *The economic impact of AIDS treatment: labor supply in Western Kenya.* NBER Working Paper No. 11871.

UBS, FandC Asset Management (2005). *HIV/AIDS beyond Africa: managing the financial impacts.* Londres, FandC Asset Management. Disponible sur http://www.fandc.com/uploadFiles/co_gsri_hivaids_report_may_05.pdf

UNESCO (2005a). *Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2006.* Paris.

UNESCO (2005b). *Towards an AIDS-free generation: the global initiative on HIV/AIDS and education.* Paris, Institut international de planification de l'éducation. Disponible sur http://www.unesco.org/iiep

UNICEF (2005a). *Innovations in social protection in eastern and southern Africa: reaching the most vulnerable children in the context of HIV and AIDS. An integrated summary report on education, public works and cash transfer programmes.* Nairobi, UNICEF Eastern and Southern Africa.

UNICEF (2005b). *Progrès pour les enfants : Parité des sexes et enseignement primaire.* New York. Disponible sur http://www.unicef.org/french/progressforchildren/2005n2/

UNICEF/ONUSIDA (2004). *Cadre pour la protection, les soins et le soutien des orphelins et enfants vulnérables.* New York. Disponible sur http://www.unicef.org/aids/files/Framework_French.pdf

USAID et al. (2005). *Working report measuring HIV stigma: results of a field test in Tanzania.* Washington, USAID, CIRF, Department of Psychiatry at Muhimbili University College of the Health Sciences, Policy Project, Horizons, Synergy Project. Disponible sur http://www.synergyaids.com/documents/StigmaIndicatorsReportFinal_JuneEdited.pdf

Wilton Park/UNICEF (2005). Wilton Park/UNICEF high level policy consultation. Strengthening national responses to children affected by HIV/AIDS: what is the role of the state and social welfare in Africa?

Wu Z et al. (2002). Diffusion of HIV/AIDS knowledge, positive attitudes, and behaviors through training of health professionals in China. *AIDS Education and Prevention,* 14(5):379–90. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieveanddb=PubMedanddopt=Citationandlist_uids=12413184

Chapitre 9 | LE RÔLE ESSENTIEL DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Alliance internationale contre le VIH/SIDA (2004). NGO capacity analysis: a toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV/AIDS. Frontiers Prevention Project, Alliance internationale contre le VIH/SIDA. Juillet 2004.

Atlani-Duault L (2005). *Au bonheur des autres: anthropologie de l'aide humanitaire.* Nanterre, Société d'ethnologie.

Berkman A, Parker R, et al. (2005). A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health*, Vol. 95, No.7. Juillet 2005.

Bloom DE, Bloom LR, Steven D, Weston M (2006). Business and HIV/AIDS: a healthier partnership? A global review of the business response to HIV/AIDS 2005–2006. Genève, Forum économique mondial, 2006. Disponible sur http://www.weforum.org/pdf/initiatives/gbs2006_reports.pdf

Boler T, Jellema A (2005). *Inaction mortelle: une étude transnationale des réponses éducationnelles au VIH/SIDA*. Bruxelles, Campagne mondiale pour l'Education. Disponible sur http://www.campaignforeducation.org/resources/Nov2005/FRENCHdeadlyinertia.pdf

Campagne mondiale contre le SIDA (2006). *Stop SIDA. Tenir sa promesse*. Disponible sur http://ungasshiv.org/index.php/ungass/ungass/monitoring_ungass_2006

Cornman H, Duvvury N (2005). Civil society participation in Global Fund governance: recommendations and actionable items. Working Paper Series, Centre international de recherche sur les femmes. Avril 2005.

Dimmock F (2006). Christian health associations in Africa. Présentation PowerPoint à la Conférence annuelle de Christian Connections for International Health, mai 2006. Disponible sur http://www.ccih.org/conferences/presentations/2005/CHAs-dimmock_files/frame.htm

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge (FISCR) (2006). Disponible sur *http://www.ifrc.org/fr/index.asp*

Fonds mondial (2005a). *Directives révisées sur le but, la structure et la composition des Instances de Coordination nationale (CCM) et conditions de recevabilité des demandes de subvention*. Genève, Groupe de référence d'évaluation technique.

Fonds mondial (2005b). *Report on the assessment of country coordinating mechanisms: performance baseline*. Genève, Groupe de référence d'évaluation technique.

Fonds mondial (2006). Disponible sur http://www.theglobalfund.org

Halmshaw C, Hawkins K (2004). Capitalising on global HIV/AIDS funding: the challenge for civil society and government. *Reproductive Health Matters*, 12(24):35–41.

IATT (2006). *Education sector global HIV & AIDS readiness survey 2004: policy implications for education & development*. Paris, Equipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA (IATT), UNESCO/IIEP.

ICASO (2004a). In-country monitoring of the implementation of the Declaration of Commitment adopted at the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS: a four-country pilot study.

ICASO (2004b). *NGO perspectives on the Global Fund: a report prepared by the International Council of AIDS Service Organisations*. Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA.

ICASO (2005). *Civil society and the "Three Ones": capacity building towards effective multisectoral national AIDS responses*. Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA.

Manning R (2002). *The impact of HIV/AIDS on civil society: assessing and mitigating impacts: tools & models for NGOs and CBOs*. Durban, Health Economics & HIV/AIDS Research Division (HEARD), University of Natal. Disponible sur http://www.eldis.org/static/DOC11102.htm

Ogden J, Nyblade L (2005). Common at its core: HIV-related stigma across contexts. ICRW (Centre international de recherche sur les femmes). Disponible sur http://www.icrw.org/docs/2005_report_stigma_synthesis.pdf

OMS (2004). *Rapport sur la santé mondiale 2004*. Genève.

ONG VIH/SIDA Projet de Code de Bonne Pratique (2004). *Renewing our voice: code of good practice for NGOs responding to HIV/AIDS*. Genève, ONG VIH/SIDA Projet de Code de Bonne Pratique. Disponible sur http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubs.pl?health/hivaids/NGOCode.pdf

ONUSIDA (2005a). Meeting on development of index on human rights, stigma and discrimination by and for people living with HIV: report of the meeting. Genève, Suisse. 22–23 août 2005.

ONUSIDA (2005b). *The five pillars of UNAIDS*. Disponible sur http://www.unaids.org

ONUSIDA (2005c). Report from an Eastern and Southern Africa Regional Think Tank Meeting on identifying obstacles, challenges and opportunities faced by people living with HIV and AIDS. 23–25 octobre 2005.

ONUSIDA (2005d). Time for Conscientização: revitalising the global movement of people living with HIV. Communiqué from the Nairobi Think Tank meeting of people living with HIV. 28–30 novembre 2005.

ONUSIDA (2006). *The global coalition on women and AIDS: 2005 progress report*. Genève.

ONUSIDA/OIT/CISL (2006). *Global reach: how trade unions are responding to HIV and AIDS. Case studies of union action*. ONUSIDA/OIT/CISL, Global Unions. 2006 (sous presse).

Piot P (2005). Discours à l'occasion de la 17e réunion du Conseil de Coordination du Programme. Genève. 27 juin 2005.

Rawstorne P, Prestage G et al. (2005). Trends and predictors of HIV positive community attachment among PLWHA. *AIDS Care*, 17(5):589–600. Juillet 2005.

Sidaction, ONUSIDA/OMS (2005). *Elargir l'accès au traitement du VIH avec les organisations à assise communautaire*. Genève, Collection Meilleures Pratiques.

Terrence Higgins Trust et GNP+ (2005). *Criminalisation of HIV transmission in Europe*. Disponible sur http://www.tht.org.uk/home/informationresources/publications/policyreports/criminalisationeurope.pdf

Chapitre 10 | FINANCER LA RIPOSTE AU SIDA

Banque mondiale (2005). Country Classification. Disponible sur http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:641331 50~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html

Banque mondiale (2005). *The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action*. Washington.

European HIV/AIDS Funders (2005). *European philanthropy and HIV/AIDS*. European Foundation Centre, European HIV/AIDS Funders Group. Disponible sur http://www.efc.be/ftp/public/Orpheus/HIV/EFC10_904__newprint.pdf

Fonds mondial (2005). *Sustaining performance, scaling up results: third progress report 2005*. Genève.

Funders Concerned about AIDS (2005). *US philanthropic commitments for HIV/AIDS*. New York, Funders Concerned about AIDS. Disponible sur http://www.fcaaids.org/publications/documents/resourcetracking2005.pdf

G8 (2005). *The Gleneagles Communiqué*. Gleneagles, Royaume-Uni, G8 Gleneagles 2005. Disponible sur http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/PostG8_Gleneagles_Communique,0.pdf

Henry J. Kaiser Family Foundation (2005). HIV/AIDS policy fact sheet: The HIV/AIDS epidemic in the United States. Menlo Park, California, Henry J. Kaiser Family Foundation. Disponible sur http://www.kff.org/hivaids/us.cfm

HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2005). *Tracking funding for microbicide reseach & Development: estimates of annual investments and expenditures 2000 to 2005*. Genève, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, Alliance for Microbicide Development, Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Disponible sur http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=32580

HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2005). *Tracking funding for preventive HIV vaccine research & development: estimates of annual investments and expenditures 2000 to 2005*. Genève, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, Alliance for Microbicide Development, Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Disponible sur http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=30892

Kates J (2005). *Financing the response to HIV/AIDS in low and middle income countries: funding for HIV/AIDS from the G7 and the European Commission*. Menlo Park, Californie, Henry J. Kaiser Family Foundation. Disponible sur http://www.kff.org/hivaids/upload/Financing-the-Response-to-HIV-AIDS-in-Low-and-Middle-Income-Countries-Funding-for-HIV-AIDS-from-the-G7-and-the-European-Commission-Report.pdf

Mullen P (2005). *Review of national HIV/AIDS strategies for countries participating in the World Bank's Africa multi-country AIDS program (MAP)*. Washington, Banque mondiale.

NACC (2004). *Report on the implementation of the Kenyan National HIV/AIDS Strategic Plan*. Nairobi, National AIDS Control Council, Office of the President. Quoted in Kioko U and Njeru E. Kenya. In Hickey and Guthrie, 41.

Nations Unies (2005). *Document final du Sommet mondial de 2005 : résolution adoptée par l'Assemblée générale, 16 septembre 2005*. New York. Disponible sur http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/LTD/N05/511/31/PDF/N05551131,pdf?OpenElement

Nations Unies, Division de la Population (2005). *Perspectives démographiques mondiales : La révision de 2004, résumé*. New York, Département des Affaires économiques et sociales. Disponible sur http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004FrenchES.pdf

Ndlovu (2005). An exploratory analysis of HIV and AIDS donor funding in South Africa. Budget Brief No. 155. UNDASA.

OCDE (2005). *Eco-Santé OCDE 2005*. Octobre 2005. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques. Disponible sur *http://www.oecd.org/document/30/0,2340,fr_2649_34631_32566008_1_1_1_1,00.html*

OCDE (2006). *Aid rising sharply according to final ODA figures for 2004*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques. Disponible sur http://www.oecd.org/dataoecd/0/41/35842562.pdf

Office of the United States Global AIDS Coordinator (2005). Engendering bold leadership: the president's emergency plan for AIDS relief, first annual report to congress. Washington, Département d'Etat des Etats-Unis.

ONUSIDA (2003). *ONUSIDA Budget-plan de travail intégré 2004–2005*. Genève.

ONUSIDA (2003). *Orientations pour demain : Unifier et intensifier l'appui aux pays*. Genève.

ONUSIDA (2004). *Financing the expanded response to AIDS*. Genève.

ONUSIDA (2005). La riposte mondiale au SIDA : faire travailler l'argent disponible – les "Trois Principes" en action. Communiqué émanant de la réunion de haut niveau du 9 mars 2005. Disponible sur: http://data.unaids.org/Media/Information-Notes01/In_Three_Ones_09Mar05_fr.pdf

ONUSIDA (2005). *Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries*. Genève. Disponible sur http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/ResourceNeedsReport_en.pdf

ONUSIDA Consortium pour le suivi des ressources (projet non encore publié). National AIDS spending assessments: absorptive capacity, bottlenecks, and out-of-pocket spending. Genève.

SIDALAC, FUNSALUD (2004). Financial indicators of the national responses to HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean, 1999–2002. Mexico City, Initiative régionale sur le SIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes (SIDALAC) et Mexican Health Foundation (FUNSALUD). Tableaux de données Disponible sur http://www.sidalac.org.mx

Stover J, Bollinger L, Walker N, Monasch R (2005). *Resources required to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

Chapitre 11 | OBTENIR LE MAXIMUM DES RIPOSTES NATIONALES

Alliance internationale contre le VIH/SIDA et Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA (2005). Document de discussion : Civil society and the "Three Ones." Brighton et Toronto, Alliance internationale contre le VIH/SIDA et Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA.

AMICAALL (2006). Disponible sur http://www.amicaall.org/

APLF et al. (2005). Act now: Asia-Pacific leaders respond to HIV/AIDS. Bangkok, Asia Pacific Leadership Forum on HIV/AIDS and Development. Disponible sur (http://www.aplfaids.com/avocacy_tools.php#act)

Barcellos NT (2005). Consultancy report of Mozambique "Three Ones"/Global Task Team assessment mission. Genève et Londres, Programme commun des Nations Unies sur la lutte contre le VIH/SIDA et Département pour le développement international du Royaume-Uni.

Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005). Forum de haut niveau pour renforcer ensemble l'efficacité de l'aide au développement. 28 février–2 mars 2005. Disponible sur http://www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf

European Health Group (projet 2006). Assessment of the proposal development and review process of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Søborg, Danemark, European Health Group.

Fonds mondial (2005). *Harmonization of Global Fund programs and donor coordination: four case studies with a focus on HIV/AIDS*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Disponible sur http://www.theglobalfund.org/en/files/about/replenishment/harmonization_paper_3rdreplenishment.pdf

Garcia-Calleja et al. (2004). A global analysis of trends in the quality of HIV sero-surveillance. *Sexually Transmitted Infections*, 80(Suppl. I):i25–i30. Londres, BMJ Publishing Group Ltd.

HCR (2005 et 2006). Rapports du HCR sur les programmes et activités de lutte contre le VIH et le SIDA pour 2004 et 2005. Genève, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. Au moment de mettre sous presse, le rapport 2005 n'est pas encore publié. Le rapport 2004 est disponible sur http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=430591752

Kenya National AIDS Control Council (2005). Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan (KNASP) for 2005/06 to 2009/10. Nairobi, National AIDS Control Council.

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2004). *AIDS in Asia: face the facts*. Bangkok, Monitoring the AIDS Pandemic Network.

Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes, and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 40(1):57–64. Septembre 2005.

National Expanded Theme Group on HIV/AIDS Nigeria (2005). *Domestication of the global task team recommendations in Nigeria*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

Nations Unies (2000). Déclaration du Millénaire des Nations Unies : Assemblée générale des Nations Unies, 55e session, 6 septembre 2000. New York.

Nations Unies (2002). Rapport de la Conférence internationale sur le financement du développement, Monterrey, Mexique. 18–22 mars 2002. New York. Disponible sur http://www.unctad.org/fr/docs/aconf/198d11_fr.pdf

OMS (2004a). Disponible sur http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/patientmonitoring.pdf

OMS (2004b). Disponible sur http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/hivpatientartmonitoringmeeting2004.pdf

OMS (2004c). Disponible sur http://www.who.int/kms/initiatives/EMR_Meeting_Report_2004.pdf

OMS (2004d). Disponible sur http://www.who.int/kms/initiatives/HL7_ART_meeting_report_FINAL.pdf

ONUSIDA (2004). Consultation sur l'harmonisation du financement international de la lutte contre le SIDA, Washington, 25 avril 2004. Accord conclu à la fin de la réunion. Disponible sur : http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=fr&href=http %3a %2f %2fgva-doc-owl %2fWEBcontent%2fDocuments %2fpub %2fUNA-docs %2fThree-Ones_Agreement_fr %26 %2346 %3bpdf

ONUSIDA (2005a). *Faire travailler l'argent disponible grâce à un appui accru des Nations Unies aux ripostes contre le SIDA. Plan d'appui technique consolidé des Nations Unies contre le SIDA*. Genève. Disponible sur www.unaids.org/html/pub/una-docs/techsupportplan_aug05_en_pdf.pdf

ONUSIDA (2005b). Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA: Rapport final. Genève. Disponible sur: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1131-gtt_fr.pdf

ONUSIDA (2005c). *Mécanisme ONUSIDA de répartition des tâches en matière d'appui technique : Synthèse et bien-fondé*. Genève.

ONUSIDA (2005d). *Mainstreaming HIV and AIDS in sectors and programmes: an implementation guide for National responses*. Genève, New York, Washington, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Programme des Nations Unies pour le Développement et Banque mondiale.

ONUSIDA (2005e). "Three Ones" country mission Viet Nam: mission report. Genève. Mars 2005.

ONUSIDA (2005f)). Strengthening the response to HIV and AIDS at local, country and global level: the role and opportunities for civil society in tracking progress toward UNGASS targets. Rapport d'une réunion de planification commune ONUSIDA et société civile sur la préparation de l'UNGASS organisée à Recife, Brésil, 15–17 septembre 2005. Genève.

ONUSIDA (2005g). *Les « Trois principes » en action : Bilan et avenir*. Genève. Disponible sur: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc935-3onesinaction_fr.pdf

ONUSIDA/HCR (2005). *Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes*. Disponible sur www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en_pdf.pdf

ONUSIDA/OMS (2000). *Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH*. Genève. Disponible sur www.who.int/entity/hiv/pub/epidemiology/secondgeneration_fr.pdf

OPS et al. (2005) . *HIV and AIDS in Latin America and the Caribbean: the evolving epidemic and response and the challenges ahead*. Washington, Organisation panaméricaine de la Santé. (Projet non publié.)

PASCA et al. (2003). Central American multi-site HIV prevalence and behaviour study. Central American AIDS Prevention Project. Disponible sur http://www.pasca.org/english/estudio_informes_eng.htm

Roseberry W, Seale A, Mphuka S (2005). Assessing the application of the "Three Ones Principles" in Zambia, 31 janvier–11 février 2005. Londres, Department for International Development Health Systems Resource Centre.

Secrétariat de la Communauté du Pacifique (2005). *The Pacific regional strategy on HIV/AIDS*. Nouvelle Calédonie, Secrétariat de la Communauté du Pacifique. Disponible sur http://www.aplfaids.com/documents/Final%20Pacific%20Regional%20Strategy%20on%20HIVAIDS.pdf

Shakow A (2006). Global Fund—World Bank HIV/AIDS programs: comparative advantage study. Genève et Washington, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le padlusme et Banque mondiale.

SIDALAC (2005). Des estimations sur les dépenses des pays figurent sur le site web de l'Initiative régionale sur le SIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes (SIDALAC). Disponible en anglais sur http//www.sidalac.org.mx/english/home.html

Tobias R (2005). Coming together to support national strategies. Statement to the high level forum on the global response to AIDS: making the money work—the "Three Ones" in action, Londres, 9 mars 2005.

Chapitre 12 | DE LA GESTION DE LA CRISE À LA RIPOSTE STRATÉGIQUE

Chaguturu S, Vallabhaneni S (2005) "Aiding and abetting—nursing crises at home and abroad," *New England Journal of Medicine*, 353 (17), 1761–3.

HIV Vaccine and Microbicide Resource Tracking Working Group (2005).

Mullan F (2005). The metrics of the physician brain drain. *New England Journal of Medicine*, 353(17): 1810–18.

ONUSIDA (2006). *From advocacy to action: A progress report on UNAIDS at country-level*. Genève.

UNICEF/ONUSIDA (2005). *Appel à l'action : les enfants, la face cachée du SIDA*. New York.

CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES

Préface et Avant-propos

Préface UNDPI

Avant-propos ONUSIDA/O.O'Hanlon

Chapitre 1 | INTRODUCTION

Page 1 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/UNICEF/G.Pirozzi (En bas à droite)
Page 2 ONUSIDA/AVECC/H.Vincent
Page 3 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 5 ONUSIDA/L.Taylor
Page 6 ONUSIDA/ILO/L.Solmssen

Chapitre 2 | L'ÉPIDÉMIE DE SIDA DANS LE MONDE

Page 7 ONUSIDA/G.Pirozzi (En haut à gauche)
ONUSIDA/P.Virot (En bas à droite)
Page 8 ONUSIDA/S.Noorani
Page 21 ONUSIDA/C.Sattlberger
Page 23 ONUSIDA/L.Taylor
Page 37 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 42 ONUSIDA/B.Press
Page 44 ONUSIDA/B.Press
Page 50 ONUSIDA/S.Drakborg
Page 54 ONUSIDA/S.Drakborg
Page 56 ONUSIDA/S.Drakborg

Chapitre 3 | PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LES PAYS

Page 57 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/W.Phillips (En bas à droite)
Page 58 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 59 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 65 ONUSIDA/WHO/A.Waak
Page 66 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 75 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 83 ONUSIDA/S.Noorani

Chapitre 4 | L'IMPACT DU SIDA SUR LES PERSONNES ET LES SOCIÉTÉS

Page 89 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/WHO/V.Suvorov (En bas à droite)
Page 90 ONUSIDA/B.Neeleman
Page 98 ONUSIDA/C.Sattlberger
Page 105 ONUSIDA/L.Alyanak
Page 106 ONUSIDA/L.Alyanak
Page 108 ONUSIDA/S.Noorani
Page 109 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 111 ONUSIDA/ILO/J.Maillard

Chapitre 5 | PERSONNES À RISQUE ET LAISSÉS-POUR-COMPTE : QUATRE GROUPES DE POPULATION CLÉS

Page 115 ONUSIDA/S.Noorani (En haut à gauche)
ONUSIDA/S.Noorani (En bas à droite)
Page 116 ONUSIDA/ILO/J.Maillard
Page 117 ONUSIDA/J.Spaull
Page 118 ONUSIDA/WHO/V.Suvorov
Page 120 ONUSIDA/ILO/J.Maillard
Page 123 ONUSIDA/F.Sanchez
Page 124 ONUSIDA/F.Sanchez
Page 127 ONUSIDA/F.Sanchez
Page 128 ONUSIDA/A.Sabler
Page 130 ONUSIDA/A.Sabler
Page 131 ONUSIDA/A.Sabler
Page 132 ONUSIDA/J.Spaull
Page 133 UNAIDS/K.Hesse

Chapitre 6 | PRÉVENTION GLOBALE DU VIH

Page 139 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/G.Pirozzi (En bas à droite)
Page 140 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 141 ONUSIDA/L.Gubb
Page 145 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 146 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 149 ONUSIDA/S.Noorani
Page 150 ONUSIDA/A.Sterck
Page 152 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 154 ONUSIDA/L.Taylor
Page 157 ONUSIDA/P.Virot
Page 159 ONUSIDA/J.Spaull
Page 161 ONUSIDA/WHO/V.Suvorov
Page 162 ONUSIDA/G.Pirozzi

Chapitre 7 | TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Page 167 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/O.O'Hanlon (En bas à droite)
Page 168 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 169 ONUSIDA/WHO/A.Waak
Page 173 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 175 ONUSIDA/S.Noorani
Page 177 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 179 ONUSIDA/A.Vasconcelos
Page 181 ONUSIDA/WHO/E.Miller
Page 182 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 188 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 190 ONUSIDA/O.O'Hanlon

Chapitre 8 | RÉDUIRE L'IMPACT DU SIDA

Page 199 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/O.O'Hanlon (En bas à droite)
Page 200 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 201 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 202 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 205 ONUSIDA/L.Taylor
Page 206 ONUSIDA/L.Taylor
Page 209 ONUSIDA/P.Virot
Page 211 ONUSIDA/AVECC/H.Vincent
Page 213 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 214 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 216 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 217 ONUSIDA/ C.Giray
Page 219 ONUSIDA/ C.Giray

Chapitre 9 | LE RÔLE ESSENTIEL DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Page 225 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/WHO (En bas à droite)
Page 226 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 227 ONUSIDA/L.Gubb
Page 229 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 231 ONUSIDA/J.Spaull
Page 233 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 234 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 237 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 239 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 240 ONUSIDA/O.O'Hanlon

Chapitre 10 | FINANCER LA RIPOSTE AU SIDA

Page 251 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/G. Pirozzi (En bas à droite)
Page 252 ONUSIDA/L.Alyanak
Page 261 ONUSIDA/L.Alyanak
Page 269 ONUSIDA/ILO/J.Maillard
Page 271 ONUSIDA/AVECC/H.Vincent
Page 278 ONUSIDA/O.O'Hanlon

Chapitre 11 | OBTENIR LE MAXIMUM DES RIPOSTES NATIONALES

Page 285 ONUSIDA/ILO/J.Maillard (En haut à gauche)
ONUSIDA/G.Pirozzi (En bas à droite)
Page 286 ONUSIDA/L.Alyanak
Page 287 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 289 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 292 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 295 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 296 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 298 ONUSIDA/G.Pirozzi
Page 301 ONUSIDA/C.Sattlberger
Page 303 ONUSIDA/O.O'Hanlon
Page 306 ONUSIDA/S.Drakborg

Chapitre 12 | DE LA GESTION DE LA CRISE À LA RIPOSTE STRATÉGIQUE

Page 315 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/R.Cangale (En bas à droite)
Page 316 ONUSIDA/W.Phillips
Page 317 ONUSIDA/WHO/E.Miller
Page 320 ONUSIDA/P.Virot
Page 321 ONUSIDA/J.Spaull
Page 323 ONUSIDA/S.Drakborg
Page 325 ONUSIDA/Tango Photo/P.Carrera
Page 326 ONUSIDA/Tango Photo/P.Carrera
Page 327 ONUSIDA/S.Drakborg

Annexe 1 | PROFILS DE PAYS

Page 333 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/L.Alyanak (En bas à droite)
Page 334 ONUSIDA/G.Pirozzi

Annexe 2 | ESTIMATIONS ET DONNÉES SUR LE VIH ET LE SIDA, 2005 ET 2003

Page 555 ONUSIDA/G.Pirozzi (En haut à gauche)
ONUSIDA/S.Drakborg (En bas à droite)
Page 556 ONUSIDA/G.Pirozzi

Annexe 3 | INDICATEURS RELATIFS AUX PROGRÈS RÉALISÉS DANS LES PAYS

Page 587 ONUSIDA/P.Virot (En haut à gauche)
ONUSIDA/S.Noorani (En bas à droite)
Page 588 ONUSIDA/J.Daldin

Déni de responsabilité : Les photographies figurant dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement la situation, les opinions, ou les croyances des personnes représentées, et n'impliquent d'aucune façon leur statut VIH.