



Enfants et SIDA

Un bilan de la situation

UNISSONS-NOUS POUR LES ENFANTS
CONTRE LE SIDA



Enfants et SIDA

Un bilan de la situation

Actions et progrès au cours de la première année d' *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*

Les citations figurant dans ce rapport représentent le point de vue des individus cités et pas nécessairement celui de l'UNICEF.

ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, regroupe les efforts et ressources de dix institutions des Nations Unies en une action mondiale contre le VIH/SIDA. Ses co-parrains comprennent le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, le FNUAP, l'ONU DC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS, et la Banque mondiale. Le secrétariat d'ONUSIDA se trouve à Genève et coordonne les activités dans plus de 75 pays.



TABLE DES MATIÈRES

Page 2	Introduction
Page 4	Des résultats pour les enfants
Page 5	Programmes pour enfants : les « Quatre priorités »
Page 6	Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant
Page 9	Procurer un traitement pédiatrique
Page 13	Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes
Page 16	Protéger et soutenir les enfants affectés par le VIH/SIDA
Page 19	Ressources pour enfants
Page 20	Une approche intégrée
Page 22	Appel à l'action
Page 25	Pour un accès universel
Page 26	Notes
Page 28	Tableaux statistiques

INTRODUCTION

Le SIDA redéfinit la notion même d'enfance pour des millions d'enfants qu'il prive de leurs droits fondamentaux – il les prive des soins, de l'amour et de l'affection de leurs parents, ils les prive de leurs enseignants et d'autres adultes servant de modèles; il les prive d'éducation et de possibilités d'avenir; il les prive de protection contre l'exploitation et les sévices. La communauté internationale doit agir maintenant, résolument et de toute urgence, pour que la prochaine génération soit affranchie du SIDA.

– UNICEF, Appel à l'action : les enfants, face cachée du SIDA¹

Vingt-cinq ans après le début de l'épidémie de SIDA, les enfants qui se retrouvent sur le chemin du virus encourent toujours de graves dangers. Environ 2,3 millions d'enfants de moins de quinze ans sont infectés par le VIH; 15,2 millions de jeunes de moins de dix-huit ans ont perdu au moins un parent à cause du SIDA, qui en a rendu des millions d'autres vulnérables. Ces statistiques dissimulent d'autres risques, car les enfants affectés par le SIDA risquent de connaître la pauvreté et la discrimination, ils risquent aussi de perdre leur foyer, de devoir abandonner leurs études, de voir disparaître leurs possibilités d'avenir ou de mourir prématurément.

Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA a été lancé en octobre 2005 avec pour objectif de donner aux enfants, « face cachée du SIDA », la place centrale qui leur revient dans les interventions de la communauté internationale face au VIH/SIDA. Un an plus tard, les initiatives mondiales pour protéger et soutenir les enfants affectés par le SIDA restent très insuffisantes, ce qui est une tragédie. Mais cela est en train de changer, de façon concrète et positive.

Le présent rapport dresse le bilan des principales initiatives prises pour les enfants affectés par le VIH/SIDA depuis le lancement de la campagne *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* il y a un an et des changements qu'elles ont entraînés. Il conclut, entre autres, qu'en 2006 la problématique de l'enfance et du SIDA est nettement mieux intégrée aux cadres d'orientation nationaux, y compris les plans d'action nationaux et les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) dans au moins 20 pays d'Afrique subsaharienne. Il estime aussi que de plus en plus d'enfants reçoivent un traitement grâce à un dépistage plus efficace, à une baisse du coût des médicaments et à une posologie simplifiée. Il rapporte que dans plusieurs pays, des changements de comportement se traduisent par un déclin de la prévalence du VIH chez les jeunes. Et les disparités entre orphelins et non-orphelins dans l'accès à l'éducation se sont réduites dans plusieurs pays.

Au cours de l'année écoulée, un consensus de plus en plus large s'est dégagé sur la nécessité d'intensifier et accélérer les initiatives visant à l'accès universel à une approche intégrant la prévention, le traitement, la prise en charge et le soutien. Les chefs d'Etat et de gouvernement qui ont participé ou se sont fait représenter à la réunion de haut niveau sur le SIDA qui s'est tenue au Siège des Nations Unies à New York du 31 mai au 2 juin 2006 se sont engagés à cet égard.

On comprend mieux à présent l'importance vitale des objectifs fixés par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA (2001) – et les objectifs visant les enfants présentés dans les quatre domaines programmatiques d'*Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* – pour arriver à un accès aussi universel que possible.

On s'est également rendu compte que l'on n'atteindrait pas les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – et en particulier l'objectif n° 6, qui est d'enrayer la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015 – si les approches sur l'enfance et le SIDA et les approches sur la santé et la survie de l'enfant ne formaient pas un tout intégré.

Les progrès enregistrés ne sauraient cependant dissimuler d'immenses lacunes :

- Dans les pays à bas et moyens revenus, une femme enceinte infectée au VIH/SIDA sur dix seulement bénéficie d'un traitement antirétroviral prophylactique pour empêcher la transmission de la mère à l'enfant.
- Sur dix enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral (ARV), seul un en bénéficie. Les autres sont condamnés à une vie difficile et mourront rapidement.
- Sur 25 enfants nés de mères infectées au VIH, un seul tout au plus recevra un traitement prophylactique au cotrimoxazole pour empêcher des infections opportunistes potentiellement mortelles.
- Les enfants qui ont perdu leurs deux parents – à cause du SIDA ou pour toute autre cause – ont moins de chance d'être scolarisés que les non-orphelins.
- En Afrique subsaharienne, moins d'un jeune sur trois a les connaissances nécessaires pour se protéger du VIH.

Le présent rapport s'est fixé pour objectif d'identifier les tendances discernables, en comparant des données nouvelles ou existantes à une ligne de base, utilisée ici pour la première fois, dans les quatre domaines suivants : prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant procurer un traitement pédiatrique, prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes et protéger et soutenir les enfants affectés par le VIH/SIDA (les « Quatre priorités »).

Le suivi des progrès des « Quatre priorités »

L'un des objectifs clés d'*Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, c'est de décrire au plus juste la situation des enfants affectés par le SIDA et de créer une ligne de base pour mesurer les progrès accomplis et identifier les lacunes existantes. L'UNICEF et ONUSIDA collaborent ensemble avec les gouvernements nationaux et les partenaires pour établir un ensemble d'indicateurs qui serviront à mesurer les progrès des « Quatre priorités » au niveau des pays. Les indicateurs choisis et les estimations concernant l'enfance et le SIDA ont permis de créer des tableaux statistiques que l'on trouvera pages 28 et suivantes du présent rapport.



© UNICEF/H005-1406/CHRISTINE NESBITT

Il examine ensuite les progrès accomplis pour proposer des stratégies de soutien, considérées comme les éléments cruciaux d'une intervention axée sur les enfants. Il cherche à mettre en lumière la façon dont *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* a prouvé sa pertinence et son potentiel, mais aussi les domaines où la campagne a échoué dans ses tentatives de provoquer une mobilisation mondiale, régionale ou nationale suffisante pour résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les enfants affectés par le SIDA. Il explorera ce que la campagne devra faire l'année prochaine pour atteindre ses objectifs ambitieux.

ONUSIDA fournit une structure souple et dynamique permettant une large participation de la famille des Nations Unies à *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, en fonction des mandats, responsabilités et avantages comparés de chacun de ses membres. Les pages qui suivent rendent hommage à leur contribution aux « Quatre priorités » ainsi qu'à celle de nombreux autres partenaires.

DES RÉSULTATS POUR LES ENFANTS

« Il était évident que la situation devenait désespérée, que nous accumulions les retards dans tous les domaines cruciaux pour les enfants, et qu'il devenait urgent d'intervenir. »

– Stephen Lewis, ancien Envoyé spécial du Secrétaire général pour le VIH/SIDA en Afrique, lors de la XVIème Conférence internationale sur le SIDA.

Une année s'est écoulée depuis le lancement d'*Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*. Les réactions initiales se sont manifestées de diverses façons et dans des contextes très variés. L'appel à l'action pour une génération affranchie du SIDA a été repris par de nombreuses personnalités partout dans le monde et par des organisations petites ou grandes qui s'expriment au nom des enfants, véritable « face cachée » de l'épidémie. Les enfants affectés par le SIDA sont plus visibles à présent, ils sont pris au sérieux dans les forums mondiaux, régionaux ou nationaux où on ne leur prêtait guère attention auparavant.

La Déclaration politique sur le VIH/SIDA adoptée à la Réunion de haut niveau sur le SIDA en juin 2006 à l'ONU insistait particulièrement sur les besoins des femmes et des enfants touchés par l'épidémie. Plus d'une douzaine de séances de la XVIème Conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue en août 2006 à Toronto étaient consacrées aux enfants et adolescents.

Les défis à relever avant d'arriver à une génération qui soit libérée du SIDA sont énormes. Les pays ont-ils entendu les nombreux appels à l'action ? Par bien des côtés, conclut le présent document, la réponse est oui.

Plaidoyer par la société civile

Au cours de l'année écoulée, les organisations s'occupant de plaidoyer ont uni leurs forces pour donner aux enfants une place plus centrale dans l'ordre du jour de la réponse internationale contre le SIDA. Pour ne citer que quelques exemples : en 2006, le Mouvement mondial en faveur des enfants a publié un rapport intitulé *Sauver des vies : le droit des enfants au traitement contre le VIH/SIDA* exhortant la communauté internationale à se mobiliser pour soigner les enfants séropositifs. L'Alliance mondiale contre le SIDA a joué un rôle stratégique, prenant la tête du débat d'orientation sur le SIDA et de l'organisation de campagnes de coalition. La campagne « Tenir sa promesse » de l'Ecumenical Advocacy Alliance engage la responsabilité des dirigeants religieux, des organisations religieuses, des gouvernements et des organisations intergouvernementales pour les engagements qu'ils ont pris et elle plaide pour la poursuite des efforts et l'obtention de ressources supplémentaires pour lutter contre le VIH/SIDA. L'Organisation des premières dames africaines contre le SIDA cible les adultes dans leur rôle de protecteurs et de tuteurs des enfants

PROGRAMMES POUR ENFANTS : LES « QUATRE PRIORITÉS »

« La campagne doit tenir ses promesses concernant les 'Quatre priorités'. Le programme est très clair et nous devons le traduire par des actions concrètes dans chaque pays. »

*– Peter Piot,
Directeur général
d'ONUSIDA*

Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA fournit aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA un cadre centré sur les « Quatre priorités », quatre impératifs urgents visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, procurer un traitement pédiatrique, prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes et protéger et soutenir les enfants affectés par le SIDA. Des progrès dans ces quatre domaines se traduiront par de réels changements dans la vie et les perspectives d'avenir des enfants affectés par le SIDA. Ils contribueront à la réalisation de l'OMD n° 6 – mettre un terme à la propagation du VIH/SIDA d'ici à 2015 – ainsi que des autres OMD.

Objectifs d'*Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* : les « Quatre priorités »

- **Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant**
En 2010 ou avant offrir des services adéquats à 80 pour cent des femmes qui en ont besoin
- **Procurer un traitement pédiatrique**
En 2010 ou avant, procurer un traitement antirétroviral ou du cotrimoxazole, ou les deux, à 80 pour cent des enfants qui en ont besoin
- **Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes**
En 2010 ou avant, réduire d'un quart le pourcentage mondial de jeunes vivant avec le VIH.
- **Protéger et soutenir les enfants affectés par le SIDA**
En 2010 ou avant, atteindre 80 pour cent des enfants qui en ont le plus besoin.



© UNICEF/H004-1224/GIA/COMO PIROZZI

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

« Nous sommes convaincus que l'accès universel à la PTME est une nécessité et qu'il doit être assuré maintenant ».

**– Leslie Ramsammy,
Ministre de la santé,
Guyana.**

Objectif : en 2010 ou avant, offrir des services adéquats à 80 pour cent des femmes qui en ont besoin

Les progrès accomplis dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) reflètent la volonté des gouvernements et des partenaires d'agir de façon décisive pour accélérer ce qui se fait au niveau des pays.

Il y a urgence. Quelque 530 000 enfants ont été infectés par le VIH en 2006, en majorité par une transmission de la mère à l'enfant². Sans traitement, un bébé infecté sur deux mourra avant l'âge de deux ans³.

En appliquant les connaissances acquises, les pays à revenus élevés ont connu un déclin marqué du taux de transmission, lequel se situe aujourd'hui autour de deux pour cent⁴. De telles réductions sont le résultat d'initiatives capitales : identifier les femmes enceintes infectées par le VIH en offrant un dépistage de routine, les enrôler dans des programmes de PTME, garantir que les systèmes de santé sont pleinement en mesure de fournir des régimes thérapeutiques antirétroviraux (ARV) et aider les femmes à donner à leurs nourrissons une alimentation optimale et sans risque.

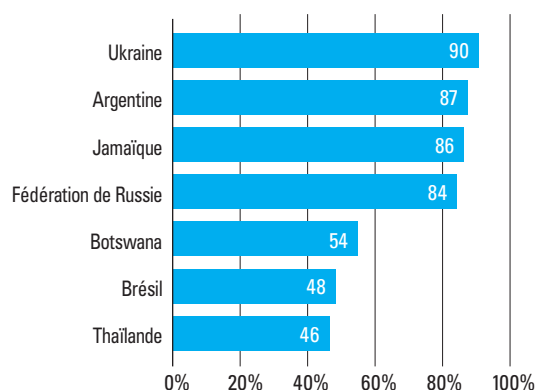
Situation et tendances

Dix pour cent des femmes enceintes jeunes vivant dans les capitales d'Afrique subsaharienne sont infectées au VIH et environ un enfant sur trois né de ces femmes contractera le virus⁵. Dans les pays d'où proviennent ces données, le taux d'infection est le plus élevé au Botswana (Gaborone) et au Swaziland (Mbabane), où une femme enceinte sur trois est infectée, ainsi qu'au Lesotho (Maseru) et en Afrique du Sud (Pretoria) où une femme enceinte sur quatre est infectée⁶.

Faire passer les programmes de PTME à grande échelle représente un énorme défi. En 2005, dans les pays à bas ou moyens revenus, on estimait à 9 pour cent le taux de femmes enceintes infectées par le virus et recevant un traitement prophylactique ARV pour empêcher la transmission à leur bébé, soit une augmentation de 3 pour cent par rapport à 2003⁷.

Seuls sept des pays pour lesquels nous disposons de données pour 2005 offrent un traitement antirétroviral prophylactique à plus de 40 pour cent des femmes enceintes séropositives (Voir *Tableau 1, page 7*). Le Botswana mis à part, aucun ne se trouve en Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par l'épidémie.

Tableau 1 : Pays où au moins 40 pour cent des femmes enceintes infectées au VIH reçoivent des ARV pour la PTME, 2005



Note : Deux pays ont signalé qu'au moins 40 pour cent des femmes enceintes séropositives recevaient des ARV pour la PTME avant 2005 : le Bélarus (plus de 60 pour cent) et le Suriname (44 pour cent).

Source : UNICEF et OMS au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions élargie pour la PTME, « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître)

Pourtant, dans les pays à forte prévalence d'Afrique de l'Est et australe (Afrique du Sud, Namibie, Rwanda, et Swaziland), les dernières tendances semblent nettement en hausse en ce qui concerne l'accès aux ARV pour la PTME. (Voir Tableau 2).

Ces progrès peuvent être attribués en partie à une approche décentralisée où des structures comme les équipes de district, régionales ou provinciales chargées de la gestion de la santé sont responsables de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des services de PTME, y compris la formation des fournisseurs de services.

Une volonté politique claire est également un facteur de succès. A ce jour, plus de cent pays sur lesquels l'UNICEF a enquêté au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions élargie pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont créé des programmes nationaux de PTME.

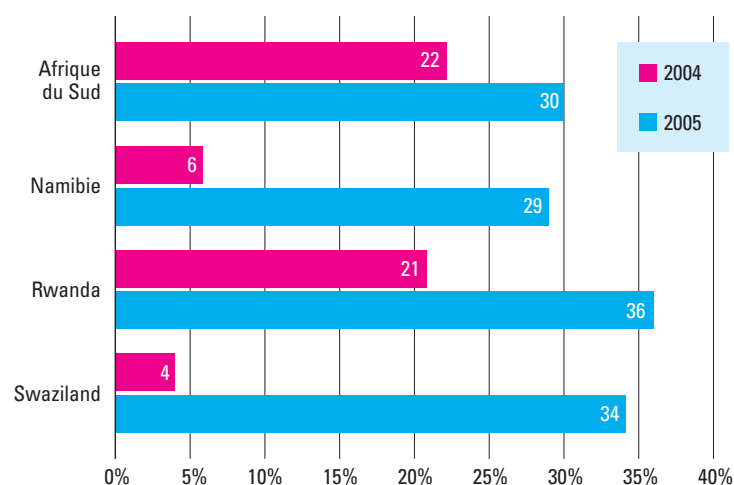
Dans certains pays, ces programmes sont en train de passer du traitement du seul individu infecté à la prise en charge de toute la famille. Le modèle TME-Plus – un ensemble d'interventions, dont la prévention du VIH, la

prise en charge, le soutien et le traitement des mères, des enfants et de leur famille en prenant la PTME comme point d'accès – a été adopté dans plusieurs pays, dont neuf bénéficient du soutien de l'École de santé publique Mailman de l'Université Columbia, qui a été la première à adopter cette approche⁸.

Le soutien de mère à mère (m2m) est un programme original organisé sur place dans 73 sites du Botswana, d'Éthiopie et d'Afrique du Sud et qui utilise l'éducation et l'autonomisation pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, lutter contre l'exclusion au sein des familles et des communautés et prolonger la vie des mères par un suivi scrupuleux des prescriptions médicales. Ce programme m2m forme et engage des mères séropositives comme éducatrices (« mères mentors ») et travaille de concert avec des organisations non gouvernementales (ONG) locales pour créer un modèle qui peut s'insérer dans le cadre des initiatives nationales de PTME en Afrique subsaharienne.

En août 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié de nouvelles directives sur la prévention de l'infection au VIH chez l'enfant. Celles-ci comportent une prise en charge du VIH maternel et des régimes thérapeutiques ARV plus efficaces⁹. En novembre 2006, suite à un processus consultatif, l'OMS et ONUSIDA ont rendu publiques des directives provisoires recommandant que les fournisseurs de service offrent de façon routinière un dépistage et un suivi du VIH¹⁰.

Tableau 2 : Pourcentage de femmes enceintes infectées au VIH ayant reçu un traitement ARV pour la PTME, 2004-2005 (pays sélectionnés)



Source : UNICEF et OMS au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions élargie pour la PTME, « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître) et « Bulletin sur la PTME 2005 : Suivi de la mise en œuvre de programmes pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant », décembre 2005

Dans le cadre de son soutien aux programmes nationaux et de sa participation au partenariat international de lutte contre le SIDA, le **Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA (PEPFAR)**, une initiative des Etats-Unis, rapporte qu'au 1er septembre 2006, il avait permis la prévention de 101 500 infections au VIH chez les nourrissons, en fournissant une aide à des services de PTME pour plus de six millions de grossesses et un traitement ARV prophylactique à plus de 533 300 femmes enceintes.

Éliminer le VIH chez les enfants

Un Forum mondial des partenaires sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant s'est tenu à Abuja (Nigéria) en décembre 2005. Dans son appel à l'action, il exhortait les gouvernements nationaux et les partenaires à prendre les mesures nécessaires pour éliminer le VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants.

L'appel d'Abuja a eu un véritable effet catalyseur et les réunions de suivi régionales sur la PTME à Kampala (Ouganda) et à Nairobi (Kenya) en juin 2006 témoignaient de ce nouvel élan dans la création de partenariats autour de cette question. La réunion de Kampala avait été organisée suite à une résolution des ministres de la santé du Secrétariat communautaire régional de la santé d'Afrique centrale, australe et de l'Est visant à renforcer les programmes de PTME dans la région. Elle définissait les domaines clés du programme et les besoins techniques pour accélérer leur passage à grande échelle. La réunion de Nairobi avait pour objectif de renforcer les capacités d'un groupe central d'experts régionaux afin que ceux-ci puissent aider les pays à adapter et mettre en pratique une formation intégrée à la PTME.



© UNICEF/H004-1201/ANM VITALE

En 2005, la **Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation** a offert des services de dépistage et de suivi à plus de 658 500 femmes et une thérapie prophylactique ARV à plus de 52 200 femmes dans dix-sept pays différents. En septembre 2006, près de 9 pour cent des individus à qui la Fondation avait fourni un traitement avaient moins de quinze ans. Son objectif est de passer à 15 pour cent en optimisant le dépistage des enfants malades, en offrant des traitements ARV pédiatriques dans les centres de traitement ARV existants et en renforçant le suivi et l'évaluation.

PROCURER UN TRAITEMENT PÉDIATRIQUE

Objectif : en 2010 ou avant, fournir un traitement antirétroviral, ou du cotrimoxazole, ou les deux, à 80 pour cent des enfants qui en ont besoin.

Quelque 2,3 millions d'enfants de moins de quinze ans vivent avec le VIH¹¹. Le virus progresse rapidement chez les enfants, et on estime qu'un bébé sur trois meurt avant son premier anniversaire et que la moitié meurt avant l'âge de deux ans¹². Rien qu'en 2006, quelque 380 000 enfants sont morts de causes liées au SIDA¹³. La vaste majorité de ces décès était évitable, soit en traitant les infections opportunistes avec des antibiotiques, soit grâce à un traitement antirétroviral (ARV).

L'OMS recommande de donner du cotrimoxazole aux enfants infectés au VIH ainsi qu'à ceux nés d'une mère séropositive là où il n'existe pas de dépistage précoce des infections au VIH. On estime à environ quatre millions le nombre d'enfants exposés au virus ou infectés par celui-ci en 2005. Ce chiffre pourrait être divisé pratiquement par deux si tous les pays diagnostiquaient l'infection au VIH dans les jours qui suivent la naissance et si le cotrimoxazole était donné exclusivement aux enfants infectés¹⁴. Environ 780 000 des 2,3 millions d'enfants infectés au VIH avaient besoin d'ARV en 2005¹⁵.

« Nous avons les outils. Nous avons le savoir-faire. Il nous faut simplement trouver le moyen d'aider les centaines de milliers d'enfants qui ont un besoin urgent d'être soignés ».

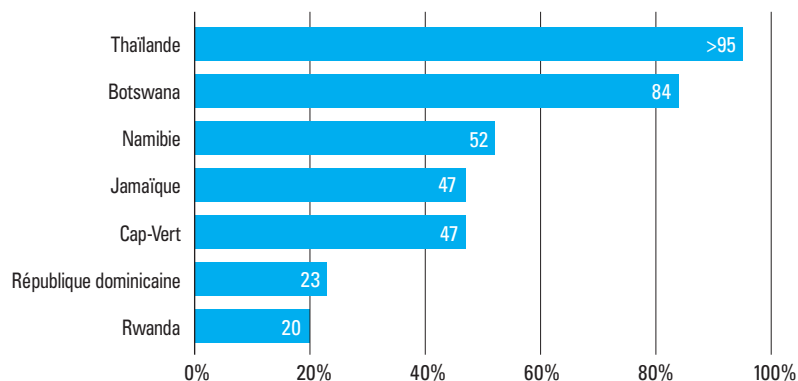
— **Mark Kline, Président,
Baylor International Pediatric
AIDS Initiative**

Situation et tendances

Au niveau mondial, l'UNICEF, l'OMS et leurs partenaires estiment qu'en 2005, seulement 4 pour cent des enfants qui en avaient besoin recevaient du cotrimoxazole à titre prophylactique¹⁶, et que 75 000 enfants seulement (10 % de ceux qui en ont besoin) avaient accès aux ARV¹⁷.

Seulement sept des pays pour lesquels nous disposons de données en 2005 fournissent des ARV à au moins 20 pour cent des enfants qui en ont besoin (voir Tableau 3). Mais quatre d'entre eux seulement (le Botswana, le Cap-Vert, la Namibie et le Rwanda) se trouvent en Afrique subsaharienne, qui supporte le plus lourd fardeau en termes de VIH (voir Tableau 4, page 10).

Tableau 3 : Pays où au moins 20 pour cent des enfants de moins de quinze ans qui en ont besoin ont reçu des ARV, 2005



Source : UNICEF et OMS au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions élargie pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant : « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique du VIH », 2006 (à paraître)

Les données nationales sur la prise en charge pédiatrique restent peu nombreuses, car la plupart des pays n'ont pas encore inclus des indicateurs clés spécifiques dans leurs systèmes nationaux de suivi ou viennent seulement de commencer. Néanmoins, le mouvement semble s'accélérer, même si les chiffres de départ sont très peu élevés. Et comme, au cours des douze derniers mois, les efforts portent de plus en plus sur les traitements pédiatriques, on peut s'attendre à ce que les données de 2006 montrent une augmentation nette du nombre d'enfants en traitement.

Augmenter la production

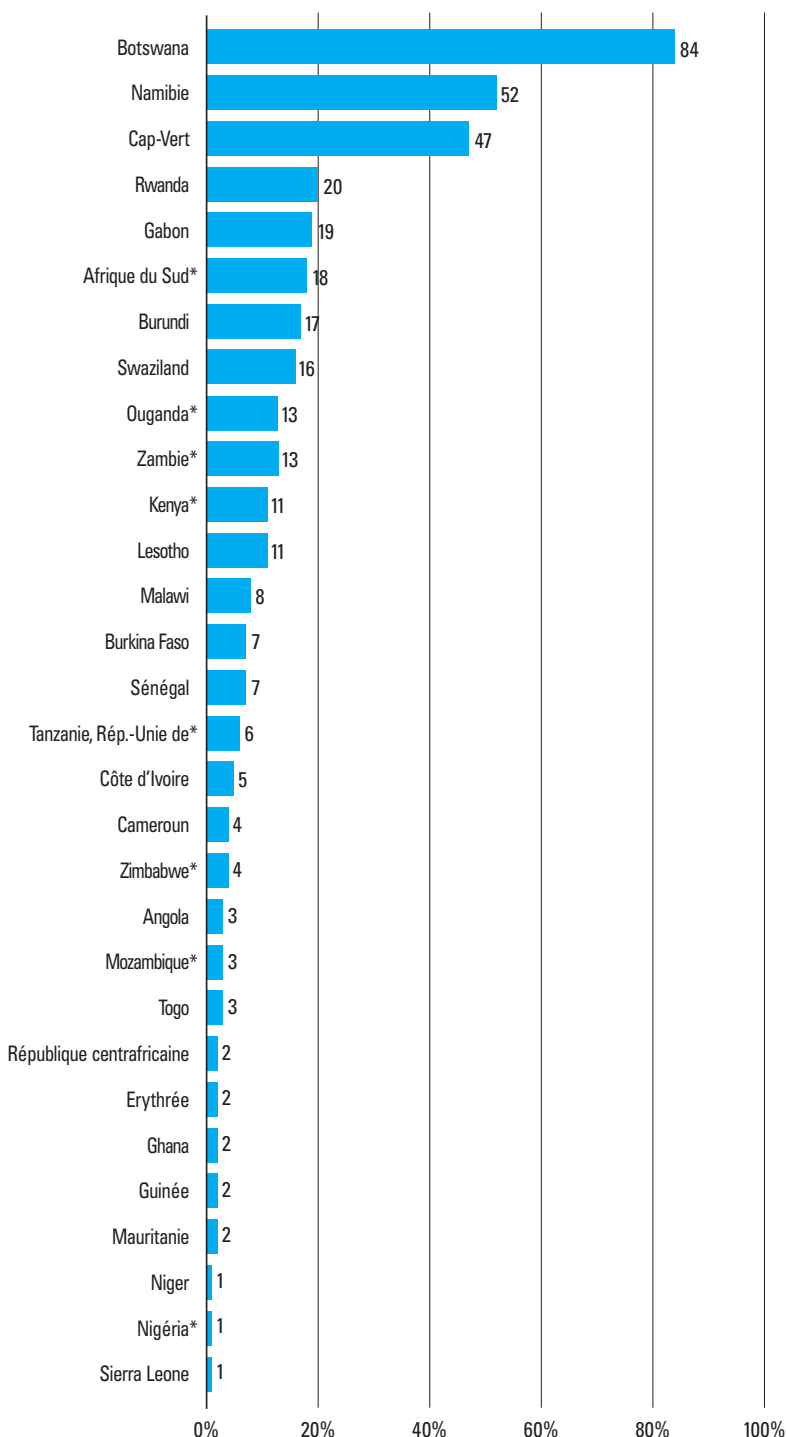
Plusieurs pays – dont l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Inde, l'Ouganda, le Rwanda, la Tanzanie, la Thaïlande et la Zambie – ont été en mesure d'augmenter la prise en charge pédiatrique du VIH en traitant les enfants dans les cliniques pour adultes. Certains de ces pays (l'Ouganda, la Tanzanie et la Zambie) ont amélioré leurs capacités à détecter les nourrissons infectés au VIH et nécessitant un traitement avant qu'ils ne contractent de graves infections, et ce grâce à un dépistage de routine du VIH chez tous les enfants malades.

Plusieurs pays ont adopté des méthodes de dépistage novatrices pour la détection précoce du VIH chez les enfants. Ainsi, le Botswana a introduit en 2005 une méthode d'échantillonnage de taches de sang séché sur papier filtre pour faciliter les examens virologiques des enfants exposés au virus : les taches sont recueillies dans les dispensaires et hôpitaux et envoyées à un laboratoire central qui les analyse¹⁸. Médecins et infirmières ont commencé une formation en vue de la diffusion de cette méthode dans tout le pays.

« Avec les taches de sang séché, nous sommes maintenant en mesure de rendre un diagnostic beaucoup plus rapide pour les bébés de dix-huit mois. Nous nous apprêtons donc à disséminer la méthode dans tous les districts. »

**— Sheila Tlou,
Ministre de la santé,
Botswana**

Tableau 4 : Pourcentage des enfants de moins de 15 ans recevant des ARV en Afrique subsaharienne, 2005



Note: Les taux au Tchad, aux Comores, au Congo, en République démocratique du Congo*, en Gambie et à Madagascar sont de moins de 1 pour cent. Les pays marqués d'un astérisque (*) ainsi que l'Inde comptabilisaient approximativement deux tiers de toutes les infections au VIH transmises de mère à enfant en 2005.

Source : UNICEF et OMS au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions élargie pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant : « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique du VIH », 2006 (à paraître)



© UNICEF/H005-1903/DONNA DECESARE

L'Inde et le Rwanda ont élaboré des plans pour fournir des traitements pédiatriques à grande échelle, plans qui servent de base à la planification stratégique, aux demandes de fonds et à l'allocation des ressources. Le Zimbabwe a amélioré la fiche de santé des enfants afin de mieux capter les informations relatives au VIH, et d'autres pays ont suivi son exemple.

En 2005 et 2006, au **Rwanda**, deux conférences nationales sur le traitement pédiatrique, la prise en charge et l'appui aux enfants infectés ou affectés par le VIH/SIDA ont débouché sur un engagement à tenir systématiquement compte de ces enfants dans les initiatives nationales de lutte contre le SIDA ainsi que sur une série de recommandations sur l'enfance et le SIDA pour le plan national d'action de 2007. C'est la Commission nationale de contrôle du SIDA qui a organisé ces deux conférences, sous le patronage du président Paul Kagame. Le Rwanda est le premier pays à procéder à un examen national annuel sur le thème de l'enfance et du SIDA.

Un engagement plus important

Les activités de plaidoyer d'organisations comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le PEPFAR, la Banque mondiale ou des groupes issus de la société civile ont permis de souligner l'urgence des questions relatives à la prise en charge pédiatrique du VIH.

Le niveau d'engagement des divers acteurs s'est également accru. En septembre 2006, les Gouvernements brésilien, chilien, français, norvégien et britannique lançaient UNITAID, un dispositif international d'achat de médicaments financée par des taxes sur les déplacements aériens internationaux et autres mécanismes similaires. Les fonds obtenus grâce à UNITAID ont été alloués à la fourniture de médicaments ARV pédiatriques et d'outils diagnostiques aux gouvernements qui se sont engagés à promouvoir les traitements à grande échelle. A ce jour, cette centrale a récolté 35 millions de dollars. La Fondation Clinton prendra en charge la distribution des fournitures liées au VIH pédiatrique.

Le coût des médicaments ARV pour enfants a baissé de façon spectaculaire au cours des 12 à 18 derniers mois. Ainsi, l'Initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton a négocié une réduction des coûts des ARV pédiatriques, qui reviennent à présent à moins de 0,16 dollar par jour (60 dollars par an), ce qui a stimulé la compétition dans le développement de posologies pédiatriques¹⁹.

Depuis avril 2005, l'Initiative pédiatrique de **l'Initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton (CHAI)** a permis à seize pays de traiter un total de 10 000 enfants, doublant ainsi le nombre d'enfants soignés en dehors du Brésil et de la Thaïlande. Elle vise à mettre 100 000 enfants de plus sous ARV dans 35 pays d'ici à la fin 2007. La CHAI travaille en collaboration avec les pouvoirs publics afin d'améliorer le diagnostic et la fourniture d'ARV aux enfants grâce à la formation de ressources humaines et l'amélioration des infrastructures pour les laboratoires.

Plusieurs médicaments sont à présent disponibles en posologies pédiatriques à prise unique, et Cipla a créé Pedimune®, une formule de médicaments à dose fixe pour jeunes enfants. Abbot, Bristol-Myers Squibb et d'autres compagnies pharmaceutiques ont également fourni une aide financière importante à des organisations comme la *Baylor International Pediatric AIDS Initiative*, ainsi qu'au nouveau *Paediatrics AIDS Corps* que celle-ci est en train de déployer afin de permettre des réponses nationales à grande échelle pour les traitements pédiatriques.

La **Baylor International Pediatric AIDS Initiative** a été lancée en 1996 pour améliorer le dépistage, la prise en charge, le soutien, la prévention et la recherche pour les enfants affectés par le VIH/SIDA et leurs familles. En octobre 2006, elle avait déjà fourni des soins à 12 196 enfants infectés au VIH et fourni des ARV hautement actifs à 4 924 enfants fréquentant ses cliniques (Centres d'excellence) dans toute l'Afrique et l'Europe de l'Est.

Les recherches se poursuivent dans plusieurs directions, y compris sur l'impact d'un dépistage de routine pour identifier les enfants infectés par le VIH ou sur l'adhérence au traitement, l'interruption stratégique de traitement pour les enfants plus jeunes, l'impact de prescriptions spécifiques d'ARV et les résultats cliniques pour les enfants issus de milieux disposant de peu de ressources.

En août 2006, l'OMS publiait de nouvelles directives pour la prise en charge et le traitement des enfants infectés au VIH et pour la prise de cotrimoxazole à titre prophylactique chez les enfants exposés ou infectés au VIH. Celles-ci permettront d'harmoniser les modalités de prise en charge au sein des programmes nationaux²⁰.

L'Organisation mondiale de la Santé et divers partenaires promeuvent l'accès universel à la prévention du VIH ainsi que les soins et traitements pédiatriques et ils s'activent tant au niveau national qu'international pour renforcer l'intervention du secteur de la santé face à l'épidémie. L'OMS et l'UNICEF organisent ensemble les réunions de l'Équipe spéciale interinstitutions pour la prévention de l'infection au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants et pour les soins, traitements et soutien pédiatriques du VIH (Équipe spéciale interinstitutions élargie pour la PTME). Les directives détaillées de l'OMS sur la PTME, le diagnostic et le traitement de l'infection au VIH chez les enfants et l'utilisation du cotrimoxazole chez l'adulte et l'enfant, ainsi que les outils opérationnels qu'elle a développés pour faciliter la mise en œuvre du programme, la formation et l'évaluation ont joué un rôle très important dans les réponses nationales à l'épidémie chez l'enfant. L'OMS appuie aussi les initiatives visant à définir les besoins en produits ARV et à réduire les obstacles à une reformulation ou au développement de nouveaux médicaments.



© UNICEF/H006-1504/GIACOMO PIROZZI

PRÉVENIR L'INFECTION CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES

« Nous devons défendre et promouvoir une approche intégrée de la prévention du VIH, approche fondée sur des preuves, axée sur les droits, et complète de par sa nature. C'est la seule démarche honnête, reflétant les meilleures pratiques internationales ».

**– Steve Kraus,
Directeur de la branche
VIH/SIDA, FNUAP**

Objectif : en 2010 ou avant, réduire de 25 pour cent le pourcentage des jeunes vivant avec le VIH dans le monde

La prévention primaire est la clé d'une réponse efficace à l'épidémie de SIDA. On ne pourra briser la chaîne des nouvelles infections si l'on n'adopte pas des stratégies de prévention intégrées qui empêcheront les adolescents et les jeunes de contracter le virus en renforçant leurs capacités à éviter les comportements à risque.

Les dernières recherches indiquent que si la prévalence du VIH est en baisse au Kenya, dans les zones urbaines de Côte d'Ivoire, au Malawi et au Zimbabwe, ainsi que dans les zones rurales du Botswana, c'est grâce à l'adoption de comportements sexuels moins dangereux par les jeunes²¹.

On estime à 10 millions le nombre de jeunes de 15 à 24 ans infectés par le VIH²². Les taux de prévalence sont particulièrement élevés en Afrique subsaharienne et ils sont plus élevés chez les femmes jeunes que chez les hommes jeunes de la région²³. Ainsi, en Côte d'Ivoire et au Kenya, on compte cinq jeunes femmes infectées pour un jeune homme; les taux correspondants sont de 4 à 1 pour l'Ouganda et de 3 à 1 dans plusieurs autres pays, dont l'Afrique du Sud, la Namibie, le Nigéria, la Zambie et le Zimbabwe²⁴.

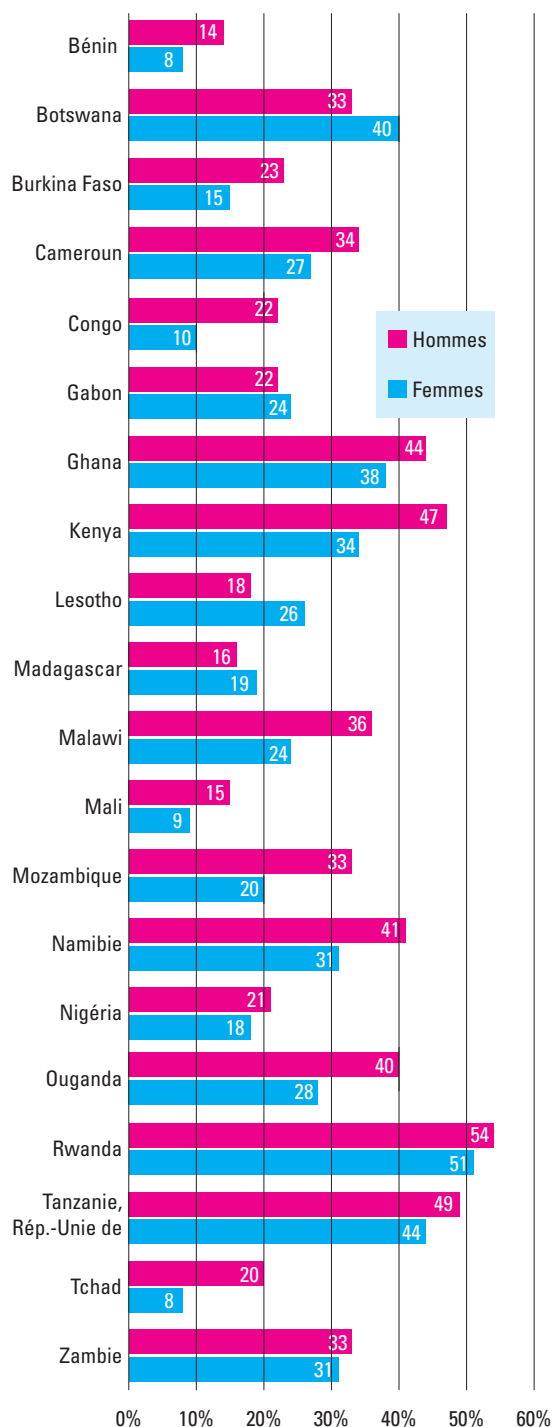
Tendances en matière de prévention et connaissances intégrées

Il semble que les efforts de prévention se soient intensifiés dans certains pays. ONUSIDA en fournit un instantané dans son *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA* : augmentation des initiatives de prévention intégrées comme le dépistage et le suivi volontaires ou l'éducation au VIH dans les écoles²⁵.

Dans plus de 70 des pays étudiés, le recours au dépistage et aux services de consultation a augmenté, environ 16,5 millions d'individus y ayant fait appel en 2005 contre seulement 4 millions en 2001. Dans 58 des pays qui ont présenté des données pour 2005, 74 pour cent des écoles primaires et 81 pour cent des établissements secondaires offraient une éducation au SIDA²⁶.

Afin d'évaluer les progrès accomplis pour atteindre son objectif de réduire la prévalence du VIH chez les jeunes, *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* utilise deux des indicateurs des OMD : la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans et le pourcentage de la population témoignant de « connaissances complètes et correctes » sur le VIH/SIDA. Il s'agit par exemple de citer les deux principaux moyens d'empêcher la transmission sexuelle du VIH (utiliser des préservatifs et limiter les rapports sexuels à un partenaire fidèle et non infecté), de rejeter les idées fausses les plus répandues localement sur la transmission du VIH et de savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du VIH.

Tableau 5 : Pourcentage de jeunes (15-24 ans) qui ont des connaissances complètes sur le VIH en Afrique subsaharienne



Source : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2007*

En moyenne, seuls 23 pour cent des jeunes femmes et 31 pour cent des jeunes gens sondés en Afrique subsaharienne possèdent ces connaissances vitales, même si les moyennes nationales varient (Voir Tableau 5) ²⁷.

D'autre part, les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) menées de 1995 à 2003-2004 livrent quelques bonnes nouvelles concernant les connaissances de base des jeunes dans le domaine du SIDA et des comportements sexuels (voir encadré ci-dessous). Bien que la plupart de ces enquêtes datent d'avant le lancement d'*Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, ces résultats mettent en évidence la nécessité de disposer de données statistiques de base et montrent qu'on peut obtenir des résultats.

Connaissances et comportements des jeunes : que disent les enquêtes²⁸ ?

- **Les jeunes semblent avoir leurs premiers rapports sexuels à un âge plus avancé.** Des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont été interrogées dans 24 pays : dans onze d'entre eux, on constatait une baisse significative du pourcentage de jeunes femmes déclarant avoir eu leurs premiers rapports avant l'âge de quinze ans et onze autres ne rapportaient aucun changement notable. Seuls Haïti et le Nigéria montraient une hausse du pourcentage de femmes déclarant avoir connu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 15 ans. Pour les hommes, les résultats étaient similaires : sur les douze pays étudiés, seul Haïti avait connu une augmentation.
- **Le recours aux préservatifs semble augmenter pour les rapports sexuels « à haut risque » ou ceux entre partenaires extraconjugaux et non concubins.** Sur les onze pays où des jeunes des deux sexes ont été sondés à deux reprises, neuf rapportaient une augmentation significative de l'utilisation de préservatifs pour les derniers rapports sexuels à haut risque selon les femmes, et cinq montraient une augmentation significative selon les hommes. Dans les autres pays, on ne constatait aucun changement d'une enquête à l'autre.
- **Un nombre croissant de jeunes femmes semble avoir des rapports sexuels à haut risque et l'utilisation de préservatifs pendant ces rapports reste limitée.** Des femmes âgées de 15 à 24 ans ont été interrogées dans dix pays d'Afrique subsaharienne. Dans sept d'entre eux, on constate une augmentation significative du pourcentage de jeunes femmes ayant des rapports sexuels avec des partenaires extraconjugaux non concubins au cours de l'année écoulée. Seuls deux de ces pays (le Malawi et la Zambie) rapportent une baisse de ce pourcentage. Les jeunes femmes interrogées déclaraient n'utiliser de préservatifs que 26 pour cent du temps pour les rapports avec un partenaire extraconjugal non concubin, alors que les jeunes gens interrogés déclaraient n'utiliser un préservatif que 40 pour cent du temps pendant les rapports sexuels à haut risque.

Toucher les adolescents et les jeunes le plus à risque

Les interventions de prévention sont en train d'évoluer, car les principaux acteurs du SIDA – y compris ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale – ont uni leurs forces pour qu'on s'intéresse davantage au besoin de focaliser des stratégies sur les adolescents et les jeunes le plus à risque. Un consensus existe sur le fait que les stratégies d'évitement des risques ciblant les groupes à risque ou vulnérables dans les pays ayant un taux assez bas de prévalence du VIH ainsi que des épidémies concentrées sont plus efficaces que les interventions visant à un changement de comportement au sein de la population générale.

Les stratégies de prévention comprennent non seulement la diffusion d'informations et le dépistage et le suivi volontaires, mais aussi des services pour la réduction des risques et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, ainsi qu'une éducation fondée sur l'apprentissage des aptitudes à la vie quotidienne.

Family Health International (FHI) œuvre dans plus de 60 pays afin de diffuser les connaissances et aptitudes dont les jeunes ont besoin pour rester en bonne santé et prévenir le VIH. FHI a créé Youthnet, un programme proposant des activités sur la santé génésique et la prévention du VIH chez les jeunes. YouthNet a mené des recherches sur des questions clés et diffusé dans le monde entier des informations sur les meilleures pratiques. Il a fourni une assistance technique à plus de vingt pays.

On peut citer en exemple un programme de prévention pour les enfants à risque au Penjab (Pakistan), où, en 2006, des ministères provinciaux et des ONG ont accepté de collaborer pour promouvoir la sensibilisation au VIH/SIDA auprès des fournisseurs de service, procurer outils et informations aux jeunes à risque et garantir la mise en place de mécanismes d'orientation pour ceux-ci. En Syrie, le programme « SHOUT », lancé en mai 2005, forme des jeunes volontaires

à l'éducation par les pairs dans le domaine de la prévention du VIH et remédie à l'absence de services pour adolescents à risque dans trois gouvernorats. En Ukraine, la stratégie choisie comprend des services de santé adaptés aux jeunes et proposés dans dix cliniques publiques réparties dans tout le pays.

Le **Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)** s'emploie à incorporer le SIDA et la santé sexuelle et génésique aux questions plus larges de santé publique, de développement, de parité des sexes et de droits humains. Le FNUAP s'attache à la prévention du VIH et travaille avec des partenaires dans trois domaines prioritaires : la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes, un programme complet de contraceptifs et la prévention du VIH chez les femmes et les filles, avec des activités visant à réduire la violence à l'égard des femmes, à renforcer l'implication masculine et à protéger et promouvoir les droits de la femme. Le FNUAP dirige l'Équipe spéciale interinstitutions sur les jeunes et le VIH/SIDA.



© UNICEF/H005-2009/2/GEORGINA CRANSTON

PROTÉGER ET SOUTENIR LES ENFANTS AFFECTÉS PAR LE VIH/SIDA

« Les partenariats se sont améliorés entre les groupes s'occupant de l'enfance et du SIDA et les questions de développement qui y sont plus largement liées – le bien-être social ou la justice. Et il me semble que des alliances de ce genre sont absolument vitales. »

– **Clara Shakya, Conseillère en développement social et moyens de subsistance, Ministère britannique du développement international**

Objectif : en 2010 ou avant, toucher 80 pour cent des enfants qui en ont le plus besoin

En 2005, 15,2 millions d'enfants de par le monde avaient perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA. Quelque 80 pour cent de ces enfants (soit environ douze millions) vivent en Afrique subsaharienne²⁹. On calcule que, d'ici à 2010, le SIDA aura rendu plus de 20 millions d'enfants orphelins³⁰.

Ces enfants orphelins à cause du SIDA ne sont pas les seuls à être victimes de l'épidémie. Bien plus nombreux sont ceux qui vivent avec des parents souffrant de maladies chroniques ou dans des ménages qui ont accueilli des orphelins à cause du SIDA ou ceux qui ont vu mourir des enseignants ou d'autres adultes de la communauté suite à cette maladie.

Les orphelins et les enfants vulnérables voient leur éducation, leur santé et leur bien-être gravement compromis. Ils risquent d'être obligés d'abandonner l'école; il peut y avoir moins de nourriture ou de vêtements pour eux au sein du ménage; l'anxiété ou la dépression les guettent et ils risquent d'être maltraités. De nouvelles données inquiétantes montrent que les orphelins et enfants vulnérables risquent d'être plus exposés au VIH que les enfants non affectés³¹.

Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA plaide pour une planification stratégique nationale qui fasse des communautés et des familles les principaux bénéficiaires de l'accroissement de l'aide mondiale destinée aux orphelins et enfants vulnérables.

Prise en compte des orphelins dans les instruments de planification nationale

A ce jour, au moins 20 pays d'Afrique subsaharienne ont élaboré des plans nationaux d'action (PNA) pour les orphelins et enfants vulnérables (*voir encadré ci-dessous*) et plusieurs autres les ont presque terminés et sont sur le point de les lancer.

Pays d'Afrique subsaharienne ayant des PNA pour orphelins et enfants vulnérables

Afrique du Sud	Namibie
Bénin	Nigéria
Burkina Faso	Ouganda
Côte d'Ivoire	République centrafricaine
Ethiopie	Rwanda
Kenya	Sénégal
Lesotho	Swaziland
Malawi	Tanzanie, Rép.-Unie de
Mali	Zambie
Mozambique	Zimbabwe

Les PNA représentent une première étape fort utile, mais leur succès dépend de leur mise en œuvre. En moyenne, seulement 35 pour cent des budgets totaux avaient fait l'objet d'un engagement en mai 2006 dans les 14 pays où des données étaient disponibles sur le financement des PNA³².

Dans un certain nombre de pays, la protection sociale entre en compte dans les documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP). Le DSRP 2006–2009 du Mozambique comprend des objectifs pour la fréquentation scolaire et la prévalence de l'insuffisance pondérale, le soutien extérieur aux personnes ayant charge d'enfants et un mécanisme de suivi. Le DSRP 2005–2010 de la Tanzanie, élaboré en coopération avec la société civile, les ONG et les administrations locales, prend la vulnérabilité en compte dans le cadre général de la protection sociale³³.

Un ensemble de services essentiels

Plusieurs des recommandations du troisième Forum mondial des Partenaires sur les enfants affectés par le VIH/SIDA qui s'est tenu à Londres en février 2006 concernaient la protection et le soutien, y compris la promotion de l'inscription aux registres de l'état civil et l'accès aux services sociaux, l'appui aux mesures de protection sociale et l'abolition des frais scolaires et des frais indirects de la scolarité.

Le minimum pour les orphelins et enfants vulnérables comprend l'accès à des services comme l'éducation, les soins de santé, le bien-être social et la protection. De bons systèmes d'état civil sont importants, car les orphelins et enfants vulnérables sont souvent requis de produire des actes de naissance ou de décès pour recevoir certains bénéfices ou s'inscrire à l'école.

Plusieurs pays d'Afrique australe, y compris le Botswana, la Namibie et l'Afrique du Sud accordent aux enfants des primes et autres bénéfices à l'échelle nationale, touchant ainsi beaucoup d'enfants affectés par le SIDA. En Afrique du Sud, par exemple, le pays ayant le plus grand nombre d'orphelins à cause du SIDA, plus de 7,1 millions d'enfants vivant dans la pauvreté (soit 79 pour cent des enfants éligibles) bénéficiaient d'une subvention en avril 2006. Cela représente une augmentation de deux tiers depuis 2004 et une multiplication par vingt depuis 2000. Plus de 326 000 enfants bénéficiaient de primes de placement en familles d'accueil en 2006³⁴.

De plus en plus d'autres pays d'Afrique subsaharienne ont commencé à offrir une protection sociale aux enfants affectés par le SIDA. On relève les niveaux de soutien les plus élevés dans les pays suivants : Botswana, où 95 pour cent des ménages reçoivent une aide extérieure, sous une forme ou une autre,

pour la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, Namibie (33 pour cent), Lesotho (25 pour cent), Ouganda (23 pour cent), Zambie (13 pour cent) et Kenya et Togo (10 pour cent chacun). Certains, comme le Kenya, le Malawi et le Mozambique, ont introduit des programmes pilotes de transfert d'argent dans les zones les plus déshéritées où les enfants risquent tout particulièrement de quitter le foyer ou d'abandonner l'école.

Le Ministère britannique du développement international

(DFID) appuie l'introduction de mesures de protection sociale, y compris les programmes de transfert d'argent, dans plusieurs pays africains. Il collabore avec le Gouvernement zambien pour élaborer un programme qui donnera environ six dollars par mois aux ménages appartenant aux dix pour cent les plus pauvres de la population, soit environ un million de personnes.

Les ONG s'engagent également davantage en fournissant une protection vitale aux milliers d'enfants affectés par le SIDA. En 2006, une enquête sur les actions menées par les ONG dans 28 pays d'Afrique subsaharienne a montré que de 3,3 à 5 millions d'orphelins et enfants vulnérables bénéficiaient de services sous forme d'éducation, de soins de santé de routine, de nourriture, de soutien économique ou d'un suivi psychosocial³⁵.

S'occuper des orphelins et enfants vulnérables est une priorité pour **World Vision**. Celle-ci aide les communautés à procurer des soins et un soutien à plus de 600 000 enfants affectés par le SIDA dans 20 pays d'Afrique.

Éducation pour tous les enfants

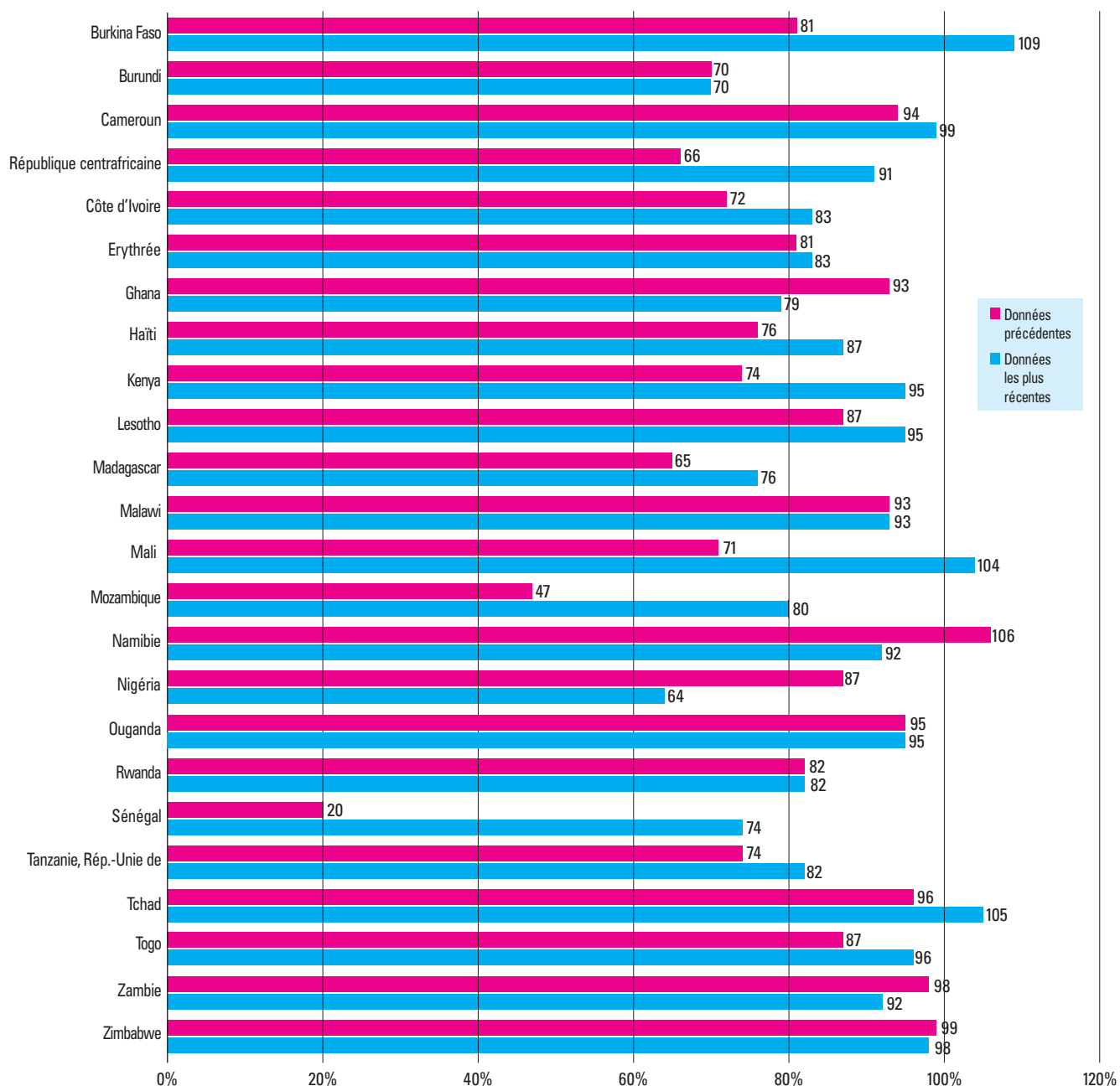
Dans plusieurs pays, on constate des améliorations dans l'accès à l'éducation pour les orphelins et enfants vulnérables, comme l'atteste la proportion orphelins/non-orphelins chez les enfants scolarisés âgés de 10 à 14 ans, un rapport qui représente un indicateur de base. A l'heure actuelle, on compte 79 orphelins pour 100 enfants vivant avec un seul parent parmi les enfants scolarisés en Afrique subsaharienne³⁶.

Vingt-quatre pays ont mesuré à deux reprises au moins ce rapport orphelins/non-orphelins parmi les enfants scolarisés âgés de 10 à 14 ans. Ce rapport a augmenté dans quinze d'entre eux, et les orphelins ont de plus grandes chances d'être scolarisés que les non-orphelins dans plusieurs pays où le rapport dépasse 100 pour cent (voir *Tableau 6, page 18*).

Ces progrès sont dus en partie à l'abolition des frais d'inscription scolaire, comme au Kenya et en Ouganda. *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* exhorte les partenaires à appuyer les initiatives gouvernementales visant à éliminer les frais de scolarité et autres obstacles à l'éducation primaire.

La première **Consultation régionale Asie orientale/Pacifique sur l'enfance et le SIDA**, qui s'est tenue au Vietnam en mars 2006, a attiré l'attention des décideurs politiques ou issus de la société civile sur les « Quatre priorités » et a insisté sur la nécessité de diffuser les programmes pour enfants à grande échelle afin d'atteindre l'objectif visant à un accès universel. Elle s'est conclue sur l'Appel à l'action de Hanoï, une déclaration consensuelle sur l'enfance et le SIDA. Les consultations qui se tiendront dans toute la région devraient déboucher sur l'incorporation de la thématique Enfance et SIDA dans les plans et politiques nationaux et accélérer le mouvement en leur faveur³⁷.

Tableau 6 : Pourcentage d'orphelins scolarisés par rapport aux non-orphelins scolarisés



Note : Le terme « orphelins » se réfère aux enfants âgés de 10 à 14 ans dont les parents sont tous deux décédés, toutes causes confondues. « Non-orphelins » se réfère aux enfants âgés de 10 à 14 ans qui vivent avec un de leurs parents ou les deux.

Source : Analyse par l'UNICEF des données des enquêtes démographiques et sanitaires et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (2006)

RESSOURCES POUR LES ENFANTS

« Combien dépense-t-on pour les enfants ? Il me semble que tous les donateurs, que ce soit les agences ou les gouvernements nationaux, devraient être en mesure de répondre à cette question dans un an jour pour jour. »

– **Gopakumar Nair, Conseiller pour les politiques et les programmes sur le VIH/SIDA, Save the Children, R-U.**

Ces dernières années, les pays donateurs ont pris des mesures pour que les enfants reçoivent une part équitable des ressources destinées à la lutte contre le SIDA en créant des fonds d'affectation spéciale ou en précisant que certaines de ces ressources soient spécifiquement consacrées à des objectifs liés aux enfants, y compris les « Quatre priorités ».

Plusieurs gouvernements donateurs exigent déjà qu'au moins dix pour cent des fonds qu'ils consacrent à la lutte contre le VIH/SIDA soient affectés à des services pour enfants. La loi des Etats-Unis sur le *Leadership against HIV/AIDS/Tuberculosis and Malaria* (2003) alloue aux enfants, et plus particulièrement aux orphelins et aux enfants rendus vulnérables par l'épidémie, dix pour cent des dépenses totales contre le SIDA pendant les années fiscales 2006-2008. Le Gouvernement britannique a alloué dix pour cent de son aide internationale SIDA – engageant ainsi 150 millions de livres (environ 293 millions de dollars) – aux enfants affectés par le SIDA pour la période 2005-2008³⁸. En 2006, le Gouvernement irlandais a consacré jusqu'à 20 pour cent de ses ressources additionnelles aux enfants affectés par le SIDA³⁹.

D'autres pays ont directement incorporé la protection et la prise en charge des enfants dans leurs politiques sur le SIDA et le développement. Citons, par exemple, l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, la Finlande, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède⁴⁰. Le Brésil, le Chili, la France, la Norvège et le Royaume-Uni se sont engagés en faveur d'un traitement pédiatrique par le biais d'UNITAID (voir page 11).

S'appuyant sur une évaluation publiée par ONUSIDA en 2005, *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* estime que de 2006 à 2010, il faudra près de 30 milliards de dollars pour faire passer à l'échelle supérieure les initiatives mondiales en faveur des enfants. L'UNICEF a l'intention de recueillir un milliard de dollars et de le consacrer aux « Quatre priorités » d'ici à 2010, et ses allocations budgétaires en faveur de programmes VIH/SIDA ont augmenté de façon significative.

Savoir où vont les ressources, c'est là une question fondamentale que les pays prennent en compte en procédant à une analyse nationale des dépenses du SIDA ou à tout autre système de collecte, d'analyse et de transmission des données sur les dépenses liées au VIH dans tous les secteurs, et pas seulement celui de la santé. ONUSIDA encourage ce type d'initiatives. Les partenaires d'*Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* collaboreront avec ONUSIDA pour que ces évaluations comprennent des méthodes servant à déterminer quels sont les fonds qui bénéficient aux enfants.

Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA a été créé suite à la suggestion des **Comités nationaux de l'UNICEF** en réponse à l'aggravation de la crise des orphelins en Afrique subsaharienne. Ces comités continuent de jouer un rôle essentiel dans le développement et la gestion de la campagne.

En 2006, les comités nationaux de l'UNICEF ont organisé des conférences sur l'enfance et le SIDA dans 37 pays ; ils ont plaidé pour faire passer des lois importantes, exhorté les gouvernements à changer de politique et formé des partenariats avec les médias, des entreprises privées, l'industrie du sport et

de la musique et le grand public pour promouvoir les questions sur l'enfance et le SIDA. Ils fournissent une aide financière stratégique aux programmes nationaux et constituent un relais puissant pour les enfants dans leur propre pays.

UNE APPROCHE INTÉGRÉE

L'intégration des actions et des ressources constitue une partie intégrante de la campagne *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*. Pour y arriver, il est nécessaire de forger des liens entre les maladies ou les secteurs, d'établir des ponts entre les partenaires qui s'emploient à atteindre des objectifs liés au VIH/SIDA et ceux qui travaillent aux objectifs touchant à la santé des enfants et de s'assurer que les ressources considérables consacrées au VIH/SIDA profitent aux enfants, aux familles qui les prennent en charge et aux systèmes qui leur procurent un soutien.

Cela signifie que les enfants et leurs familles doivent avoir accès à des systèmes de santé et à des services offrant des soins et un appui de qualité et que les filles et les orphelins continuent leur scolarité et apprennent à se protéger. Cela signifie que les enfants affectés par le SIDA doivent recevoir une bonne alimentation et que les ménages affectés par l'épidémie doivent disposer d'eau potable et d'installations sanitaires élémentaires. Cela veut dire qu'on doit habiliter les femmes à prendre des décisions en ayant leur propre santé et l'intérêt supérieur de leurs enfants et de leur famille à l'esprit.

L'intégration de ces actions et d'autres encore représente notre meilleur espoir d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement. Citons, entre autres nouvelles encourageantes : les Forums mondiaux des partenaires sur les traitements pédiatriques et la PTME collaborent de plus en plus souvent avec des groupes s'occupant de la santé de l'enfant. Les données venant de pays comme le Kenya, la Tanzanie ou la Zambie semblent indiquer que si on investit stratégiquement les fonds destinés au VIH/SIDA dans le secteur de la santé, et en particulier dans le recrutement de personnel pour les systèmes de santé, cela aura un impact positif sur des services non liés au VIH/SIDA, comme la vaccination et les soins prénatals.

« C'est très compliqué, cette question du SIDA des enfants. C'est très complexe. Car ce n'est pas seulement la maladie – c'est le bien-être des enfants et leur éducation. »

— Jeanette Kagame, Première dame du Rwanda



© UNICEF/H005-2188/GIACOMO PIROZZI

En liant la réponse mondiale au VIH/SIDA à la réponse mondiale en matière de santé publique, on obtiendra de meilleurs résultats pour les enfants. Passer de projets à petite échelle à des programmes nationaux visant à toucher tous les enfants représente un des plus grands défis – que ce soit pour les services de santé en général ou pour les services liés au VIH/SIDA, en particulier les soins et les traitements. Il faut pour cela disposer de systèmes de santé qui fonctionnent, de personnel formé et des fournitures et équipements indispensables. Il faut aussi que les communautés réclament de tels services et y aient recours.

Dans le domaine spécifique des « Quatre priorités »

- Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant :** les soins prénatals constituent l'angle d'attaque majeur pour la PTME, mais il faut que la couverture en soit élevée si on veut atteindre cet objectif. Malheureusement, les femmes ne reçoivent pas toutes un ensemble de services prénatals et si l'on veut élargir les programmes de PTME, il faudra améliorer autant la couverture que la qualité de ces services. Le dépistage de routine, l'expansion des services de PTME, une approche axée sur la famille et la fourniture de soins et de traitements supplémentaires pour le VIH sont les préalables indispensables à une réponse à grande échelle et un meilleur accès aux services.
- Procurer un traitement pédiatrique :** il reste beaucoup à faire pour éliminer les disparités auxquelles les enfants se heurtent en ce qui concerne l'accès aux soins et au traitement. Dans de nombreuses situations, l'étape suivante consiste à lancer des initiatives à grande échelle, plus harmonisées, et à soutenir les pouvoirs publics en leur fournissant les outils et les capacités dont ils ont besoin pour vraiment changer la vie des enfants. Cela exige aussi qu'on s'assure que les enfants sont en bonne santé et capables de répondre au traitement. A cet égard, la vaccination, une bonne nutrition, une eau salubre et un assainissement de base sont essentiels.
- Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes :** pour obtenir de meilleurs résultats au niveau de la prévention, il faut améliorer la collecte des données et répondre à certaines questions :



© UNICEF/H005-1814/GIACOMO PIRROZZI

qui sont les adolescents et les jeunes qui courent le plus grand risque d'être infectés par le VIH ? Où se trouvent-ils ? Quelle est la meilleure façon de leur procurer informations et services ? Le principal problème consiste à renforcer la planification nationale, l'allocation des ressources et les capacités des programmes nationaux à répartir les fonds et à contrôler l'usage qui en est fait. Des réponses d'ensemble sont nécessaires, car beaucoup de populations à haut risque s'adonnent à de nombreux comportements dangereux différents.

- Protéger et soutenir les enfants affectés par le VIH/SIDA :** pour être efficaces, les interventions menées à l'échelle nationale doivent procurer aux orphelins et enfants vulnérables un ensemble de services essentiels comprenant l'éducation, les soins de santé, le bien-être social et la protection. Il est fondamental d'adopter une approche décentralisée, car la plupart des initiatives seront lancées au niveau de la communauté par des organisations non gouvernementales, locales ou religieuses. Le suivi et l'évaluation de la couverture des services doivent aussi s'améliorer, afin de pouvoir quantifier la réponse des pouvoirs publics, des ONG et d'autres organismes au besoin de protection et de soins des enfants et de pouvoir évaluer la qualité de leur soutien.

APPEL À L'ACTION

« Chaque minute, un enfant de moins de quinze ans meurt d'une maladie liée au SIDA et quatre jeunes de 15 à 24 ans sont infectés par le VIH. Un tel état de choses ne devrait pas exister. »

– **UNICEF, Appel à l'action : les enfants, la face cachée du SIDA**⁴¹

Pour que la nouvelle génération d'enfants soit libérée du SIDA, il faudra que le programme que constitue *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* fasse preuve de plus d'audace dans ses activités de plaidoyer en 2007. Cela correspond à son objectif général, à savoir un accès aussi universel que possible à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien. L'essentiel sera encore et toujours de veiller à ce que les priorités des enfants restent au cœur de la réponse mondiale au VIH/SIDA.

Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA appelle la communauté internationale à lancer des programmes « Quatre priorités » à grande échelle, confortée en cela par les progrès accomplis sur les grandes questions affectant les résultats. Depuis son lancement en octobre 2005, le plaidoyer des partenaires autour des questions touchant les enfants a débouché sur des progrès significatifs et permis de nouveaux appels à l'action.

1. Mobiliser les ressources et mettre en avant la prise en charge et la protection des enfants

À l'origine, on avait estimé que la mise en œuvre des programmes à une échelle suffisante pour atteindre les objectifs fixés à l'horizon 2010 coûterait 30 milliards de dollars, en supposant que les coûts en 2009 et 2010 seraient au moins aussi élevés qu'en 2008. Des succès rapides et considérables en matière de coût et de disponibilité des médicaments ainsi que dans la production de génériques modifient constamment la base de calcul, mais cela ne devrait pas réduire les besoins financiers de façon significative.

Plusieurs donateurs, dont le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA (PEPFAR) et les Gouvernements britannique et irlandais, ont décidé de consacrer aux enfants et adolescents au moins dix pour cent des fonds destinés à la lutte contre le SIDA. *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* exhorte d'autres Etats à suivre leur exemple en 2007 et à contribuer plus largement et de façon plus prévisible aux programmes nationaux de contrôle de l'épidémie, à des mécanismes de financement innovants comme UNITAID et la Facilité de financement internationale et à d'autres intermédiaires tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, dont l'importance ne cesse de croître.

En 2007, le plaidoyer reste nécessaire pour obtenir des pays donateurs qu'ils envisagent de négocier un allègement de la dette des pays à forte prévalence du VIH/SIDA, qu'ils redoublent d'efforts pour promouvoir l'allocation de ressources aux « Quatre priorités » et qu'ils consacrent leurs contributions à un renforcement des systèmes de santé et d'éducation – en particulier en rendant les enseignants et les travailleurs de la santé plus autonomes dans les pays durement touchés. Il est également nécessaire d'appuyer les pays africains qui s'efforcent de tenir l'engagement pris en 2001 à Abuja d'allouer au moins 15 pour cent des budgets nationaux à l'amélioration des soins de santé.

Le recueil et la ventilation par groupes d'âge et par sexe des données relatives au SIDA sont l'un des moyens les plus importants, les plus simples et les plus efficaces de donner aux enfants une place plus centrale dans la riposte de la communauté internationale à la maladie.

2. Parvenir à un accès au traitement aussi universel que possible

En dépit des grands progrès réalisés dans le domaine des traitements pédiatriques ou de la PTME au cours de l'année écoulée, il est nécessaire de renforcer les partenariats public/privé pour le développement de médicaments et d'outils diagnostiques adéquats, efficaces et peu coûteux. Il est urgent d'investir plus largement dans la gestion des achats et de la fourniture afin de garantir un accès vital à tous les enfants qui en ont besoin.

Les entreprises ont la responsabilité vis-à-vis de leurs employés et des communautés d'adopter et de mettre en pratique des politiques et programmes sur le VIH/SIDA, surtout si elles travaillent dans des pays touchés par l'épidémie.

Des actions prioritaires sont également nécessaires pour renforcer les capacités des pays particulièrement éprouvés à trouver des moyens flexibles d'éliminer les obstacles inhérents aux politiques de fixation des prix et de réglementation des tarifs, ainsi que de recourir aux possibilités qu'offre l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC).

3. Renforcer les services d'éducation et de santé

En dépit d'importants progrès dans la mobilisation d'actions communes pour le déploiement rapide de programmes à grande échelle au cours de l'année écoulée, il faudra faire plus pour allouer des ressources suffisantes, instaurer des politiques et renforcer les capacités nécessaires pour proposer un dépistage de routine à toutes les femmes, tous les adolescents et tous les jeunes enfants, sans oublier la formation et le soutien aux infirmiers et infirmières, aux travailleurs de la santé locaux et aux autres personnels s'occupant de la fourniture de soins de santé primaires. Les gouvernements des pays durement touchés devraient agir de toute urgence pour permettre aux enfants et adolescents affectés par le VIH/SIDA d'avoir accès à des soins de santé de qualité.

Les gouvernements devraient également agir rapidement pour éliminer les frais scolaires et



© UNICEF/H006-150/GIACOMO PIRROZZI

les coûts indirects de la scolarisation pour les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA.

Une rapide augmentation des allocations et dépenses budgétaires est nécessaire, de même que des formules innovantes pour que l'accroissement des ressources et des services profite aux familles et communautés concernées, par exemple sous la forme d'une aide financière directe et de mesures de soutien à tous ceux qui s'occupent d'enfants vulnérables.

Les pays sont également invités à incorporer l'enfance et le SIDA dans leurs cadres d'orientation nationaux comme les stratégies de réduction de la pauvreté, les cadres de dépenses à moyen terme, les approches sectorielles et les stratégies nationales sur le SIDA.

Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA représente le programme idéal pour répondre à l'appel lancé à la fin de la XVIème Conférence internationale sur le SIDA demandant que la prévention redevienne rapidement une priorité au même titre que le traitement, la prise en charge, le soutien et la protection. Et rien ne peut justifier que la prévention chez les filles et les jeunes femmes ne soit toujours pas considérée comme une priorité.

Les gouvernements et la société civile doivent redoubler d'efforts pour toucher les adolescents les plus à risque et les plus marginalisés, tant au sein du système scolaire qu'en dehors de celui-ci. Les pays devraient avoir l'obligation de veiller à ce que tous les jeunes aient accès à l'ensemble des connaissances, des informations, des aptitudes et des services dont ils ont besoin pour se protéger de l'infection.



© UNICEF/H005-2170/GIACOMO PIROZZI

4. Le défi peut être relevé par le biais de partenariats

Aucun pays, aucun donateur, aucune agence de développement ne peut, seul, procurer aux enfants tout ce dont ils ont besoin, et les pays n'atteindront pas l'OMD no. 6 et les autres Objectifs du Millénaire pour le développement sans une plus grande collaboration et une plus grande coopération entre les nombreux acteurs impliqués.

Les partenariats peuvent permettre à différentes agences de s'attaquer à des tâches différentes, de poursuivre des objectifs complémentaires et d'obtenir des résultats meilleurs et plus significatifs que si elles oeuvrent chacune de leur côté. Elles ne réussiront qu'à travers un partage de la prise en main et des objectifs.

L'unité dans l'action au travers de la réforme de l'ONU et de la mise en œuvre des « Trois Principes » (un seul cadre national d'action convenu sur le SIDA, une seule autorité nationale de coordination pour le SIDA jouissant d'un large appui multisectoriel et un seul système de suivi et d'évaluation au niveau du pays) exige que tous ceux qui sont mobilisés dans cette action modifient leur attitude et leur approche envers les partenariats.

En 2007, *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* s'emploiera encore plus à poursuivre une stratégie de partenariats s'inspirant de ces considérations. Pour soutenir la campagne, les agences et autres acteurs ne peuvent que continuer à œuvrer à des programmes de manière plus stratégique que jamais afin de renforcer la cohérence, focaliser les énergies et accélérer les initiatives autour des « Quatre priorités ».

POUR UN ACCÈS UNIVERSEL

« C'est formidable que nous ayons fait des progrès en matière de traitement, mais cela entraîne de nouveaux défis en matière de soins, sans que cela nous distraie des problèmes de prévention... Les 'Quatre priorités' sont indissolublement liées et nous devons les envisager comme un tout. »

— David Bull,
Directeur général,
Comité national du
Royaume-Uni pour l'UNICEF.

La communauté internationale a-t-elle répondu à l'appel à l'action de *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* ? Ce premier bilan estime que par bien des côtés, la réponse est oui. Mais il reste beaucoup à faire. Trop d'enfants et de familles se voient encore refuser les traitements, la prise en charge, le soutien et les informations dont ils ont besoin pour survivre et mener une vie saine.

Le monde s'est fixé un objectif ambitieux : arriver à un accès aussi universel que possible à l'ensemble des services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien, afin d'enrayer l'épidémie de VIH/SIDA.

En ce qui concerne les quatre objectifs fixés par *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, les résultats sont mitigés. C'est dans celui des traitements pédiatriques que l'on constate le plus d'avancées et d'enthousiasme, et pourtant, les enfants du monde qui ont pu se procurer les ARV indispensables à leur survie sont relativement peu nombreux. L'objectif de la PTME a été atteint dans certains pays où ces services sont intégrés dans les programmes de santé maternelle et infantile existants, mais cela doit être accompli dans bien d'autres pays. De même, les interventions préventives visant à promouvoir des modifications comportementales doivent être considérées comme une priorité pour les groupes le plus à risque si l'on veut atteindre cet objectif.

En ce qui concerne la protection et la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, le présent rapport donne une impression de progrès général, surtout au niveau des pays et des communautés ou dans les tentatives d'adopter une approche plus globale. Mais il ne sera probablement pas possible de mesurer réellement ces progrès tant qu'on ne se sera pas mis d'accord sur des normes d'information.

Les activités de plaidoyers ont indubitablement progressé l'an dernier. Néanmoins, ceux qui travaillent dans le domaine du plaidoyer pour le SIDA devraient fréquemment se confronter à la réalité. Leurs efforts débouchent-ils sur des résultats concrets pour les enfants ?

L'ampleur de ce qui doit être fait pour sauver les enfants emportés dans le tourbillon du VIH/SIDA et améliorer leur vie explique l'importance d'*Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*. Les quelques succès remportés dans la sensibilisation aux besoins des enfants dans le cadre plus large de l'épidémie laissent entrevoir ce qu'une campagne de ce type peut accomplir. Mais il est évident que cela ne suffit pas. Ce qui compte vraiment, ce sont des résultats tangibles qui sont bons pour les enfants : pour leur santé, leur famille, leur communauté et leur vie même.

NOTES

1. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Appel à l'action : les enfants, la face cachée du SIDA*, UNICEF, New York, 2005, p. 2
2. Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2006*, ONUSIDA et OMS, Genève, 2006, p.1 et ONUSIDA et OMS, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A report on '3 x 5' and beyond, March 2006*, ONUSIDA et OMS, Genève, 2006, p. 8
3. Newell, Marie-Louise et al., 'Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: A pooled analysis', *Lancet*, vol. 364, octobre 2004, pp. 1236–1243.
4. Organisation mondiale de la Santé, *Taking Stock: HIV in children*, OMS, Genève, 2006, p.1
5. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2007*, UNICEF, New York, 2006, p. 117 ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Appel à l'action : les enfants, la face cachée du SIDA*, op. cit., p. 6
6. Pour les statistiques figurant dans ce bilan relatif aux « Quatre priorités », voir les tableaux statistiques pp.28 et suivantes
7. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA : édition spéciale du 10ème anniversaire de l'ONUSIDA*, ONUSIDA, Genève, 2006, p. 62
8. Les neuf pays « PTME-Plus » sont l'Afrique du Sud, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Mozambique, l'Ouganda, le Rwanda, la Thaïlande et la Zambie.
9. Organisation mondiale de la Santé, *Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-Limited Settings: Towards universal access, recommendations for a public health approach*, OMS, Genève, 2006
10. Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, « Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities », projet pour commentaires publics, OMS/ONUSIDA, 27 novembre 2006, www.who.int/hiv/topics/vct/PITCguidancedraft.pdf consulté le 11 décembre 2006.
11. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2006*, op.cit., p.1
12. Organisation mondiale de la Santé, *Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-Limited Settings: Towards universal access, Recommendations for a public health approach*, op. cit., p. 1; et Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: A pooled analysis', op. cit.
13. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2006*, op.cit., p.1
14. Boerma, J. Ties, et al., 'Monitoring the Scale-up of Antiretroviral Therapy Programmes: Methods to estimate coverage', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, no. 2, February 2006, pp. 145–150.
15. Estimations non publiées ONUSIDA/OMS, 2006.
16. Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions élargie pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant : « Rapport sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique du VIH », 2006 (à paraître)
17. Ibid.
18. Creek, Tracy, et al., "Successful Introduction of Dried Blood Spot (DBS) PCR Testing in Botswana's PMTCT Programme"; présentation à la réunion de mise en oeuvre du PEPFAR, Durban, Afrique du Sud, 12-15 juin 2006.

19. Fondation Clinton, « President Clinton Announces Breakthrough HIV/AIDS Treatment for Children: 3-in-1 pill for less than \$60 annually and 45% price reductions for other pediatric drugs” (communiqué de presse), 30 novembre 2006, consulté sur www.clintonfoundation.org/113006-nr-cf-hs-ai-ind-pr-wjccannounces-breakthroughs-in-hiv-aids-treatment-for-children.htm
20. Organisation mondiale de la Santé, *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults in resource-limited settings: Recommendations for a public health approach*, OMS, Genève, 2006
21. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2006*, op.cit., pp. 7-8
22. Monasch, Roeland, and Mary Mahy, 'Young People: The centre of the HIV epidemic', Chapter 2 in David A. Ross, Bruce Dick and Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the evidence from developing countries*, WHO Technical Report Series Number 938, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006, p. 16
23. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *At the Crossroads: Accelerating youth access to HIV/AIDS interventions*, UNAIDS, New York, 2004, p. 1 et Monasch, Roeland, and Mary Mahy, 'Young People: The centre of the HIV epidemic', op. cit.
24. Les chiffres proviennent du Tableau 3 : Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes, pp. 35-37
25. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA : édition spéciale du 10ème anniversaire de l'ONUSIDA*, op.cit. p. 56 et USAID, OMS, UNICEF et le Policy Project, 'Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- and Middle-Income Countries in 2003', Policy Project, Juin 2004.
26. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA : édition spéciale du 10ème anniversaire de l'ONUSIDA*, op. cit. p. 56
27. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2007*, UNICEF, op. cit. p. 117.
28. Analyse par l'UNICEF de la Base de données d'indicateurs d'enquête sur le VIH/SIDA et du MACRO Statcompiler pour les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et les indicateurs d'enquête sur le VIH/SIDA, 1995-2004, ainsi que d'enquêtes plus récentes figurant dans des rapports finaux publiés récemment.
29. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA : édition spéciale du 10ème anniversaire de l'ONUSIDA*, op.cit. p. 509
30. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : les enfants affectés par le SIDA*, UNICEF, New York 2006, p. 35 (version française à paraître)
31. Ibid. p. IV
32. Webb, Douglas, et al., 'Supporting and Sustaining National Responses to Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV and AIDS: Experience from the RAAAP Exercise in Sub-Saharan Africa', *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 1, no. 2, September 2006, pp. 172-179.
33. Haile, Girmay, et al., 'Integration of HIV/AIDS into the Poverty Reduction Strategies of Malawi, Mozambique and Tanzania', UNICEF, Bureau régional pour l'Afrique australe et de l'Est, Nairobi, 22 septembre 2006, pp. 1-3
34. National Action Committee for Children Affected by HIV and AIDS, 'Review Report: Implementation of the 2002 conference recommendations. A call to coordinated action', NAACA, Ministère du Développement social, Afrique du Sud, septembre 2006, p. 19
35. Analyse des données pour l'UNICEF, par Constella Futures : "Preliminary results from the Orphans and Vulnerable Children Coverage Survey of 2005-2006" (document interne).
36. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2007*, UNICEF, op. cit. p. 117.
37. Voir aussi Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie orientale/Pacifique, *Global Campaign on Children and AIDS: A profile of UNICEF's response in East Asia and the Pacific*, UNICEF EAPRO, Bangkok, 2006.
38. Ministère du Développement international (DFID), 'Fact Sheet: HIV and AIDS', novembre 2005, p. 4: www.dfid.gov.uk/pubs/files/mdg-factsheets/hivandaidsfactsheet.pdf; voir aussi la transcription parlementaire (House of Lords), R-U. 1er décembre 2005, <www.publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldhansrd/pdvn/lds05/text/51201-01.htm>.
39. Discours du Taoiseach pour le lancement de la Campagne mondiale de l'UNICEF sur l'enfance et le SIDA, 24 octobre 2005, <www.dci.gov.ie/latest_news.asp?article=603>, consulté le 13 novembre 2006 ; Irish Aid, *The Challenge of HIV and AIDS: Irish Aid's Response 2001-2006*, Irish Aid, Dublin, 2006, p. 3.
40. Association des parlementaires européens pour l'Afrique, *AWEPA Quarterly Bulletin*, vol. 20, no. 2, 2006, pp. 1-12.
41. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Appel à l'action : les enfants, face cachée du SIDA*, op. cit. p. 23

TABLEAUX STATISTIQUES

On trouvera des informations détaillées par pays dans les tableaux suivants :

Tableau 1 : Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, p. 29

Tableau 2 : Procurer un traitement pédiatrique, p. 32

Tableau 3 : Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes, p. 35

Tableau 4 : Protéger et soutenir les enfants affectés par le VIH/SIDA, p. 38

Pour mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs et engagements sur l'enfance et le SIDA, 21 évaluations et indicateurs tirés d'un ensemble plus large d'indicateurs ont été utilisés. Ils ont été définis au cours d'un processus de discussion et de négociation avec les gouvernements nationaux et diverses organisations internationales, sous la direction d'ONUSIDA.

Ces indicateurs constituent un ensemble de base qui permet de suivre les progrès au niveau des pays. Ils ont également été sélectionnés pour rendre compte d'un certain nombre d'initiatives internationales ou propres à l'une ou l'autre institution, comme l'Accès universel, le processus national d'évaluation pour les chiffres du VIH et du SIDA sous la conduite d'ONUSIDA, le Bulletin sur la PTME publié conjointement par l'UNICEF et l'OMS, les Rapports de pays de l'UNICEF sur les indicateurs pour les Objectifs (CRING) et *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*.

Les statistiques sont calculées à partir de fiches d'information nationales qui ont été créées en suivant les « Trois principes », en collaboration avec le Groupe de référence interinstitutions pour le suivi et l'évaluation (MERG) sur le VIH/SIDA, et proviennent de données préexistantes.

Des progrès significatifs ont été réalisés cette année vers un consensus sur les indicateurs clés, dans la préparation des lignes de base et la production des fiches d'information nationales. Les données de base montrent l'énormité et l'urgence des défis qui nous attendent.

Note sur les données

Des définitions, des sources et l'explication des symboles accompagnent les données qui figurent dans les tableaux statistiques ci-dessous. Ces données proviennent des institutions des Nations Unies responsables chaque fois que c'est possible. Lorsque des évaluations répondant aux normes internationales ne sont pas disponibles, d'autres sources, dont on sait qu'elles sont complètes et représentatives du pays, ont été consultées, y compris les enquêtes démographiques et sanitaires menées au sein de la population, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples, les enquêtes sur la santé génésique et les enquêtes de couverture du Groupe Prospective. On trouvera des informations détaillées sur ces enquêtes sur www.measuredhs.com et www.childinfo.org.

Des données supplémentaires sur la couverture des programmes ont été recueillies pour mesurer les progrès accomplis au niveau national en se servant du questionnaire du Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique du VIH, rédigé avec l'aide des membres de l'Équipe spéciale interinstitutions élargie pour la PTME. Elles comprennent des indicateurs de programme au niveau national élaborés à travers une série de collaborations sous la direction d'ONUSIDA et elles ont été adoptées par la plupart des pays.

TABLEAU 1. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant

	Estimation du taux de prévalence du VIH chez l'adulte (+ de 15 ans), fin 2005	Couverture des soins prénatals (%), 1997-2005*	Nombre annuel de naissances, 2005 (milliers)	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de conseils sur les services de PTME, 2005	Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH, 2005	Nombre de femmes infectées au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2005	% de femmes enceintes infectées au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2005**
Afghanistan	<0,1	16	1 441	–	<100	–	–
Afrique du Sud	18,8	92	1 082	513 401	250 000	75 077	30
Albanie	–	91	53	–	–	–	–
Algérie	0,1	81	684	–	<500	–	–
Angola	3,7	66	767	11 366	33 000	367	1
Antigua et Barbuda	–	100	2	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	90x	671	–	–	–	–
Argentine	0,6	98	687	570 000	2 400	2 088	87
Arménie	0,1	93	34	21 720	<100	–	–
Azerbaïdjan	0,1	70	134	–	<100	–	–
Bahamas	3,3	–	6	–	<500	–	–
Bahreïn	–	97x	13	–	<100	–	–
Bangladesh	<0,1	49	3 747	–	<200	–	–
Barbade	1,5	100	3	–	<100	–	–
Bélarus	0,3	100	91	87 548	<200	119x	>60x
Belize	2,5	96	7	7 025	<100	38	>38
Bénin	1,8	81	348	69 921	7 300	1 214	17
Bhoutan	<0,1	51	64	–	<100	–	–
Bolivie	0,1	79	265	–	<500	–	–
Bosnie-Herzégovine	<0,1	99	36	163	–	–	–
Botswana	24,1	97	45	48 014	14 000	7 543	54
Brésil	0,5	97	3 726	1 911 875	14 000	6 771	48
Brunéi Darussalam	<0,1	100x	8	–	<100	–	–
Bulgarie	<0,1	–	67	–	–	–	–
Burkina Faso	2,0	73	617	33 376	15 000	937	6
Burundi	3,3	78	347	9 993	16 000	524	3
Cambodge	1,6	38	429	17 729	6 500	228	4
Cameroun	5,4	83	563	636 202	35 000	3 592	10
Cap-Vert	–	99	15	–	–	12	–
Chili	0,3	95x	249	–	<500	–	–
Chine	0,1	90	17 310	144 934	7 500	135	2
Colombie	0,6	94	968	–	3 100	–	–
Comores	<0,1	74	28	70	<100	–	–
Congo	5,3	88	177	19 943	11 000	1 093	10
Congo, (République démocratique du)	3,2	68	2 873	91 274	99 000	1 725	2
Corée, (République de)	<0,1	–	457	–	<500	–	–
Corée, (République démocratique populaire de)	–	–	342	–	–	–	–
Costa Rica	0,3	92	79	–	<200	–	–
Côte d'Ivoire	7,1	88	665	108 699	57 000	2 543	4
Croatie	<0,1	–	41	–	–	–	–
Cuba	0,1	100	134	–	<200	–	–
Djibouti	3,1	67	27	3 593	1 200	16	1
Dominique	–	100	2	–	–	–	–
Égypte	<0,1	70	1 909	–	–	–	–
El Salvador	0,9	86	166	105 595	800	144	24
Émirats arabes unis	–	–	69	–	–	–	–
Équateur	0,3	84	295	61 810	1 000	223	22
Erythrée	2,4	70	170	8 128	5 100	88	2
Ethiopie	–	28	3 104	85 690	–	2 341	–
Ex-République yougoslave de Macédoine	<0,1	81	23	–	–	–	–
Fédération de Russie	1,1	–	1 540	1 335 768	6 800	5 709	84
Fidji	0,1	–	19	–	<100	–	–
Gabon	7,9	94	42	24 739	3 600	90	3
Gambie	2,4	91	52	10 724	1 400	87	6
Georgie	0,2	95	49	15 000	<100	15	20
Ghana	2,3	92	683	28 013	19 000	1 078	6
Grenade	–	99	2	–	–	–	–
Guatemala	0,9	84	437	–	2 100	200	10

TABLEAU 1. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant

	Estimation du taux de prévalence du VIH chez l'adulte (+ de 15 ans), fin 2005	Couverture des soins prénatals (%), 1997-2005*	Nombre annuel de naissances, 2005 (milliers)	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de conseils sur les services de PTME, 2005	Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH, 2005	Nombre de femmes infectées au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2005	% de femmes enceintes infectées au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2005**
Guinée	1.5	82	387	6 105	6 800	77	1
Guinée-Bissau	3.8	62	79	–	3 600	–	–
Guinée équatoriale	3.2	86	22	–	800	–	–
Guyana	2.4	81	15	12 788	<500	112	32
Haiti	3.8	79	255	66 937	12 000	800	7
Honduras	1.5	83	206	55 201	1 700	198	12
Iles Cook	–	–	–	–	–	–	–
Iles Marshall	–	–	2	–	–	–	–
Iles Salomon	–	–	15	–	–	–	–
Inde	0.9	60	25 926	891 912	130 000	2 279	2
Indonésie	0.1	92	4 495	921	2 000	4	<1
Iran (République islamique d')	0.2	77	1 348	–	700	–	–
Iraq	–	77	978	2	–	–	–
Jamahiriya arabe libyenne	–	81x	136	–	–	–	–
Jamaïque	1.5	98	52	28 914	<500	300	86
Jordanie	–	99	150	–	<100	–	–
Kazakhstan	0.1	91	237	129 706	<500	47	9
Kenya	6.1	88	1 361	429 123	99 000	19 403	20
Kirghizistan	0.1	97	116	–	<100	–	–
Kiribati	–	88x	2	–	–	–	–
Koweït	–	95x	51	–	–	–	–
Lesotho	23.2	90	50	11 804	15 000	1 811	12
Liban	0.1	96	66	–	<100	–	–
Libéria	–	85	167	–	–	130	2
Madagascar	0.5	80	712	8 911	2 000	8	<1
Malaisie	0.5	74	547	374 386	1 400	141	10
Malawi	14.1	92	555	63 632	89 000	5 076	6
Maldives	–	81	10	–	–	–	–
Mali	1.7	57	661	40 402	13 000	415	3
Maroc	0.1	68	717	–	<500	–	–
Maurice	0.6	–	20	–	<100	–	–
Mauritanie	0.7	64	126	14	1 000	10	1
Mexique	0.3	86x	2 172	–	2 400	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	3	–	–	–	–
Moldova, (République de)	1.1	98	43	35 375	<500	32	6
Mongolie	<0.1	94	58	–	<100	–	–
Monténégro†	–	–	–	10 800	33	6	18
Mozambique	16.1	85	773	102 116	150 000	8 490	6
Myanmar	1.3	76	976	133 859	7 700	629	8
Namibie	19.6	91	56	31 907	14 000	4 055	29
Nauru	–	–	–	–	–	–	–
Népal	0.5	28	787	–	–	–	–
Nicaragua	0.2	86	154	3 545	<200	29	19
Niger	1.1	41	750	18 477	9 200	57	1
Nigéria	3.9	58	5 377	30 428	250 000	532	<1
Nioué	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	100	64	–	–	–	–
Ouganda	6.7	92	1 468	343 213	110 000	12 073	11
Ouzbékistan	0.2	97	615	–	<500	–	–
Pakistan	0.1	36	4 773	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–
Panama	0.9	72	70	–	<500	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1.8	78x	174	10 000	3 700	46	1
Paraguay	0.4	94	177	24 100	<500	47	13
Pérou	0.6	92	628	304 601	2 100	188	1
Philippines	<0.1	88	2 018	–	<500	–	–
Qatar	–	–	14	–	–	–	–
République centrafricaine	10.7	62	150	8 982	19 000	803	4

TABLEAU 1. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant

	Estimation du taux de prévalence du VIH chez l'adulte (+ de 15 ans), fin 2005	Couverture des soins prénatals (%), 1997-2005*	Nombre annuel de naissances, 2005 (milliers)	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de conseils sur les services de PTME, 2005	Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH, 2005	Nombre de femmes infectées au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2005	% de femmes enceintes infectées au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME, 2005**
République démocratique populaire lao	0.1	27	205	600	<100	11	15
République dominicaine	1.1	99	211	69 278	2 500	676	27
Roumanie	<0.1	94	211	72 802	–	21	–
Rwanda	3.1	94	375	190 969	16 000	5 782	36
Saint-Kitts-et-Nevis	–	100	1	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	99	2	–	–	–	–
Sainte-Lucie	–	48	3	–	–	–	–
Samoa	–	–	5	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	91	5	8	–	8	–
Sénégal	0.9	79	423	16 114	4 600	57	1
Serbie†	–	–	–	10 800	33	6	18
Seychelles	–	–	3	–	–	–	–
Sierra Leone	1.6	68	252	–	4 800	57	1
Singapour	0.3	–	39	–	<100	–	–
Somalie	0.9	32	366	–	4 400	–	–
Soudan	1.6	60	1 166	8 492	23 000	41	<1
Sri Lanka	<0.1	100	329	–	<100	–	–
Suriname	1.9	91	9	5 127	<100	33x	44x
Swaziland	33.4	90	29	17 062	14 000	4 780	34
Syrie, (République arabe de)	–	71	532	–	–	–	–
Tadjikistan	0.1	71	185	9 203	<100	4	5
Tanzanie, (République-Unie de)	6.5	78	1 408	241 399	110 000	6 202	6
Tchad	3.5	39	471	1 856	19 000	193	1
Territoire palestinien occupé	–	96	138	–	–	–	–
Thaïlande	1.4	92	1 009	636 901	11 000	5 081	46
Timor-Leste	–	61	49	–	–	–	–
Togo	3.2	85	236	17 516	9 200	720	8
Tonga	–	–	2	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	2.6	92	19	–	600	–	–
Tunisie	0.1	92	166	–	<200	–	–
Turkménistan	<0.1	98	108	–	<100	–	–
Turquie	–	81	1 500	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	1.4	–	392	417 610	2 400	2 168	90
Uruguay	0.5	94	57	–	<500	–	–
Vanuatu	–	–	6	–	–	–	–
Venezuela, (République bolivarienne du)	0.7	94	593	–	2 300	–	–
Viet Nam	0.5	86	1 648	39 837	5 500	368	7
Yémen	–	41	845	–	–	–	–
Zambie	17.0	93	472	88 879	97 000	14 071	15
Zimbabwe	20.1	93	384	159 829	98 000	8 461	9

Définitions des indicateurs

Estimation du taux de prévalence du VIH chez l'adulte : Pourcentage d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH à la fin 2005.

Couverture des soins prénatals : Pourcentage de femmes (15-49 ans) suivie au moins une fois pendant leur grossesse par du personnel de santé qualifié (médecins, infirmiers ou sages-femmes).

Nombre annuel de naissances : Nombre estimatif de naissances vivantes en 2005.

Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de conseils sur les services de PTME, 2005 : Nombre de femmes enceintes sensibilisées au VIH lors d'une visite à un centre de soins prénatals.

Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH : Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2005.

Nombre de femmes enceintes infectées au VIH qui ont reçu des ARV pour la PTME, 2005 : Nombre de femmes enceintes testées séropositives pendant

leurs visites à un centre de soins prénatals et qui ont reçu une thérapie antirétrovirale (TARV) pour prévenir la transmission de mère à enfant

Pourcentage de femmes enceintes infectées au VIH qui ont reçu des ARV pour la PTME, 2005 : Calculé en divisant le nombre de femmes enceintes infectées au VIH et ayant reçu des ARV pour la PTME par le nombre approximatif de femmes enceintes infectées au VIH.

Sources principales

Estimation du taux de prévalence du VIH chez l'adulte : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2007*.

Couverture prénatale : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2007*.

Nombre annuel de naissances : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2007*.

Nombre de femmes enceintes recevant des conseils sur les services de PTME : UNICEF et OMS : « Bulletin sur la prévention de la transmission du

de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître)

Évaluation du nombre de femmes enceintes infectées au VIH : Estimations non publiées ONUSIDA/OMS, 2006

Nombre de femmes enceintes infectées au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME : UNICEF et OMS : « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître)

Pourcentage de femmes enceintes infectées au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME : UNICEF et OMS : « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître), Estimations non publiées ONUSIDA/OMS, 2006

NOTES

- Données non disponibles.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pour la période indiquée en tête de colonne.

** indicateur de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2001).

x Données se rapportant à des années ou périodes autres que celles indiquées en tête de colonne, différant de la définition standard ou n'existant que pour une partie du pays.

† Suite à la sécession du Monténégro, qui s'est séparé de l'Union d'États de Serbie-Monténégro en juin 2006, puis a été admis à l'ONU le 28 juin 2006, on ne dispose pas encore de données ventilées pour la Serbie et le Monténégro en tant qu'États séparés. Les données cumulatives présentées ici concernent la Serbie et le Monténégro avant la séparation.

TABLEAU 2. Procurer un traitement pédiatrique

	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2005	Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH, 2005	Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole, 2005	% de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole, 2005	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH et ayant besoin d'ARV, 2005	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) recevant des ARV, 2005 **	% d'enfants ayant besoin d'ARV, 2005
Afghanistan	–	<100	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	240 000	250 000	64 291	26	67 000	12 247	18
Albanie	–	–	5	–	–	5	–
Algérie	–	<500	–	–	–	–	–
Angola	35 000	33 000	–	–	13 000	438	3
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	–	2 400	–	–	–	1 827	–
Arménie	–	<100	3	6	–	3	–
Azerbaïdjan	–	<100	–	–	–	–	–
Bahamas	<500	<500	–	–	<500	–	–
Bahreïn	–	<100	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	<200	–	–	–	–	–
Barbade	<100	<100	–	–	<100	–	–
Bélarus	–	<200	–	–	–	–	–
Belize	<100	<100	–	–	<100	6	8
Bénin	9 800	7 300	719	10	3 000	–	–
Bhoutan	–	<100	–	–	–	–	–
Bolivie	–	<500	–	–	–	–	–
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	14 000	14 000	8 116	58	6 400	5 400	84
Brésil	–	14 000	–	–	–	7 500	–
Brunéi Darussalam	–	<100	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	17 000	15 000	–	–	5 700	420	7
Burundi	20 000	16 000	197	1	6 700	1 137	17
Cambodge	–	6 500	–	–	–	1 071	–
Cameroun	43 000	35 000	–	–	14 000	550	4
Cap-Vert	–	–	12	–	32	15	47
Chili	–	<500	–	–	–	–	–
Chine	–	7 500	–	–	–	566 [†]	–
Colombie	–	3 100	–	–	–	–	–
Comores	<100	<100	–	–	<100	1	<1
Congo	15 000	11 000	–	–	4 700	13	<1
Congo, (République démocratique du)	120 000	99 000	77	<1	43 000	179	<1
Corée, (République de)	–	<500	–	–	–	–	–
Corée, (République démocratique populaire de)	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	–	<200	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	74 000	57 000	–	–	24 000	1 184 [†]	5 [†]
Croatie	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	<200	–	–	–	–	–
Djibouti	1 200	1 200	12	1	<500	8	2
Dominique	–	–	–	–	–	–	–
Egypte	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	–	800	12	2	–	188	–
Emirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	–	1 000	–	–	–	–	–
Erythrée	6 600	5 100	160	3	2 200	54	2
Ethiopie	–	–	–	–	–	1 260	–
Ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	–	–	–	–	–
Fédération de Russie	–	6 800	–	–	–	330 [†]	–
Fidji	–	<100	–	–	–	–	–
Gabon	3 900	3 600	125	3	1 400	268	19
Gambie	1 200	1 400	–	–	500	2	<1
Géorgie	–	<100	15	20	–	4	–
Ghana	25 000	19 000	–	–	8 200	146	2
Grenade	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	2 100	66	3	–	356	–

TABLEAU 2. Procurer un traitement pédiatrique

	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2005	Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH, 2005	Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole, 2005	% de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole, 2005	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH et ayant besoin d'ARV, 2005	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) recevant des ARV, 2005 **	% d'enfants ayant besoin d'ARV, 2005
Guinée	7 000	6 800	42	1	2 500	50	2
Guinée-Bissau	3 200	3 600	–	–	1 300	–	–
Guinée équatoriale	<1 000	800	–	–	<500	–	–
Guyana	<1 000	<500	92	37	<500	35	14
Haïti	17 000	12 000	–	–	4 900	46	1
Honduras	2 400	1 700	–	–	1 400	1	<1
Iles Cook	–	–	–	–	–	–	–
Iles Marshall	–	–	–	–	–	–	–
Iles Salomon	–	–	–	–	–	–	–
Inde	–	130 000	–	–	–	1 300	–
Indonésie	–	2 000	1	<1	–	1	–
Iran (République islamique d')	–	700	–	–	–	20	–
Iraq	–	–	3	–	–	–	–
Jamahiriya arabe libyenne	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	<500	<500	–	–	<500	165	47
Jordanie	–	<100	–	–	–	3	–
Kazakhstan	–	<500	52	15	–	52	–
Kenya	150 000	99 000	8 600	9	44 000	5 000	11
Kirghizistan	–	<100	–	–	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	18 000	15 000	–	–	5 700	623	11
Liban	–	<100	–	–	–	–	–
Libéria	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	1 600	2 000	3	<1	700	1	<1
Malaisie	–	1 400	–	–	–	–	–
Malawi	91 000	89 000	–	–	24 000	1 999	8
Maldives	–	–	–	–	–	–	–
Mali	16 000	13 000	322	2	5 400	–	–
Maroc	–	<500	–	–	–	–	–
Maurice	–	<100	–	–	–	–	–
Mauritanie	1 100	1 000	8	1	<500	6	2
Mexique	–	2 400	–	–	–	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–
Moldova, (République de)	–	<500	5	1	–	11	–
Mongolie	–	<100	–	–	–	–	–
Monténégro‡	–	33	–	–	–	–	–
Mozambique	140 000	150 000	–	–	57 000	1 686	3
Myanmar	–	7 700	63	1	–	136	–
Namibie	17 000	14 000	543	4	5 400	2 824	52
Nauru	–	–	–	–	–	–	–
Népal	–	–	–	–	–	–	–
Nicaragua	–	<200	6	6	–	11	–
Niger	8 900	9 200	–	–	3 500	22	1
Nigéria	240 000	250 000	–	–	95 000	900	1
Nioué	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	110 000	110 000	–	–	39 000	5 000'	13'
Ouzbékistan	–	<500	1	<1	–	–	–
Pakistan	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–
Panama	–	<500	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	3 700	20	1	–	–	–
Paraguay	–	<500	20	8	–	102	–
Pérou	–	2 100	–	–	–	203	–
Philippines	–	<500	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	24 000	19 000	–	–	7 900	160	2

TABLEAU 2. Procurer un traitement pédiatrique

	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2005	Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH, 2005	Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole, 2005	% de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole, 2005	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH et ayant besoin d'ARV, 2005	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) recevant des ARV, 2005 **	% d'enfants ayant besoin d'ARV, 2005
République démocratique populaire lao	–	<100	14	28	–	3	–
République dominicaine	3 600	2 500	–	–	1 000	234	23
Roumanie	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	27 000	16 000	–	–	7 400	1 443	20
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	–	2	–	–	2	–
Sénégal	5 000	4 600	–	–	1 800	126	7
Serbie†	–	33	–	–	–	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	5 200	4 800	23	1	1 900	23	1
Singapour	–	<100	–	–	–	–	–
Somalie	4 500	4 400	–	–	1 700	–	–
Soudan	30 000	23 000	–	–	9 700	–	–
Sri Lanka	–	<100	–	–	–	–	–
Suriname	<100	<100	–	–	<100	–	–
Swaziland	15 000	14 000	764	5	5 200 [†]	851	16
Syrie, (République arabe de)	–	–	–	–	50	–	–
Tadjikistan	–	<100	–	–	–	–	–
Tanzanie, (République-Unie de)	110 000	110 000	–	–	41 000	2 318	6
Tchad	16 000	19 000	–	–	6 700	7	<1
Territoire palestinien occupé	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	16 000	11 000	–	–	4 100	6 495 [†]	>95 [†]
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–
Togo	9 700	9 200	378	4	3 500	101	3
Tonga	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	<1 000	600	–	–	<500	–	–
Tunisie	–	<200	–	–	–	–	–
Turkménistan	–	<100	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	–	2 400	2 100	88	–	413	–
Uruguay	–	<500	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela, (République bolivarienne du)	–	2 300	–	–	–	–	–
Viet Nam	–	5 500	–	–	–	252	–
Yémen	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	130 000	97 000	–	–	40 000	5 000	13
Zimbabwe	160 000	98 000	5 505	6	44 000	1 700	4

Définitions des indicateurs

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH : Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2005

Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH : Nombre estimatif de femmes enceintes (15-49 ans) vivant avec le VIH, 2005

Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole : Nombre de nourrissons exposés au VIH et vus par un professionnel de la santé dans les deux mois suivant la naissance et ayant commencé un traitement prophylactique au cotrimoxazole.

Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole : Calculé en divisant le nombre de nouveau-nés exposés au VIH qui ont commencé un traitement prophylactique au cotrimoxazole par le nombre estimatif d'enfants nés de femmes enceintes infectées au VIH, en supposant un rapport un enfant/une mère infectée au VIH. Le dénominateur est le nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH.

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH et ayant besoin d'ARV :

Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement aux antirétroviraux (ARV) en 2005.

Nombre d'enfants recevant des ARV : Nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH et recevant des ARV en 2005.

Pourcentage d'enfants ayant besoin d'ARV : Calculé en divisant le nombre d'enfants recevant des ARV par le nombre estimatif d'enfants ayant besoin de ce traitement.

Sources principales

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH : ONUSIDA, *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*.

Nombre estimatif de femmes enceintes infectées au VIH : Estimations non publiées ONUSIDA/OMS.

Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement

prophylactique au cotrimoxazole : UNICEF et OMS : « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître).

Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes infectées au VIH recevant un traitement prophylactique au cotrimoxazole : UNICEF et OMS : « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître).

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH et ayant besoin d'ARV : Estimations non publiées ONUSIDA/OMS.

Nombre d'enfants recevant des ARV : UNICEF et OMS : « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître).

Pourcentage d'enfants ayant besoin d'ARV : UNICEF et OMS : « Bulletin sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique, 2006 » (à paraître).

NOTES

- Données non disponibles.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pour la période indiquée en tête de colonne.

** indicateur de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2001), comme une partie des hommes et des femmes souffrant d'infection avancée au VIH et recevant une polythérapie antirétrovirale

† Suite à la sécession du Monténégro, qui s'est séparé de l'Union d'États de Serbie-Monténégro en juin 2006, puis a été admis à l'ONU le 28 juin 2006, on ne dispose pas encore de données ventilées pour la Serbie et le Monténégro en tant qu'États séparés. Les données cumulatives présentées ici concernent la Serbie et le Monténégro avant la séparation.

† Source des données : OMS, données non publiées, 2006.

† Data source is WHO, unpublished data, 2006.

TABLEAU 3. Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes

	Connaissances et comportements								
	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15–24 ans)			% de jeunes (15–24 ans) qui ont une connaissance d'ensemble du VIH (1999–2005)		% de jeunes (15–24 ans) ayant utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque (1999–2005)**		% de jeunes (15–24 ans) ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (1999–2005)**	
	Hommes (2005)	Femmes (2005)	Femmes enceintes dans la capitale (2001–2005)**	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afghanistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	5	15	25	–	–	–	–	–	9
Albanie	–	–	–	–	0	–	–	–	–
Algérie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	1	3	3	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arménie	–	–	–	8	7	44	–	1	1
Azerbaïdjan	–	–	–	–	2	–	–	–	1
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Barbade	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bénin	0	1	2	14	8	34	19	24	16
Bhoutan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bolivie	–	–	–	18	–	37	20	15	6
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	6	15	34	33	40	88	75	–	–
Brésil	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	1	1	2	23	15	67	54	5	7
Burundi	1	2	9	–	24	–	–	–	3
Cambodge	–	–	3	–	37	–	–	–	1
Cameroun	1	5	7	34	27	57	46	12	18
Cap-Vert	–	–	–	–	–	–	–	40	21
Chili	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chine	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	–	–	–	–	–	–	30	–	10
Comores	<0,1	<0,1	–	–	10	–	–	–	–
Congo	1	4	3	22	10	38	20	–	–
Congo, (République démocratique du)	1	2	3	–	–	–	–	24	12
Corée, (République de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Corée, (République démocratique populaire de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	–	–	5	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	2	5	5	–	16	–	–	15	19
Croatie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	–	52	–	–	–	–
Djibouti	1	2	–	–	–	–	–	–	–
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egypte	–	–	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Emirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	–	–	–	–	–	–	–	–	7
Erythrée	1	2	–	–	37	–	–	–	9
Ethiopie	–	–	12	–	–	30	17	5	14
Ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fédération de Russie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fidji	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	2	5	–	22	24	48	33	48	24
Gambie	1	2	–	–	15	–	–	40	69
Géorgie	–	–	–	–	–	–	–	–	3
Ghana	0	1	4	44	38	52	33	4	7

TABLEAU 3. Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes

	Connaissances et comportements								
	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15–24 ans)			% de jeunes (15–24 ans) qui ont une connaissance d'ensemble du VIH (1999–2005)		% de jeunes (15–24 ans) ayant utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque (1999–2005)**		% de jeunes (15–24 ans) ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (1999–2005)**	
				Hommes (2005)	Femmes (2005)	Femmes enceintes dans la capitale (2001–2005)**	Hommes	Femmes	Hommes
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	–	–	–	–	–	–	15	7
Guinée	1	1	4	–	–	32	17	17	22
Guinée-Bissau	1	3	–	–	8	–	–	–	–
Guinée équatoriale	1	2	–	–	4	–	–	–	–
Guyana	–	–	–	–	36	–	–	–	–
Haïti	–	–	4	28	15	30	19	28	12
Honduras	–	–	–	–	–	–	–	19	13
Iles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iles Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iles Salomon	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	–	–	–	17	21	59	51	–	–
Indonésie	–	–	–	–	7	–	–	–	–
Iran (République islamique d')	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamahiriya arabe libyenne	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	–	–	–	–	–	65	32	6	1
Kenya	1	5	–	47	34	47	25	31	15
Kirghizistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	6	14	27	18	26	48	50	30	16
Liban	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	–	–	–	–	–	–	–	12	32
Madagascar	1	0	–	16	19	12	5	8	16
Malaisie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	3	10	15	36	24	47	35	18	14
Maldives	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	0	1	3	15	9	30	14	11	26
Maroc	–	–	–	–	12	–	–	–	–
Maurice	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	0	1	–	–	–	–	–	2	13
Mexique	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldova, (République de)	–	–	–	–	19	63	44	–	–
Mongolie	–	–	–	–	32	–	–	–	–
Monténégro†	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	4	11	15	33	20	33	29	–	28
Myanmar	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibie	4	13	8	41	31	69	48	31	10
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	–	–	–	–	–	–	–	20	9
Nicaragua	–	–	–	–	–	–	17	–	11
Niger	0	1	–	–	5	–	–	–	–
Nigéria	1	3	–	21	18	46	24	8	20
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	2	5	5	40	28	55	53	16	12
Ouzbékistan	–	–	–	7	8	50	–	–	–
Pakistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–

TABLEAU 3. Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes

	Connaissances et comportements								
	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15–24 ans)			% de jeunes (15–24 ans) qui ont une connaissance d'ensemble du VIH (1999–2005)		% de jeunes (15–24 ans) ayant utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque (1999–2005)**		% de jeunes (15–24 ans) ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (1999–2005)**	
	Hommes (2005)	Femmes (2005)	Femmes enceintes dans la capitale (2001–2005)**	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Pérou	–	–	–	–	–	–	19	–	5
Philippines	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	3	7	14	–	5	–	–	–	–
République démocratique populaire lao	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République dominicaine	–	–	–	–	–	52	29	18	13
Roumanie	–	–	–	–	–	–	–	12	3
Rwanda	0	2	10	54	51	40	26	15	5
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	–	11	–	–	–	–
Sénégal	0	1	1	–	13	52	36	31	29
Serbie†	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	0	1	3	–	16	–	–	–	25
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	0	1	–	–	0	–	–	–	–
Soudan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	–	–	–	–	27	–	–	–	–
Swaziland	8	23	37	–	27	–	–	–	–
Syrie (République arabe de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tadjikistan	–	–	–	–	1	–	–	–	–
Tanzanie, (République-Unie de)	3	4	8	49	44	47	42	13	11
Tchad	1	2	4	20	8	25	17	11	19
Territoire palestinien occupé	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	1	2	9	–	20	–	–	15	11
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	–	–	–	–	33	–	–	–	–
Tunisie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	–	–	–	–	3	–	–	–	<1
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela, (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	–	–	–	50	42	68	–	0,3	1
Yémen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	4	13	21	33	31	40	35	27	18
Zimbabwe	4	15	19	–	–	69	42	6	3

Définitions des indicateurs
Taux de prévalence du VIH chez les jeunes :

Pourcentage d'hommes et de femmes (15-24 ans) vivant avec le VIH à la fin 2005.

Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes dans la capitale :

Pourcentage d'échantillons sanguins de femmes enceintes (15-24 ans) testées séropositives au VIH lors d'examen de surveillance sentinelle banalisée et anonyme effectués dans certaines cliniques de soins prénatals.

Connaissance d'ensemble du VIH : Pourcentage d'hommes et de femmes (15-24 ans) capables d'identifier correctement les deux principales façons d'empêcher la transmission sexuelle du VIH (avec des préservatifs et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) et de réfuter les idées fausses les plus répandues dans leur communauté sur la transmission

du VIH et qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut transmettre le VIH.

Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque :

Pourcentage d'hommes et de femmes (15-24 ans) qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels hors mariage et hors concubinage parmi ceux qui disent avoir eu des relations sexuelles avec ce type de partenaire au cours des douze derniers mois.

Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans :

Pourcentage de jeunes (15 à 19 ans) qui déclarent avoir eu une activité sexuelle avant l'âge de 15 ans.

Sources principales

Prévalence du VIH chez les jeunes : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2006*.

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes dans la capitale : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2006*.

Connaissance d'ensemble du VIH : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2006*.

Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2006*.

Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans : DHS, MICS et RHS (1999-2005), www.statcompiler.com.

NOTES

- Données non disponibles.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne

** indicateur de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2001).

† Suite à la sécession du Monténégro, qui s'est séparé de l'Union d'États de Serbie-Monténégro en juin 2006, puis a été admis à l'ONU, on ne dispose pas encore de données ventilées pour le Monténégro et la Serbie en tant qu'États séparés. Les données cumulatives présentées ici concernent la Serbie-Monténégro avant la séparation.

TABLEAU 4. Protéger et soutenir les enfants affectés par le SIDA

	Orphelins et enfants vulnérables						
	Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents, toutes causes confondues, 2005	Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA, 2005	Enfants dont la mère est morte, toutes causes confondues, 2005	Enfants dont le père est mort, toutes causes confondues, 2005	Enfants dont les deux parents sont morts, toutes causes confondues, 2005	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (1999–2005)**	% d'enfants dans des ménages recevant un soutien extérieur (2004–2006)**
Afghanistan	1 600 000	–	700 000	1 100 000	170 000	–	–
Afrique du Sud	2 500 000	1 200 000	1 300 000	1 600 000	450 000	–	–
Albanie	–	–	–	–	–	–	–
Algérie	–	–	–	–	–	–	–
Angola	1 200 000	160 000	590 000	820 000	230 000	90	–
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	690 000	–	120 000	590 000	23 000	–	–
Arménie	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	–	–	–	–	–	–	–
Bahamas	8 000	–	3 000	6 000	600	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	4 400 000	–	1 800 000	2 900 000	350 000	–	–
Barbade	3 000	–	600	3 000	<100	–	–
Bélarus	–	–	–	–	–	–	–
Belize	5 000	–	2 000	4 000	200	–	–
Bénin	370 000	62 000	160 000	250 000	44 000	–	–
Bhoutan	78 000	–	30 000	53 000	6 000	–	–
Bolivie	310 000	–	110 000	230 000	22 000	–	–
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	150 000	120 000	110 000	100 000	56 000	99	95
Brésil	3 700 000	–	850 000	3 000 000	150 000	–	–
Brunéï Darussalam	4 000	–	900	3 000	<100	–	–
Bulgarie	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	710 000	120 000	320 000	470 000	79 000	109	–
Burundi	600 000	120 000	310 000	400 000	110 000	70	–
Cambodge	470 000	–	170 000	340 000	110 000	71	–
Cameroun	1 000 000	240 000	540 000	660 000	180 000	99	–
Cap-Vert	–	–	–	–	–	–	–
Chili	200 000	–	33 000	170 000	4 000	–	–
Chine	20 600 000	–	5 400 000	16 000 000	880 000	–	–
Colombie	870 000	–	210 000	680 000	25 000	–	–
Comores	33 000	–	14 000	22 000	3 000	59	–
Congo	270 000	110 000	140 000	180 000	48 000	–	–
Congo, (République démocratique du)	4 200 000	680 000	2 100 000	2 800 000	800 000	72	2
Corée, (République de)	450 000	–	61 000	400 000	8 000	–	–
Corée, (République démocratique populaire de)	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	44 000	–	9 000	36 000	800	–	–
Côte d'Ivoire	1 400 000	450 000	790 000	940 000	350 000	83	–
Croatie	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	120 000	–	25 000	94 000	3 000	–	–
Djibouti	48 000	6 000	22 000	32 000	6 000	–	–
Dominique	–	–	–	–	–	–	–
Egypte	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	150 000	–	40 000	120 000	6 000	–	–
Emirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	230 000	–	59 000	180 000	8 000	–	–
Erythrée	280 000	36 000	120 000	190 000	34 000	83	–
Ethiopie	4 800 000	–	2 300 000	3 200 000	660 000	60	4
Ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	–	–	–	–	–
Fédération de Russie	–	–	–	–	–	–	–
Fidji	25 000	–	9 000	18 000	2 000	–	–
Gabon	65 000	20 000	32 000	41 000	8 000	98	–
Gambie	64 000	4 000	26 000	43 000	6 000	85	–
Géorgie	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	1 000 000	170 000	490 000	640 000	110 000	79x	–
Grenade	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	370 000	–	100 000	290 000	19 000	98	–

TABLEAU 4. Protéger et soutenir les enfants affectés par le SIDA

	Orphelins et enfants vulnérables						
	Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents, toutes causes confondues, 2005	Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA, 2005	Enfants dont la mère est morte, toutes causes confondues, 2005	Enfants dont le père est mort, toutes causes confondues, 2005	Enfants dont les deux parents sont morts, toutes causes confondues, 2005	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (1999–2005)**	% d'enfants dans des ménages recevant un soutien extérieur (2004–2006)**
Guinée	370 000	28 000	160 000	250 000	38 000	113	–
Guinée-Bissau	100 000	11 000	48 000	72 000	16 000	103	–
Guinée équatoriale	29 000	5 000	14 000	20 000	5 000	95	–
Guyana	26 000	–	11 000	19 000	3 000	–	–
Haiti	490 000	–	250 000	340 000	100 000	87	–
Honduras	180 000	–	52 000	140 000	8 000	–	–
Iles Cook	–	–	–	–	–	–	–
Iles Marshall	–	–	–	–	–	–	–
Iles Salomon	–	–	–	–	–	–	–
Inde	25 700 000	–	7 800 000	19 200 000	1 400 000	–	–
Indonésie	5 300 000	–	1 800 000	3 800 000	340 000	82	–
Iran (République islamique d')	1 500 000	–	480 000	1 100 000	71 000	–	–
Iraq	–	–	94 000	377 000	23 000	–	–
Jamahiriya arabe libyenne	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	55 000	–	17 000	40 000	3 000	–	–
Jordanie	–	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	–	–	–	–	–	–	–
Kenya	2 300 000	1 100 000	1 400 000	1 300 000	410 000	95	10
Kirghizistan	–	–	–	–	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	150 000	97 000	100 000	95 000	47 000	95	25
Liban	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	250 000	–	130 000	170 000	60 000	–	–
Madagascar	900 000	13 000	370 000	590 000	65 000	76	7
Malaisie	480 000	–	130 000	370 000	17 000	–	–
Malawi	950 000	550 000	540 000	650 000	240 000	93	–
Maldives	–	–	–	–	–	–	–
Mali	710 000	94 000	320 000	470 000	85 000	104	2
Maroc	–	–	–	–	–	–	–
Maurice	23 000	–	5 000	19 000	900	–	–
Mauritanie	170 000	7 000	75 000	120 000	17 000	–	–
Mexique	1 600 000	–	390 000	1 200 000	46 000	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–
Moldova, (République de)	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	79 000	–	28 000	57 000	6 000	–	–
Monténégro‡	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	1 500 000	510 000	860 000	980 000	310 000	80	–
Myanmar	1 700 000	–	600 000	1 200 000	140 000	–	–
Namibie	140 000	85 000	86 000	83 000	31 000	92	33
Nauru	–	–	–	–	–	–	–
Népal	970 000	–	410 000	650 000	84 000	–	–
Nicaragua	130 000	–	39 000	93 000	6 000	–	–
Niger	800 000	46 000	370 000	520 000	87 000	–	–
Nigéria	8 600 000	930 000	4 400 000	5 800 000	1 500 000	64x	–
Nioué	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	2 300 000	1 000 000	1 300 000	1 500 000	540 000	95	23
Ouzbékistan	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	4 400 000	–	1 500 000	3 100 000	240 000	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–
Panama	53 000	–	12 000	43 000	2 000	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	350 000	–	160 000	240 000	48 000	–	–
Paraguay	150 000	–	44 000	110 000	6 000	–	–
Pérou	660 000	–	190 000	500 000	32 000	85x	–
Philippines	2 000 000	–	650 000	1 400 000	100 000	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	330 000	140 000	180 000	220 000	76 000	91	–

TABLEAU 4. Protéger et soutenir les enfants affectés par le SIDA

	Orphelins et enfants vulnérables						
	Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents, toutes causes confondues, 2005	Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA, 2005	Enfants dont la mère est morte, toutes causes confondues, 2005	Enfants dont le père est mort, toutes causes confondues, 2005	Enfants dont les deux parents sont morts, toutes causes confondues, 2005	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (1999-2005)**	% d'enfants dans des ménages recevant un soutien extérieur (2004-2006)**
République démocratique populaire lao	290 000	–	120 000	200 000	30 000	–	–
République dominicaine	220 000	–	74 000	160 000	14 000	96	–
Roumanie	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	820 000	210 000	490 000	620 000	290 000	82	13
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	–	–	–	–
Sénégal	560 000	25 000	250 000	370 000	67 000	74x	1
Serbie†	–	–	–	–	–	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	340 000	31 000	150 000	240 000	52 000	71	–
Singapour	26 000	–	5 000	21 000	600	–	–
Somalie	630 000	23 000	310 000	440 000	110 000	65	–
Soudan	1 700 000	–	740 000	1 100 000	180 000	96	–
Sri Lanka	310 000	–	68 000	250 000	10 000	–	–
Suriname	10 000	–	3 000	7 000	500	89	–
Swaziland	95 000	63 000	67 000	56 000	28 000	91	–
Syrie, (République arabe de)	–	–	–	–	–	–	–
Tadjikistan	–	–	–	–	–	–	–
Tanzanie, (République-Unie de)	2 400 000	1 100 000	1 300 000	1 500 000	410 000	82	–
Tchad	600 000	57 000	280 000	410 000	84 000	105	–
Territoire palestinien occupé	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	1 200 000	–	290 000	990 000	50 000	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–
Togo	280 000	88 000	130 000	190 000	38 000	96	10
Tonga	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	28 000	–	9 000	20 000	1 000	–	–
Tunisie	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	–	–	–	–	97 959	–	–
Uruguay	55 000	–	8 000	48 000	1 000	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela, (République bolivarienne du)	480 000	–	120 000	380 000	16 000	–	–
Viet Nam	1 800 000	–	600 000	1 300 000	88 000	–	–
Yémen	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	1 200 000	710 000	860 000	800 000	420 000	92	13
Zimbabwe	1 400 000	1 100 000	1 100 000	920 000	700 000	98	8

Définitions des indicateurs

Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents, toutes causes confondues : Nombre estimatif d'enfants (0-17 ans) qui à la fin 2005 avaient perdu au moins un de leurs parents, toutes causes confondues.

Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA : Nombre estimatif d'enfants (0-17 ans) qui à la fin 2005 avaient perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA.

Enfants dont le père/la mère est mort(e), toutes causes confondues : Nombre estimatif d'enfants (0-17 ans) qui à la fin 2005 avaient perdu leur père ou leur mère biologique, toutes causes confondues.

Enfants dont les deux parents sont morts, toutes causes confondues : Nombre estimatif d'enfants (0-17 ans) qui à la fin 2005 avaient perdu leur père et leur mère, toutes causes confondues.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins

(1999-2005)** : Pourcentage des enfants (10-14 ans) dont les deux parents biologiques sont morts et qui sont actuellement scolarisés comme pourcentage des enfants non orphelins du même âge qui vivent avec au moins un de leurs parents et sont scolarisés.

% d'enfants dans des ménages recevant un soutien extérieur (2004-2006)** : Pourcentage des orphelins et enfants vulnérables vivant avec un ménage ayant reçu un soutien de base gratuit pour s'occuper de l'enfant.

Sources principales

Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents, toutes causes confondues : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2007*.

Enfants ayant perdu au moins un de leurs parents à cause du SIDA : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2007*.

Enfants dont le père ou la mère est mort, toutes causes confondues : UNICEF, ONUSIDA et PEPFAR, *Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : Les enfants affectés par le SIDA, 2006*.

Enfants dont les deux parents sont morts, toutes causes confondues : UNICEF, ONUSIDA et PEPFAR, *Les générations orphelines et vulnérables d'Afrique : Les enfants affectés par le SIDA, 2006*.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2007*.

Pourcentage d'enfants dans des ménages recevant un soutien extérieur : Enquêtes sur les ménages, Enquête de couverture du Groupe Prospective 2006

NOTES
Données non disponibles.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** indicateur de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2001).

x Données se rapportant à des années ou périodes autres que celles indiquées en tête de colonne, différant de la définition standard ou n'existant que pour une partie du pays.

† Suite à la sécession du Monténégro, qui s'est séparé de l'Union d'États de Serbie-Monténégro en juin 2006, puis a été admis à l'ONU, on ne dispose pas encore de données ventilées pour le Monténégro et la Serbie en tant qu'États séparés. Les données cumulatives présentées ici concernent la Serbie-Monténégro avant la séparation (voir la note ci-dessus).

PRINCIPAUX PARTENAIRES POUR L'ENFANCE ET LE SIDA

Advocates for Youth • AWEPA (Association des Parlementaires européens pour l'Afrique) • African Network for Care of Children Affected by HIV/AIDS (ANECCA) • AusAID (Gouvernement australien) • Department for International Development (DFID; Gouvernement britannique) • Baylor International Pediatric AIDS Initiative (BIPAI) • Better Care Network • Brazil + 7 • Catholic Medical Mission Board (CMMB) • Fondation Clinton et Initiative SIDA de la Fondation Clinton • Université Columbia (ICAP) • Development Cooperation Ireland (DCI) • Alliance œcuménique « agir ensemble » • Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF) • Family Health International (FHI) • Global Business Coalition (GBC) • Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme • Mouvement mondial en faveur des enfants • HelpAge International • International Save the Children Alliance • Irish Aid (Ministère des affaires étrangères, gouvernement irlandais) • Médecins Sans Frontières (MSF) • Mothers 2 Mothers (m2m) • Gouvernement des Pays-Bas • Organisation des Premières Dames d'Afrique pour la lutte contre le VIH/SIDA • Accès aux traitements pédiatriques en Afrique (PATA) • Plan International • Population Council • Population Services International (PSI) • Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA (PEPFAR) • Save the Children International • Staying Alive • The AIDS Support Organization (TASO) • ONUSIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA • UNITAID • Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) • Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) • Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) • Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) • US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) • Banque mondiale • Organisation mondiale de la Santé (OMS) • World Vision • gouvernements nationaux, organisations nationales issues de la société civile et bien d'autres de par le monde •

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA
Tél.: (+1 212) 326-7000
pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

Secrétariat ONUSIDA
20, avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse
Tél. : (+41 22) 791-3666
Fax : (+41 22) 791-4187
unaids@unaids.org
www.unaids.org

Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse
Tél. : (+ 41 22) 791-2111
Fax : (+ 41 22) 791-3111
info@who.int; publications@who.int
www.who.int

Visitez le site Internet d' *Unissons-nous pour les enfants,
contre le SIDA* : www.unicef.org/uniteforchildren ou
contactez-nous par e-mail : aidscampaign@unicef.org

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Photo de couverture : © UNICEF/HQ06-1318/CLAUDIO VERSIANI
ISBN: 978-92-806-4132-5

Février 2007