

Enfants et SIDA

Quatrième bilan de la situation, 2009



UNISSONS-NOUS POUR LES ENFANTS
CONTRE LE SIDA



ENFANTS ET SIDA : QUATRIÈME BILAN DE LA SITUATION, 2009

TABLE DES MATIÈRES

Page 1	I. Introduction
Page 4	II. Prévenir la transmission de la mère à l'enfant
Page 10	III. Prise en charge et traitement pédiatriques
Page 15	IV. Prévention de l'infection chez les adolescents et les jeunes
Page 21	V. Protection, soins et soutien aux enfants touchés par le VIH et le SIDA
Page 26	VI. Suivi et évaluation des programmes
Page 31	VII. Investissement : Les besoins des femmes et des enfants
Page 33	VIII. Appel à l'action
Page 36	Références
Page 39	Annexe : notes sur les données
Page 40	Objectif 1. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays à revenu faible et intermédiaire
Page 43	Objectif 2. Procurer un traitement pédiatrique dans les pays à revenu faible et intermédiaire
Page 47	Objectif 3. Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes
Page 50	Objectif 4. Protéger et soutenir les enfants affectés par le VIH et le SIDA

Photo de couverture :
© UNICEF/NYHQ2009-0332/Nesbitt

L'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, mobilise les efforts et les ressources de 10 institutions des Nations Unies pour intervenir contre le SIDA à l'échelle mondiale. L'action est coparrainée par le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'UNODC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé à Genève, le secrétariat de l'ONUSIDA coordonne les activités sur le terrain dans plus de 75 pays.

Pour tout rectificatif ultérieur à la mise sous presse, consulter notre site à l'adresse <www.unicef.org/publications>.

Pour toutes données ultérieures à la mise sous presse, consulter le site <www.childinfo.org>.

ISBN : 978 92 806 4474-6
No. de vente : F.09.XX.23



I. INTRODUCTION

Une génération d'enfants libérée du SIDA n'est pas une utopie.

Il y a plusieurs années, lorsqu'on commençait à voir l'impact dévastateur de l'épidémie du SIDA sur les enfants, on ne pouvait pas imaginer que toute une génération pourrait être libérée du SIDA dans un avenir prévisible.

En 2005, les conséquences de l'épidémie ont incité l'UNICEF, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et d'autres partenaires à lancer la campagne mondiale *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, qui a pour but de concentrer l'attention et les ressources de la communauté internationale sur l'atténuation des pires effets du VIH et du SIDA sur les enfants et les jeunes.

Après quatre ans d'efforts, de nombreuses vies ont été sauvées ou améliorées parce que les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les communautés locales et les organisations internationales ont examiné les données et pris les mesures qui s'imposaient. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est devenue un objectif mondial.

La prévention combinée – un dosage approprié de stratégies comportementales, biomédicales, structurelles et sociales – peut contribuer à faire reculer la prévalence du VIH chez les jeunes. Des interventions qui tiennent du compte du SIDA, plutôt que de concentrer exclusivement les efforts sur ce problème, sont adoptées un peu partout en faveur des enfants touchés par le SIDA.

De nombreuses preuves témoignent de l'importance cruciale d'un diagnostic précoce chez les nourrissons pour sauver ces jeunes vies et ce diagnostic est devenu une priorité. Jamais autant de nourrissons n'y ont eu accès. Comme les données les plus récentes laissent penser que la mortalité due au SIDA chez les nourrissons pourrait atteindre un sommet à un très jeune âge – à l'âge de deux ou trois mois selon une étude¹ – il apparaît d'autant plus urgent de mettre en œuvre ces recommandations.

Les traitements antirétroviraux (ARV) de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) atteignent aujourd'hui 45 % des femmes enceintes séropositives de par le monde. La couverture par le test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes est de 78 % en Afrique du Sud, 87 % au Botswana et 90 % en Namibie – tous des pays dans lesquels la prévalence du VIH est élevée².

L'attention à porter aux besoins des enfants touchés par SIDA est aujourd'hui une priorité profondément ancrée dans la programmation. Elle est un moteur du financement, incitant par exemple le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme à réexaminer ses activités et à accroître le soutien à des traitements plus efficaces de PTME. Les enfants et les familles occupent une place particulière dans le Cadre de résultats de l'ONUSIDA. Cela n'aurait pas été le cas il y a encore quelques années.

Le monde n'est pas encore sur la bonne voie pour atteindre les cibles de prévention, traitement, soins et soutien

Les progrès accomplis sont, à l'évidence, tempérés par les réalités humaines, politiques, sociales et économiques. La majorité des pays n'atteindront pas les objectifs fixés au début de la campagne *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* pour l'année cible de 2010.



La crise économique apparue en 2008–2009 a suscité bien des inquiétudes sur la manière dont l'assistance aux femmes et aux enfants pourra être maintenue, voire renforcée, pour atteindre les cibles de l'accès universel. Si les contraintes économiques devaient soudainement compromettre l'élargissement de la thérapie antirétrovirale (ART) à de nouveaux bénéficiaires, il s'en suivrait qu'aucun nourrisson ne recevrait un traitement et aucune mère bénéficiant de services de PTME ne pourrait avoir accès au traitement pour se protéger.

Si la PTME était couronnée de succès, on n'enregistrerait que peu de nouvelles infections chez les nouveau-nés, mais cet objectif est encore lointain. La couverture par la PTME progresse, mais un trop grand nombre de femmes en âge de procréer continuent à être infectées par le VIH et trop rares sont

les femmes enceintes séropositives qui ont accès aux meilleurs traitements. Des progrès ont été accomplis en termes de dépistage du VIH chez les mères à des fins de PTME, mais le dépistage des mères séropositives dans le but de protéger leur propre santé reste sporadique³. L'allaitement exclusivement au sein, qui permet de limiter le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, n'est pas très pratiqué.

Le nombre d'enfants traités par l'ART pédiatrique continue à augmenter. Mais dans la majorité des pays, les mesures impératives de sauvegarde que représentent le dépistage et le démarrage du traitement au plus jeune âge ne sont pas appliquées systématiquement. Dans les domaines de la PTME et des soins pédiatriques, le nombre de femmes et d'enfants non suivis est dramatiquement élevé.

En ce qui concerne les indicateurs de préventions relatifs aux jeunes, les progrès se sont généralement avérés lents. Même si les mesures visant à venir en aide aux orphelins et aux autres enfants vulnérables disposent d'un meilleur financement, la faiblesse des systèmes et l'absence de coordination posent souvent problème.

Les progrès affichés à ce jour en termes de PTME et de soins et traitement pédiatriques sont inégaux, reflétant l'iniquité de l'accès – au dépistage du VIH et aux conseils, aux ARV à des fins de PTME et à l'ART pour les mères et leurs enfants – et les lacunes de la couverture par les services. Il existe divers moyens de pallier ces inégalités.

Le développement des interventions liées au SIDA exige une amélioration des services de santé et la création de liens entre ces services et les communautés

Pour identifier et diagnostiquer la maladie, et entreprendre un traitement pour la vaste majorité des enfants infectés par le VIH, il est essentiel d'améliorer les systèmes de santé et de tresser des liens plus solides avec les programmes de santé et de survie de l'enfant. Ces facteurs joueront aussi un rôle crucial dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

L'intégration des prestations de services liés au VIH destinées tant aux mères qu'à leurs bébés pose toujours un immense problème. La gamme complète de ces services comprend le test de dépistage du VIH et les conseils pendant la période prénatale; les services de PTME destinés aux femmes séropositives; le diagnostic précoce chez le nourrisson et le traitement des bébés au cours de la première année de leur vie; ainsi que des soins et un soutien aux adolescents qui vivent avec le VIH et qui risquent de ne relever de la compétence d'aucun système particulier.

Les systèmes de santé ne sont pas les seuls à être en cause. Les changements de comportements – l'un des trois volets de la prévention combinée – s'appuient sur des normes sociales partagées favorables à des comportements plus sûrs et soutenus par la communauté. Pour atteindre les personnes les plus exposées, il convient d'élaborer des politiques et des cadres légaux permettant de lutter contre la discrimination.

Un soutien adéquat aux enfants touchés par le VIH et le SIDA est tributaire de l'amélioration des systèmes de bien-être et de protection sociaux – notamment ceux qui ont trait aux transferts de revenus, aux solutions autres que la prise en charge institutionnelle, et aux soins

familiaux et communautaires – pour tous les enfants. Tous ces systèmes – sanitaire, politique, légal et créer des de sécurité sociale – doivent bénéficier de la participation et du soutien des communautés touchées, et créer des liens entre elles et en leur sein.

Un investissement pertinent est nécessaire pour garantir la viabilité des services et des systèmes

Pour investir judicieusement dans les programmes pour enfants de lutte contre le VIH et le SIDA au niveau national, il est important de bien connaître l'épidémie, l'intervention nécessaire, son coût et les résultats obtenus jusque-là. L'estimation la plus précise des ressources nécessaires pour répondre efficacement aux besoins des femmes, des enfants et des jeunes à laquelle l'UNICEF est arrivée se chiffre à 5,9 milliards de dollars des États-Unis par an pour atteindre les cibles d'accès universel pour les quatre « P » : Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Prodiger des soins et un traitement pédiatrique, Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes, et Protéger et soutenir les enfants frappés par le VIH et le SIDA (voir Chapitre VII).

Tout concourt à démontrer que la prévention est une solution économique. Une étude récente fondée sur des données modélisées a permis de projeter que l'élargissement des programmes de prévention permettrait de faire reculer de plus de 50 % le nombre d'infections par le VIH d'ici à 2015 et d'économiser 24 milliards de dollars en dépenses de traitement⁴. Selon une autre étude, il est « inévitable » que toute intervention à long terme s'appuie sur la prévention, compte tenu des besoins écrasants qu'il faudra satisfaire d'ici à 2030 (55 millions de personnes) si les tendances actuelles se poursuivent⁵. Il a aussi été démontré que la prévention primaire est particulièrement avantageuse dans la mesure où elle permet d'éviter la transmission du virus de la mère à l'enfant⁶.

Pour investir judicieusement, il faudra procéder à une analyse plus pointue de l'efficacité, en termes de changement des comportements, des programmes mis en œuvre dans les écoles, les services sanitaires et sociaux, les médias de masse et la communauté. Les données disponibles peuvent nous éclairer, mais l'impact des programmes n'a pas encore été suffisamment évalué.

L'approche de la problématique enfants et SIDA fondée sur les droits de l'homme est synonyme d'accès équitable

L'universalité et l'équité sont les pierres angulaires des droits de l'enfant et ces valeurs doivent être réaffirmées alors que nous fêtons le 20ème anniversaire de la Convention relative aux droits de l'enfant. Cela signifie qu'il faut examiner les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs d'accès universel dans l'optique de l'équité, en respectant les normes de soins et de traitement pour tous et en progressant vers une répartition équitable des ressources. Pour ce faire, il est important de comprendre exactement quelles sont les populations atteintes.

Les données – ventilées par âge et par sexe – aident à voir qui ne bénéficie pas de ces ressources et dans quelle mesure l'accès aux services est équitable. Bien que des progrès aient été accomplis en termes de collecte de données ventilées, les statistiques ne sont souvent pas assez détaillées pour établir des cibles stratégiques et évaluer l'efficacité des programmes. L'équité doit être à la fois le but et l'aboutissement de la programmation.

Parfois les services existent bien, mais il est difficile d'atteindre les enfants et les familles. Les objectifs d'accès universel doivent éviter de perpétuer le fait que ce sont toujours les mêmes enfants et les mêmes familles qui passent à travers les mailles du filet pour tous les services. Une analyse récente des populations qui encourent les plus grands risques dans des contextes d'épidémies concentrées a aussi permis de découvrir que 4,7 % des dépenses de prévention allaient aux programmes d'aide aux toxicomanes qui s'injectent de la drogue, 3,3 % aux programmes destinés aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et 1,8 % aux programmes de soutien aux personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe⁷.

Nous savons que de tels chiffres peuvent se traduire en actions plus efficaces. Mais il n'y a pas grand mérite à remporter des demi-victoires. Les familles, les communautés locales, les autorités nationales, les organisations non gouvernementales et les institutions internationales ont prouvé leur détermination et leur capacité à inverser l'épidémie. L'heure est venue pour tous de s'acquitter de leurs engagements.

II. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT

Pour élargir les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il faut décentraliser et renforcer les systèmes de santé.

PROGRÈS ET RÉSULTATS

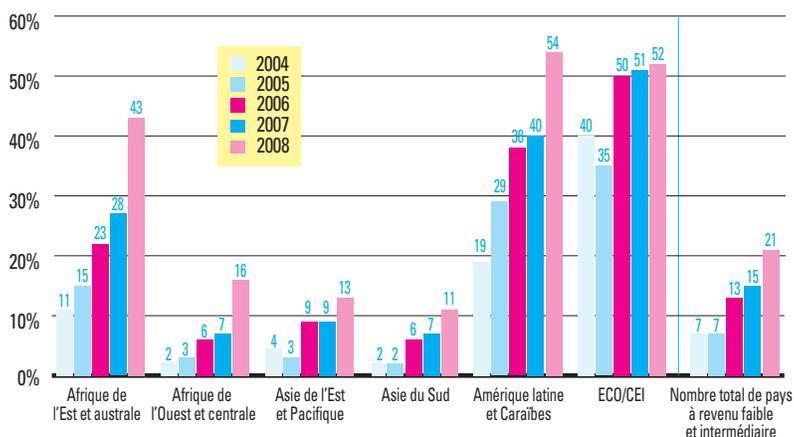
La couverture par les services de PTME s'est progressivement améliorée. En 2008, 19 pays affichaient des taux de couverture de 80 % pour le dépistage du VIH et les conseils aux femmes enceintes ayant besoin de services pour éviter de transmettre le VIH à leurs nourrissons⁸.

Globalement, en 2008, 21 % du nombre estimatif de femmes enceintes vivant dans des pays à revenu faible et intermédiaire avaient fait un test de dépistage du VIH, contre 15 % en 2007 et 13 % en 2006 (Figure 1). Près de 45 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans ces pays avaient été soumises à un traitement antirétroviral (ARV) – notamment une thérapie antirétrovirale (ART) pour protéger leur propre santé – afin d'éviter qu'elles ne transmettent le virus à leurs nourrissons, contre 24 % en 2006 et 35 % en 2007 (Figure 2)⁹.

La proportion de nourrissons ayant reçu des ARV à des fins de PTME a augmenté entre 2005 et 2008 dans de nombreux pays affichant des taux très élevés d'infection par le VIH – en particulier au Mozambique, en République centrafricaine, en République-Unie de Tanzanie et au Swaziland – et dans certains pays à prévalence faible, en particulier la Chine, l'Indonésie et le Sénégal. En moyenne, en 2008, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 32 % des nourrissons dont les mères étaient séropositives ont été soumis à un traitement prophylactique par ARV à des fins de PTME à la naissance (Figure 3), contre 20 % en 2007 et 18 % en 2006¹⁰.

Malgré des progrès réels au niveau mondial et de nombreuses initiatives locales et nationales couronnées de succès, de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire ne sont toujours pas sur la bonne voie pour atteindre la cible fixée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA. La majorité des femmes et des enfants n'ont toujours pas accès aux services de base de PTME, à savoir au test de dépistage et aux conseils sur le VIH, à la planification familiale, aux conseils et au soutien relatifs à l'alimentation du nourrisson, et à la prophylaxie par les ARV¹¹. Pour combler ces lacunes, il faut colmater les brèches au niveau des prestations de services – en accordant

Figure 1. Tendances concernant le pourcentage de femmes enceintes ayant subi un test de dépistage du VIH, par région, 2004–2008



Note : les chiffres relatifs à la couverture des femmes enceintes par le dépistage du VIH ont été recalculés pour les années précédentes sur la base des estimations révisées disponibles. ECO/CEI, dans ce tableau et dans l'ensemble du document, signifie Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants, une région de l'UNICEF.

Source : calculs de l'UNICEF se fondant sur des données réunies grâce aux bilans de la PTME et des soins et traitement pédiatriques du VIH figurant dans *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009* (OMS, ONUSIDA, UNICEF). Les régions ont été recalculées selon le classement des régions de l'UNICEF.

une attention particulière au décalage entre les soins prénatals et l'accouchement; entre les interventions maternelles et infantiles; et, dans le continuum de soins, il faut privilégier les liens entre l'ART, les services de santé sexuelle et procréative, ainsi que la prise en charge, le soutien et le traitement pédiatriques.

PRINCIPAUX PROBLÈMES

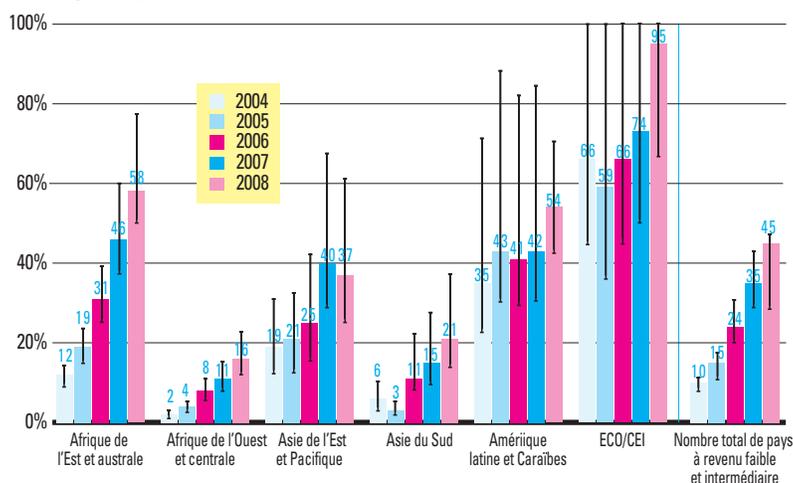
Nous disposons maintenant d'informations substantielles sur la manière de surmonter les obstacles qui entravent les prestations de services de PTME. Dans les pays dont les ressources sont limitées et qui ont fait des progrès notables en termes de PTME, l'expérience prouve qu'il est possible d'élargir les programmes en appliquant certaines mesures stratégiques, à savoir :

- Décentralisation des programmes en prenant le niveau infranational comme unité de gestion, planification, coordination, mise en œuvre, suivi et évaluation des programmes.
- Renforcement des capacités et harmonisation des actions, objectifs et résultats au sein des services de santé destinés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant.
- Application des mesures novatrices aux prestations de services.
- Intégration des interventions communautaires dans les plans nationaux d'élargissement.

Le succès de l'élargissement des services de PTME est tributaire de la décentralisation de la planification, de la coordination et de la mise en œuvre

Dans la plupart des pays dont les ressources sont limitées, les services de PTME fonctionnent surtout à petite échelle dans les villes principales, ce qui signifie que la majorité des femmes et des enfants vivant dans des zones rurales n'ont qu'un accès limité à ces services. Les ressources distribuées par les gouvernements et les agents d'exécution sont centralisées, et les programmes sont planifiés et coordonnés du sommet à la base. Au nombre des problèmes on peut citer le manque de transparence et d'initiative, en termes de gestion et de mise en œuvre des programmes, notamment pour le suivi et l'évaluation. L'expérience de certains pays ayant réussi à améliorer leur couverture par les services de PTME prouve que la décentralisation est une condition *sine qua non* du succès.

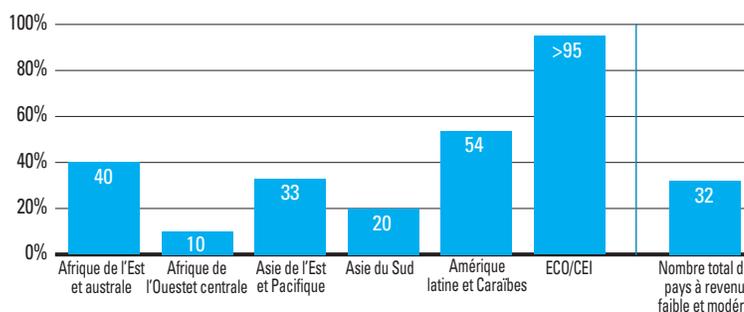
Figure 2. Tendances en termes de pourcentage de femmes enceintes séropositives soumis à un traitement prophylactique par l'ARV au titre de la PTME, par région, 2004–2008



Note : les lignes noires sur les barres de couleur indiquent les limites d'incertitude des estimations.

Source : calculs de l'UNICEF se fondant sur des données réunies grâce aux bilans de la PTME et des soins et traitement pédiatriques du VIH figurant dans *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009* (OMS, ONUSIDA, UNICEF). Les régions ont été recalculées selon le classement des régions de l'UNICEF.

Figure 3. Pourcentage de nourrissons dont la mère est séropositive et qui suivent un traitement prophylactique par l'ARV au titre de la PTME à la naissance, 2008



Source : calculs de l'UNICEF se fondant sur des données réunies grâce aux bilans de la PTME et des soins et traitement pédiatriques du VIH figurant dans *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009* (OMS, ONUSIDA, UNICEF). Les régions ont été recalculées selon le classement des régions de l'UNICEF.

La décentralisation permet de promouvoir l'efficacité administrative et technique, d'améliorer le rendement financier et la transparence, de promouvoir les mesures novatrices susceptibles d'améliorer les prestations de services, et de renforcer l'équité¹².

Au Rwanda, des financements fondés sur les résultats et centrés sur les relations au niveau du district (entre les prestataires de services sanitaires, un centre d'achat indépendant et les autorités administratives), allant de pair avec des réformes de la politique de santé visant à stimuler la demande de services, a permis d'accroître de 10 points de pourcentage entre 2001 et 2004 le taux d'accouchements en institution dans deux provinces, et de réduire significativement les coûts à la charge du patient. On assiste également à une augmentation du nombre de tests de dépistage du VIH, notamment au niveau du couple, ainsi qu'à un renforcement du planning familial et de la couverture vaccinale pour la rougeole¹³.

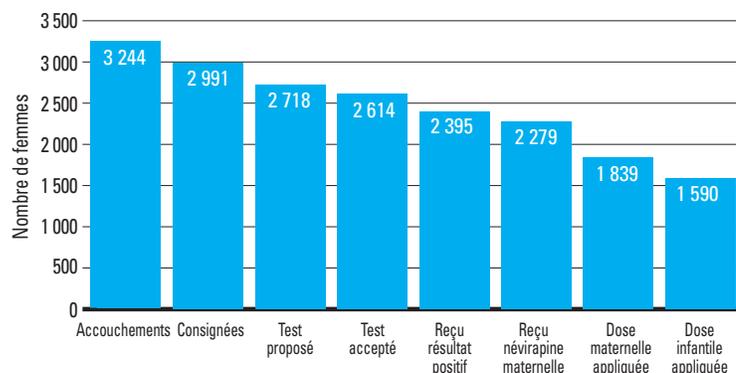
En Zambie, le Plan national d'élargissement des services de PTME et de prise en charge pédiatrique du VIH pour la période 2007–2010 est reproduit au niveau du district, ses cibles privilégiant la population. Dans le cadre du processus de décentralisation, les directeurs provinciaux de la santé suivent une formation relative aux politiques et à la programmation de la PTME. Leurs équipes administratives sont chargées de la coordination et de la supervision; de faire la carte des priorités et d'intégrer les activités de PTME dans les plans provinciaux; d'organiser la formation au niveau des districts; de gérer la logistique et d'assurer le suivi et l'évaluation des programmes¹⁴.

L'élargissement des services de PTME dépend du renforcement des capacités et de l'harmonisation des actions, des objectifs et des résultats au sein des services de santé maternelle, néonatale et infantile

L'étude récente PEARL sur l'efficacité de la PTME en Afrique, a permis de suivre 3 244 femmes enceintes séropositives qui avaient accouché dans des centres de santé offrant des services de PTME en Afrique du Sud, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et en Zambie. Seulement 1 839 mères (57 %) et 1 590 nourrissons (49 %) avaient reçu un traitement complet par une dose unique de névirapine. Les raisons expliquant cette absence de protection étaient les suivantes : le dépistage du VIH n'avait pas été proposé, le test de dépistage avait été refusé, les résultats n'avaient pas été communiqués à la mère et, partant, la névirapine n'avait pas été administrée (Figure 4).

L'amélioration des performances des services de santé maternelle, néonatale et infantile lorsque les ressources sont limitées est essentielle pour atteindre les cibles de PTME fixés à l'occasion de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA et définis dans les OMD. La priorité, en termes de prestations, est de combler les écarts dans le continuum de soins en renforçant les liens entre les services de PTME et l'ART, les services de santé sexuelle et procréative, la vaccination et les autres interventions relatives à la survie de l'enfant, ainsi que la prise en charge, le soutien et le traitement pédiatrique. En Zambie, une évaluation récente réalisée dans huit centres de santé publique du district de Lusaka a permis d'établir que l'intégration de l'ART dans les soins prénatals multipliait par deux la proportion de femmes enceintes éligibles pour recevoir de l'ART qui commençaient le traitement pendant leur grossesse.

Figure 4. Étude PEARL sur l'efficacité de la PTME en Afrique



Source : Stringer, Jeff, 'The PEARL Study: PMTCT effectiveness in Africa – Research and linkages to care and treatment', présentation faite à une réunion régionale d'experts intitulée : Regional Expert Consultation on Scaling Up Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care and Treatment in Eastern and Southern Africa, Nairobi, 21 mai 2009, et publiée par la suite sous formes d'extraits à l'occasion des réunions suivantes : 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting (Windhoek, juin 2009) et 5th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (Le Cap, juillet 2009).

Dans les pays où la prévalence du VIH est forte et les ressources limitées, il est possible et utile de promouvoir l'intégration des services. Cette intégration dépendra de la mise en place de politiques appropriées, de l'équipement des laboratoires d'analyses médicales, de l'évaluation tant clinique qu'immunologique du VIH et de la mise en place de l'ART au niveau des services. Elle reposera aussi sur le renforcement des capacités afin de remplacer la dose unique de névirapine par un traitement plus efficace par ARV à des fins de PTME et sur l'établissement de liens avec les communautés locales.

Dans des pays où la prévalence est faible, comme le Cambodge et la Chine, le système adopté consiste à relier entre eux des systèmes d'aiguillage bien rôdés comprenant les établissements de santé, les points d'octroi de services et les communautés, et il a fait la preuve de son efficacité. Dans la province de Guangxi en Chine, où le test de dépistage et la couverture du VIH étaient faibles, tout comme les liens entre les centres de soins prénatals et les programmes de soins et de prise en charge du VIH et du SIDA, les mesures prises pour déployer un programme général de PTME reliant entre eux les divers services de santé ont été couronnées de succès. Aujourd'hui, des pourcentages élevés de femmes font le test de dépistage du VIH et elles sont traitées si le test est positif. Ces bons résultats s'expliquent par la création de liens administratifs entre la section santé maternelle et infantile du système de santé publique chinois, le Centre chinois d'élimination et de prévention des maladies (qui couvre la prévention du VIH), le Programme national de traitement antirétroviral gratuit, et les services de soins et de prise en charge¹⁶. Le renforcement des capacités des systèmes de santé s'appuie sur des dirigeants politiques acquis à cette cause, des méthodes novatrices de financement de programmes, en particulier au niveau infrarégional, et la lutte contre la pénurie de personnel soignant par l'adoption de solutions pratiques comme le transfert et le partage de certaines tâches.

Des systèmes novateurs permettent de faire face aux difficultés d'application des programmes, en particulier au niveau des prestations de services

Le recours à la technologie de la téléphonie mobile pour soutenir les programmes de PTME et de soins, soutien et traitement du VIH, offre de grandes possibilités lorsque les ressources financières et humaines sont limitées et que les infrastructures d'analyses médicales sont peu développées. Les efforts jusqu'à présent ont surtout visé à encourager les femmes à venir régulièrement dans les centres de santé, à suivre les femmes et les enfants même quand ils changent de clinique, et à améliorer la communication des résultats des tests de dépistage. La fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA pédiatrique a adopté une approche de ce type au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en République démocratique du Congo et en Zambie.

Dans les programmes nationaux, des mesures novatrices ont été prises pour surmonter des difficultés à divers niveaux : résistance au traitement de PTME, conseils et soutien à l'alimentation du nourrisson, accès au dépistage par compte des cellules CD4, et mobilisation des partenaires de sexe masculin. En Zambie, le Partenariat de prévention, prise en charge et traitement a aidé le Ministère de la santé à créer des systèmes de transport par motocyclette des échantillons de sang pour améliorer l'accès aux analyses médicales à des fins de traitement par l'ART, notamment le compte des cellules CD4 chez les femmes enceintes séropositives, et la communication des résultats.

En Haïti, un réseau communautaire de femmes agents de santé, *ajan fanm*, fait le lien entre les centres médicaux et les hôpitaux. Les *ajan fanm*, qui sont choisies par les notables de la communauté, rendent visite aux femmes enceintes à domicile afin de les aiguiller vers les centres de dépistage du VIH. Elles aident les femmes enceintes séropositives à poursuivre leur traitement et s'assurent que les nouveau-nés reçoivent un traitement prophylactique dans les 72 heures qui suivent leur naissance en accompagnant la mère et le bébé à l'hôpital quand l'accouchement a eu lieu à domicile.

Un nouvel emballage des médicaments renforce l'efficacité de la PTME au Lesotho

Pour améliorer l'acceptation de traitements ARV plus efficaces à des fins de PTME, le Gouvernement du Lesotho a introduit une pochette préparée localement contenant tous les médicaments dont la mère et l'enfant ont besoin pour appliquer le programme de PTME. Depuis juin 2007, les soignants travaillant dans des établissements de santé placent dans des enveloppes brunes les médicaments qui doivent être distribués aux femmes enceintes séropositives lors de leurs premières visites prénatales. L'UNICEF et ses partenaires sont en train de préparer une trousse similaire pour la mère et l'enfant afin d'améliorer la couverture par les services de PTME. Conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cette nouvelle trousse contient les ARV et le cotrimoxazole dont les mères ont besoin pendant la période prénatale, et dont les mères et les nouveau-nés ont besoin pendant le travail et les périodes intrapartum et postpartum. On est arrivé à un consensus sur un prototype de trousse qui est testé sur le terrain. Une évaluation officielle de l'initiative du Lesotho est en cours. Les résultats, s'ils sont positifs, seront utilisés pour promouvoir et distribuer cette trousse « mère-enfant » partout dans le monde.

Intégration des interventions communautaires dans les stratégies nationales d'élargissement

Les collectivités locales, notamment les organisations confessionnelles et les personnes vivant avec le VIH, ont joué un rôle de premier ordre pour installer la PTME en tête des priorités des stratégies nationales. Dans de nombreux pays disposant de ressources limitées, des prestataires de services non traditionnels se sont chargés de certaines activités comme les conseils liés au VIH, l'aide à la poursuite du traitement, les conseils relatifs à l'alimentation du nourrisson, le soutien à la nutrition et les soins à domicile. Ces initiatives ont quelque peu allégé la tâche des agents sanitaires. Par contre, on s'est peu préoccupé d'intégrer ces activités communautaires dans les stratégies nationales et de s'assurer que leur mise en œuvre faisait partie intégrante d'une approche globale et décentralisée. Les communautés locales, par exemple, peuvent fournir un soutien essentiel aux mères séropositives qui doivent prendre des décisions relatives à l'alimentation de leur nourrisson. La promotion de l'allaitement exclusivement au sein et l'élimination de l'alimentation mixte, qui accroît le risque de transmission du VIH, peuvent intervenir dans le cadre des services de PTME en créant des liens étroits avec les programmes communautaires de santé maternelle et infantile et les programmes de nutrition. Les stratégies de communication visant à faire évoluer les comportements dans les communautés, qui s'appuient sur des groupes d'appui aux mères et sur d'autres structures communautaires existantes, peuvent jouer un rôle capital pour renforcer les messages diffusés au niveau des établissements de santé¹⁷.

Au Lesotho et au Rwanda, la mobilisation communautaire a largement contribué à faire participer les hommes aux mécanismes de PTME et à leur faire accepter le test de dépistage du VIH¹⁸. Au Lesotho, la mobilisation communautaire et la participation des hommes à des groupes de soutien aux pairs ont aussi contribué

à réduire la stigmatisation sociale liée à la PTME, ce qui a amélioré le dépistage chez les nourrissons et les taux d'allaitement exclusivement au sein¹⁹.

La réalisation des objectifs de PTME dépend d'une prise en charge moins exclusive des conditions liées au VIH et au SIDA chez les femmes et les enfants

L'amélioration de la santé et de la survie d'ensemble des femmes et des enfants dans un contexte de VIH passe par des soins essentiels de santé primaire et de prévention administrés aux femmes enceintes, aux mères séropositives et à leurs enfants pour traiter des conditions autres que le VIH et des conditions qui compromettent la santé des femmes et des enfants infectés par le VIH. Il s'agit notamment du dépistage et du traitement du paludisme, de la syphilis et de la tuberculose, ainsi que de la prise en charge de la toxicomanie chez les femmes enceintes qui s'injectent de la drogue.

Lorsque le paludisme est endémique, il est possible de lutter efficacement contre la co-morbidité VIH-paludisme dans le cadre des soins prénatals et obstétricaux en mettant en place une série de mesures : distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, administration aux femmes enceintes d'un traitement intermittent antipaludique lors du deuxième et du troisième trimestre de la grossesse, utilisation de l'antibiotique courant cotrimoxazole à titre prophylactique chez les enfants, et amélioration de la prise en charge des cas de paludisme.

En Zambie, l'intégration dans les programmes des résultats des études réalisées sur la PTME s'est traduite par une amélioration du dépistage prénatal de la syphilis (test RPR)²⁰. À Soweto, Afrique du Sud, le dépistage symptomatique de la tuberculose (TB) proposé dans le cadre de la prise en charge systématique qui suit le dépistage du VIH a permis de diagnostiquer des cas actifs de tuberculose chez des femmes enceintes séropositives²¹.

En Europe de l'Est et en Asie centrale, environ 35 % de femmes vivant avec le VIH auraient été contaminées par l'utilisation de matériel contaminé pour s'injecter de la drogue, et environ 50 % auraient acquis le VIH lors de rapports sexuels non protégés avec des partenaires qui s'injectaient de la drogue²². Dans de tels contextes, l'élargissement de la PTME exigera l'adoption de méthodes novatrices permettant d'atteindre ces femmes très exposées et l'établissement de solides liens avec des centres de traitement par opioïdes de substitution.

La crise économique mondiale actuelle montre qu'il faut assurer la viabilité à long terme des services de PTME

L'accès universel aux services de PTME est un objectif réalisable quand il est soutenu par les dirigeants de la nation et un engagement et des ressources au niveau national. Face à la crise économique actuelle, la question de la viabilité financière de programmes qui dépendent fortement d'un financement extérieur se pose plus que jamais. Les programmes de PTME dépendent surtout des financements extérieurs pour l'achat de médicaments et autres fournitures, un secteur jugé particulièrement vulnérable dans l'analyse financière de la Banque mondiale²³.

Pour la majorité des pays possédant des ressources limitées, il est urgent de déterminer le coût et l'impact réels des programmes nationaux de PTME de façon à pouvoir aider les gouvernements à définir leurs politiques budgétaires. Une telle analyse des tendances doit accorder une attention particulière à la prévisibilité des fonds internes et externes, aux politiques relatives aux ressources humaines et aux mécanismes de financement, en particulier à un niveau décentralisé. Les réformes politiques, comme l'abolition des frais d'utilisation pour les soins maternels, néonataux et infantiles, les initiatives progressistes de protection sociale et l'assurance maladie, permettront de surmonter les obstacles au niveau de la demande et garantiront l'équité. Cependant, il faut évaluer l'impact de ces mesures sur les coûts globaux d'élargissement des initiatives de PTME – et sur la promotion de l'accès universel et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les initiatives de santé mondiale, comme le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et le Partenariat international pour la santé, contribuent au renforcement des systèmes existants et à l'application des mesures locales visant à garantir la viabilité. Elles ont le mérite de promouvoir un cadre solide de direction politique, de lutter contre la pénurie de soignants, d'établir de nouveaux mécanismes de financement de la santé et de soutenir les efforts des gouvernements en termes d'amélioration des équipements, d'optimisation des conditions de santé, et d'engagement de la société civile, y compris les personnes



© UNICEF/NYHQ2004-1213/Vitale



vivant avec le VIH et le SIDA, les partenaires masculins des femmes vivant avec le VIH et les communautés²⁴.

AUTRES DÉFIS À RELEVÉ ET VOIE À SUIVRE

Les nouvelles découvertes scientifiques et programmatiques mettent en évidence les défis à relever pour apporter les améliorations nécessaires au système qui permettra d'atteindre l'objectif d'accès universel à la PTME. L'évaluation immunologique par comptage des cellules CD4 n'est pas toujours disponible dans les établissements de soins prénatals, ce qui explique pourquoi de nombreuses femmes séropositives n'ont pas accès à l'ART pour se soigner, et en partie pourquoi la névirapine continue à être administrée aux mères dans le cadre de la PTME alors qu'on sait que les traitements combinés sont plus efficaces. Par ailleurs, de nombreuses femmes identifiées comme étant séropositives dans le contexte des programmes de PTME échappent à la « cascade » d'interventions nécessaires pour une prévention efficace de la transmission du VIH à leurs nourrissons.

Par ailleurs, de nombreux programmes de PTME ne comprennent pas de stratégies permettant d'identifier les femmes qui ont été infectées par le VIH après que les tests de dépistages se furent avérés négatifs; pourtant il a été prouvé que de nouvelles infections peuvent intervenir pendant la grossesse et pendant la première année post-partum chez des femmes auparavant séronégatives²⁵. À la lumière de ces conclusions, lors des épidémies généralisées, il faudrait envisager de refaire systématiquement le test de dépistage du VIH chez les femmes séronégatives au cours du troisième trimestre de leur grossesse ou pendant le travail, puis pendant la période postpartum lors de la vaccination des bébés à l'âge de 4 et 9 mois pour les femmes qui nourrissent au sein. L'une des priorités de la recherche devrait être d'identifier les traitements ARV appropriés pour les femmes infectées par le VIH pendant leur grossesse et les aliments les plus sûrs pour l'alimentation des nourrissons infectés pendant l'allaitement maternel.

Selon les essais cliniques, les études d'observation et les programmes, l'ART administrée aux femmes séropositives pendant la grossesse et l'allaitement, et les ARV administrés aux enfants au cours des premiers mois de la vie pourraient réduire considérablement le taux de transmission du VIH par l'allaitement maternel²⁶. Mais, dans de nombreux pays, l'allaitement exclusivement au sein n'est pas encouragé et les mères ne reçoivent pas de conseils et de soutien à l'alimentation du nourrisson dans le cadre des programmes de PTME. L'OMS a organisé une consultation d'experts à la fin de l'année 2009 chargée d'examiner les nouvelles données et les directives révisées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter les femmes enceintes et prévenir l'infection par le VIH chez les nourrissons, en accordant une attention particulière au rôle de l'ART et de la prophylaxie par ARV dans la réduction de la transmission du VIH associée à l'allaitement maternel.

Pour mettre facilement les services de PTME à la disposition des femmes, des enfants et des familles qui en ont besoin, il faudra veiller à combler les lacunes des prestations de services, à appliquer une politique efficace de décentralisation, à planifier et coordonner les actions au niveau infranational, et à s'assurer que la communication est établie entre les centres de santé, les agents sanitaires et les communautés. Il conviendra de traduire les partenariats mondiaux en actions concertées au niveau national, et s'assurer que les ressources financières sont disponibles pour que les petits projets et les initiatives pilotes puissent être élargis en programmes nationaux.

Il faut aussi veiller à répondre à certaines questions en suspens : coût des programmes efficaces de PTME et impact des programmes en termes d'infections évitées et de survie à l'abri du VIH des enfants exposés. Il est crucial de s'appuyer sur les données scientifiques et programmatiques les plus récentes, et de définir les priorités de la recherche opérationnelle pour éliminer les derniers obstacles qui s'opposent au passage à grande échelle de la PTME.

III. PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT PÉDIATRIQUES

Les progrès notables réalisés en termes de diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson ne s'accompagnent pas de progrès similaires quand il s'agit du traitement.

PROGRÈS ET RÉSULTATS

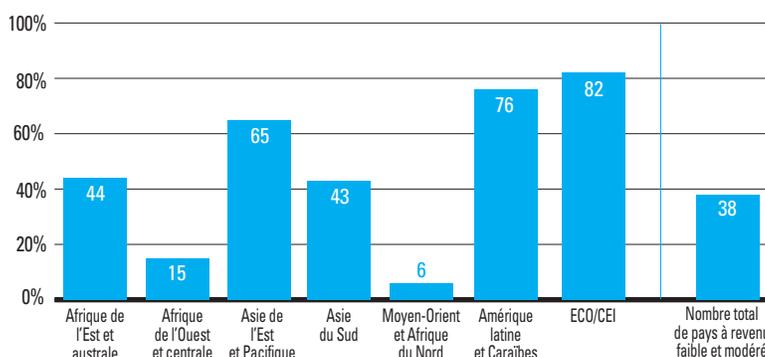
Le nombre d'enfants placés sous traitement antirétroviral a fortement augmenté au cours des dernières années : 75 000 enfants de moins de 15 ans étaient traités en 2005, 198 000 en 2007 et 275 700 à la fin de 2008 – soit 38 % – sur un total de 730 000 enfants infectés par le VIH qui auraient eu besoin d'un traitement (Figure 5). On note donc une augmentation de 39 % entre la fin de 2007 et la fin de 2008²⁷. La proportion de nourrissons et d'enfants placés sous traitement entre 2005 et 2008 a augmenté considérablement dans les pays affichant des taux très élevés d'infection par le VIH, notamment en Afrique du Sud, au Lesotho, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie pour les enfants de moins de 15 ans soumis à l'ART. Dans les pays à faible prévalence, des progrès remarquables ont aussi été constatés entre 2005 et 2008 en Gambie, au Honduras et en Indonésie²⁸.

Le diagnostic précoce chez les nourrissons s'impose d'autant plus que des informations permettent de penser que les taux les plus élevés de mortalité par le SIDA chez les nourrissons pourraient intervenir à un très jeune âge – entre deux et trois mois selon une étude²⁹, ce qui a incité de nombreux pays à renforcer leurs programmes. En 2008, 83 pays sur les 123 ayant soumis des rapports étaient en mesure d'effectuer un test de dépistage du VIH aux nourrissons au cours des deux mois qui suivent leur naissance, contre 57 sur 109 en 2007³⁰.

Outre un accès amélioré des nourrissons au diagnostic précoce et à l'ART, d'autres interventions de prise en charge du VIH pédiatrique se sont également beaucoup développées. L'introduction du traitement prophylactique au cotrimoxazole dans les deux mois qui suivent la naissance des nourrissons exposés au VIH, conformément aux directives de l'OMS, serait passée d'environ 4 % en 2007 à 8 % à la fin de 2008. Dans les 31 pays qui ont présenté des données en 2007 et 2008, représentant 26 % du nombre total de femmes enceintes porteuses du VIH, le nombre de nourrissons placés sous traitement prophylactique au cotrimoxazole au cours des deux premiers mois de leur vie a augmenté de plus de 50 %, passant de 52 100 en 2007 à 80 500 en 2008³¹.

Bien que l'infection par le VIH pédiatrique continue à avoir un impact sur la mortalité infantile, en particulier en Afrique subsaharienne (où environ 90 % des infections pédiatriques se produisent),

Figure 5. Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale, 2008



Source : calculs de l'UNICEF se fondant sur des données réunies grâce aux bilans de la PTME et des soins et traitement pédiatriques du VIH figurant dans *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009* (OMS, ONUSIDA, UNICEF). Les régions ont été recalculées selon le classement des régions de l'UNICEF.

l'élargissement des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et l'amélioration des services de soins et de prise en charge du VIH ont probablement contribué au recul de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans certains pays où la prévalence du VIH est forte³².

PRINCIPAUX PROBLÈMES

L'absence de suivi et ses conséquences dévastatrices exige l'adoption de mesures immédiates

D'énormes investissements sont consentis partout dans le monde pour s'assurer que des médicaments et des services moins coûteux, adaptés à chaque âge, sont mis à la disposition des enfants exposés au VIH et infectés par le VIH, mais ils auront été réalisés en pure perte si les enfants identifiés et aiguillés vers les services de prise en charge ne peuvent pas y avoir accès. Les systèmes de suivi des femmes enceintes et des enfants sont peu performants dans de nombreux pays, ce qui explique pourquoi de nombreux enfants ne reçoivent pas les soins dont ils ont tant besoin.

Le diagnostic précoce du VIH est une étape essentielle du continuum de soins et un lien important vers l'ART. Mais même si de nombreux pays ont accompli des pas de géant vers l'accès au diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson, il arrive souvent que ceux dont le diagnostic est positif ne soient pas aiguillés vers le traitement qui pourrait les sauver.

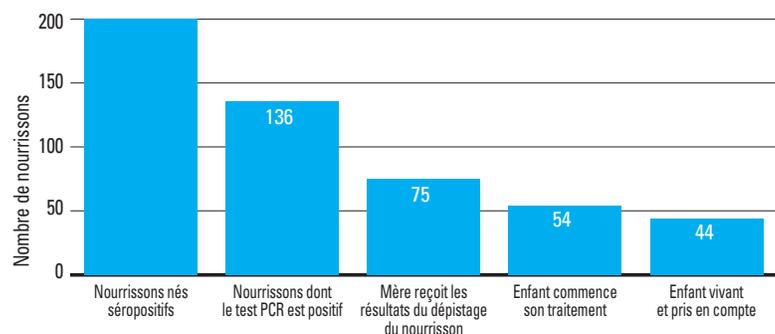
Une étude réalisée récemment sur 11 sites au Cameroun par le Département du contrôle des maladies, le Ministère de la santé, en collaboration avec l'Initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton, a permis d'établir que 32 % seulement des nourrissons dont les résultats du test par réaction en chaîne par polymérase (PCR) étaient positifs, étaient en vie et sous traitement près d'un an et demi après décembre 2007, époque à laquelle la collecte de données sur la fourniture de services de diagnostic précoce du VIH a débuté. La plus grande perte de suivi d'enfants diagnostiqués (45 %) était intervenue avant même que la mère ait pris connaissance du résultat positif du test de son enfant (Figure 6)³³. Des résultats similaires ont été enregistrés au Swaziland³⁴. Une étude séparée réalisée par la Fondation Clinton et basée sur une méta-analyse des données réunies auprès de patients vivant dans huit pays a permis d'estimer que l'absence de suivi des patients dont le test était positif était d'environ 53 %³⁵.

L'absence de suivi explique à la fois le nombre important de décès d'enfants évitables et la perte massive d'investissements consentis à plusieurs niveaux : infrastructures, équipements et temps de travail du personnel soignant. Le problème des nombreux enfants au Cameroun qui n'ont pas été suivis malgré un test de dépistage positif et qui ont disparu avant réception des résultats a fait l'objet d'une analyse complémentaire : si le facteur temps d'attente entre le test et le résultat (plus de 30 jours, donc bien plus long que souhaitable) n'est pas négligeable, d'autres considérations entrent en ligne de compte : organisation clinique et communication des résultats, absence d'informations permettant de prendre contact avec la personne responsable de l'enfant, problèmes d'exclusion et absence de conseils, difficulté pour les patients de venir chercher leurs résultats, manque de suivi de la part des établissements pour s'assurer que les patients ont bien reçu les résultats après envoi par le laboratoire. Le Gouvernement camerounais prend maintenant des mesures significatives sur la base de ces analyses pour améliorer le suivi des jeunes patients³⁶.

Pour s'assurer que les enfants exposés ou infectés par le VIH ont accès aux services nécessaires, les pays envisagent d'élaborer des systèmes garantissant un meilleur suivi, notamment en appliquant des méthodes qui ont fait leurs preuves, par exemple : inscription des informations relatives spécifiquement au VIH sur les fiches prénatales et dans le carnet de santé de l'enfant pour faciliter le suivi clinique; intégration des interventions liées au VIH dans les services de santé infantile et dans les centres de traitement du VIH pour adultes; renforcement des capacités d'analyses médicales; et création de réseaux de laboratoires d'analyses médicales pour le dépistage des mères et des enfants dans les régions où ces services ne sont pas disponibles.

Les pays adoptent également des mesures originales pour s'assurer qu'une proportion accrue de nourrissons exposés au VIH puisse être suivie. On peut notamment citer le soutien de pair à pair, comme celui qui est fourni par le programme *mothers2mothers* (De mère à mère), un programme lancé en Afrique du Sud. Le groupe s'appuie sur une « roue » de diagnostic précoce du nourrisson pour donner aux mères un rendez-vous spécifique pour faire tester leur nourrisson³⁷. D'autres interventions, comme les camps pour la santé – utilisés en Inde – ont aussi permis d'identifier et d'aiguiller

Figure 6. Récapitulation de la fidélisation des nourrissons d'un bout à l'autre du continuum : étude du Cameroun



Note : Le Cameroun comptait environ 36 000 femmes enceintes séropositives en 2008, mais moins de 4 000 nourrissons ont été soumis au dépistage. Les estimations « Nourrissons nés séropositifs » ne sont pas disponibles.

Source : Département du contrôle des maladies, Ministère de la santé, Cameroun, se fondant sur des données pour la période décembre 2007–mai 2009.

Partenariat public-privé pour améliorer les capacités d'analyses médicales

Les services d'analyses médicales sont essentiels pour pouvoir lancer et suivre les traitements. En 2007, les Centers for Disease Control and Prevention (par l'intermédiaire du PEPFAR) et Becton, Dickinson & Company ont lancé un partenariat à hauteur de 18 millions de dollars sur cinq ans afin d'améliorer les systèmes et les services d'analyses médicales dans les pays d'Afrique frappés de plein fouet par le VIH/SIDA et la tuberculose.

Le partenariat, établi en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Kenya, au Malawi, au Mozambique, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, contribue à renforcer les effectifs de soignants compétents capables de dépister le VIH et de diagnostiquer la tuberculose. Un programme de cours a été préparé et des formateurs sont venus travailler au centre africain de formation intégrée à l'analyse médicale de Johannesburg, en Afrique du Sud, qui est parrainé par le PEPFAR. En Ouganda, le partenariat contribue à l'élaboration d'un modèle d'aiguillage pour améliorer tant la prise en charge que le traitement du VIH et de la tuberculose. Des technologies comme le Système de positionnement universel ou le Système d'information mondial permettent de dresser la carte des laboratoires d'analyse médicale afin de mettre en place des réseaux de transports des spécimens³⁹.

de nombreux enfants vivant avec le VIH vers des centres de soins³⁸.

Deux pays affichant un taux élevé de prévalence du VIH utilisent la téléphonie mobile pour améliorer les services. Une initiative au Malawi utilise RapidSMS (un service de textos) pour la collecte mobile de données et les envois massifs de SMS afin de promouvoir le dépistage chez les enfants dont la mère est séropositive et qui présentent des symptômes de malnutrition aiguë sévère quand ils arrivent dans des programmes de nutrition. La Zambie prépare une initiative visant à fournir des services de santé complets aux enfants de moins de 5 ans et leur prise en charge.

Les partenariats public-privé ont aussi largement contribué à renforcer les capacités de suivi des enfants exposés au VIH et infectés

par le virus. Les laboratoires en ont aussi bénéficié, ce qui a amélioré le dépistage et le diagnostic chez les enfants exposés au VIH (voir encadré).

Pour être efficaces, les interventions de soins et traitement pédiatriques doivent faire partie intégrante des programmes de survie et de santé du nourrisson et de l'enfant

Survivre à l'abri du VIH, c'est-à-dire éviter la contamination et la mort par le VIH, ne pourra devenir réalité que si les services liés au VIH sont dispensés au même endroit que les autres services en faveur de la survie de l'enfant⁴⁰. Dans les pays affichant des taux de prévalence élevés du VIH, en particulier, l'octroi de services relatifs au VIH dans les centres de santé maternelle et infantile – un endroit où femmes et jeunes enfants se rendent couramment – donne une bonne chance aux enfants exposés au VIH et infectés par le virus d'avoir accès aussi bien aux soins liés au VIH qu'aux interventions régulières en faveur de la survie de l'enfant qui sont essentielles à sa santé⁴¹.

Le renforcement des capacités des soignants est indispensable pour développer les services de prévention, soins et traitement du VIH. Les outils élaborés par l'OMS dans la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte et dans la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant permettent de renforcer avec des méthodes simples les compétences cliniques des agents sanitaires afin qu'ils puissent identifier et traiter les enfants exposés au VIH ou infectés par le virus. Ces outils sont à l'usage des agents sanitaires de niveau primaire et ils ont été conçus dans l'optique d'une décentralisation des services, d'une prise en charge à l'échelon de la famille, d'un suivi des enfants exposés au VIH et infectés par le virus et d'un suivi de leurs mères sur le long terme. Les outils de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte ont été adaptés pour être utilisés dans 25 pays.

Il ressort de nouvelles analyses que les initiatives de santé relatives au VIH et au SIDA mises en œuvre dans certains pays ont eu un impact positif sur l'acceptation des services de routine, tels que les soins prénatals, la planification familiale et le traitement de la tuberculose⁴². L'UNICEF, en coopération avec l'Agency for International Development des États-Unis et le Ministère du développement international du Royaume-Uni, lance une nouvelle initiative visant à déterminer quel pourrait être l'impact positif sur la santé maternelle et infantile du renforcement des programmes liés au VIH dans les pays particulièrement éprouvés par le VIH.

Le traitement pédiatrique et les obstacles qui l'entravent prouvent la nécessité de l'élimination de la transmission du VIH aux jeunes enfants

Au cours des dernières années, le traitement pédiatrique du VIH a beaucoup progressé. En juin 2009, 56 médicaments antirétroviraux pour le traitement du VIH pédiatrique avaient été préqualifiés par l'OMS et étaient disponibles sur le marché, soit une augmentation considérable si l'on compare avec les 42 médicaments disponibles tout juste un an plus tôt.

Les prix des traitements de première intention ont considérablement chuté. Le coût annuel du traitement d'un enfant par les médicaments génériques de première intention est aujourd'hui d'environ 50 dollars

des É.-U., ou de 115–140 dollars quand on utilise des sirops (cependant, le coût du traitement de seconde ligne est toujours nettement plus élevé). Le progrès est considérable si l'on considère qu'il y a quelques années seulement, le coût annuel du traitement dépassait les 20 000 dollars par enfant. Les combinaisons de médicaments à doses fixes sont de plus en plus courantes et une combinaison de trois médicaments à doses fixes conforme aux recommandations de l'OMS devrait apparaître prochainement sur le marché.

Une nouvelle étude des Instituts nationaux de la santé révèle que les traitements de première intention contenant de la névirapine, le médicament utilisé couramment depuis plusieurs années pour éviter la transmission du virus de la mère à l'enfant, pourraient être moins efficaces en raison d'une résistance au médicament quand il a été administré en dose unique à des nourrissons dans le cadre d'un traitement prophylactique de PTME⁴³. La résistance de l'enfant à la névirapine risque de compromettre les traitements simples de première intention, ce qui entraînerait l'administration de traitements de deuxième intention comportant des médicaments plus onéreux et plus difficiles à distribuer à grande échelle en raison de la complexité de leur conservation.

Une autre étude récente portant sur une large cohorte d'Afrique australe a révélé que 89 % des enfants à qui l'on avait administré un traitement de première intention réagissaient toujours au bout de trois ans. L'échec du traitement de première intention chez les 11 % restants était associé à des niveaux de charge virale particulièrement élevés lors du prétraitement, ou à une progression plus sévère de la maladie avant le lancement du traitement, ce qui prouve une fois encore la nécessité de commencer le traitement aussi rapidement que possible⁴⁴.

D'autres travaux sont nécessaires pour connaître parfaitement l'impact sur les femmes et les enfants d'un changement de traitement de PTME – en termes de choix du traitement, effets secondaires, coûts des médicaments et coûts associés au passage des enfants à un régime médicamenteux différent. Ces difficultés prouvent si besoin était qu'il faut redoubler d'efforts pour éliminer la transmission du VIH aux jeunes enfants.

Tout porte à croire aujourd'hui qu'un accès équitable aux soins et au traitement du VIH est à notre portée

L'accès des enfants aux soins et au traitement du VIH s'est considérablement amélioré au cours des cinq dernières années si l'on considère qu'il n'y a pas si longtemps encore, les enfants exposés au VIH ou infectés par le virus étaient à peine mentionnés dans les programmes internationaux tandis qu'aujourd'hui, la proportion d'enfants ayant besoin d'un traitement qui sont soignés est proche de celle des adultes. Malgré ces progrès remarquables en faveur des enfants en tant que groupe, on constate de fortes inégalités au sein des pays et d'un pays à l'autre.



© UNICEF/NYHQ/2009-0754/Neshtit



© UNICEF/NYH02005-0871/Noorani

AUTRES DÉFIS À RELEVER ET VOIE À SUIVRE

Grâce à une meilleure couverture et acceptation des interventions de PTME, qui s'accompagnent de traitements plus efficaces, on peut s'attendre à voir chuter rapidement le nombre de nouvelles infections chez les enfants. D'aucun risquent de plaider en faveur de la réaffectation des fonds à d'autres priorités; toutefois, dans la perspective des droits de l'enfant, il est important de réaffirmer que tous les enfants – même les plus marginalisés – ont droit à la survie. Dans le cas du VIH, ce sont souvent les plus exclus qui risquent le plus d'être contaminés, même quand les infections pédiatriques reculent.

Les jeunes vivant avec le VIH sont confrontés à des difficultés particulières liées à leur traitement et à l'observation des prescriptions thérapeutiques, et il est essentiel de leur inculquer des comportements sexuels sans danger à un moment où s'éveille leur sexualité. Les prestations de santé reposent souvent sur des modèles pour enfants ou pour adultes dans lesquels les adolescents n'ont pas leur place. Le pays seront bien obligés de trouver des moyens appropriés de prendre en charge les jeunes adultes séropositifs; il faudra alors les consulter pour s'assurer que les solutions proposées répondent bien à leurs besoins.

Enfin, il est nécessaire de mieux comprendre les obstacles qui empêchent les pays à revenu faible et intermédiaire d'atteindre les objectifs d'accès universel aux soins pédiatriques du VIH. Les gouvernements et les autres partenaires se sont engagés à trouver les équipements et les médicaments nécessaires, mais d'autres obstacles subsistent, en particulier au niveau des systèmes de santé : manque de laboratoires d'analyses médicales, pénurie d'effectifs qualifiés et faiblesse des infrastructures se combinent pour entraver les prestations de santé, et en particulier la prise en charge du VIH. Pour améliorer la qualité des prestations et, partant, faire reculer la morbidité et la mortalité, il faudra résoudre ces problèmes systémiques.

L'accès à l'ART est plus faible pour les enfants plus jeunes vivant avec le VIH et pour les enfants des zones rurales que pour les enfants vivant dans des villes⁴⁵. Le mauvais état des infrastructures et des systèmes de transport, allié à des niveaux de pauvreté généralement plus élevés, ont entravé l'accès à l'équité dans ces situations.

Et pourtant, tous les enfants ont droit à des soins de santé essentiels, y compris aux services vitaux de prise en charge du VIH. Il est important d'améliorer l'accès aux soins des enfants les plus vulnérables et les plus désavantagés, ce que certains pays essaient de faire au moyen d'initiatives novatrices. Dans le nord-est du Brésil, une région pauvre, les municipalités travaillent sur toute une série d'indicateurs relatifs au bien-être des enfants, et notamment au VIH et au SIDA. Ainsi, une grande partie des 1 130 municipalités participantes ont réussi à améliorer une partie de leurs indicateurs, et 259 d'entre elles les ont tous améliorés.

IV. PRÉVENTION DE L'INFECTION CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES

Une prévention efficace sous-entend une bonne connaissance des conditions locales dans lesquelles s'inscrit l'épidémie.

PROGRÈS ET RÉSULTATS

On constate aujourd'hui une nette amélioration des connaissances complètes et correctes sur le VIH et la manière d'éviter sa transmission. Le niveau de connaissances générales chez les femmes âgées de 15 à 24 ans a augmenté de 10 points de pourcentage, voire davantage, dans 17 pays sur les 45 disposant de données suffisantes pour définir des tendances (1999–2008); il en va de même pour les hommes jeunes, dont les connaissances se sont améliorées dans 7 des 12 pays disposant de données similaires (*Figures 7 et 8*). Dans plusieurs pays, on constate un recul de 5 point de pourcentage ou davantage des comportements à risque tels que les rapports sexuels avant l'âge de 15 ans chez les jeunes de 15 à 19 ans (dans 7 pays pour les femmes et 7 pour les hommes), les rapports sexuels avec des partenaires multiples (dans 2 pays pour les femmes et 11 pour les hommes) et les rapports sexuels non protégés (dans 13 pays pour les femmes et 13 pour les hommes)⁴⁶.

Malgré ces tendances positives, de nombreux jeunes sont encore contaminés par le VIH. En 2007, selon les estimations, 45 % des nouveaux cas de VIH chez des personnes de 15 ans et plus ont touché des jeunes âgés de 15 à 24 ans⁴⁷.

On estime qu'en 2008, 4,9 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans au total vivaient avec le VIH dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Dans toutes les régions sauf deux, on comptait davantage de jeunes femmes que de jeunes hommes vivant avec le VIH (*Tableau 1*). En Afrique subsaharienne, les jeunes filles sont exposées de façon disproportionnée à l'infection par le VIH, en particulier dans les pays « hyper-endémiques » d'Afrique australe, où la prévalence dépasse les 15 %

Une bonne connaissance des rapports sexuels entre adolescents permettra d'adapter au mieux les interventions de prévention

L'analyse des données réunies dans le cadre d'enquêtes sur la prévalence du VIH dans huit pays démontre que les jeunes femmes de 15 à 24 ans qui ont commencé à être sexuellement actives avant l'âge de 15 ans courent de plus grands risques d'être séropositives; les données ont été vérifiées pour d'autres facteurs comportementaux et socio-démographiques⁴⁸. Dans la majorité de ces pays, les taux de prévalence du VIH sont également élevés chez les femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel entre 15 et 18 ans⁴⁹, ce qui prouve qu'il est

Table 1. Jeunes âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH, 2008

Région	Femmes	Hommes	Total
Afrique de l'Est et australe	2 000 000	850 000	2 900 000
Afrique de l'Ouest et centrale	770 000	320 000	1 100 000
Asie du Sud	120 000	130 000	250 000
Amérique latine et Caraïbes	130 000	170 000	300 000
Asie de l'Est et Pacifique	120 000	93 000	210 000
ECO/CEI	41 000	29 000	70 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	45 000	44 000	89 000
Total	3 230 000	1 640 000	4 900 000

Note: les estimations ont été arrondies, mais les calculs n'ont pas été faits avec des chiffres ronds, ce qui explique les écarts.

Source: estimations non publiées du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et de l'Organisation mondiale de la Santé, *Le point sur l'épidémie de SIDA 2009*, ONUSIDA et OMS, Genève (à paraître).

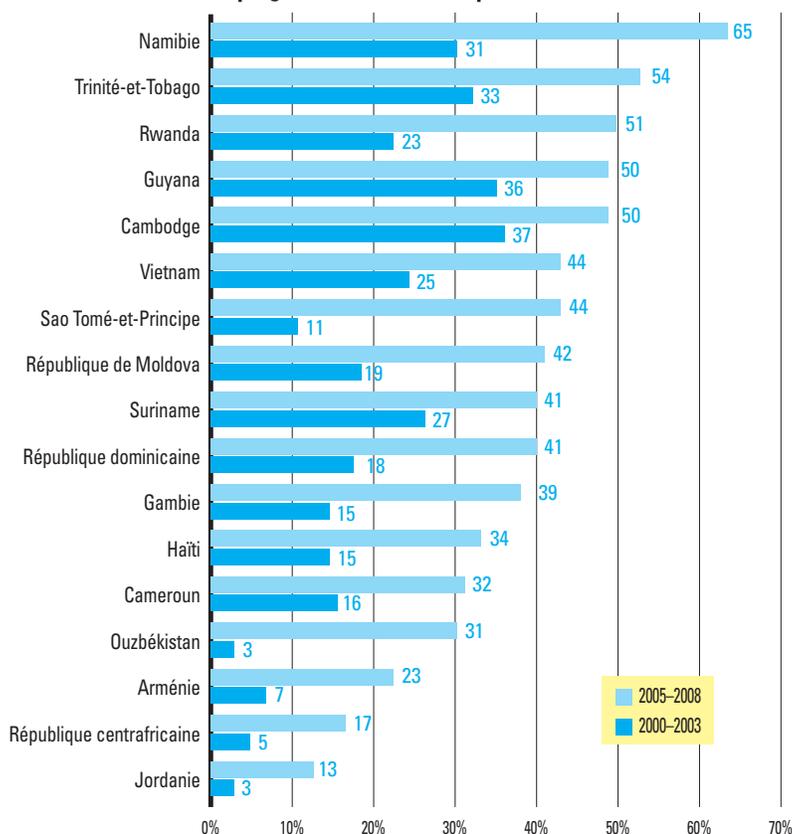
important de connaître l'âge auquel les jeunes deviennent sexuellement actifs pour s'assurer que les grands programmes de prévention touchent les adolescents assez tôt.

Les enquêtes réalisées dans quatre pays ont révélé que dans près d'un cas sur quatre, le premier rapport sexuel des jeunes femmes avait eu lieu sous la contrainte⁵⁰. Tout porte à croire que la violence sexiste – en particulier le viol, la violence sexuelle, toutes les formes d'abus et d'exploitation sexuels – est un facteur risque important pour le VIH⁵¹, d'où la nécessité de promouvoir des changements sociaux de sorte que toutes les formes de violence à l'égard des femmes deviennent socialement inacceptables. Il est également capital d'élaborer des lois aux termes desquelles les auteurs de ces crimes seront poursuivis et de les faire appliquer. Cela revient à remettre en question les normes sociales solidement ancrées dans les communautés et à mobiliser les jeunes garçons et les hommes, les parents et les familles pour qu'ils s'associent aux efforts visant à mettre fin à cette discrimination.

Une analyse des données extraites des enquêtes démographiques et sanitaires et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples réalisées dans 36 pays indique que moins d'une femme sur quatre âgées de 15 à 24 ans déclare avoir utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête⁵². Dans ce groupe de population, l'utilisation du préservatif lors du rapport sexuel le plus récent avec un partenaire à risque est faible (32 %) et encore plus faible avec un partenaire qui n'est pas à risque (6 %), bien que les taux d'utilisation varient selon les pays⁵³.

Chez les jeunes femmes qui avaient eu des rapports sexuels, moins de la moitié d'entre elles ont déclaré qu'elles pouvaient se procurer seules un préservatif. Il convient d'examiner les problèmes politiques, les facteurs culturels et religieux, ainsi que les sensibilités qui entourent le préservatif et son emploi par les jeunes. Il faut encore éliminer les obstacles locaux qui limitent la disponibilité et l'utilisation du préservatif par les jeunes femmes comme les jeunes hommes, tout en poursuivant les activités pédagogiques sur les avantages de l'utilisation du préservatif qui réduit le risque d'infection par le VIH. Seul un ferme engagement de la part des gouvernements permettra d'atteindre ces résultats.

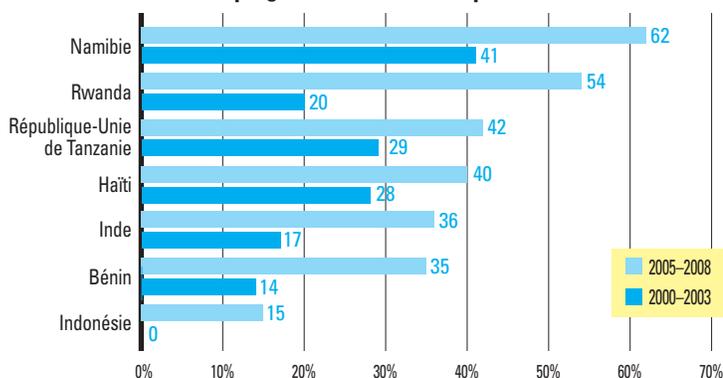
Figure 7. Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans possédant des connaissances complètes et correctes sur le VIH dans les pays où ces connaissances ont progressé d'au moins 10 points (2000–2008)



Note : années de collecte des données : République dominicaine (1999–2007); Arménie, Cambodge, Rwanda et Ouzbékistan (2000–2005); Haïti (2000–2005/06); Cameroun, Gambie, Guyana, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, Suriname, Trinité-et-Tobago et Vietnam (2000–2006); Namibie (2000–2006/07); République de Moldova (2000–2008); Jordanie (2002–2007). Une composante de l'indicateur était absente des données pour la République de Moldova. Les données fournies par la Jordanie diffèrent de la définition standard. Pour consulter la liste des pays ayant soumis des rapports sur cet indicateur, se reporter aux Figures 13 et 14.

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et Enquête nationale représentative de la Moldova sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes relatives au VIH/SIDA, 1999–2008.

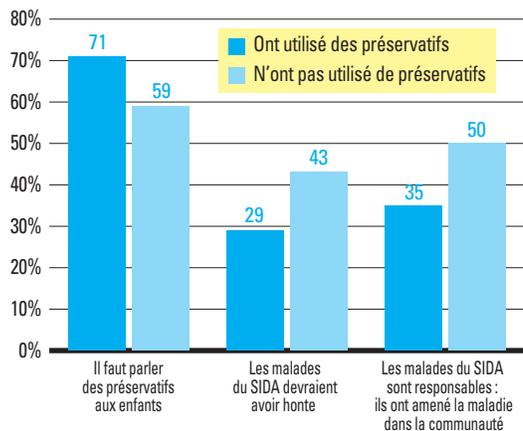
Figure 8. Pourcentage de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances complètes et correctes sur le VIH dans les pays où ces connaissances ont progressé d'au moins 10 points (2000–2008)



Note : années de collecte des données : République-Unie de Tanzanie (1999–2007/08); Rwanda (2000–2005); Haïti (2000–2005/06); Namibie (2000–2006/07); Inde (2001–2005/06); Bénin (2001–2006); Indonésie (2002/03–2007). Les données fournies par l'Indonésie diffèrent de la définition standard. Pour consulter la liste des pays ayant soumis des rapports sur cet indicateur, se reporter aux Figures 13 et 14.

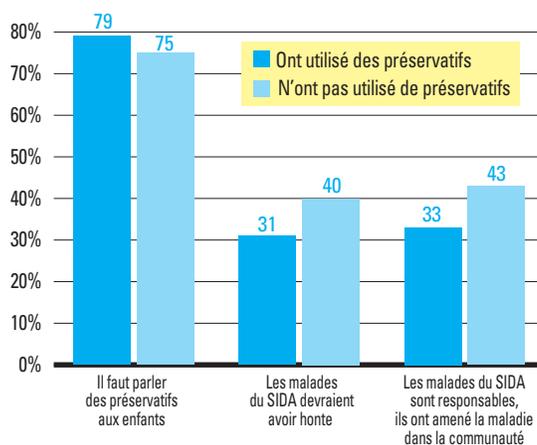
Source : enquête de surveillance comportementale, Enquêtes démographiques et sanitaires, Enquête nationale sur la famille (Inde) et Enquêtes sur la santé procréative, 1999–2008.

Figure 9. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont utilisé et qui n'ont pas utilisé de préservatif, en fonction de l'attitude envers l'infection par le VIH dans leurs communautés (2001–2007)



Source : analyse préliminaire des données extraites des enquêtes démographiques et sanitaires et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (2001–2007) par l'UNICEF et ICF Macro, 2009.

Figure 10. Pourcentage d'hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont utilisé et qui n'ont pas utilisé de préservatif, en fonction de l'attitude envers l'infection par le VIH dans leurs communautés (2001–2007)



Source : analyse préliminaire des données extraites des enquêtes démographiques et sanitaires et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (2001–2007) par l'UNICEF et ICF Macro, 2009.

La pierre angulaire de la prévention du VIH chez les jeunes est le changement de comportement sans quoi aucun progrès ne sera durable

Des travaux de grande envergure menés au fil des ans ont permis aux jeunes un peu partout dans le monde d'acquérir des connaissances complètes et correctes sur le VIH et d'autres risques liés aux activités sexuelles. Il existe cependant un net clivage

entre le fait de connaître les risques liés au VIH et les changements de comportements, en raison le plus souvent des forces contradictoires qui dictent les mœurs et les choix sexuels.

Par exemple, les interventions de prévention testées en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe avaient pour but de renforcer les compétences et de changer les attitudes des jeunes. Les deux interventions ont permis de renforcer et de confirmer leurs connaissances, ce qui aurait eu une légère influence sur leur comportement en République-Unie de Tanzanie. Cependant, ces essais ne semblent pas avoir fait reculer les nouvelles infections par le VIH ou les infections sexuellement transmissibles⁵⁴.

L'analyse des données extraites des enquêtes démographiques et sanitaires et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples a permis d'établir que les jeunes âgés de 15 à 24 ans qui vivent dans des communautés dont les membres pensent qu'il faut informer les enfants de 12 à 14 ans sur le préservatif sont plus enclins à l'utiliser (Figures 9 et 10). Cette analyse prouve à quel point le rôle des communautés auprès des jeunes est important dans les choix de comportement concernant le préservatif. L'enquête a aussi permis d'établir que les jeunes sont moins enclins à utiliser le préservatif dans les communautés qui sont en majorité d'avis que les malades du SIDA sont responsables de l'apparition de la maladie dans leur communauté.

Certaines interventions ont réussi à faire évoluer les comportements. L'Afrique du Sud affiche un recul de la prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (de 10,3 % en 2005 à 8,6 % en 2008) qui peut probablement être attribué à une utilisation plus systématique du préservatif et aux programmes de communication sur le VIH dont la portée s'étend à ce groupe d'âges⁵⁵.

D'autres comportements liés au VIH, notamment le désir de faire le test de dépistage, peuvent également fortement évoluer. En Ouganda, en 2008, un quiz envoyé par texto utilisait la téléphonie mobile pour exhorter les abonnés âgés de 17 à 45 ans à faire le test volontaire du VIH et à se faire conseiller dans leur centre de santé local. À titre d'encouragement, les participants ont reçu du temps de communication gratuit qui pouvait être échangé comme s'il s'agissait d'argent. Cette action a entraîné une augmentation de 40 % des clients venus se faire tester – de 1 000 à 1 400 en six semaines⁵⁶. Il est encore trop tôt pour dire si cette nouvelle expérience peut être poursuivie et si elle contribuera à faire évoluer les comportements, par exemple, l'utilisation du préservatif, l'abstinence et une réduction du nombre de partenaires.

Les études réalisées en Afrique du Sud mettent en lumière les avantages d'une approche sous des angles différents des deux épidémies que constituent la violence sexiste et le VIH⁵⁷. Il a été démontré que les interventions portant à la fois sur la violence sexiste, le risque d'infection par le VIH et offrant une rémunération, permettent à la fois de faire reculer la violence et le risque d'infection par le VIH⁵⁸.

Utilisation des nouvelles découvertes sur la vulnérabilité des filles dans l'élaboration des politiques et des programmes

Le fait que les jeunes femmes sont victimes de façon disproportionnée de l'infection en Afrique australe est devenu de plus en plus connu au cours de l'année écoulée. Pourtant, en moyenne, moins de 30 % des filles âgées de 15 à 17 ans étaient sexuellement actives dans la majorité des pays d'Afrique de l'Est et australe. Une analyse récente des données relatives à la prévalence du VIH ventilées par âge et par sexe a permis d'établir que les taux de prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 17 ans étaient faibles par rapport aux taux des femmes âgées de 23 à 24 ans dans un certain nombre de pays d'Afrique de l'Est et australe « hyper épidémiques » à prévalence élevée (Kenya, Malawi, Swaziland et Zimbabwe) et au Cameroun en Afrique centrale⁵⁹.

Compte tenu de ces conclusions, le Ministère de l'éducation, de la science et de la technologie du Malawi a lancé une initiative avec ses partenaires de l'ONU – l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'ONUSIDA et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) –, des organisations de la société civile, des ministères (Ministère pour l'avancement de la femme et de l'enfant et Ministère de la jeunesse et des sports) et des jeunes. Appelée *Sisters to Sisters* (Entre sœurs), l'initiative a pour but de donner des moyens d'action aux filles âgées de 15 à 17 ans. Elle permet d'identifier les sœurs plus âgées qui seront une source crédible d'informations sur la santé sexuelle et de leur fournir une pochette de documents d'informations générales à utiliser avec des filles plus jeunes. Ce mode de communication pour un changement social intègre les familles des filles plus jeunes de façon à créer pour elles un milieu protecteur. Ce modèle de parrainage par les sœurs aînées est à l'étude en Namibie et en République-Unie de Tanzanie, et il fait l'objet d'une recherche opérationnelle au Botswana.

Dans la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, la prévalence du VIH chez les adolescentes est de 2 à 5 fois plus élevée que chez les jeunes hommes. En République démocratique du Congo, dans certaines provinces, l'UNICEF et ses partenaires

soutiennent une approche intégrée de la prévention du VIH, mais aussi du bien-être, de la protection et de l'autonomisation des adolescentes – en accordant la priorité aux adolescentes plus jeunes. Cette action est prometteuse car elle combine l'éducation, la réduction des risques, la protection contre la violence et l'accès aux moyens d'existence.

Le niveau d'instruction et la fréquentation scolaire chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont étroitement liés au risque d'infection par le VIH, en particulier pour les jeunes femmes. Les données groupées extraites d'enquêtes démographiques et sanitaires révèlent que les jeunes femmes qui fréquentent encore l'école primaire, secondaire ou poursuivent des études supérieures affichent des taux d'infection par le VIH bien inférieurs à ceux des filles qui ont abandonné l'école⁶⁰. Selon des études récentes menées dans plusieurs pays, divers facteurs se conjuguent pour pousser les jeunes à abandonner l'école⁶¹. Les données globales permettent de penser que les programmes de prévention du VIH doivent accorder davantage d'attention à la fréquentation scolaire et aux causes de l'abandon de la scolarité, en privilégiant les actions visant à maintenir les filles à l'école primaire et secondaire.

Si la fréquentation scolaire offre déjà une bonne protection contre le VIH, des interventions efficaces au niveau des écoles contribueront à améliorer les connaissances, les attitudes et les compétences des jeunes, contribuant ainsi à des changements de comportements salutaires. Ces interventions peuvent aussi répondre aux besoins spécifiques des enfants infectés ou touchés par le VIH et le SIDA. Ces deux objectifs sont décrits en détail dans la nouvelle publication de l'Équipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur l'éducation intitulée *Une approche stratégique : le VIH/SIDA et l'éducation*.

La prévention du VIH dans les écoles se ressent de l'absence de cadres nationaux s'appuyant sur des informations factuelles et pouvant être appliqués spécifiquement au niveau local. Le Ministère de l'éducation et du renforcement des compétences du Botswana s'est attaqué à ce problème en mettant en œuvre en 2009 un Cadre national des connaissances pratiques qui s'attaque aux forces motrices du VIH dans le pays et procure aux adolescents les compétences dont ils ont besoin pour réduire le risque d'infection. C'est dans ce cadre que le gouvernement a entrepris de réviser son programme d'éducation et les examens nationaux.

En Amérique latine et aux Caraïbes, un Secrétariat exécutif régional et intersectoriel coordonné par les ministères de la santé et de l'éducation publique du Mexique est chargé de s'acquitter des engagements pris dans la Déclaration ministérielle « Prévention par l'Éducation » signée en 2008. Les pays participants ont créé un cadre partagé de données factuelles pour une éducation sexuelle générale répondant aux besoins des adolescents et des jeunes. Dans trois régions, le Mexique a mis en place un comité intersectoriel sur la santé, l'éducation sexuelle et le VIH, et sur la formation des formateurs à la santé sexuelle et procréative. En 2008, le Ministère de l'éducation du Nicaragua, soutenu par l'UNICEF, a intégré des cours d'éducation sur le VIH dans le programme scolaire des écoles primaires et secondaires, et dans les écoles de formation des enseignants dans six régions du pays.

Les interventions qui mobilisent les jeunes hommes et les garçons feront reculer l'incidence du VIH chez les hommes comme chez les femmes

Les mesures visant à promouvoir la participation des garçons et des hommes à la prévention du VIH et aux actions en faveur de l'égalité des sexes ont pris de l'ampleur au cours des dernières années. En 2009, un Symposium mondial sur l'implication des hommes et des garçons dans la réalisation de l'objectif de l'égalité des sexes s'est déroulé à Rio de Janeiro à l'appel d'une alliance d'organisations non gouvernementales, notamment Promundo (Brésil), Instituto Papai (Brésil), la Campagne du ruban blanc au Canada, l'Alliance MenEngage, Save the Children Suède et le Fonds des Nations Unies pour la population. Ce symposium a permis de lancer un appel à l'action visant à mobiliser les hommes et les garçons dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles, la promotion de la santé sexuelle et procréatrice et la prévention de la transmission du VIH. Les hommes et les garçons sont aussi invités à participer aux efforts de prévention liés à des grandes manifestations sportives (*voir encadré à droite*).

Par ailleurs, la circoncision masculine fait partie des mesures globales de prévention à l'usage des jeunes gens; toutefois, l'adhésion à cette mesure est toujours limitée par les difficultés et les contraintes auxquelles sont confrontés 13 pays prioritaires d'Afrique de l'Est et australe où les taux de prévalence du VIH sont élevés et les niveaux de circoncision faibles⁶². Au Kenya, cependant, les signes sont encourageants. En novembre 2008, un plan global de circoncision des hommes a été lancé dans la province occidentale de Nyanza et plus de 20 000 hommes ont été circoncis au cours des six premiers mois. Ce succès s'explique par la détermination politique et l'implication des jeunes hommes qui ont demandé l'intervention. En mars 2009, le Ministère de la santé du Botswana a organisé un atelier consultatif à l'intention des jeunes sur la circoncision masculine; les jeunes participants ont participé à l'élaboration d'une stratégie de communication sur la circoncision sans danger.

La question de la circoncision des nourrissons, qui est moins dangereuse que celle des adolescents ou des adultes, est à l'étude. Dans des conditions optimales, si elle est pratiquée par un personnel soignant qualifié

Le sport au service de la prévention du VIH chez les hommes et les garçons

La Coupe d'Afrique des Nations, qui se déroulera en Angola en janvier 2010, est un bon moyen de faire passer des messages de prévention afin d'encourager les hommes de la région à confirmer leur rôle dans un comportement sexuel responsable. Autre exemple similaire, pendant la Coupe du Monde de football prévue pour juin-juillet 2010 en Afrique du Sud, la campagne nationale *Brothers for Life* (Frères pour la vie) présentera des hommes qui ont un comportement sexuel sain et qui peuvent servir de modèles à d'autres hommes, ainsi que des joueurs de football et des personnalités qui participeront aux activités de communication de la campagne.

avec un équipement adéquat, la procédure est relativement rapide et sans danger, et les taux de complications sont inférieurs à ceux des adultes⁶³. L'impact de la circoncision des nourrissons sur la prévalence du VIH ne sera toutefois connu que dans 15 à 20 ans, quand ces enfants seront devenus adultes et sexuellement actifs.

On ne parviendra pas à juguler l'épidémie de SIDA tant que les services de prévention n'atteindront pas en priorité les groupes marginalisés, sans discrimination

Une approche de la prévention fondée sur les droits de l'homme se doit d'intégrer les adolescents et les jeunes, notamment ceux qui courent le plus de risques et sont particulièrement exposés à l'infection. Cependant, la collecte et l'analyse de données ventilées par âge, sexe et d'autres caractéristiques qui permettraient de comprendre la situation de ces groupes ne sont pas systématiques à quelques exceptions près. Un projet couvrant sept pays d'Europe centrale et orientale, mené en partenariat avec la London School of Hygiene & Tropical Medicine et l'UNICEF, nous permet d'obtenir des faits détaillés sur les comportements à risque des adolescents et l'accès à des services de réduction des risques; les résultats de ce projet commencent à avoir une influence sur les politiques et les pratiques dans la région. Il en ressort que les adolescents qui sont les plus exposés ne sont pas prioritaires dans les régions où la prévalence du VIH est faible, ce qui s'explique par une pénurie de ressources, l'instabilité politique et la faiblesse des capacités⁶⁴.

Des représentants de la Bolivie, du Brésil, de la Colombie et du Pérou, conscients de la vulnérabilité au VIH des jeunes qui vivent et travaillent dans les rues, se sont réunis à Lima en septembre 2008 pour faire des recommandations. En Afghanistan, l'exploitation et les sévices sexuels infligés à des adolescents très vulnérables, ainsi que les rapports sexuels consentis entre des hommes, existent comme partout ailleurs mais sont largement passés sous silence⁶⁵. Diverses parties prenantes ont décidé d'allier leurs forces pour faire face à ces problèmes. En Iran, une évaluation des services pour adolescents intégrés dans le réseau de santé a révélé la nécessité de remodeler ces services pour cibler davantage les jeunes vulnérables et ceux qui sont le plus exposés au VIH.

Les enfants et les jeunes sont aussi particulièrement vulnérables pendant les situations d'urgence. Compte tenu des directives du Comité permanent interinstitutions (IASC) sur le VIH lors des urgences humanitaires, des outils ont été créés pour intégrer le VIH dans les programmes d'éducation lors des situations d'urgence.

Dans la perspective des droits de l'enfant, on ne peut négliger la vie et la santé des adolescents et des jeunes qui vivent avec le VIH et le SIDA

Le nombre de jeunes vivant avec le VIH et le SIDA infectés pendant la période périnatale et qui ont survécu jusqu'à l'âge adulte est en progression car l'ART permet de prolonger la vie avec des traitements plus efficaces et un meilleur accès aux soins. Grâce au dépistage, les gens savent plus souvent aujourd'hui quand ils vivent avec le VIH; mais la majorité des familles et des communautés sont mal préparées pour les prendre en charge. L'OMS prépare actuellement un module sur les adolescents qui vivent avec le VIH à incorporer dans le cours de formation sur la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte.

Les études réalisées dans un certain nombre de centres de soins et de soutien aux personnes séropositives en Ouganda ont révélé qu'environ un tiers seulement des jeunes âgés de 15 à 19 ans avaient discuté avec leurs parents ou leurs tuteurs de leurs besoins en matière de santé sexuelle et procréative⁶⁶. C'est ainsi que des interventions spécifiques ont été conçues à l'usage des parents qui élèvent des adolescents infectés par le VIH pendant la période périnatale et que l'attention s'est reportée sur les besoins de ces jeunes en matière de prévention.

En Haïti, des soins spécialisés, des activités de prévention et un traitement dans un dispensaire accueillant pour les jeunes sont destinés aux jeunes filles et garçons âgés de 13 à 19 ans qui sont infectés par le VIH ou qui courent le risque de le devenir. Au cours de la première année, les taux d'observance du traitement par les adolescents fréquentant ce centre sont passés de 12 % à 70 %⁶⁷. Au Rwanda, on développe des approches novatrices en termes de divulgation de la sérologie positive et de soutien psychologique; les jeunes accompagnés de leurs parents et tuteurs sont informés de leur état en groupes et encouragés à participer à des séances de suivi psychologique.

AUTRES DÉFIS À RELEVER ET VOIE À SUIVRE

La collecte et l'utilisation de données ventilées par âge et par sexe pour identifier les jeunes qui risquent le plus de contracter le VIH et pour concevoir des programmes de prévention adaptés aux contextes locaux progressent. Ces programmes comprennent des interventions portant sur les risques sexuels qu'encourent les filles âgées de 15 à 17 ans au Botswana et dans d'autres pays « hyper-endémiques », et sur la réduction des risques chez les jeunes gens qui s'injectent de la drogue en Ukraine et dans d'autres pays aux épidémies concentrées. La mise en œuvre d'interventions centrées sur les jeunes et adaptées aux conditions locales est toutefois encore exceptionnelle.

La recherche opérationnelle doit aller de pair avec le renforcement des interventions et des services de prévention. Il faut consolider les liens entre la prévention et le traitement; par exemple, les consultations et le dépistage volontaires peuvent ouvrir la voie aux services de sensibilisation et d'éducation par les pairs, ou mener à la circoncision masculine. Le milieu qui entoure les jeunes doit aussi les préparer à évaluer précisément les risques et les inciter à abandonner les comportements à risque.

Aujourd'hui, de nombreux jeunes qui vivent avec le VIH prennent des décisions à caractère sexuel. Les soutenir, c'est se rapprocher de l'intégration des services destinés aux jeunes séropositifs en s'appuyant sur les interventions en faveur de la santé sexuelle de l'adolescent – ce qui ne se fera pas sans difficultés. Il convient d'étendre les perspectives nouvelles plaçant les jeunes qui vivent avec le VIH au centre des efforts de prévention, en privilégiant « la santé positive, la dignité et la prévention ».

Les mesures de prévention au service des jeunes doivent être un volet essentiel des stratégies nationales de prévention, avec financement à la clé. Il faut tenir compte davantage des forces motrices de l'épidémie (habitudes sexuelles, dynamique et violence sexistes) chez les jeunes hommes et femmes dans les programmes de prévention combinés. Quant aux stratégies de réduction des risques, il convient de les appliquer plus globalement en s'attaquant aux caractéristiques sociales qui engendrent des risques.

L'OMS a pris la tête d'un mouvement qui préconise une contribution plus importante du traitement au succès de la prévention. Selon un modèle mathématique, lors d'une grave épidémie comme celle qui frappe l'Afrique australe, s'il était possible de garantir un dépistage annuel volontaire universel du VIH, suivi d'un placement immédiat sous ART de toutes les personnes infectées, l'incidence du VIH pourrait reculer de 95 % en 10 ans et la prévalence pourrait être inférieure à 1 % dans 50 ans. Cette méthode serait plus économique que les scénarios de traitements actuels au bout d'environ 25 ans⁶⁸.

Enfin, les jeunes sont des partenaires de choix dans la recherche de solutions aux problèmes qui les concernent. Les faire participer, c'est leur donner un contrôle sur les programmes, mais aussi renforcer leurs capacités. La participation des jeunes et leur intérêt sont essentiels au succès de la prévention.

V. PROTECTION, SOINS ET SOUTIEN AUX ENFANTS TOUCHÉS PAR LE VIH ET LE SIDA

Il faut renforcer la protection sociale en période de crise économique pour aider les familles et les communautés à s'occuper des enfants touchés par le SIDA.

PROGRÈS ET RÉSULTATS

De plus en plus, les mesures de protection sociale qui tiennent compte à la fois des enfants et du SIDA bénéficient d'un soutien international. En octobre 2008, à Dublin, le Forum mondial des partenaires sur les enfants touchés par le VIH et le SIDA a abouti à un consensus sans précédent sur les facteurs qui portent atteinte au bien-être de l'enfant dans le contexte du VIH et du SIDA. Par ailleurs, des études récentes de haut niveau ont permis de mieux comprendre ce qui rend les enfants vulnérables et d'apporter les solutions les plus appropriées aux problèmes des enfants touchés par le VIH et le SIDA⁶⁹. Il a été démontré que les mesures de protection sociale qui tiennent compte à la fois des enfants et du SIDA ont des impacts positifs sur le bien-être de ces enfants.

Il est urgent de renforcer le soutien aux enfants frappés par le SIDA. L'objectif adopté lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA et par l'initiative *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* concernant la proportion de ménages qui élèvent des orphelins et des enfants vulnérables et sont en droit de recevoir un soutien de base extérieur gratuit est de 80 %. Cependant, le rapport *Enfants et SIDA : Troisième bilan de la situation* indiquait que rares étaient les ménages qui s'occupaient de ces enfants et recevaient ce soutien de base : seulement 12 % en moyenne.

Les analyses de vulnérabilité réalisées au cours des dernières années ont démontré que le fait d'être orphelin contribuait à la vulnérabilité, mais pas systématiquement. Beaucoup de facteurs peuvent contribuer à la vulnérabilité, par exemple, la richesse du ménage et le niveau d'instruction des adultes. Dans les communautés où l'extrême pauvreté, le conflit et un grand nombre de dépendants se combinent au VIH et au SIDA, apporter de l'aide à tous les enfants vulnérables est une stratégie économiquement viable qui n'entraîne pas d'exclusion.

PRINCIPAUX PROBLÈMES

Une protection sociale qui tient compte des enfants pour atteindre les enfants touchés par le SIDA

La pauvreté compromet le bien-être des enfants. Elle aggrave l'impact du SIDA sur les enfants en désarmant les ménages qui doivent faire face à ce stress supplémentaire. La crise économique actuelle, si elle se prolonge, risque de faire empirer les choses à moins que des mesures ne soient prises pour atténuer son impact.

Le SIDA est un fardeau économique supplémentaire pour les familles qui doivent acheter les médicaments et payer pour les enterrements, et il pèse lourd sur les femmes et les jeunes filles qui s'occupent des malades. Il arrive que les enfants doivent abandonner l'école. Dans les communautés qui sont frappées à la fois par la pauvreté et le SIDA, les effets de l'épidémie sont décuplés par l'affaiblissement des familles et des communautés qui prennent en charge et soutiennent les enfants.

Le communiqué publié en octobre 2008 par le Forum mondial des partenaires avec l'assentiment de nombreux partenaires du développement présente la protection sociale comme le meilleur moyen d'accélérer le soutien aux enfants touchés par le VIH et le SIDA. Il lance un appel aux partenaires en faveur de l'élaboration et

de la mise en œuvre de programmes nationaux de protection sociale⁷⁰. Cette recommandation repose sur des enquêtes empiriques prouvant l'impact positif de la protection sociale sur les enfants et les familles dans les communautés frappées par le SIDA.

La protection sociale qui tient compte des enfants englobe les transferts sociaux (transferts d'espèces et de marchandises, bons d'achat), l'assurance sociale, les services sociaux (services de sécurité sociale, par exemple soutien juridique, travail social et prise en charge), ainsi que les politiques et la législation sociales en faveur des enfants, en particulier ceux qui sont touchés par le VIH et le SIDA. Cette approche globale de l'aide sociale aura l'avantage d'améliorer la rentabilité des investissements dans la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement, autant de services essentiels pour les familles, tout en atteignant les enfants en dehors du cercle familial. Une protection sociale qui tient compte des enfants se conjugue avec des acteurs étatiques et non étatiques; dans de nombreux pays aux ressources limitées, les organisations de la société civile – y compris les organisations confessionnelles – ont un rôle clef à assumer dans l'octroi des services essentiels.

Selon la Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, une initiative qui réunit des informations sur les enfants et le VIH/SIDA, les transferts d'espèces vers les familles pauvres touchées par le SIDA améliorent la nutrition, ralentissant ainsi la progression du SIDA et renforçant l'efficacité de l'ART. Le document révèle aussi l'impact des transferts d'argent en Afrique du Sud sur la nutrition de l'enfant, démontrant que cette subvention avait permis aux enfants d'obtenir une taille plus élevée, surtout quand elle était attribuée quand les enfants étaient encore petits⁷¹.

Les ménages les plus vulnérables, notamment ceux qui sont touchés par le SIDA, ont du mal à accéder aux services essentiels pour toutes sortes de raisons. Les services sont parfois mal ciblés ou leur couverture est limitée, les familles ne possèdent pas toujours les documents de l'état civil qui leur permettraient d'y avoir droit et elles n'ont pas les moyens de couvrir les dépenses qu'entraîneraient la recherche et l'obtention de ces documents. Dans le cadre de la protection sociale en général, l'assistance aux familles et les services de protection de l'enfance doivent s'assurer que les enfants touchés par le SIDA sont identifiés et ont accès à la santé, à l'éducation et aux autres services.



© UNICEF/NVHQ/2006-1492/Pirozzi

De plus en plus de programmes de protection sociale sont axés sur les enfants touchés par le VIH et le SIDA, souvent par l'intermédiaire d'initiatives gouvernementales. Au Ghana, un programme pilote de soutien aux moyens d'existence (*Livelihood Empowerment Against Poverty – LEAP*) qui accorde une subvention aux personnes qui élèvent des orphelins, a débuté en 2006–2007; il a été élargi et intégré dans la Stratégie de réduction de la pauvreté. Le programme LEAP oblige les bénéficiaires à respecter certaines conditions : envoyer les enfants à l'école, s'inscrire au Plan national d'assurance maladie, amener les bébés régulièrement en consultation chez le médecin et les faire vacciner, et ne pas les soumettre aux pires formes de travail des enfants. Comme beaucoup d'autres programmes de transferts d'espèces, LEAP ne profite pas seulement aux responsables d'orphelins et d'enfants vulnérables, mais aussi aux femmes âgées et aux jeunes filles, qui sont celles le plus souvent accablées par la prise en charge des malades chroniques.

Au Malawi, le Plan d'action national pour les orphelins et les enfants vulnérables (2004–2009) définit les programmes et donne des directives pour l'établissement d'interventions bien ciblées de protection sociale, tandis que la Stratégie pour la croissance et le développement du Malawi a pour thème la protection sociale. Elle s'occupe de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'un plan social de transfert d'espèces lié aux écoles et aux garderies d'enfants dans le but de réduire la pauvreté et la faim dans les ménages les plus pauvres. Ce projet pilote est appliqué dans sept districts. En avril 2009, il avait permis d'atteindre plus de 23 000 ménages et 92 000 individus – dont plus de 48 000 étaient des orphelins et des enfants vulnérables. Les résultats sont encourageants pour les ménages bénéficiaires sur plusieurs plans : santé, éducation, accumulation de biens et protection de l'enfant⁷².

En Chine, on s'est servi de l'information selon laquelle les familles touchées par le SIDA vivent avec moins de la moitié du revenu total des ménages qui ne sont pas touchés par le virus pour plaider en faveur de la politique du pays de lutte contre le SIDA « *Four Frees, One Care* » (Quatre éléments gratuits, un soin) offrant de petites subventions, des formations professionnelles et des animaux



© UNICEF/NYHQ2006-2860/Pudlovski

Il faut investir dans le social pour renforcer le soutien aux enfants vulnérables touchés par le SIDA

Tout comme la PTME et le traitement pédiatrique, les systèmes de sécurité sociale doivent être renforcés pour desservir davantage d'enfants touchés par le SIDA en leur procurant des soins, une protection et un soutien. L'élargissement des mesures de protection sociale tenant compte à la fois des enfants et du SIDA dépend de l'action des organismes de protection de l'enfance, qui sont eux-mêmes sous la tutelle des ministères compétents. La dynamique de la protection sociale, surtout celle qui entoure les transferts d'espèces, a mis en lumière les limites des institutions concernant l'assistance aux enfants et à leurs familles tout en fournissant une occasion d'améliorer ces systèmes.

Au niveau mondial, l'UNICEF est à la tête des efforts visant à aborder la protection de l'enfance dans une optique conceptuelle et à élaborer des instruments standard permettant de dresser la carte des systèmes nationaux de protection de l'enfance. Au niveau national, un certain nombre de pays durement frappés par le SIDA sont déjà en train d'identifier les faiblesses de leurs institutions de protection sociale pour combler les lacunes.

En Namibie, le Ministère de l'égalité des sexes et de la protection de l'enfance coordonne le Plan d'action national en faveur des orphelins et des enfants vulnérables (2006–2010) dans le cadre duquel 50 % de tous les orphelins et enfants vulnérables recevront un soutien extérieur (économique, soins à domicile, psychologique et éducatif) d'ici à 2010. Les subventions sociales ont considérablement augmenté pendant la période 2007–2008, mais ce fardeau supplémentaire pour les travailleurs sociaux a incité le Directeurat de la protection de l'enfance, sous la tutelle du ministère, à faire une analyse de l'état des effectifs et des ressources en 2008. Suite à cette analyse, la Commission du Service public et le Premier Ministre devraient approuver une augmentation de 125 % des effectifs des services sociaux⁷⁴.

Le Malawi a entrepris une analyse des effectifs au sein du Ministère de l'émancipation de la femme et du développement de l'enfant afin de préparer un plan d'action pour ce ministère; celui-ci se livre à un examen structurel et envisage un renforcement du système.

Les insuffisances du secteur social sont synonymes de mauvaise gestion des soins de remplacement pour les enfants touchés par le SIDA

Les familles et les communautés sont les mieux placées pour protéger les enfants dont les deux parents sont morts du SIDA. En Afrique subsaharienne, le placement informel d'enfants dans le réseau familial est fréquent. Au Zimbabwe, par exemple, la majorité des enfants qui ont perdu l'un de leurs parents ou leurs deux parents vivent avec le parent survivant, leurs grands-parents ou d'autres membres de la famille⁷⁵.

Au Kenya, les transferts d'espèces ont permis à des enfants vulnérables de rester avec des personnes qu'ils aiment et qu'ils connaissent, ce qui a évité à de nombreux enfants de familles extrêmement pauvres de se retrouver à la rue ou dans des orphelinats. Le Programme national de transfert d'espèces pour les orphelins et les enfants vulnérables, qui couvrait 12 500 ménages à la fin de 2007, devrait desservir 70 000 ménages à la fin de 2009,

d'élevage, et d'autres formes d'assistance aux femmes vivant avec le VIH. De 2006 à 2008, le revenu annuel par habitant des familles touchées par le VIH dans un comté de démonstration a augmenté de 38 %, contre 20 % dans un groupe de contrôle⁷³.

L'Union africaine (UA) et la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) ont continué à prouver leur attachement à la cause des enfants vulnérables et frappés par le SIDA. En octobre 2008, les ministres de l'UA responsables du développement social ont adopté le Cadre de politique sociale pour l'Afrique qui recommande de renforcer la protection sociale, y compris les transferts de revenus, afin d'atténuer les impacts économiques et sociaux de l'épidémie du SIDA sur les enfants et les autres groupes vulnérables. Le SADC a finalisé récemment son Cadre stratégique sur les orphelins, les enfants vulnérables et la jeunesse, qui soutient la création d'un ensemble minimum de services sociaux, y compris des services d'appui psychosocial, avec possibilité d'élargissement.

une initiative qui a fait augmenter d'autant les contributions du Gouvernement kényen. La Banque mondiale a approuvé un montant de 50 millions de dollars pour développer le programme, qui a pour but de desservir 100 000 ménages d'ici à 2012⁷⁶.

Selon les estimations, plus de 2 millions d'enfants de par le monde vivaient dans des institutions⁷⁷; une étude conduite par l'UNICEF pendant la période 2007–2008 a permis d'établir que, dans de nombreux pays, le nombre d'institutions accueillant des enfants est à la hausse⁷⁸. Mais même dans les pays les plus durement frappés par le SIDA, la grande majorité des enfants placés en institutions ont un parent survivant ou des parents proches⁷⁹, et c'est généralement la pauvreté, plutôt que l'absence de soutien familial, qui fait vivre les orphelinats. Cela revient à dire qu'il faut investir davantage pour donner un soutien économique aux ménages frappés par le SIDA et combattre les facteurs qui obligent les enfants à vivre en institutions.

De nombreux pays préfèrent que les familles s'occupent de ces jeunes et ils n'envisagent le placement en institution qu'en dernier ressort. Certains pays d'Afrique de l'Est et australe ont établi des normes pour les foyers d'accueil. Cependant, les études de l'UNICEF dans cette région font état de normes et de réglementations généralement faibles⁸⁰. Les placements d'enfants sont entre les mains des travailleurs sociaux, qui ont souvent peu de temps pour décider, et des systèmes judiciaires. Les normes comprennent des capacités de surveillance, inspection et suivi qui n'existent pas toujours. Le manque d'effectifs et de ressources expliquent souvent pourquoi les normes ne sont pas respectées.

De nombreux pays renforcent leurs politiques et leurs législations pour aider les enfants à rester dans leurs familles et pour leur fournir des soins de remplacement en dehors de la famille. La Loi sur les enfants (*Children's Act*) en Afrique du Sud a été amendée pour améliorer les services sociaux destinés aux enfants, et des changements similaires ont été apportés à la version la plus récente du projet de loi sur la protection de l'enfance en Namibie. Dans le cadre de sa réforme du système de santé (2006–2011), le Ghana a modifié sa réglementation relative à la gestion des foyers d'accueil dans le but de s'assurer que le placement en institution n'est utilisé qu'en dernier ressort et que les orphelinats qui existent déjà disposent de ressources suffisantes pour être des options acceptables.

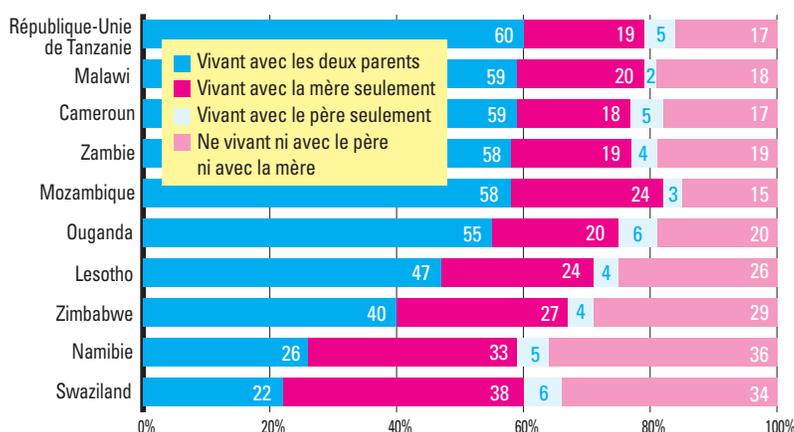
En Malaisie, de nouvelles directives définissent le cadre de soins et de protection à prodiguer aux enfants – et particulièrement aux enfants touchés par le VIH et le SIDA – dans les foyers dirigés par des organisations non gouvernementales. Au Guyana, en 2008, le soutien provenant de fonds affectés à la lutte contre le VIH/SIDA a permis au Ministère du travail, des services humains et de la Sécurité sociale de lancer les Normes et réglementation minimales à appliquer aux foyers pour enfants.

Le *Better Care Network* (Réseau de soins améliorés) facilite les échanges d'informations et la collaboration entre un nombre croissant d'organisations, de groupes professionnels, de gouvernements et de personnes attachés à la cause des enfants privés de soutien familial. Dans ce réseau, l'Initiative *Faith to Action* (Foi pour l'action) fournit des informations et des ressources aux églises chrétiennes et organisations confessionnelles des États-Unis qui essaient de répondre aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables en Afrique subsaharienne. Elle plaide en faveur d'un soutien en première ligne aux familles et aux communautés au lieu de construire des orphelinats.

Les organisations communautaires et confessionnelles ont un rôle important à jouer dans l'octroi, la coordination et le suivi des services à l'intention des enfants dans les communautés touchées par le SIDA

La prolifération d'initiatives locales au service des enfants touchés par le VIH et le SIDA au cours des dernières années montre que les organisations communautaires et confessionnelles ont la capacité de se mobiliser rapidement en cas de besoin. Il ressort d'une étude portant sur près de 700 organisations confessionnelles soutenant des enfants dans six pays que la moitié d'entre elles avaient vu le jour au cours des quatre années précédentes⁸¹.

Figure 11. Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans en fonction des modalités de résidence, dans des pays où la prévalence du VIH est de 5 % ou davantage, 2004–2008



Note : années de collecte des données : Mozambique, 2008; République-Unie de Tanzanie, 2007–2008; Zambie, 2007; Namibie et Swaziland, 2006–2007; Cameroun, Malawi et Ouganda, 2006; Zimbabwe, 2005–2006; Lesotho, 2004. Les totaux ne représentent pas toujours 100 % car les chiffres ont été arrondis.

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires et Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, 2004–2008.

Mais de nouveaux défis sont apparus. La protection sociale qui tient compte des enfants est souvent assurée par des organisations non gouvernementales et communautaires, qui n'ont pas toujours de gros moyens pour satisfaire toutes les demandes et qui sont souvent confrontées à des difficultés en termes d'aiguillage vers d'autres prestataires privés ou publics. Ces efforts locaux ne s'inscrivent pas nécessairement dans une stratégie, un plan ou un système de suivi nationaux, et passent souvent inaperçus, ce qui limite l'accès aux ressources des ménages dans le besoin. Il faut veiller à relier ces initiatives communautaires aux cadres nationaux plus larges, et à établir des partenariats stratégiques entre les gouvernements et les organisations communautaires, de sorte que les interventions puissent être coordonnées, compte tenu des avantages et des responsabilités de chacun.

Les quelques pays qui s'appuient sur des partenariats stratégiques obtiennent des résultats concrets et desservent un nombre croissant d'enfants vulnérables. Les initiatives, telles que l'Alliance des Églises pour les orphelins en Namibie et l'Initiative du leadership bouddhiste au Vietnam, sont bien connues. L'Ouganda a aussi progressé à pas de géants en ce qui concerne la mobilisation des organisations communautaires et confessionnelles qui coopèrent aujourd'hui avec des organismes gouvernementaux officiels au niveau du sous-district dans le cadre d'un système bien rôdé de protection de l'enfant.

AUTRES DÉFIS À RELEVER ET VOIE À SUIVRE

Il reste beaucoup à faire pour développer à grande échelle les soins, la protection et le soutien à apporter aux enfants touchés par le SIDA. Pour combiner les divers aspects des mesures de protection sociale, il convient de renforcer les capacités des institutions chargées de fournir des services essentiels. Pour que les ménages les plus vulnérables des communautés frappées par le SIDA aient accès à des transferts d'espèces et à d'autres services infantiles, il faut doter le secteur de la protection sociale de capacités en ressources humaines, qu'il s'agisse d'organisations gouvernementales ou de la société civile. Il faut notamment donner les moyens aux communautés d'éliminer les obstacles qui s'opposent à la mise en œuvre des programmes de protection sociale, à savoir l'identification, le ciblage, les transferts,



© UNICEF/NVHQ2004-0697/Pirozzi

l'exclusion et la discrimination liées au SIDA, que ces difficultés soient réelles ou perçues.

Il faut aussi veiller à partager les leçons apprises pendant tout le processus de mise en œuvre et d'élargissement de la protection, surtout lorsque les ressources sont limitées et que le SIDA fait des ravages. À cet effet, on envisagera de mener des études longitudinales dans plusieurs pays pour identifier les problèmes de mise en œuvre liés au ciblage, aux options d'exécution institutionnelle, à l'accessibilité économique et à la viabilité.

VI. SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Il est essentiel de suivre et d'évaluer les programmes sur le VIH/SIDA pour rassembler des données sur ce qui fonctionne et ce qui doit être amélioré.

PROGRÈS ET RÉSULTATS

Le suivi et l'évaluation (S&E) est essentiel pour suivre les progrès accomplis en vue de la réalisation des engagements et objectifs liés au VIH/SIDA. Au plan mondial, de grandes avancées ont été enregistrées l'an dernier dans le domaine du renforcement des capacités de suivi et d'évaluation dans les quatre domaines prioritaires de la campagne *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*.

L'ONUSIDA, par le biais de son Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation, a coordonné la mise en place d'un ensemble de 40 indicateurs de base pour le suivi au plan national. Cet ensemble comprend 25 indicateurs de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA pour le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de 2001, plus 15 indicateurs supplémentaires recommandés⁸².

L'UNICEF publie chaque année *Enfants et SIDA : Fiches d'information sur les pays*, un document qui accompagne les *Bilans de la situation*. Les données présentées dans ces fiches d'information permettent de suivre les progrès accomplis par rapport aux « Quatre priorités » et à la réalisation des engagements mondiaux souscrits par les pays et partenaires, notamment dans le cadre de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

PRINCIPAUX PROBLÈMES

La mise en œuvre du troisième des « Trois principes » – un système de suivi et évaluation à l'échelon du pays – représente un immense défi au niveau des pays, en raison du nombre d'acteurs impliqués, dont les exigences en matière de suivi ne sont pas toujours intégrées dans le système national de suivi et évaluation. Les données factuelles montrant comment les systèmes et les données de suivi et d'évaluation influencent la prise de décision liée aux « Quatre priorités » au niveau des pays sont limitées.

En outre, le développement des systèmes nationaux de suivi systématique des programmes, en particulier concernant les enfants orphelins et vulnérables, et les jeunes, reste insuffisant, tout comme le renforcement des liens entre les activités de suivi et évaluation menées par les établissements et par les communautés.

Il est techniquement difficile d'estimer la taille des populations pour documenter la planification et la mise en œuvre des programmes, et faciliter le suivi des progrès accomplis au niveau de l'élargissement de la couverture des différentes activités. Les données ventilées par des facteurs tels que l'âge et le sexe sont limitées, ce qui complique les efforts visant à voir si l'accès devient équitable et comment sont utilisés les services.

Enfin, l'évaluation mérite une plus grande attention. On manque de données fournies par les évaluations et utilisables pour évaluer les effets des interventions dans le domaine du VIH/SIDA sur l'obtention des résultats désirés pour les femmes et les enfants. Il importe de privilégier la recherche sur l'évaluation des impacts, d'évaluer le coût des programmes de lutte contre le VIH, et de mener des recherches opérationnelles afin de recenser les stratégies de mise en œuvre qui se sont révélées concluantes.

Le suivi et l'évaluation de la PTME et des programmes pédiatriques de lutte contre le VIH doivent tenir compte des avancées au niveau de la programmation et de la collecte des données factuelles

De nombreux pays ont renforcé la PTME et les programmes pédiatriques de lutte contre le VIH conformément aux orientations les plus récentes, y compris les principes directeurs de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez les femmes enceintes et la prévention de l'infection par le VIH chez les nourrissons, ainsi que le Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Mais le suivi et l'évaluation doivent aussi être actualisés et alignés sur ces orientations. En 2009, le Groupe de travail sur le suivi et l'évaluation de l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, animé par l'UNICEF et l'OMS, a mis à jour les orientations sur le suivi et l'évaluation de la prévention du VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, en tenant compte des dernières recommandations des programmes internationaux en matière de PTME et de soins et traitements pédiatriques du VIH (Tableau 2).

Nombre de pays à faible et moyen revenu ont créé des bases de données sur la PTME et la couverture des soins pédiatriques du VIH, et sont en mesure de communiquer ces données chaque année. Depuis 2006, plus de 100 pays ont régulièrement transmis des données sur la PTME et les soins et traitements pédiatriques du VIH, contre 58 pays en 2004 et 71 en 2005 (Figure 12).

La portée, l'exhaustivité et la fiabilité des données ainsi transmises restent cependant limitées et ne suffisent pas toujours pour la prise de décision. Les données sur les indicateurs les plus récents – diagnostic précoce de l'enfant, prophylaxie au cotrimoxazole, comptage des cellules CD4 pour déterminer si une femme enceinte séropositive répond aux critères d'administration d'un traitement antirétroviral, pratiques d'alimentation des nourrissons et besoins de planification familiale non satisfaits – sont moins rarement transmises par les pays. Les données ventilées sur les ARV pédiatriques et les données ventilées sur les traitements ARV, importantes pour estimer les besoins et la couverture, sont elles aussi peu disponibles.

En 2009, l'UNICEF, l'OMS et l'ONUSIDA ont fusionné l'outil d'établissement de rapports de

l'OMS sur l'accès universel avec la fiche de rapport sur la PTME et les soins pédiatriques du VIH. Il existe dorénavant un formulaire conjoint de suivi et d'information qui aide à harmoniser la collecte de données et à réduire la charge imposée aux pays en matière de présentation de rapports.

Le dernier rapport de *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées aux VIH/SIDA dans le secteur de la santé*, publié en septembre 2009 par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF, se fonde sur les données communiquées par les pays qui utilisent cet outil commun. Ce rapport, qui présente l'éventail le plus complet de données disponibles sur la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA dans les pays à faible et moyen revenu, devrait aider à déterminer comment les engagements nationaux liés à l'élargissement de la couverture et des prestations de soins se traduisent dans l'action nationale.

En 2009, l'OMS, le Gouvernement des États-Unis, l'UNICEF et d'autres partenaires ont mis au point des formulaires pour évaluer l'évolution du VIH chez les patients associant traitement anti-VIH et ARV, soins de santé maternelle et infantile et PTME, ou médicaments anti-tuberculose et anti-VIH, lesquels fournissent un ensemble

Tableau 2. Résumé des indicateurs nationaux recommandés pour le suivi et l'évaluation de la PTME et des indicateurs de base pour les soins et traitements pédiatriques du VIH

Principaux indicateurs	
1.	Existence de politiques et lignes directrices nationales qui soient conformes aux normes internationales pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
2.	Pourcentage d'établissements de soins offrant des services de soins prénatals en mesure de faire des tests de VIH et d'administrer des ARV sur place pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant.
3.	Pourcentage de femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH et qui connaissent leur statut sérologique.
4.	Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant été soumises à un examen pour déterminer si elles étaient éligibles au traitement ARV.
5.	Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.
6.	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives (nourrissons exposés au VIH) ayant reçu une prophylaxie ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant (traitement : mono- ou poly-thérapie).
7.	Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance.
8.	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives ayant été soumis à un dépistage du VIH dans les 12 mois suivant leur naissance.
9.	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant été nourris exclusivement au sein, ou par une alimentation de substitution ou une alimentation mixte à trois mois.
10.	Pourcentage de femmes séropositives en âge de procréer bénéficiant de services de soins et de traitement du VIH avec des besoins de planification familiale non satisfaits.
11.	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH.
12.	Pourcentage d'enfants séropositifs de 0-14 ans actuellement sous antirétroviraux.
Indicateurs supplémentaires	
13.	Pourcentage de districts offrant des services de test de détermination des CD4.
14.	Pourcentage d'établissements de soins offrant des services de tests de dépistage du VIH pour le diagnostic chez les nourrissons, sur place ou à partir de taches de sang séché (DBS).
15.	Pourcentage de partenaires masculins de femmes enceintes qui fréquentent des services de soins prénatals ayant fait le test du VIH.
16.	Pourcentage de postes de prestation de service VIH en mesure d'offrir au moins trois méthodes de planification familiale (disposant de stocks et de prestataires de services dûment formés).

Source : OMS, UNICEF et Équipe spéciale inter institutions sur le suivi et l'évaluation de la PTME, *Monitoring and Evaluation Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: A guide for national programmes* (première version, 2009).

minimum normalisé de données sur le VIH. Ces formulaires peuvent être adaptés par les pays aux registres, fiches de traitement et carnets de santé des patients.

L'UNICEF, l'OMS et l'ONUSIDA, en collaboration avec la Vanderbilt University, ont également accueilli une consultation d'experts, qui a émis des suggestions sur les indicateurs envisageables pour évaluer les effets des programmes de PTME, y compris la survie au VIH sans récurrence à 18–24 mois (qui tient compte de la transmission par l'allaitement maternel, des risques d'une alimentation de substitution, et d'autres facteurs de mortalité).

Les efforts déployés pour recueillir des données sur la prévention au niveau communautaire restent insuffisants

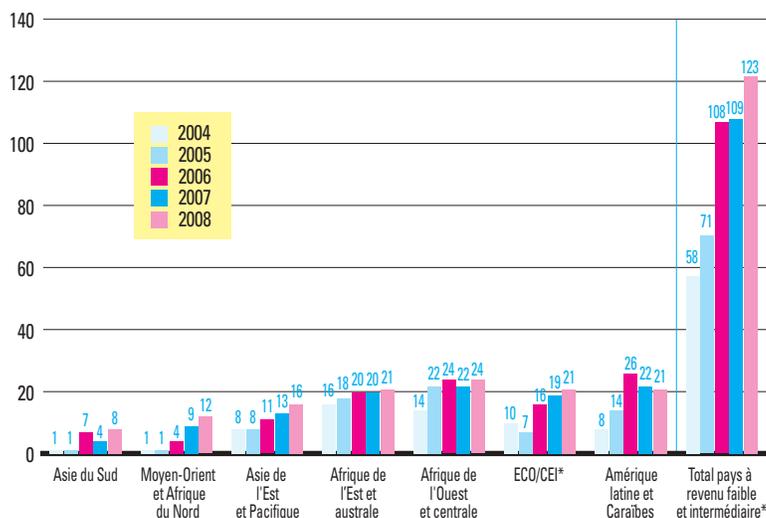
Suivre et évaluer les activités de prévention du VIH est compliqué car la plupart d'entre elles sont menées dans le cadre de mécanismes communautaires – campagnes médiatiques et éducation – ce qui fait qu'il est difficile de déterminer les personnes qui ont été atteintes et l'impact obtenu. De plus en plus accessibles, les données sur le comportement sexuel et les connaissances en matière de prévention du VIH chez les jeunes restent néanmoins insuffisantes, notamment en ce qui concerne les jeunes les plus exposés. Les enquêtes démographiques et sanitaires, pas plus que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples, n'ont été conçues pour recueillir des données au sein de ces populations.

Depuis 2008, grâce aux efforts déployés par les groupes de travail sur le suivi et l'évaluation de l'ONUSIDA et par l'Équipe spéciale interinstitutions sur les jeunes, on constate des avancées importantes dans l'harmonisation et la coordination du suivi et de l'évaluation de la prévention du VIH chez les jeunes au niveau mondial. Les efforts de ce type restent toutefois insuffisants au niveau régional et au niveau des pays.

Une révision des indicateurs de suivi et d'évaluation de la protection s'impose

Au nombre des indicateurs établis par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA relatifs aux enfants affectés par le SIDA figurent le ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10–14 ans, et le pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables de moins de 18 ans dont le foyer a bénéficié d'une aide extérieure gratuite et de base pour leur prise en charge.

Figure 12. Nombre de pays à revenu faible et intermédiaire communiquant des données clés sur la PTME et les soins et traitements pédiatriques du VIH, 2004–2008



* Inclut les pays à revenu élevé : Hongrie, Lettonie et Pologne dans les chiffres pour 2007; et Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne et Slovaquie dans les chiffres pour 2008.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2009.

Le premier indicateur – la scolarisation – a été élaboré en partant de l'hypothèse selon laquelle les orphelins avaient moins de chances d'être scolarisés que les non-orphelins. Une analyse de données récentes fournies par les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et par les enquêtes démographiques et sanitaires révèle toutefois que les orphelins (ayant un parent ou les deux) ou les enfants vivant avec un adulte qui est séropositif ou souffre d'une maladie chronique ne sont pas forcément les plus mal lotis en termes de santé, d'éducation ou de protection.

La richesse du ménage, les conditions de logement et le niveau d'éducation des adultes du foyer⁸³ sont des indicateurs plus cohérents de la vulnérabilité – une constatation qui remet en question l'utilité des indicateurs mondiaux actuels. Le groupe de travail de suivi et l'évaluation de l'Équipe spéciale interinstitutions sur les enfants affectés par le SIDA, coparrainé par l'UNICEF, le PEPFAR et l'association Save the Children Fund, participe activement à des débats visant à redéfinir la vulnérabilité et à définir des moyens de mesurer la couverture des services à l'intention des enfants dans le contexte du VIH et du SIDA.

Le deuxième indicateur, relatif au pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables de moins de 18 ans dont le foyer reçoit un soutien extérieur de base gratuit, a été difficile à interpréter en termes d'avantages ou de résultats, en raison de l'absence de clarté et d'accord quant à la façon de définir un enfant vulnérable, et ce que comporte un ensemble minimum de services, à quelle fréquence ces services devraient être fournis, et comment ils devraient être calculés. Cependant, nombre d'experts considèrent encore qu'il est nécessaire de mesurer la couverture globale de l'aide – à savoir, la protection sociale – pour évaluer les progrès et définir les lacunes des interventions.

Figure 13. Les 87 pays disposant de données récentes sur la proportion de jeunes femmes de 15 à 24 ans qui possèdent des connaissances complètes sur le VIH, 2003–2008

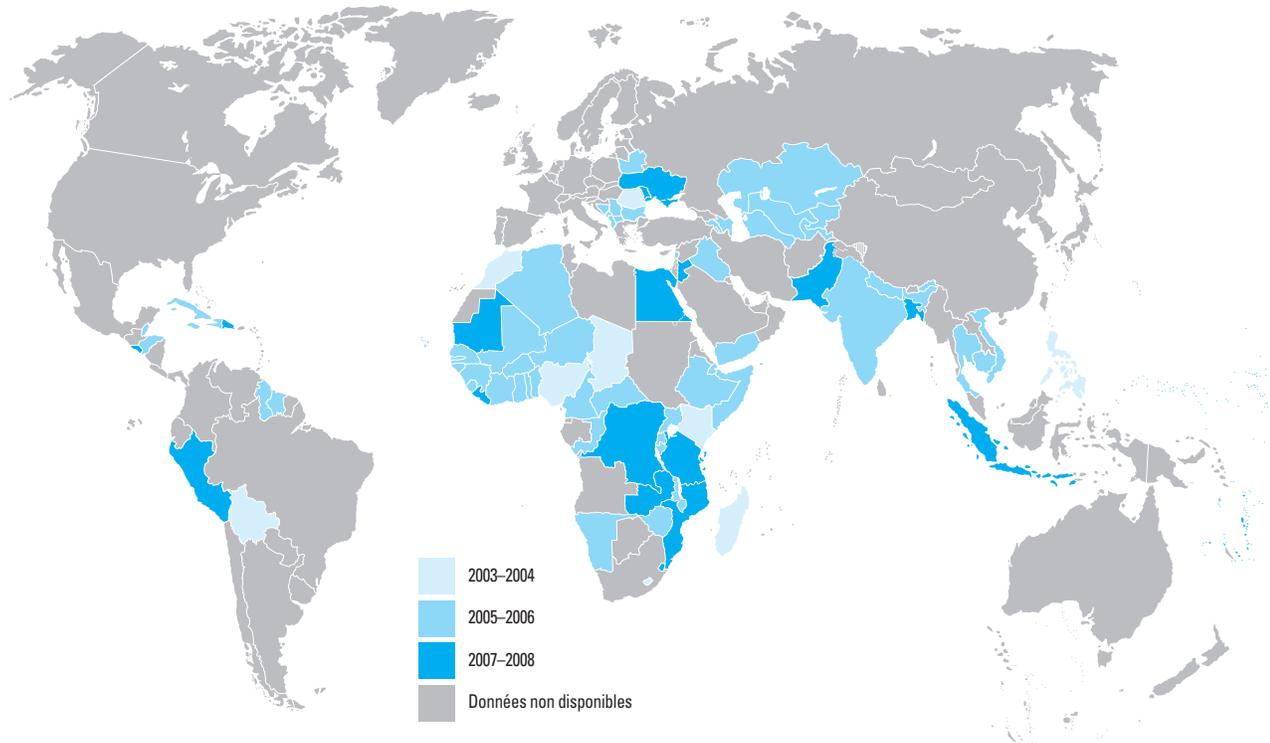
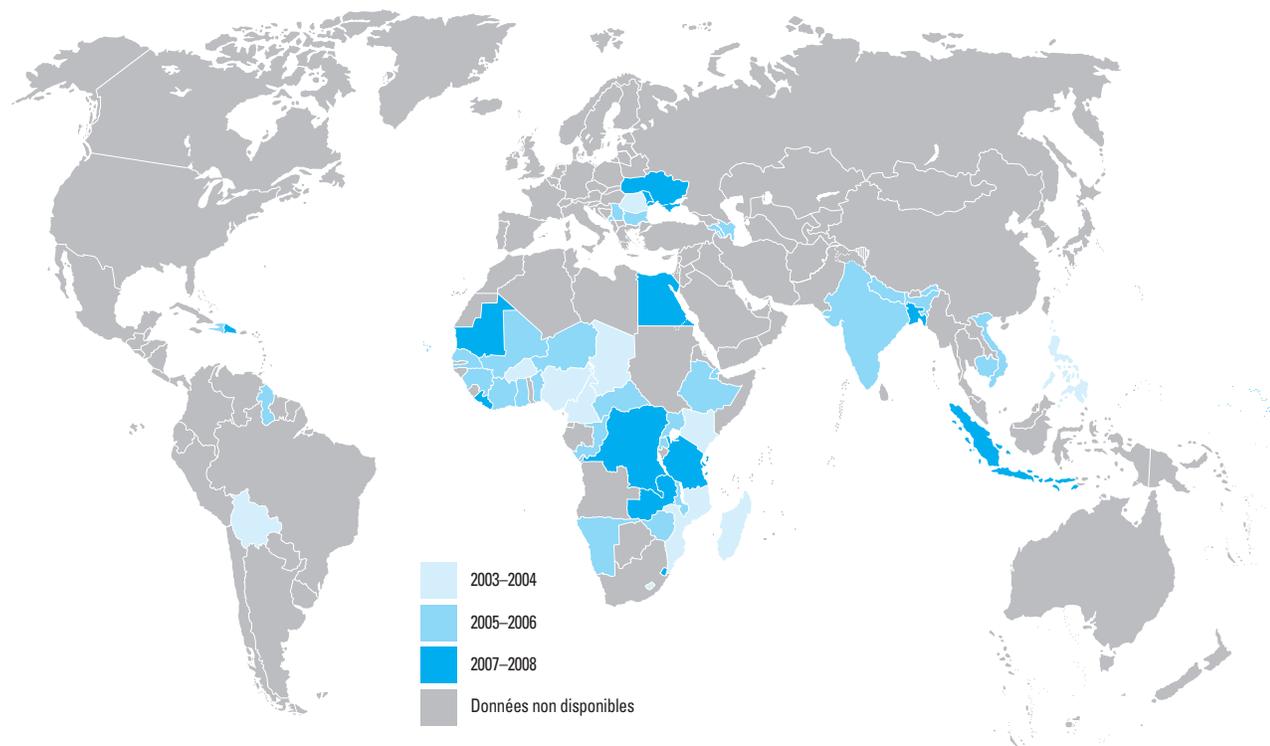


Figure 14. Les 51 pays disposant de données récentes sur la proportion de jeunes hommes de 15 à 24 ans qui possèdent des connaissances complètes sur le VIH, 2003–2008



Notes : on entend par « connaissances complètes » le fait d'être capable d'identifier correctement les deux principales façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH (avec un préservatif et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté), de réfuter les deux idées fausses les plus répandues sur la transmission du VIH transmission, et de savoir qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être porteuse du VIH.

Les pays à revenu faible et intermédiaire inclus dans l'analyse se limitent à ceux dans lesquels l'UNICEF est présent. Les données se réfèrent à tous les renseignements recueillis lors d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'enquêtes démographiques et sanitaires durant la période 2003–2008.

Ces cartes sont stylisées et ne sont pas à l'échelle. Elles ne reflètent pas le point de vue de l'UNICEF sur le statut légal des pays ou territoires représentés ou sur la délimitation de leurs frontières. La ligne en pointillés représente approximativement la ligne de contrôle établie à Jammu et au Cachemire consentie par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif de Jammu et du Cachemire n'a pas encore fait l'objet d'un accord final entre les parties.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2009.

Suivi et évaluation : résumé des défis restant à relever

- La difficulté à évaluer la taille de la population et la prévalence du VIH parmi les populations « difficiles à atteindre », cachées, marginalisées, mobiles et migrantes, et à produire des estimations fiables du VIH par rapport au besoin global de soins et traitements.
- Les différences dans les définitions des indicateurs et les méthodes de collecte de données, qui empêchent de comparer les données au sein des pays et entre les pays.
- L'absence de définitions mesurables et normalisées des expressions « enfants affectés par le SIDA » et « enfants vulnérables »; l'absence d'accord sur la notion de « ensemble standard de services » pour les enfants affectés par le VIH et le SIDA.
- Le manque de données de référence sur les enfants vulnérables – le dénominateur – dans la plupart des pays faute de définition standard.
- Le manque de données fiables sur les enfants qui ne sont pas élevés par leur famille (par ex., enfants vivant dans les rues et en institution) qui ne sont pas identifiés lors des enquêtes auprès des ménages.
- La possibilité de double comptage due aux multiples interventions en faveur des enfants orphelins et des enfants vulnérables.
- La difficulté à définir les résultats à mesurer pour les orphelins et enfants vulnérables et la façon d'attribuer les résultats aux interventions.
- La disponibilité limitée de données ventilées par des facteurs tels que le sexe et l'âge concernant les sous-populations qui courent le plus de risques, en particulier les jeunes qui se livrent à des comportements dangereux : injection de drogue, rapports sexuels entre hommes, et commerce du sexe.
- La complexité d'une prévention globale et l'impossibilité d'isoler un ou plusieurs facteurs pour prévenir l'infection.
- Le manque de preuves comparables de l'impact des programmes de PTME sur les infections par le VIH évitées chez les nourrissons et les enfants, et la survie sans VIH.
- Les questions d'éthique lors de la collecte de données, de données particulièrement sensibles, auprès des enfants, y compris la crainte que les activités de collecte de donnée et de suivi et évaluation liées aux enfants vulnérables n'augmentent leur vulnérabilité.
- La gamme, l'exhaustivité et la qualité limitées des données recueillies et communiquées.
- Le manque de coordination et d'harmonisation des activités de suivi et évaluation aux niveaux régional et des pays.

Pour tenter de surmonter les lacunes du suivi des enfants qui ne sont pas élevés par leur famille, le Better Care Network et l'UNICEF ont finalisé et diffusé un manuel sur la mesure des indicateurs pour les enfants se trouvant dans des foyers d'accueil, qui inclut 15 indicateurs quantitatifs et de politique/mise en œuvre⁸⁴.

On connaît encore mal l'impact du passage de programmes exclusivement consacrés au SIDA à des programmes de lutte contre le SIDA, en termes de suivi et d'évaluation. Le défi consistera à adapter les indicateurs, les mesures et les systèmes de suivi à cette nouvelle orientation.

VII. INVESTISSEMENTS : LES BESOINS DES FEMMES ET DES ENFANTS

« Une mère ne devrait pas avoir à choisir entre poursuivre son traitement contre le SIDA et nourrir ses enfants. » – Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA⁸⁵

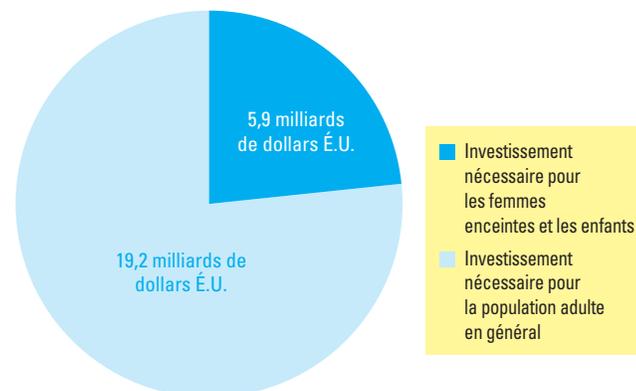
Depuis le lancement en 2005 de la campagne *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, des progrès substantiels ont été accomplis dans la prestation de services de prévention et de traitement du VIH à des millions de personnes, en particulier aux femmes, aux enfants et aux jeunes. Les ressources disponibles pour relever ces défis ont, elles aussi, augmenté : l'investissement de 13,7 milliards de dollars É.-U. dans les programmes de lutte contre le VIH en 2008 représente quasiment une augmentation de 75 % depuis 2005⁸⁶. Des ressources additionnelles considérables sont toutefois nécessaires pour appuyer des interventions efficaces et durables face au VIH.

L'ONUSIDA estime qu'il faudra consentir un investissement de 25,1 milliards de dollars d'ici à 2010 pour permettre aux pays d'atteindre les objectifs de l'accès universel⁸⁷. Se contenter de maintenir le rythme actuel d'augmentation des investissements ne suffira pas. Outre les investissements disponibles en 2008, 11 milliards de dollars supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les objectifs à l'horizon 2010.

Selon l'UNICEF et l'ONUSIDA, il faudra environ 5,9 milliards de dollars, soit près d'un quart de l'investissement de 25,1 milliards de dollars nécessaire pour réaliser les objectifs de l'accès universel, pour atteindre spécifiquement les objectifs de l'accès universel concernant les femmes et enfants (Figure 15)⁸⁸. Le Tableau 3 présente les ressources minimales nécessaires pour permettre aux pays à revenu faible et intermédiaire d'atteindre les objectifs fixés pour 2010 par rapport aux « Quatre priorités ».

- **Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant** : on estime qu'il faudra investir 605 millions de dollars d'ici à 2010 pour permettre aux pays d'atteindre leurs objectifs d'accès universel (conformément à leur propre protocole) en matière de PTME. Cette estimation englobe le dépistage du VIH et les conseils aux femmes enceintes, différents types de chimio-prophylaxie et de conseils sur les possibilités d'alimentation du nourrisson. La prophylaxie médicamenteuse peut prendre la forme d'une monothérapie, d'une combinaison de méthodes prophylactiques ou d'une trithérapie hautement active. Selon la politique et le contexte du pays, les programmes peuvent inclure la fourniture de préparations pour nourrissons pendant six mois ou plus.

Figure 15. Investissement mondial nécessaire d'ici à 2010 pour les services de prévention du VIH pour les femmes enceintes et les enfants, comme proportion des services de prévention et de traitement du VIH pour les adultes



Source : tous ces chiffres sont extraits du rapport de l'ONUSIDA, *What countries Need : Investments needed for 2010 targets*.

- **Traitements et soins pédiatriques** : on estime qu'il faudra **649 millions de dollars** pour élargir les services de traitement et de soins du VIH à l'intention des nourrissons et des enfants de moins de 15 ans. Il s'agit d'une estimation basse, qui n'inclut que les ARV pédiatriques de première intention mais pas le diagnostic précoce chez l'enfant.
- **Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes** : au moins **1,4 milliard de dollars** seront nécessaires pour élargir les interventions de prévention du VIH à l'intention des jeunes. Ce chiffre ne comprend pas les programmes spéciaux de vulgarisation et « à l'écoute des jeunes » nécessaires pour élargir l'accès et le recours des jeunes aux nombreuses mesures essentielles de prévention disponibles. En outre, faute de disposer de données sur le nombre de jeunes les plus exposés au VIH, les ressources nécessaires pour aider les jeunes qui font le commerce du sexe, qui ont rapports sexuels entre hommes, qui consomment des drogues injectables, et qui sont incarcérés, ne figurent pas dans cette estimation.
- **Protection et soins aux enfants affectés par le SIDA** : un montant estimé à **2,5 milliards de dollars** est nécessaire pour venir en aide aux orphelins et enfants vulnérables⁸⁹. Bien que ce soutien puisse être fourni sous différentes formes, les coûts estimés correspondent aux dons en espèces destinés aux familles jugées admissibles et à la fourniture d'une gamme complète de services essentiels (éducation, soins de santé, famille et soutien communautaire, ainsi que frais administratifs et d'organisation). Plus de 90 % du montant estimatif des ressources nécessaires concernent l'Afrique subsaharienne.
- **Prévention de la violence contre les femmes** : on estime qu'il faudra investir **326 millions de dollars** pour appuyer les mesures visant à combattre la violence contre les femmes. Prévenir la violence contre les femmes est une question transversale, qui recoupe les « Quatre priorités », car la protection des femmes, des mères et autres dispensatrices de soins est essentielle en matière de prévention, soutien, soins et traitement du VIH.
- **Dépenses d'appui aux programmes pour les femmes et les enfants** : on estime à **406 millions de dollars** le montant correspondant aux dépenses d'appui aux programmes pour les femmes et les enfants. Les dépenses relatives aux programmes correspondent aux

Tableau 3. Investissements nécessaires par domaine d'intervention de *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* (en millions de dollars) Objectifs fixés par les pays pour 2009- 2010

Cibles fixées par les pays	2009	2010
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	458	605
Traitements et soins pédiatriques	512	649
Prévention de l'infection chez les adolescents et les jeunes	1 233	1 428
Protection et soins aux enfants touchés par le SIDA	1 739	2 499
Prévention de la violence contre les femmes	157	326
Dépenses d'appui aux programmes	372	406
Total	4 470	5 913

Source : tous ces chiffres sont extraits du rapport de 2009 de l'ONUSIDA, *What Countries Need : Investments needed for 2010 targets*.

coûts au niveau du système, au-delà du moment du contact avec le patient ou des membres de la population cible. Ces dépenses sont indispensables pour assurer les services de base nécessaires à une planification éclairée des programmes et des décisions, à un fonctionnement plus efficace et une plus forte demande de services en la matière.

Les engagements pris par les pays pour combattre l'épidémie du SIDA ne cessent d'augmenter, comme en témoigne la hausse des dépenses nationales dans nombre de pays, lesquelles représentent la principale source de financement des programmes de lutte contre le VIH. Plus de la moitié des 13,7 milliards de dollars investis dans des programmes de lutte contre le VIH en 2008 venait de pays affectés par le VIH et le SIDA. Environ un tiers provenait de la coopération bilatérale directe, le reste venant d'institutions multilatérales (12 %) et du secteur privé (5 %)⁹⁰.

La crise économique planétaire a forcé de nombreux gouvernements à revoir leurs investissements. Il est essentiel d'envisager les ajustements économiques en cours sous l'angle de la protection des personnes les plus exposées aux effets de cette crise – les femmes et les enfants.



© UNICEF/WHO2005-1895/DeCasaret

VIII. APPEL À L'ACTION

Le moment est venu d'honorer nos engagements.

Les progrès décrits dans le présent rapport représentent des étapes tout au long d'un continuum d'éléments de preuve, d'actions et de résultats. Il est clair que des objectifs peuvent être atteints – mais il reste évident que, dans la plupart des pays, les objectifs d'accès universel n'ont pas encore été atteints. Les données factuelles étayant l'action sont en train de s'améliorer mais cela ne suffit pas. Les investissements doivent être non seulement renforcés mais aussi utilisés plus judicieusement.

En cette période économique difficile pour tous les pays, il importe de garder le cap sur le long terme tout en maintenant et renforçant la volonté d'œuvrer à court terme. Sur la base des connaissances actuelles, nous devons accorder la priorité aux mesures suivantes pour que les femmes, les enfants et les jeunes puissent vivre et s'épanouir libres du SIDA :

- 1. Accélérer le passage à plus grande échelle des services de PTME et de diagnostic précoce de l'enfant pour contribuer à prévenir la transmission du VIH chez les jeunes enfants.** Élargir les programmes de prévention pour les femmes en âge de procréer en développant les tests de dépistage du VIH et les conseils aux femmes enceintes, ainsi que le suivi des résultats; fournir des traitements antirétroviraux plus efficaces pour la PTME, y compris des ARV pour les femmes enceintes qui ont besoin d'un traitement, le diagnostic précoce des nourrissons et le suivi de ces résultats, et le traitement des bébés immédiatement après leur diagnostic de séropositivité. Cet élargissement accéléré exigera une approche décentralisée, où les programmes nationaux transfèrent la planification et la mise en œuvre des services au niveau infranational, et établissent des mécanismes précis de coordination, de financement et de responsabilisation. Il exigera également la participation effective, tant des communautés que des partenaires, à la prestation de services et la création de liens plus solides entre les établissements de soins et les communautés locales. Il est essentiel de disposer de systèmes de santé solides, permettant d'intégrer la prévention et le traitement du VIH pour les femmes et les enfants dans les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, si l'on veut intensifier les initiatives d'ensemble en matière de santé axées sur le VIH, en particulier dans les régions où l'épidémie est généralisée. Le VIH et le SIDA sont l'occasion de revitaliser les systèmes de santé, cela peut permettre non seulement une amélioration des résultats pour les personnes touchées par le SIDA, mais aussi une amélioration des soins de santé en général.
- 2. Chercher sans relâche de nouvelles données factuelles pour éclairer la prévention du VIH.** Le changement de comportement – l'un des trois aspects de la « prévention combinée » – ne saurait être efficace sans une meilleure compréhension de la relation entre ce que les jeunes savent du VIH et la façon dont ils se comportent effectivement en connaissance de cause. Ces lacunes en termes de données – quels facteurs contextuels permettent aux jeunes de traduire leurs connaissances et compétences en changements de comportement, et quels facteurs les empêchent de le faire – doivent être comblées. Dans les pays où la prévalence est faible et où l'épidémie est concentrée, les données factuelles sur les connaissances et les comportements des jeunes qui courent le plus de risques font tout particulièrement défaut. Il reste encore beaucoup à faire pour comprendre les « points d'entrée » du changement de comportement dans différents contextes – maison, école et communauté – et dans les relations avec les autres jeunes. Il est également nécessaire de comprendre

comment le changement de comportement peut être renforcé dans le cadre d'une réponse nationale, et si un tel changement contribue à limiter l'infection par le VIH. Il importe en outre de mettre en œuvre et d'évaluer des programmes reposant sur des travaux de recherche opérationnelle.

3. **Aider les adolescents, notamment les filles, et les habiliter à identifier et affronter leurs propres vulnérabilités.** Nous devons de toute urgence nous attaquer aux facteurs qui rendent les filles et les femmes plus vulnérables à l'infection par le VIH. En Afrique australe, des données sur les pratiques sexuelles précoces, et sur les partenaires sexuels multiples et intergénérationnels suggèrent qu'il est essentiel de traiter les facteurs socioculturels qui favorisent l'épidémie chez les femmes, y compris le statut de la femme, la discrimination et la violence contre les femmes et les filles, et les disparités entre les sexes en matière d'éducation. Les programmes scolaires et autres qui visent à améliorer la connaissance qu'ont les jeunes du VIH et du SIDA et à leur transmettre les compétences qui les aideront à atténuer leur vulnérabilité face au VIH sont voués à l'échec si l'on ne crée pas un environnement favorable au sein des communautés dans lesquelles les adolescents – en particulier les filles – sont censés utiliser ces connaissances et compétences. En outre, les filles doivent être informées sur les services de santé sexuelle et procréative en place dans leur communauté. Les garçons et les hommes, les parents et les familles sont indispensables pour réaliser les changements sociaux nécessaires, d'où l'importance de leur participation à de tels programmes.
4. **Protéger les droits des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH à bénéficier d'un soutien et de services de qualité.** Il faut, en priorité et sans discrimination, répondre aux besoins de ce groupe en matière de soins et d'observation des prescriptions thérapeutiques. À mesure que ces jeunes atteignent l'âge adulte, les services de soutien doivent aborder avec sensibilité leur sexualité naissante, la stigmatisation dont ils font l'objet et les relations avec leurs pairs. Santé, dignité et prévention ont un rôle essentiel à jouer pour les adolescents et les jeunes qui vivent avec le VIH et sont sexuellement actifs, au même titre que les services de santé sexuelle et de la procréation pour les adolescentes, et les centres de soins prénatals offrant



© UNICEF/NYHQ2005-1896/DeCesare

des services de PTME aux adolescentes enceintes. Lorsque les services destinés aux adolescents et aux jeunes vivant avec le VIH sont inexistantes ou inappropriés, ou sans rapport avec leur situation particulière, il faut créer de nouveaux modèles de soins, de traitement et de soutien – idéalement, avec la participation des jeunes, qui sont les mieux placés pour trouver des solutions aux problèmes qui les concernent directement.

5. **Veiller à ce que les adolescents qui courent le plus de risques soient atteints par les services de soutien, de prévention, de traitement et de soins du VIH.** Les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les jeunes transgenres, les jeunes qui font le commerce du sexe, et les jeunes qui consomment des drogues injectables font partie des populations affichant les taux de séropositivité les plus élevés, et pourtant, rares sont les programmes de lutte contre le VIH qui les ciblent. Les données montrent régulièrement que les stratégies de programmation axées sur des résultats pratiques, comme la réduction des risques, sont plus efficaces que les approches moralisatrices. Les interventions doivent garantir que les services et programmes axés sur les jeunes respectent leur diversité et répondent à leurs besoins, tout en reconnaissant la situation particulière des groupes les plus à risque, et en offrant une protection spéciale aux jeunes qui en font partie.
6. **Rendre la violence sexuelle contre les femmes et les filles socialement inacceptable.** Il faut s'efforcer de réduire les risques de VIH en rendant la violence sexuelle contre les filles inacceptable et en appliquant les lois qui érigent en crime cette violence. La prévention de la violence sexuelle contre les filles devrait être encouragée dans le cadre des programmes nationaux et régionaux de prévention du VIH. Le fait que la violence sexuelle contre les filles et la prévention du VIH soient traitées par différents ministères ou départements explique en partie la faible priorité qui leur est accordée dans les programmes de politique générale. La riposte au SIDA offre l'occasion de réduire la violence sexuelle et de mettre au point des réponses globales à la violence sexuelle et à la prévention du VIH dans le secteur de la santé et au-delà.

7. Élargir la protection sociale axée sur l'enfant, un élément nécessaire des mesures prises en faveur des enfants touchés par le SIDA.

Les systèmes et les programmes efficaces de protection sociale axés sur l'enfant entraîneront dans leur sillage les enfants affectés par le SIDA, en offrant une aide en espèces et d'autres formes d'assistance sociale aux familles qui en ont besoin. Cela facilitera l'accès aux services sociaux de base lorsque ceux-ci sont inaccessibles du fait de la pauvreté et de l'opprobre, et permettra de créer des cadres juridiques, politiques et budgétaires pour protéger les enfants et leur famille contre la vulnérabilité. Il a été prouvé que les transferts d'espèces contribuent à améliorer la situation des enfants. Il faut donner aux ministères de la protection sociale les moyens de coordonner les activités des prestataires publics et non gouvernementaux. Les organisations de la société civile ont un rôle important à jouer dans les systèmes de protection sociale en aidant à identifier les enfants les plus vulnérables et qui sont rejetés, y compris les enfants affectés par le SIDA et leur famille. La société civile peut fournir et faciliter l'accès aux services sociaux essentiels, et aider les structures communautaires à soutenir les familles et à protéger les enfants contre les mauvais traitements.

8. Renforcer la capacité de la communauté à répondre aux besoins des enfants affectés par le SIDA en prévenant la séparation des familles et en améliorant la qualité des soins alternatifs.

Sachant que ce sont les familles qui s'occupent de la grande majorité des enfants affectés par le SIDA, il faut en priorité aider ces familles à prodiguer des soins de qualité aux enfants. Il faut encourager le placement des enfants dans des familles d'accueil et dans la famille élargie comme une alternative au placement en institution pour les enfants qui sont séparés de leur famille. Le placement en institution ne doit être envisagé qu'en dernier recours et à titre provisoire, uniquement lorsqu'aucune autre forme de placement familial n'est possible. En tant que tel, ce placement devrait, dans la mesure du possible, être lié à la communauté. C'est aux gouvernements qu'il devrait incomber d'établir des normes et de surveiller les institutions gérées par les communautés, les organisations non gouvernementales et les organisations confessionnelles.

9. Renforcer les systèmes d'ensemble afin d'élargir et de faire perdurer les progrès en faveur des femmes et des enfants touchés par le SIDA.

Les programmes et les politiques ne peuvent pas être plus efficaces que les systèmes sur lesquels ils reposent. Relier les divers services, notamment les soins de santé maternelle et infantile, avec les services liés au VIH/SIDA s'est révélé un moyen efficace de progresser vers l'accès universel et d'améliorer l'état de santé de tous. Cet état d'esprit doit s'étendre à d'autres domaines : l'éducation et les systèmes liés au bien-être et à la protection sociale. Les capacités humaines et organisationnelles des systèmes de santé doivent être renforcées pour que les progrès accomplis en matière de PTME et de soins pédiatriques perdurent. Il importe également de mieux relier entre eux les divers services des systèmes de santé.

10. Améliorer la collecte et l'analyse des données afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les enfants, et identifier les lacunes en terme de couverture équitable et d'accès aux services.

Les données fiables ventilées par des facteurs tels que l'âge, le sexe et la situation matrimoniale peuvent faciliter la prise de décision et la programmation éclairées, et être utilisées par les gouvernements et d'autres entités à la recherche de soutien et de fonds. La recherche opérationnelle doit encore progresser, en ce qui concerne tant notre compréhension de l'épidémie et de la manière dont elle affecte les enfants et les femmes, que l'efficacité de la riposte dans les contextes locaux. Il est possible d'améliorer ces connaissances en jetant des ponts entre les institutions nationales et locales, et en mettant en place localement les moyens nécessaires aux activités de recherche. L'amélioration de la collecte et de l'analyse de données, ainsi que la sensibilisation à la question de l'égalité entre les hommes et les femmes doivent figurer parmi les priorités en matière de droits de l'homme. Elles aideront à suivre les progrès vers les objectifs d'accès universel et à évaluer la mesure dans laquelle l'investissement profite aux enfants et aux femmes qui restent les plus vulnérables aux effets du VIH et du SIDA.

Enfin, si nous voulons que les investissements soient utilisés à bon escient et que les nombreuses lacunes qui existent en matière de couverture, de qualité et d'égalité soient comblées, nous nous devons de mettre nos connaissances en pratique. Nous devons poursuivre sur cette voie – en honorant nos engagements, en comblant les lacunes des connaissances au niveau mondial, et en reconnaissant honnêtement que certains de nos efforts ne sont pas à la hauteur afin de pouvoir améliorer notre façon de travailler.

RÉFÉRENCES

- Bourne, David E., et al., 'Emergence of a Peak in Early Infant Mortality Due to HIV/AIDS in South Africa', *AIDS*, vol. 23, no. 1, 2 janvier 2009, pp. 101–106.
- Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, pp. 145–149.
- Ibid., p. 151.
- Merson, Michael H., et al., 'The History and Challenge of HIV Prevention', *The Lancet*, vol. 372, no. 9637, 9–15 août 2008, pp. 475–488.
- All-Parliamentary Group on AIDS, 'The Treatment Timebomb: Report of the Inquiry of the All-Party Parliamentary Group into long-term access to HIV medicines in the developing world', APPG, Londres, juillet 2009, pp. 6, 30.
- Sweat, Michael D., et al., 'Cost-Effectiveness of Nevirapine to Prevent Mother-to-Child HIV Transmission in Eight African countries', *AIDS*, vol. 18, no. 12, 20 août 2004, pp. 1661–1671.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*, ONUSIDA, Genève, août 2008, p. 180.
- Les pays sont les suivants : Argentine, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Belize, Botswana, Costa Rica, Cuba, Fédération de Russie, Géorgie, Guyana, Kazakhstan, Kirghizistan, Lituanie, Namibie, République de Moldova, Sao Tomé-et-Principe, Thaïlande et Ukraine. Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, pp. 97, 99.
- Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, pp. 98, 99, 102.
- Données fournies par l'UNICEF pour *Vers un accès universel*, 2009; Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, p. 105.
- Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, pp. 96, 98, 99, 106.
- Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA pédiatrique et Ministère tanzanien de la santé et du bien-être social, 'Rapid Scale-Up of PMTCT Service Provision Using a District Approach: The Tanzania experience', Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA pédiatrique, Dar es Salaam, République-Unie de Tanzanie, 2009.
- Rusa, Louis, et al., 'Rwanda: Performance-based financing in the public sector', Chapitre 10, *Performance Incentives for Global Health: Potential and pitfalls*, rédaction Rena Eichler, et al., Center for Global Development, Washington, D.C., 2009, pp. 190, 193–194, 199.
- UNICEF Zambie, 'Best Practices in Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Sharing best practices in 10 countries' (projet de document interne), avril 2009.
- Killam, W. P., 'Integrated Provision of Antiretroviral Therapy in Antenatal Care Increases Treatment among Eligible, HIV-Infected Pregnant Women', Abstract 181, *Oral & Poster Abstracts*, The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Windhoek, Namibie, 10–14 juin 2009, pp. 17–18.
- Pour le Cambodge* : International Treatment Preparedness Coalition, 'Failing Women, Failing Children: HIV, vertical transmission and women's health – On-the-ground research in Argentina, Cambodia, Moldova, Morocco, Uganda, Zimbabwe', *Missing the Target 7*, ITPC, Genève, mai 2009, p. 28. *Pour la Chine* : Chen, L., et al., 'Integrating PMTCT into the Rural Health Care System in Guangxi Province, China', Abstract 445, *Oral & Poster Abstracts*, The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Windhoek, Namibie, 10–14 juin 2009, p. 30.
- Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Academy for Educational Development, *Learning from Large-Scale Community-Based Programmes to Improve Breastfeeding Practices*, OMS, Genève, 2008.
- Mokone, M., et al., 'Encouraging Male Involvement in PMTCT: New approaches in one district of Lesotho', Abstract 1271, *Oral & Poster Abstracts*, The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Windhoek, Namibie, 10–14 juin 2009, p. 134; Mugwaneza, P., et al., 'Uptake of HIV Testing of Pregnant Women and Their Male Partners in Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Program in Rwanda, janvier 2005–novembre 2008', Abstract 1321, *Oral & Poster Abstracts*, The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Windhoek, Namibie, 10–14 juin 2009, pp. 140–141.
- National AIDS Commission [Lesotho] (2008). "Status of the National Response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS: January 2006 – December 2007" Lesotho. National AIDS Commission [Lesotho].
- Potter, Dara, et al., 'Do Targeted HIV Programs Improve Overall Care for Pregnant Women?: Antenatal syphilis management in Zambia before and after implementation of prevention of mother-to-child HIV transmission programs', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, no. 1, 2008, pp. 79–85.
- Kali, Paula B. N., et al., 'Combining PMTCT with Active Case Finding for Tuberculosis', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 42, no. 3, 3 juillet 2006, pp. 379–381.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*, ONUSIDA, Genève, 2008, p. 53.
- Banque mondiale, *Averting a Human Crisis During the Global Downturn: Policy Options from the World Bank's Human Development Network*, Washington, D.C., 2009, p. 41.
- Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA, *Celebrating Life: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief – 2009 Annual Report to Congress*, PEPFAR, Washington, D.C., 2009. Voir également : Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, *Rapport des résultats*, Le Fonds mondial, Genève, mars 2009.
- Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, pp. 93.
- Voir, par exemple* : Marazzi, Cristina M., et al., 'Implementing Anti-Retroviral Triple Therapy to Prevent HIV Mother-to-Child Transmission: A public health approach in resource-limited settings', *European Journal of Pediatrics*, vol. 166, no. 12, décembre 2007, pp. 1305–1307; Palombi, L., et al., 'Treatment Acceleration Program and the Experience of the DREAM Program in Prevention

- of Mother-to-Child Transmission of HIV', *AIDS*, vol. 21, supplément 4, juillet 2007, pp. S 65–S71; Thomas, Timothy, et al., 'PMTCT of HIV-1 among Breastfeeding Mothers Using HAART: The Kisumu Breastfeeding Study, Kisumu, Kenya, 2003–2007', Abstract no. 45aLB, 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, 3–6 février 2008.
27. Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, pp. 110–111.
 28. Données fournies par l'UNICEF pour le document publié par l'Organisation mondiale de la Santé, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009.
 29. Bourne, David E., et al., 'Emergence of a Peak in Early Infant Mortality Due to HIV/AIDS in South Africa', *AIDS*, vol. 23, no. 1, 2 janvier 2009, pp. 101–106.
 30. Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA and Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, p. 108; Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA and Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2008*, OMS, Genève, 2008, p. 140.
 31. Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA and Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2009, p. 110.
 32. Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant 'Child Mortality Estimates', IGME, New York, <www.childmortality.org>, consulté le 2 octobre 2009.
 33. Données fournies à l'UNICEF par l'Initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton, août 2009.
 34. Sundaram, Maaya et Bhekumusa Lukhele, 'Identification of Patient Loss-Points from Testing to Treatment Initiation among Infants Tested in Swaziland', Presentation, 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Le Cap, Afrique du Sud, 19–22 juillet 2009.
 35. Données fournies à l'UNICEF par l'Initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton, août 2009.
 36. Informations fournies à l'UNICEF par l'Initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton, juillet 2009.
 37. Baek, Carolyn, et al. 'Key Findings from an Evaluation of the mothers2mothers Program in KwaZulu-Natal, South Africa', *Horizons Final Report*, Population Council, Washington, D.C., 2007, Résumé analytique. Matériel interne de référence m2m fourni à l'UNICEF, août 2009.
 38. Communication interne avec le bureau de pays de l'UNICEF Inde.
 39. Department of Health and Human Services des États-Unis, Centers for Disease Control and Prevention, 'Public-Private Partnership Strengthens Laboratory Systems in Fight against AIDS and Tuberculosis', *CDC Global Health E-Brief*, premier trimestre 2009, CDC, Washington, D.C., 2009, p. 6; and Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, 'BD Mobilizes Resources to Improve Lab Systems in Africa', *Business Action: In brief – Ideas and action*, hiver/printemps 2008, p. 10.
 40. Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 'Decision Point GF/ B19/DP34', *Decision Point Master List Nineteenth Board Meeting*, Genève, 5–6 mai 2009, pp. 37–38; Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Intensification de la prévention, du diagnostic, des soins et du traitement liés au VIH pour les nourrissons et les enfants : Un cadre de programmation', OMS-UNICEF, Genève et New York, 2008, pp. 29–30.
 41. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Intensification de la prévention, du diagnostic, des soins et du traitement liés au VIH pour les nourrissons et les enfants : Un cadre de programmation', OMS-UNICEF, Genève et New York, 2008, pp. 29–30.
 42. Organisation mondiale de la Santé, Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 'An Assessment of Interactions between Global Health Initiatives and Country Health Systems', *The Lancet*, vol. 373, no. 9681, 20 juin 2009, pp. 2142–2169.
 43. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 'DSMB Finds Ritonavir-Boosted Lopinavir Superior to Nevirapine in HIV-positive Women who Previously Took Single-Dose Nevirapine', *Bulletin*, NIAID, 28 octobre 2008.
 44. Mascolini, Mark, 'Only 55% of African Children Get HIV Under Control After 1st Failure', International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Le Cap, Afrique du Sud, 20 juillet 2009.
 45. Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*, OMS, Genève, 2008, pp. 21, 114.
 46. Analyse du Fonds des Nations Unies pour l'enfance fondée sur une documentation interne, 21 juillet 2009.
 47. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *2008 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, ONUSIDA, Genève, 2008, p. 33.
 48. ICF Macro et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'HIV Risk and Vulnerability among Young People' (projet, 2009).
 49. Ibid.
 50. Ibid.
 51. Voir, par exemple: García-Moreno, Claudia, et Charlotte Watts, 'Violence against Women: Its importance for HIV/AIDS', *AIDS*, vol. 14, supplément 3, 2000, pp. S 253–S265; Campbell, Jacquelyn C., 'Health Consequences of Intimate Partner Violence', *The Lancet*, vol. 359, no. 9314, 13 avril 2002, pp. 1331–1336; Global Coalition on Women and AIDS, et Organisation mondiale de la Santé, 'Violence against Women and HIV/AIDS: Critical intersections – Intimate partner violence and HIV/AIDS', *Information Bulletin Series*, no. 1, OMS, Genève, 2002, p. 3; et Dworkin, Shari L., et Anke A. Ehrhardt, 'Going Beyond "ABC" to include "GEM": Critical reflections on progress in the HIV/AIDS epidemic', *American Journal of Public Health*, vol. 97, no. 1, janvier 2007, pp. 13–18.
 52. ICF Macro et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'HIV Risk and Vulnerability among Young People' (projet, 2009).
 53. Par rapport sexuel à risque, on entend un rapport sexuel avec une personne autre qu'un conjoint ou un partenaire partageant le même domicile. La description de cet indicateur a été modifiée récemment pour mieux refléter les niveaux de risque. ICF Macro et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'HIV Risk and Vulnerability among Young People' (projet, 2009).
 54. Mema Kwa Vijana, 'Rethinking how to prevent VIH in young people: Evidence from two large randomised controlled trials in Tanzania and Zimbabwe', Policy Briefing Paper No.10, Mema Kwa Vijana, Londres, novembre 2008.
 55. Shisana, Olive, et al., *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey 2008: A turning tide among teenagers?*, Human Sciences Research Council, Le Cap, 2009, p. 45.
 56. Vital Wave Consulting, *mHealth for Development: The opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world*, Partenariat entre la Fondation des Nations Unies et la Fondation Vodafone, Washington, D.C., and Berkshire, R.-U., 2009, pp. 25–27.
 57. Pronyk, Paul M., et al., 'Effect of a Structural Intervention for the Prevention of Intimate-Partner Violence and HIV in Rural South Africa: A cluster randomised trial', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 décembre 2006, pp. 1973–1983. Outwater, Anne, et al., 'Women in South Africa: Intentional violence and HIV/AIDS – Intersections and prevention', *Journal of Black Studies*, vol. 35, no. 4, mars 2005, pp. 135–154. in Africa', *Business Action: In brief – Ideas and action*, hiver/printemps 2008, p. 10.

58. Pronyk, Paul M., et al., 'Effect of a Structural Intervention for the Prevention of Intimate-Partner Violence and HIV in Rural South Africa: A cluster randomised trial', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 décembre 2006, pp. 1973–1983.
59. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Achieving MDG 6, Target 7: To halt and begin to reverse the spread of HIV and AIDS by 2015 by reducing the risk and vulnerability of adolescent girls in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR)', UNICEF, Johannesburg, novembre 2007, p. 3; Olson, Rick. 'UNICEF ESAR: Primary Prevention with and for Adolescents', UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office, présentation, 24 février 2009.
60. ICF Macro et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'HIV Risk and Vulnerability among Young People (projet, 2009).
61. *Voir, par exemple*: Reza, Avid, et al., 'Violence against Children in Swaziland: Findings from a national survey on violence against children in Swaziland, May 15–June 16, 2007', Centers for Disease Control and Prevention, et UNICEF Swaziland, Atlanta, GA, et Mbabane, octobre 2007; et Grant, Monica, et Kelly Hallman, 'Pregnancy-Related School Dropout and Prior School Performance in South Africa', Policy Research Division Working Paper, no. 212, Population Council, New York, 2006.
62. Les 13 pays prioritaires sont : Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. Organisation mondiale de la Santé, 'Country Experiences in the Scale-Up of Male Circumcision in the Eastern and Southern Africa Region: Two years and counting', Rapport de réunion issu d'une consultation sous-régionale organisée à Windhoek, Namibie, 9–10 juin 2009, OMS, Genève, 2009, p. 5.
63. Weiss, Helen, et al., 'Male Circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability', London School of Hygiene and Tropical Medicine, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, 2007, p. 18.
64. Bureau régional des Nations Unies pour l'Europe centrale et orientale, Communauté d'États indépendants, 'HIV Prevention in Most at Risk Adolescents in Ukraine and South Eastern Europe', Rapport intérimaire de deuxième année pour Irish Aid, 16 décembre 2008.
65. Khan, Shivananda, et al., 'Rapid Assessment of Male Vulnerabilities to HIV and Sexual Exploitation in Afghanistan', Naz Foundation International, Londres, 30 mars 2009.
66. Birungi, Harriet, et al., 'Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescents Perinatally Infected with HIV in Uganda', Rapport final de FRONTIERS, Population Council, Washington, D.C., juillet 2008, p. 9.
67. Groupe haïtien d'étude du sarcome de Kaposi et des infections opportunistes (Gheskio), Proposition soumise au bureau de pays de l'UNICEF en Haïti pour le projet Gheskio 2, Port-au-Prince, Haïti, 1 avril 2008, p. 10.
68. Granich, Reuben M., et al., 'Universal Voluntary HIV Testing with Immediate Antiretroviral Therapy as a Strategy for Elimination of HIV Transmission: A mathematical model', *The Lancet*, vol. 373, no. 9657, 3 janvier 2009, pp. 48–57.
69. Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, 'Home Truths: Facing the facts on children, AIDS, and poverty', JLICA, 10 février 2009.
70. Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Irish Aid, 'Communiqué pour le 4ème Forum mondial des partenaires sur les enfants touchés par le VIH et le SIDA', Forum mondial des partenaires, Dublin, 10 octobre 2008, p. 4.
71. Adato, Michelle, et Lucy Bassett, 'What is the Potential of Cash Transfers to Strengthen Families Affected by HIV and AIDS?: A review of the evidence on impacts and key policy debates', Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, 2008.
72. Schubert, Bernd, 'Targeting Social Cash Transfers: The process of defining target groups and designing the targeting mechanism for the Malawi Social Cash Transfer Scheme', *Wahenga Comment*, Regional Hunger and Vulnerability Programme, Johannesburg, juin 2009, p. 1.
73. UNICEF China, *Country Office Annual Report, 2008* (document interne).
74. Ministère de l'Égalité des sexes et de la Protection de l'enfance et Directeurat de la Protection de l'enfance, 'A Human Resource and Capacity Gap Analysis: Improving child welfare services', Namibie, 2007, p. 5.
75. Nyamukapa, Constance A., et al., 'Orphans' Household Circumstances and Access to Education in a Maturing HIV Epidemic in Eastern Zimbabwe', *Journal of Social Development in Africa*, vol. 18, no. 2, juillet 2003, p. 16.
76. République du Kenya, *Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA 2008 : – Rapport de pays, Kenya*, Bureau du Président, Ministère des Programmes spéciaux, Nairobi, 2008. p. 32; Banque mondiale, 'World Bank Approves US \$50 Million to Support Kenya's Orphans and Vulnerable Children', Communiqué de presse no: 2009/271/AFR, Banque mondiale, Washington, D.C., 31 mars 2009; UNICEF Kenya, *Annual Report 2008* (document interne).
77. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : un bilan de la protection de l'enfant, Numéro 8*, UNICEF, New York, octobre 2009.
78. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Alternative Care for Children in Southern Africa: Progress, challenges and future directions', Section des politiques sociales et de la protection sociale, Région de l'Afrique de l'Est et australe, Document de travail, Nairobi, septembre 2008, pp. 10, 44, 92.
79. Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, *Home Truths: Facing the facts on children, AIDS, and poverty*, JLICA, 10 février 2009, p. 12.
80. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Alternative Care for Children in Southern Africa: Progress, challenges and future directions', Section des politiques sociales et de la protection sociale, Région de l'Afrique de l'Est et australe, Document de travail, Nairobi, septembre 2008, pp. 1, 10, 11, 13, 24, 92.
81. Foster, Geoff, 'Study of the Response by Faith-Based Organizations to Orphans and Vulnerable Children – Preliminary Summary Report', Conférence mondiale des religions pour la paix et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2003.
82. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 'Indicateurs clés pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA : conseils et caractéristiques des indicateurs additionnels recommandés' (addendum à l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA, Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Recommandations sur la définition d'indicateurs clés – rapport 2008), ONUSIDA, Genève, avril 2008, pp. 6–7.
83. Futures Institute, cité dans Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Synthesis of Evidence: Fourth Global Partners Forum on Children Affected by HIV and AIDS', UNICEF, Dublin, 6–7 octobre 2008, p. 5.
84. Better Care Network et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Manual for the Measurement of Indicators for Children in Formal Care*, BCN et UNICEF, New York, janvier 2009.
85. Sidibé, Michel, 'Letter to Partners', Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, 10 février 2009, p. 4.
86. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 'What Countries Need: Investments needed for 2010 targets', ONUSIDA, Genève, 2009, p. 12.
87. *Ibid.*, p. 7.
88. Calculs de l'UNICEF extraits de 'What Countries Need: Investments needed for 2010 targets', ONUSIDA, Genève, 2009.
89. Les estimations comprennent les enfants devenus orphelins quelle qu'en soit la cause en Afrique subsaharienne; à l'extérieur de l'Afrique subsaharienne, seuls les orphelins dont les parents sont morts du SIDA figurent dans les estimations.
90. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 'What Countries Need: Investments needed for 2010 targets', ONUSIDA, Genève, 2009, p. 11.

ANNEXE

À PROPOS DES DONNÉES

SOURCES ET COMPILATION DES DONNÉES

Les données et les analyses présentées dans ce *Quatrième bilan de la situation* sont extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF qui ont été compilées en utilisant diverses sources, notamment des données représentatives au niveau national réunies dans le cadre des enquêtes sur les ménages, à savoir les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les enquêtes sur la santé procréative; les statistiques annuelles sur les services des programmes nationaux recueillies par l'UNICEF et l'OMS à l'aide d'un formulaire commun de présentation annuelle de rapports sur le suivi des interventions du secteur sanitaire face au VIH/SIDA (2009); des estimations nationales des besoins en matière de soins et de traitement du VIH utilisant un modèle de l'ONUSIDA et de l'OMS en collaboration avec les pays; et des estimations nationales du nombre annuel de naissances établies par la Division de la population des Nations Unies.

Pour la première fois en 2009, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont allié leurs efforts pour réunir des données auprès des programmes nationaux du monde entier en utilisant un instrument commun de suivi et d'établissement des rapports sur les progrès du secteur de la santé vers un accès universel. Cet instrument se compose de 46 indicateurs permettant de suivre les progrès vers un accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH, notamment des interventions relatives au VIH destinées aux femmes et aux enfants telles que la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Cet instrument commun—qui remplace le questionnaire standard sur la PTME et les soins

et la prise en charge pédiatriques du VIH— a permis de réunir des données entre janvier et décembre 2008.

ESTIMATIONS DES BESOINS DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENT DU VIH

En 2009, l'ONUSIDA et l'OMS ont peaufiné leur méthodologie d'estimations relatives au VIH et au SIDA afin d'intégrer des données plus fiables provenant d'enquêtes sur la population et ils ont élargi leurs systèmes nationaux de surveillance sentinelle et les statistiques relatives aux services octroyés dans le cadre des programmes dans un certain nombre de pays. Ainsi, l'ONUSIDA a été en mesure de publier rétrospectivement de nouvelles estimations sur les besoins en matière de PTME et de traitement pédiatrique du VIH pour les années passées grâce à cette méthodologie plus perfectionnée.

À des fins d'uniformité et pour permettre d'effectuer des mesures comparatives des progrès, les analyses des tendances doivent être recalculées en s'appuyant uniquement sur les nouvelles estimations. À mesure que de nouvelles données sont disponibles, les estimations sont mises à jour. Les nouvelles estimations sur le nombre de personnes vivant avec le VIH et sur la prévalence du VIH n'étaient pas disponibles au moment de la publication de ce rapport et devraient apparaître dans le rapport sur l'épidémie de SIDA qui sortira en novembre 2009.

De même, les estimations mondiales relatives au nombre de femmes qui ont besoin de services de PTME ont été peaufinées, ce qui a permis de recalculer les taux de couverture annoncés en 2004, 2005, 2006 et 2007 en utilisant les nouvelles estimations. Celles-ci englobent les données les plus récentes fournies par les pays à partir de 2008. Les méthodes et les hypothèses du modèle estimatif de l'ONUSIDA et de l'OMS continuent à évoluer et sont mises à jour régulièrement en fonction des nouvelles données disponibles. Par ailleurs, l'amélioration des données nationales sur la prévalence du VIH contribue aussi à la révision et à la mise à jour du modèle au fil du temps.

Les estimations relatives aux besoins des enfants de moins de 15 ans concernant le traitement du VIH sont disponibles et figurent dans ce document; ces estimations se fondent sur les données les plus précises qui étaient disponibles au moment de la parution de cette publication. Les directives relatives au traitement antirétroviral afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à la thérapie antirétrovirale pour les enfants seront révisées à la fin de 2009 à la lumière des nouvelles informations disponibles, ce qui pourrait entraîner des changements dans les hypothèses et les méthodes d'estimation. Les améliorations, en termes de collecte de données, pourraient aussi permettre de mieux ajuster les paramètres des modèles afin de refléter l'impact programmatique des interventions de PTME sur le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH.

En terme général, les estimations les plus récentes de l'ONUSIDA et de l'OMS concernant les besoins de PTME et le nombre d'enfants vivant avec le VIH pour 2008 sont plus faibles que les estimations

suite page 46

OBJECTIF 1. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays à revenu faible et intermédiaire

	Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes (%) (15-49 ans) 2007	Couverture par les soins prénatals (%) 2003-2008*	Nombre annuel de naissances 2008 (milliers)	Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH 2008z			Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME 2008	Pourcentage estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME 2008**		
				Estimation	Estimation faible	Estimation élevée		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée
Afghanistan	–	16	1 269	–	–	–	–	–	–	
Afrique du Sud	18,1	92	1 091	200 000	120 000	280 000	149 118	73	53	>95
Albanie	–	97	46	–	–	–	–	–	–	
Algérie	0,1	89	714	<500	<200	1 600	18	–	1	9
Angola	2,1	80	774	16 000	8 000	24 000	2 962	19	12	37
Antigua-et-Barbuda	–	100	1	–	–	–	–	–	–	
Arabie saoudite	–	–	591	–	–	–	–	–	–	
Argentine	0,5	99	689	1 100	<1 000	1 800	2 463	–	>95	>95
Arménie	0,1	93	47	<100	<100	<100	6	–	9	40
Azerbaïdjan	0,2	77	166	<100	<100	<100	17	–	25	>95
Bahamas	3,0	98	6	–	–	–	–	–	–	
Bahreïn	–	–	14	–	–	–	–	–	–	
Bangladesh	–	51	3 430	<100	<100	<200	6 a	–	5	15
Barbade	1,2	100	3	–	–	–	–	–	–	
Bélarus	0,2	99	96	– m	–	–	153	–	–	
Belize	2,1	94	7	<200	<100	<500	65	–	20	68
Bénin	1,2	84	342	3 600	1 700	5 500	1 447	40	26	86
Bhoutan	0,1	88	15	<100	<100	<100	19	–	86	>95
Bolivie (État plurinational de)	0,2	77	263	<500	<200	<1 000	35 b	–	6	21
Bosnie-Herzégovine	<0,1	99	34	–	–	–	1	–	–	
Botswana	23,9	–	47	12 000	7 500	16 000	11 971	>95	75	>95
Brésil	0,6	98	3 105	– m	–	–	6 844	–	–	
Brunéi Darussalam	–	–	8	–	–	–	–	–	–	
Bulgarie	–	–	73	<100	<100	<100	1 n	–	3	9
Burkina Faso	1,6	85	721	6 700	3 400	10 000	1 333	20	13	39
Burundi	2,0	92	278	16 000	7 200	24 000	1 488 q	9	6	21
Cambodge	0,8	69	361	1 400	<1 000	2 200	777	–	35	>95
Cameroun	5,1	82	704	36 000	19 000	52 000	10 144	28	20	53
Cap-Vert	–	98	12	–	–	–	57	–	–	
Chili	0,3	–	251	<500	<200	<1 000	203	–	32	>95
Chine	0,1	91	18 134	– m	–	–	980 c	–	–	
Colombie	0,6	94	918	3 200	1 700	5 100	404	–	8	24
Comores	<0,1	75	21	<100	<100	<100	0	–	0	0
Congo	3,5	86	125	4 300	2 200	6 300	438	10	7	20
Costa Rica	0,4	90	75	<100	<100	<200	21 o	–	13	50
Côte d'Ivoire	3,9	85	722	22 000	11 000	34 000	9 296	41	28	83
Croatie	<0,1	–	42	–	–	–	2 n	–	–	
Cuba	0,1	100	118	<100	<100	<200	41 n	–	34	>95
Djibouti	3,1	92	24	<1 000	<500	1 100	43	6	4	13
Dominique	–	100	1	–	–	–	1 n	–	–	
Egypte	–	74	2 015	<500	<100	<500	3	–	1	3
El Salvador	0,8	94	124	<1 000	<500	<1 000	189	–	23	69
Émirats arabes unis	–	–	63	–	–	–	–	–	–	
Équateur	0,3	84	281	<1 000	<500	1 200	277	–	24	81
Erythrée	1,3	–	182	1 500	<1 000	2 600	424	29	16	59
Ethiopie	2,1	28	3 093	36 000	18 000	54 000	6 354	18	12	35
Fidji	0,1	–	18	<100	<100	<100	3 d	–	17	75
Gabon	5,9	–	40	1 800	<1 000	2 900	634	35	22	70
Gambie	0,9	98	61	1 000	<1 000	1 800	321	–	18	64
Géorgie	0,1	94	52	<100	<100	<100	25	–	78	>95
Ghana	1,9	96	757	13 000	6 400	19 000	4 991	39	26	78
Grenade	–	100	2	–	–	–	7 n	–	–	
Guatemala	0,8	–	453	2 300	1 100	3 600	321	–	9	29
Guinée	1,6	88	392	5 400	2 700	8 200	1 205	22	15	45
Guinée équatoriale	3,4	–	25	1 400	<1 000	2 300	567	40	25	76
Guinée-Bissau	1,8	78	65	1 600	<1 000	2 500	305	20	12	39
Guyana	2,5	81	14	<200	<100	<500	211	–	85	>95
Haïti	2,2	85	273	5 500	2 700	8 500	2 500 e	46	29	92
Honduras	0,7	92	202	<1 000	<500	1 100	300	–	27	87
Iles Cook	–	–	0	–	–	–	–	–	–	
Iles Marshall	–	81	1	–	–	–	–	–	–	
Iles Salomon	–	74	16	–	–	–	0	–	–	
Inde	0,3	74	26 913	49 000	25 000	80 000	10 673	–	13	42
Indonésie	0,2	93	4 220	2 300	1 100	3 800	165	–	4	15
Iran (République islamique d')	0,2	98	1 388	<1 000	<500	1 500	52 q	–	3	10
Iraq	–	84	944	–	–	–	0	–	–	

OBJECTIF 1. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays à revenu faible et intermédiaire

	Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes (%) (15-49 ans) 2007	Couverture par les soins prénatals (%) 2003-2008*	Nombre annuel de naissances 2008 (milliers)	Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH 2008z			Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME 2008	Pourcentage estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME 2008**		
				Estimation	Estimation faible	Estimation élevée		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	147	-	-	-	-	-	-	
Jamaïque	1,6	91	52	<500	<200	<1 000	515	-	70	>95
Jordanie	-	99	157	-	-	-	2	-	-	-
Kazakhstan	0,1	100	304	<200	<100	<200	174	-	>95	>95
Kenya	-	88	1 506	110 000	53 000	160 000	59 601	56	37	>95
Kirghizistan	0,1	97	120	<200	<100	<500	15	-	5	19
Kiribati	-	-	2	-	-	-	0	-	-	-
Koweït	-	-	52	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	23,2	90	59	14 000	8 600	19 000	8 056	57	43	94
L'ex-République yougoslave de Macédoine	<0,1	94	22	-	-	-	0	-	-	-
Liban	0,1	96	66	<100	<100	<100	-	-	-	-
Libéria	1,7	79	145	2 700	1 300	4 100	381	14	9	29
Madagascar	0,1	80	687	<1 000	0	2 000	18	-	1	-
Malaisie	0,5	79	551	1 100	<500	1 900	189	-	10	39
Malawi	11,9	92	599	- m	32 100	8 200	33 838 f	-	41	>95
Maldives	-	-	6	<100	<100	<100	0	-	0	0
Mali	1,5	70	542	4 300	2 100	6 700	1 115	-	17	54
Maroc	0,1	68	646	<500	<200	<1 000	56	-	9	33
Maurice	1,7	-	18	<200	<100	<500	19 n	-	8	37
Mauritanie	0,8	75	108	<500	<200	<1 000	45	-	5	29
Mexique	0,3	94	2 049	5 700	2 900	8 500	458	-	5	16
Micronésie (Etats fédérés de)	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Moldova (République de)	0,4	98	45	- m	-	-	129	-	-	-
Mongolie	0,1	99	50	<100	<100	<100	0	-	0	0
Monténégro	-	97	115	-	-	-	1 n	-	-	-
Mozambique	12,5	89	876	110 000	50 000	180 000	46 848	42	26	93
Myanmar	0,7	-	1 020	5 200	2 100	10 000	1 377	-	14	65
Namibie	15,3	95	59	8 200	4 400	12 000	7 474	91	63	>95
Nauru	-	95	0	-	-	-	-	-	-	-
Népal	0,5	44	732	1 400	<1 000	2 100	47	-	2	6
Nicaragua	0,2	90	140	<100	<100	<100	53	-	65	>95
Niger	0,8	46	791	3 700	1 800	6 200	1 183	-	19	67
Nigéria	3,1	58	6 028	210 000	110 000	300 000	19 804	10	7	18
Nioué	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	61	<100	<100	<100	4	-	11	44
Ouganda	5,4	94	1 466	82 000	44 000	120 000	41 598 s	50	36	95
Ouzbékistan	0,1	99	553	<500	<200	<1 000	95 n	-	17	74
Pakistan	0,1	61	5 337	1 800	<1 000	3 700	14	-	<1	2
Palaos	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Panama	1,0	-	70	<500	<100	<1 000	71 n k	-	13	>95
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1,5	79	207	1 900	<1 000	2 900	257	13	9	28
Paraguay	0,6	96	154	<500	<200	<1 000	156	-	29	>95
Pérou	0,5	91	609	<1 000	<500	1 600	477	-	29	>95
Philippines	-	91	2 236	<200	<100	<500	1	-	<1	1
Qatar	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	-	84	590	-	-	-	0 n	-	-	-
République centrafricaine	6,3	69	154	8 300	4 400	12 000	1 936	23	16	44
République de Corée	<0,1	-	452	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	-	85	2 886	32 000	17 000	48 000	1 776	5	4	10
Republique démocratique populaire lao	0,2	35	170	<200	<100	<500	21	-	8	28
République dominicaine	1,1	99	224	1 900	<1 000	2 800	1 034	-	37	>95
République populaire démocratique de Corée	-	-	327	<100	<100	<100	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	6,2	76	1 771	- m	40 000	130 000	70 944	-	53	>95
Roumanie	0,1	94	214	<200	<100	<500	109	-	32	>95
Russie (Fédération de)	1,1	-	1 545	- m	-	-	8 367	-	-	-
Rwanda	2,8	96	403	10 000	5 000	16 000	7 197	72	45	>95
Saint-Kitts-et-Nevis	-	100	0	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-	95	2	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	-	99	3	-	-	-	11 n	-	-	-
Samoa	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	97	5	-	-	-	22	-	-	-
Sénégal	1,0	87	470	3 600	1 600	5 600	473	-	8	29
Serbie	0,1	98	8	<100	<100	<100	2	-	3	12
Seychelles	-	-	3	-	-	-	2	-	-	-
Sierra Leone	1,7	81	223	3 300	1 700	5 000	1 018	31	20	60
Singapour	0,2	-	37	-	-	-	-	-	-	-

OBJECTIF 1. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays à revenu faible et intermédiaire

	Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes (%) (15-49 ans) 2007	Couverture par les soins prénatals (%) 2003-2008*	Nombre annuel de naissances 2008 (milliers)	Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH 2008z			Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME 2008	Pourcentage estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ARV pour la PTME 2008**		
				Estimation	Estimation faible	Estimation élevée		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée
Somalie	0,5	26	395	1 900	<1 000	3 100	6	—	<1	1
Soudan	1,4	64	1 296	12 000	5 800	20 000	68 r	1	<1	1
Sri Lanka	—	99	365	<100	<100	<200	5	—	5	22
Suriname	2,4	90	10	<100	<100	<200	35 o	—	22	>95
Swaziland	26,1	85	35	9 700	6 000	12 000	10 811 h	>95	87	>95
Tadjikistan	0,3	89	193	— m	—	—	21	—	—	—
Tchad	3,5	39	498	15 000	7 700	23 000	722	5	3	9
Territoire palestinien occupé	—	99	148	—	—	—	—	—	—	—
Thaïlande	1,4	98	977	9 000	2 700	17 000	5 769 s	—	33	>95
Timor-Leste	—	61	44	—	—	—	1	—	—	—
Togo	3,3	84	213	6 300	3 100	9 800	1 127	18	12	37
Tonga	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Trinité-et-Tobago	1,5	96	20	—	—	—	—	—	—	—
Tunisie	0,1	96	164	<100	<100	<100	1	—	2	7
Turkménistan	<0,1	99	111	—	—	—	0 o	—	—	—
Turquie	—	92	1 348	—	—	—	4 o	—	—	—
Tuvalu	—	97	0	—	—	—	—	—	—	—
Ukraine	1,6	99	459	2 600	1 200	4 100	3 368	—	82	>95
Uruguay	0,6	97	50	— m	—	—	53 o	—	—	—
Vanuatu	—	84	7	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela (République bolivarienne du)	—	—	599	2 400	1 200	4 100	310 o	—	8	27
Viet Nam	0,5	91	1 494	3 300	1 600	5 100	1 354	—	27	87
Yémen	—	47	846	—	—	—	3	—	—	—
Zambie	15,2	94	542	70 000	38 000	96 000	41 286	59	43	>95
Zimbabwe	15,3	94	378	53 000	29 000	73 000	18 756	36	26	64

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique	2,9 b/	72 †	35 318 †	1 290 000	1 000 000	1 600 000	577 000	45	37	57
Afrique subsaharienne	5,2 b/	71 †	31 632 †	1 300 000	1 000 000	1 600 000	576 900	45	37	57
Afrique de l'Est et australe	7,7 b/	72 †	14 283 †	900 000	680 000	1 100 000	516 400	58	47	76
Afrique de l'Ouest et centrale	2,7 b/	71 †	16 029 †	380 000	260 000	510 000	60 300	16	12	23
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,2 b/	78 †	9 941 †	15 000	8 300	24 000	<500	2	1	3
Asie	0,2 b/	78 †	68 409 †	82 000	52 000	120 000	21 700	26	17	42
Asie du Sud	0,2 b/	68 †	38 067 †	52 000	28 000	86 000	10 800	21	13	38
Asie de l'Est et Pacifique	0,2 b/	91 †	30 342 †	30 000	18 000	46 000	10 900	37	23	61
Amérique latine et Caraïbes	0,6 b/	94 †	10 768 †	32 000	24 000	41 000	17 100	54	42	71
ECO/CEI	0,7 b/	95 †	5 593 †	13 200	7 900	19 000	12 500	95	65	>95
Pays à revenu faible et intermédiaire	—	—	—	1 400 000	1 100 000	1 700 000	628 400	45	37	57
Pays en développement	0,9 b/	78 †	122 474 †	—	—	—	—	—	—	—
Total mondial	0,8 b/	78 †	136 241 †	—	—	—	—	—	—	—

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes : pourcentage d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH à la fin de 2007.

Couverture par les soins prénatals : pourcentage de femmes (15-49 ans) qui ont bénéficié au moins une fois pendant leur grossesse de soins prodigués par un soignant qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes).

Nombre annuel de naissances : nombre estimatif de naissances vivantes en 2008.

Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH : nombre estimatif de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2008.

Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des ARV pour la PTME : nombre de femmes testées séropositives lors des consultations prénatales ayant bénéficié d'une thérapie antirétrovirale (ARV) pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant.

Pourcentage estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des ARV pour la PTME : calculé en divisant le nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des ARV aux fins de la PTME par le nombre estimatif non arrondi de femmes enceintes séropositives au VIH en 2008. Des estimations ponctuelles et des fourchettes sont données pour les pays dans lesquels l'épidémie est généralisée. Des fourchettes sont données uniquement pour les pays dans lesquels l'épidémie est faible ou concentrée. Les fourchettes des estimations de la couverture se basent sur les limites de plausibilité (incertitude) dans le dénominateur, i.e., nombre estimatif faible ou élevé de femmes enceintes séropositives au VIH.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes : ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*.

Couverture par les soins prénatals : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2009*.

Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*

Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*.

Pourcentage estimatif de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des ARV pour la PTME : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*.

NOTES

— Données non disponibles.

* Les données renvoient à l'année la plus récente disponible durant la période spécifiée dans l'en-tête de la colonne.

** Indicateur de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur le VIH/SIDA (2001).

a Les données proviennent de l'International Centre for Diarrhoeal Disease Research, site pilote de prévention contre la transmission parents/enfants, au Bangladesh.

b Les données concernent les femmes diagnostiquées dans les centres départementaux de référence et de surveillance.

c Les données sont collectées auprès de 333 comptés prioritaires sur un total de 2 860.

d Les données proviennent de trois cliniques de soins prénatals situés dans les trois hôpitaux de niveau tertiaire janvier-décembre 2008).

e Base de données PEPFAR et Sogebank Foundation (Fonds mondial), janvier-décembre 2008.

f Les rapports 2008 relatifs aux services de prévention de la transmission de la mère vers l'enfant ne mentionnaient pas la prophylaxie de régimes antirétroviraux combinés. Cependant, le rapport de situation 2008 *National HIV Situation Analysis*, a permis de collecter des données relatives aux régimes combinés auprès de cinq centres de soins.

h Risque de double-comptage : si le nombre de cellules CD4 d'une femme chute en deçà du niveau normal (350 par mm²), elle commence un traitement ART, et se trouve comptée à deux reprises.

k Les données relatives au Panama renvoient à la période allant de janvier 2007 à septembre 2007. Elles ont ensuite été projetées sur une période de 12 mois en tenant compte de la croissance mensuelle. La valeur déclarée était de 53.

m Les estimations du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant besoin d'antirétroviraux pour éviter la transmission de la mère vers l'enfant sont actuellement en cours d'analyses et seront ajustées, selon le besoin, sur la base du recueil et de l'analyse des données continus. Par conséquent, certains pays ont demandé que seule une fourchette

soit publiée. dans le cas contraire, rien sur les besoins.

n La période de référence va de janvier à décembre 2007.

o La période de référence va de janvier à décembre 2006.

q La période de référence va de septembre 2007 à août 2008.

r Le Soudan a fait parvenir deux rapports distincts : le nord du Soudan déclare le nombre de 68 pour la période allant de 2007 à 2008; le sud du Soudan n'a pas été en mesure de fournir un rapport relatif aux femmes enceintes séropositives et recevant des ARV pour la PTME, car le programme de la PTME est en phase de début de mise en oeuvre.

s La période de référence va d'octobre 2007 à septembre 2008.

z Les besoins estimatifs se basent sur les méthodes décrites dans les notes sur les données en annexe. Ils peuvent varier d'un pays à l'autre selon les méthodes utilisées.

† Les moyennes régionales sont calculées uniquement pour la population représentant 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

b/ Les moyennes régionales estimatives concernent 2008 et se basent sur la mise à jour de *Le Point sur l'épidémie de SIDA 2009* (à venir à l'heure où nous mettons sous presse). Les estimations révisées par pays sont attendues en 2010. Les moyennes régionales sont calculées uniquement pour la population représentant 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

OBJECTIF 2. Procurer un traitement pédiatrique dans les pays à revenu faible et intermédiaire*

	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2007			Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2008z			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2008	% de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2008	Nombre estimatif d'enfants ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale selon les méthodes ONUSIDA/OMS, 2008c			Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral (ARV), 2008**	Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les enfants, décembre 2008d		
	Estimation	Estimation faible	Estimation élevée	Estimation	Estimation faible	Estimation élevée			Estimation	Estimation faible	Estimation élevée		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Afrique du Sud	280 000	230 000	320 000	200 000	120 000	280 000	-	-	94 000	53 000	130 000	57 228	61	45	>95
Albanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-
Algérie	-	-	-	<500	<200	1 600	-	-	-	<100	<1 000	61	-	11	79
Angola	17 000	12 000	35 000	16 000	8 000	24 000	-	-	7 400	3 900	12 000	702	9	6	18
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	-	-	-	1 100	<1 000	1 800	2 160	>95	-	<500	<500	2 000	-	>95	>95
Arménie	-	-	-	<100	<100	<100	4	11	-	<100	<100	4	-	27	67
Azerbaïdjan	-	-	-	<100	<100	<100	13	34	-	<100	<100	0	-	0	0
Bahamas	-	-	<200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	-	-	<100	<100	<200	4	5	-	<100	<100	6	-	13	35
Barbade	-	<100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	-	-	-	- m	-	-	170	-	- g	-	-	85	-	-	-
Belize	<200	-	<500	<200	<100	<500	9 h	5	-	<100	<200	64	-	57	80
Bénin	5 400	4 700	6 300	3 600	1 700	5 500	1 314	36	1 500	<1 000	2 400	650	44	27	94
Bhoutan	-	-	-	<100	<100	<100	7	70	-	<100	<100	1	-	13	50
Bolivie (État plurinational de)	-	-	-	<500	<200	<1 000	27	8	-	<100	<500	38	-	14	41
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Botswana	15 000	13 000	16 000	12 000	7 500	16 000	7 485	60	7 900	4 900	10 000	7 091	90	70	>95
Brésil	-	-	-	- m	-	-	-	-	- g	-	-	6 418	-	-	-
Brunéi Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	<100	<100	<100	-	-	-	<100	<100	3	-	19	50
Burkina Faso	10 000	8 400	12 000	6 700	3 400	10 000	462	7	4 100	2 100	6 100	1 028	25	17	48
Burundi	15 000	12 000	19 000	16 000	7 200	24 000	1 046	7	8 000	4 400	11 000	1 300	16	12	30
Cambodge	4 400	4 000	5 000	1 400	<1 000	2 200	203 h	14	-	1 800	2 400	3 067	-	>95	>95
Cameroun	45 000	38 000	51 000	36 000	19 000	52 000	8 315 p	23	18 000	10 000	26 000	2 090	11	8	20
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	54	-	-	-	-	29	-	-	-
Chili	-	-	-	<500	<200	<1 000	-	-	-	<200	<500	186	-	70	>95
Chine	-	-	-	- m	-	-	650 i	-	- g	-	-	1 120	-	-	-
Colombie	-	-	-	3 200	1 700	5 100	-	-	-	<1 000	2 600	3	-	<1	<1
Comores	-	<100	-	<100	<100	<100	0	0	-	<100	<100	1	-	20	>95
Congo	6 600	5 600	7 700	4 300	2 200	6 300	-	-	2 300	1 100	3 500	488	21	14	44
Costa Rica	-	-	-	<100	<100	<200	40 i	43	-	<100	<100	52	-	53	>95
Côte d'Ivoire	52 000	44 000	58 000	22 000	11 000	34 000	-	-	14 000	6 900	21 000	2 821	20	13	41
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Cuba	-	-	-	<100	<100	<200	1 h	1	-	<100	<100	19	-	37	>95
Djibouti	1 100	<1 000	1 400	<1 000	<500	1 100	93	13	<500	<200	<1 000	24	7	4	13
Dominique	-	-	-	-	-	-	2 i	-	-	-	-	2	-	-	-
Egypte	-	-	-	<500	<100	<500	-	-	-	<100	<200	23	-	13	55
El Salvador	-	-	-	<1 000	<500	<1 000	10	2	-	<100	<500	562	-	>95	>95
Emirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	-	-	-	<1 000	<500	1 200	-	-	-	<500	<1 000	29	-	5	10
Erythrée	3 100	2 300	4 400	1 500	<1 000	2 600	225	15	<1 000	<500	1 400	249	29	17	54
Ethiopie	92 000	80 000	100 000	36 000	18 000	54 000	895	2	23 000	12 000	34 000	7 399	33	22	61
Fidji	-	-	-	<100	<100	<100	2	25	-	<100	<100	0	-	0	0
Gabon	2 300	1 600	3 200	1 800	<1 000	2 900	219	12	<1 000	<500	1 300	217	26	16	58
Gambie	-	-	<1 000	1 000	<1 000	1 800	393	38	-	<200	<1 000	309	-	44	>95
Géorgie	-	-	-	<100	<100	<100	19	>95	-	<100	<100	24	-	>95	>95
Ghana	17 000	15 000	19 000	13 000	6 400	19 000	-	-	5 900	2 600	9 200	829	14	9	31
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Guatemala	-	-	-	2 300	1 100	3 600	222	10	-	<1 000	1 700	399	-	23	54
Guinée	6 300	5 000	7 900	5 400	2 700	8 200	869	16	2 400	1 100	3 600	511	22	14	47
Guinée équatoriale	<1000	-	1 100	1 400	<1 000	2 300	-	-	<1 000	<500	<1 000	14	3	2	6
Guinée-Bissau	1 500	1 100	2 200	1 600	<1 000	2 500	-	-	<1 000	<500	1 200	97	13	8	26
Guyana	-	-	<1000	<200	<100	<500	90 i	60	-	<100	<200	165	-	>95	>95
Haiti	6 800	5 800	8 100	5 500	2 700	8 500	448	8	3 600	2 500	4 700	1 288	36	27	52
Honduras	1 600	1 000	3 000	<1 000	<500	1 100	-	-	-	<1 000	1 100	660	-	63	>95
Iles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Iles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Iles Salomon	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	-	-	-	49 000	25 000	80 000	1 200 i	2	-	16 000	46 000	13 211	-	29	82
Indonésie	-	-	-	2 300	1 100	3 800	25 h	1	-	<500	1 500	356	-	24	78

OBJECTIF 2. Procurer un traitement pédiatrique dans les pays à revenu faible et intermédiaire*

	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2007			Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2008z			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2008	% de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2008	Nombre estimatif d'enfants ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale selon les méthodes ONUSIDA/OMS, 2008c			Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral (ARV), 2008**	Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les enfants, décembre 2008d		
	Estimation	Estimation faible	Estimation élevée	Estimation	Estimation faible	Estimation élevée			Estimation	Estimation faible	Estimation élevée		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée
Iran (République islamique d')	-	-	-	<1 000	<500	1 500	20	2	-	<500	<1 000	30	-	4	11
Iraq	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	-	-	<1 000	<500	<200	<1 000	-	-	-	<500	<500	400	-	94	>95
Jordanie	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	2	-	-	-
Kazakhstan	-	-	-	<200	<100	<200	148	>95	-	<100	<100	132	-	>95	>95
Kenya	-	130 000	180 000	110 000	53 000	160 000	2 091	2	49 000	25 000	71 000	20 517	42	29	83
Kirghizistan	-	-	-	<200	<100	<500	27	15	-	<100	<200	37	-	28	>95
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	12 000	11 000	13 000	14 000	8 600	19 000	1 542	11	7 300	4 300	9 700	3 038	42	31	70
L'ex-République yougoslave de Macédoine	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	1	-	-	-
Liban	-	-	-	<100	<100	<100	-	-	-	<100	<100	9	-	28	69
Libéria	3 100	2 300	6 300	2 700	1 300	4 100	112 l	4	1 100	<1 000	1 800	92	8	5	17
Madagascar	<500	-	<1 000	<1 000	0	2 000	-	-	-	<200	1 000	4	-	0	3
Malaisie	-	-	-	1 100	<500	1 900	-	-	-	<500	<1 000	501	-	55	>95
Malawi	91 000	80 000	100 000	- m	32 000	82 000	21 841	37	- g	17 000	45 000	13 600	-	33	84
Maldives	-	-	-	<100	<100	<100	0	0	-	<100	<100	0	-	0	0
Mali	9 400	7 800	11 000	4 300	2 100	6 700	4 507	>95	-	<1 000	3 400	1 383	-	41	>95
Maroc	-	-	-	<500	<200	<1 000	19	5	-	<100	<500	106	-	48	>95
Maurice	<100	-	<200	<200	<100	<500	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-
Mauritanie	<500	-	<1 000	<500	<200	<1 000	18 h	4	-	<100	<1 000	13	-	3	14
Mexique	-	-	-	5 700	2 900	8 500	-	-	-	1 300	3 600	1 356	-	38	>95
Micronésie (Etats fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Moldova (République de)	-	-	<100	- m	-	-	28	-	- g	-	-	31	-	-	-
Mongolie	-	-	-	<100	<100	<100	0	0	-	<100	<100	0	-	0	0
Monténégro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Mozambique	100 000	87 000	120 000	110 000	50 000	180 000	- r	-	45 000	24 000	67 000	9 393	21	14	40
Myanmar	-	-	-	5 200	2 100	10 000	265 q	5	-	1 400	4 700	966	-	21	71
Namibie	14 000	12 000	16 000	8 200	4 400	12 000	-	-	5 800	3 100	7 800	7 504	>95	>95	>95
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Népal	-	-	-	1 400	<1 000	2 100	57	4	-	<500	1 200	119	-	10	26
Nicaragua	-	-	-	<100	<100	<100	49	>95	-	<100	<100	68	-	>95	>95
Niger	3 200	2 500	4 200	3 700	1 800	6 200	201	5	-	<1 000	3 200	140	-	4	16
Nigéria	220 000	170 000	370 000	210 000	110 000	300 000	5 650	3	110 000	57 000	160 000	12 565	12	8	22
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Oman	-	-	-	<100	<100	<100	4	21	<100	<100	<100	30	-	>95	>95
Ouganda	130 000	120 000	150 000	82 000	44 000	120 000	-	-	42 000	23 000	60 000	13 413	32	23	59
Ouzbékistan	-	-	-	<500	<200	<1 000	-	-	-	<100	<200	225	-	>95	>95
Pakistan	-	-	-	1 800	<1 000	3 700	1	0	<1 000	<500	1 400	38	-	3	12
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Panama	-	-	-	<500	<100	<1 000	62 ‡	28	<200	<100	<500	267	-	90	>95
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 100	<1 000	1 200	1 900	<1 000	2 900	99	5	<1 000	<1 000	1 500	329	33	22	61
Paraguay	-	-	-	<500	<200	<1 000	121	38	<200	<100	<200	130	-	67	>95
Pérou	-	-	-	<1 000	<500	1 600	-	-	<500	<200	<1 000	426	-	58	>95
Philippines	-	-	-	<200	<100	<500	1	1	<100	<100	<200	11	-	8	31
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
République centrafricaine	14 000	12 000	16 000	8 300	4 400	12 000	741	9	4 700	2 400	6 700	462	10	7	19
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	-	37 000	52 000	32 000	17 000	48 000	83 f	0	16 000	9 900	22 000	4 053	25	18	41
Republique démocratique populaire lao	-	-	-	<200	<100	<500	17	10	-	<100	<200	72	-	53	>95
République dominicaine	2 700	2 200	3 300	1 900	<1 000	2 800	-	-	- g	-	-	782	-	-	-
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	<100	<100	<100	-	-	-	<100	<100	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	140 000	130 000	150 000	- m	40 000	130 000	-	-	40 000	20 000	66 000	12 822	32	20	65
Roumanie	-	-	-	<200	<100	<500	3	2	<500	<100	<1 000	216	-	33	>95
Russie (Fédération de)	-	-	-	- m	-	-	-	-	- g	-	-	1 998	-	-	-
Rwanda	19 000	17 000	21 000	10 000	5 000	16 000	5 347	53	5 600	2 600	8 300	5 635	>95	68	>95
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

OBJECTIF 2. Procurer un traitement pédiatrique dans les pays à revenu faible et intermédiaire*

	Nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, 2007			Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2008z			Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2008	% de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2008	Nombre estimatif d'enfants ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale selon les méthodes ONUSIDA/OMS, 2008c			Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement antirétroviral (ARV), 2008**	Estimation de la couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les enfants, décembre 2008d		
	Estimation	Estimation faible	Estimation élevée	Estimation	Estimation faible	Estimation élevée			Estimation	Estimation faible	Estimation élevée		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	–	–	–	11	–	–	–	–	5	–	–	–
Sénégal	3 100	2 500	3 700	3 600	1 600	5 600	–	–	–	<1 000	2 800	586	–	21	68
Serbie	–	–	–	<100	<100	<100	1	3	–	<100	<100	10	–	>95	>95
Seychelles	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	11	–	–	–
Sierra Leone	4 000	3 000	5 300	3 300	1 700	5 000	363	11	1 300	<1 000	2 100	237	18	11	38
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	<1000	–	1 600	1 900	<1 000	3 100	0	0	–	<500	1 400	9	–	1	2
Soudan	25 000	18 000	33 000	12 000	5 800	20 000	14 *	<1	6 200	2 900	10 000	153	2	1	5
Sri Lanka	–	–	–	<100	<100	<200	5	9	–	<100	<100	7	–	16	64
Suriname	<200	–	<500	<100	<100	<200	–	–	–	<100	<200	58	–	48	>95
Swaziland	15 000	14 000	17 000	9 700	6 000	12 000	8 238	85	3 200	2 000	4 100	2 897	89	70	>95
Tadjikistan	–	–	–	– m	–	–	1 h	–	– g	–	–	4	–	–	–
Tchad	19 000	14 000	27 000	15 000	7 700	23 000	63 i	<1	7 300	3 700	11 000	480	7	4	13
Territoire palestinien occupé	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	14 000	12 000	17 000	9 000	2 700	17 000	–	–	–	11 000	17 000	8 736	–	52	81
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–
Togo	10 000	8 400	12 000	6 300	3 100	9 800	737	12	3 100	1 400	5 000	672	22	14	49
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Trinité-et-Tobago	–	–	<500	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tunisie	–	–	–	<100	<100	<100	–	–	–	<100	<100	10	–	38	>95
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–
Ukraine	–	–	–	2 600	1 200	4 100	2 817	>95	–	<500	1 600	1 256	–	80	>95
Uruguay	–	–	–	– m	–	–	70 i	–	– g	–	–	160	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	2 400	1 200	4 100	–	–	–	<1 000	2 400	611	–	25	84
Viet Nam	–	–	–	3 300	1 600	5 100	–	–	–	<1 000	2 500	1 462	–	58	>95
Yémen	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	9	–	–	–
Zambie	95 000	86 000	110 000	70 000	38 000	96 000	19 040	27	34 000	18 000	47 000	18 040	53	38	>95
Zimbabwe	120 000	110 000	140 000	53 000	29 000	73 000	9 816	19	37 000	22 000	50 000	13 254	36	27	60
DONNÉES CONSOLIDÉES															
Afrique	1 800 000 b/	1 000 000 b/	2 600 000 b/	1 290 000	1 000 000	1 600 000	101 807	–	650 000	510 000	780 000	225 300	35	29	44
Afrique subsaharienne	1 800 000 b/	1 000 000 b/	2 500 000 b/	1 300 000	1 000 000	1 600 000	101 788	–	650 000	510 000	780 000	225 100	35	29	44
Afrique de l'Est et australe	1 300 000 b/	770 000 b/	1 800 000 b/	900 000	680 000	1 100 000	77 569	–	440 000	340 000	540 000	195 100	44	36	57
Afrique de l'Ouest et centrale	520 000 b/	280 000 b/	760 000 b/	380 000	260 000	510 000	24 112	–	200 000	140 000	260 000	29 800	15	11	22
Moyen-Orient et Afrique du Nord	18 000 b/	12 000 b/	25 000 b/	15 000	8 300	24 000	151	–	7 600	4 100	12 000	<500	6	4	11
Asia	160 000 b/	100 000 b/	220 000 b/	82 000	52 000	120 000	2 536	–	57 000	41 000	77 000	30 000	53	39	74
Asie du Sud	99 000 b/	49 000 b/	150 000 b/	52 000	28 000	86 000	1 274	–	31 000	18 000	48 000	13 400	43	28	76
Asie de l'Est et Pacifique	61 000 b/	40 000 b/	90 000 b/	30 000	18 000	46 000	1 262	–	26 000	20 000	34 000	16 600	65	49	82
Amérique latine et Caraïbes	42 000 b/	31 000 b/	53 000 b/	32 000	24 000	41 000	3 311	–	21 000	18 000	25 000	16 100	76	65	91
ECO/CEI	20 000 b/	11 000 b/	28 000 b/	13 200	7 900	19 000	3 231	–	4 900	2 700	7 500	4 100	82	54	>95
Pays à revenu faible et intermédiaire	–	–	–	1 400 000	1 100 000	1 700 000	110 910	8	730 000	580 000	880 000	275 700	38	31	47
Pays en développement	2 000 000 b/	1 200 000 b/	2 800 000 b/	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Total mondial	2 100 000 b/	1 200 000 b/	2 900 000 b/	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH : nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH en 2007

Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH : nombre estimatif de femmes enceintes (15-49 ans) vivant avec le VIH en 2008.

Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole : nombre déclaré de nourrissons nés de mères séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance.

Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole : calculé en divisant le nombre de nourrissons exposés au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole par le nombre estimatif d'enfants nés de femmes enceintes séropositives au VIH, en supposant un ratio d'un enfant par mère infectée par le VIH. Le dénominateur est le nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH.

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH et ayant besoin d'une ART : nombre estimatif d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement antirétroviral (ART) en 2008.

Nombre d'enfants recevant un traitement ARV : nombre signalé d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH recevant un traitement ARV en 2008.

Pourcentage d'enfants ayant besoin d'une ART qui en bénéficient : calculé en divisant le nombre d'enfants bénéficiant d'une ART par le nombre estimatif d'enfants en ayant besoin.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH : ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*.

Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*.

Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES, SUITE

Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*.

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH et ayant besoin d'une ART : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*.

Nombre d'enfants recevant un traitement ARV : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*.

Pourcentage d'enfants ayant besoin d'une ART et qui en bénéficient : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2009*.

NOTES

– Données non disponibles.

* Les données les plus récentes proviennent de OMS/ONUSIDA/UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report 2008*.

** Indicateur de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée au VIH/ SIDA (2001), en proportion d'hommes et de femmes à un stade avancé d'infection par le VIH recevant une thérapie antirétrovirale combinée.

c Les besoins estimatifs se basent sur les méthodes décrites dans les notes sur les données en annexe. Ils peuvent varier d'un pays à l'autre selon les méthodes utilisées.

d Le taux de couverture estimatif se base sur le nombre estimatif non arrondi d'enfants bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale et le besoin estimatif non arrondi de thérapie antirétrovirale (basé sur les méthodes ONUSIDA/OMS). La fourchette du taux de couverture estimatif se base sur les limites de plausibilité dans le dénominateur : i.e., nombre estimatif faible ou élevé. Des estimations ponctuelles et des fourchettes sont données pour les pays dans lesquels l'épidémie est généralisée. Des fourchettes sont données uniquement pour les pays dans lesquels l'épidémie est faible ou concentrée.

f Cette stratégie est en phase de début de mise en œuvre et certains sites ne recueillent pas encore de données significatives.

g Le nombre estimatif d'enfants ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale est actuellement en cours d'analyses et sera ajusté, selon le besoin, sur la base du recueil et de l'analyse des données continus. Par conséquent, certains pays ont demandé que seule une fourchette soit publiée, sinon aucun besoin.

h Les dernières données fournies remontent à décembre 2007.

i Les dernières données fournies remontent à décembre 2006.

l Les dernières données fournies remontent à septembre 2007.

m Les estimations de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant besoin d'antirétroviraux pour éviter la transmission de la mère vers l'enfant sont actuellement en cours d'analyses et seront ajustées, selon le besoin, sur la base du recueil et de l'analyse des données continus. Par conséquent, certains pays ont demandé que seule une fourchette soit publiée, sinon aucun besoin.

p Une prophylaxie au cotrimoxazole est donnée aux mères après la naissance avec les recommandations d'administration dès les deux mois du nourrisson.

q Les données sont incomplètes. Cette stratégie est en phase de début de mise en œuvre et certains sites ne recueillent pas encore de données significatives.

r Données indisponibles faute de données ventilées par âge; cependant, la prophylaxie au cotrimoxazole est donnée de manière routinière aux nourrissons exposés au VIH.

z Les besoins estimatifs se basent sur les méthodes décrites dans les notes sur les données en annexe. Ils peuvent varier d'un pays à l'autre selon les méthodes utilisées.

† Les moyennes régionales sont calculées uniquement pour la population représentant 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

‡ Les données proviennent de trois des quatre cliniques de soins pédiatriques.

b/ Les moyennes régionales estimatives concernent 2008 et se basent sur la mise à jour de *Le Point sur l'épidémie de SIDA 2009* (à venir à l'heure où nous mettons sous presse). Les estimations révisées par pays sont attendues en 2010. Les moyennes régionales sont calculées uniquement pour la population représentant 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

suite de la page 39

publiées dans les rapports précédents. Les différences entre ces nouvelles estimations et celles qui avaient été publiées antérieurement ne s'apparentent pas à des tendances au fil du temps; elles ne sont donc pas comparables. De même, les autres estimations révisées ne sont pas comparables aux estimations publiées les années précédentes. Il sera toutefois possible d'évaluer les tendances au fil du temps en s'appuyant sur les révisions méthodologiques de l'ONUSIDA et en les appliquant rétrospectivement aux données antérieures relatives à la prévalence du VIH.

Pour de plus amples détails sur ces données, les pays spécifiques qui soumettent des rapports et la méthodologie utilisée pour les estimations relatives au VIH, consulter *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2009*.

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

	Connaissances et comportement									
	Prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2007**		% de jeunes (15-24 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2003-2008)**		% de jeunes (15-24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (2003-2008)**		% de jeunes (15-24 ans) ayant eu de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (2003-2008)**		% de jeunes (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2003-2008)**	
	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Afghanistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	4,0	12,7	–	–	16	3	11	2	12	7
Albanie	–	–	–	6	–	–	–	–	–	–
Algérie	0,1	0,1	–	13	–	–	–	–	–	–
Angola	0,2	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	0,6	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Arménie	0,2	0,1	15	23	13	0	79	–	3	<1
Azerbaïdjan	0,3	0,1	5	5	9	0	29	–	1	<1
Bahamas	3,2	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	–	18	8	–	–	–	–	–	–
Barbade	1,3	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	0,3	0,1	–	34	–	–	–	–	–	–
Belize	0,5	1,5	–	40	–	1	–	–	–	–
Bénin	0,3	0,9	35	16	10	1	45	27	13	13
Bhoutan	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Bolivie (État plurinational de)	0,2	0,1	18	15	19	1	–	–	15	6
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	44	–	–	–	–	–	1
Botswana	5,1	15,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Bésil	1,0	0,6	–	–	–	–	–	–	–	33
Brunéï Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	15	17	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	0,5	0,9	–	19	–	1	–	71 x	–	6
Burundi	0,4	1,3	–	30	–	1	–	–	–	3
Cambodge	0,8	0,3	45	50	5	0	75	–	<1	1
Cameroun	1,2	4,3	–	32	–	5	–	68	–	13
Cap-Vert	–	–	36	36	33	4	80	64	46	21
Chili	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Chine	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	0,7	0,3	–	–	–	5	–	36	–	14
Comores	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	0,8	2,3	35	26	20	10	37	22	25	24
Costa Rica	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	0,8	2,4	28	18	20	5	62	45	17	20
Croatie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,1	0,1	–	52	–	–	–	–	–	–
Djibouti	0,7	2,1	–	18	–	–	–	–	–	–
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egypte	–	–	18	5	–	–	–	–	–	–
El Salvador	0,9	0,5	–	27	–	–	–	–	–	–
Emirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Equateur	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Erythrée	0,3	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–
Ethiopie	0,5	1,5	33	20	1	<1	–	–	2	11
Fidji	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	1,3	3,9	–	–	–	–	–	–	–	–
Gambie	0,2	0,6	–	39	–	1	–	64 x	–	4
Géorgie	0,1	0,1	–	15	–	–	–	–	–	–
Ghana	0,4	1,3	33	25	6	2	61 x	43 x	5	7
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinée	0,4	1,2	23	17	19	2	39	28	18	20
Guinée équatoriale	0,8	2,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinée-Bissau	0,4	1,2	–	18	–	6	–	58	–	22
Guyana	0,5	1,7	–	50	9	2	62	–	11	8
Haïti	0,6	1,4	40	34	20	2	51	23	42	15
Honduras	0,7	0,4	–	30	–	1	–	27	–	10
Iles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iles Marshall	–	–	39	27	10	5	23 x	9 x	25	15
Iles Salomon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	0,3	0,3	36	20	2	<1	32	17 x	3	8
Indonésie	0,3	0,1	15 y	10 y	–	–	–	–	–	–

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

	Connaissances et comportement									
	Prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2007**		% de jeunes (15-24 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2003-2008)**		% de jeunes (15-24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (2003-2008)**		% de jeunes (15-24 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (2003-2008)**		% de jeunes (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2003-2008)**	
	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Iran (République islamique d')	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Iraq	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Jamahiriya arabe libyenne	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaïque	1,7	0,9	—	60	—	—	—	—	—	—
Jordanie	—	—	—	13 y	—	—	—	—	—	—
Kazakhstan	0,2	0,1	—	22	—	—	—	—	—	—
Kenya	—	—	47	34	11	2	52	9	31	15
Kirghizistan	0,2	0,1	—	20	—	1	—	—	—	<1
Kiribati	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Koweït	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesotho	5,9	14,9	18	26	18	5	51	31	18	7
L'ex-République yougoslave de Macédoine	—	—	—	27	—	1	—	36 x	—	1
Liban	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Libéria	0,4	1,3	27	21	15	7	28	16	9	19
Madagascar	0,2	0,1	16	19	19	3	13	2	8	16
Malaisie	0,6	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Malawi	2,4	8,4	42	42	6	1	46	48	16	14
Maldives	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mali	0,4	1,1	22	18	6	2	28	8	6	24
Maroc	0,1	0,1	—	12	—	—	—	—	—	—
Maurice	1,8	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Mauritanie	0,9	0,5	14	5	—	—	—	—	—	—
Mexique	0,3	0,2	—	—	—	—	—	—	11	17
Micronésie (Etats fédérés de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Moldova (République de)	0,4	0,2	39 y	42 y	17	2	60	30	9	1
Mongolie	0,1	—	—	31	—	—	—	—	—	—
Monténégro	—	—	—	30	—	<1	—	—	—	<1
Mozambique	2,9	8,5	—	14	—	5	30	20	—	29
Myanmar	0,7	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Namibie	3,4	10,3	62	65	11	2	82	74	19	7
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Népal	0,5	0,3	44	28	2	<1	59 x	—	3	6
Nicaragua	0,3	0,1	—	—	—	—	—	—	—	13
Niger	0,9	0,5	16	13	2	<1	42 x	—	5	26
Nigéria	0,8	2,3	21	18	8	2	38	17	8	20
Nioué	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oman	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ouganda	1,3	3,9	38	32	9	2	45	39	14	12
Ouzbékistan	0,1	0,1	—	31	—	<1	—	—	—	—
Pakistan	0,1	0,1	—	3	—	—	—	—	—	—
Palaos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panama	1,1	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,6	0,7	—	—	—	—	—	—	4	4
Paraguay	0,7	0,3	—	—	—	7	—	51	—	7
Pérou	0,5	0,3	—	19	—	1	—	38 x	—	5
Philippines	—	—	18	12	6	—	30	—	3	1
Qatar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République arabe syrienne	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—
République centrafricaine	1,1	5,5	27	17	21	6	73	59	12	29
République de Corée	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
République démocratique du Congo	—	—	21	15	14	3	22	9	18	18
Republique démocratique populaire lao	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
République dominicaine	0,3	0,6	34	41	23	5	62	34	21	14
République populaire démocratique de Corée	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République-Unie de Tanzanie	0,5	0,9	42	39	9	3	37	—	11	11
Roumanie	0,2	0,2	1 y	3 y	—	—	—	—	—	—
Russie (Fédération de)	1,3	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Rwanda	0,5	1,4	54	51	1	<1	—	—	15	5
Saint-Kitts-et-Nevis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sainte-Lucie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sao Tomé-et-Principe	—	—	—	44	—	2	—	57 x	—	9
Sénégal	0,3	0,8	24	19	6	1	64	33	13	9

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

	Connaissances et comportement									
	Prévalence du VIH chez les jeunes (15–24 ans), 2007**		% de jeunes (15–24 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2003–2008*)**		% de jeunes (15–24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (2003–2008*)**		% de jeunes (15–24 ans) ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (2003–2008*)**		% de jeunes (15–19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2003–2008*)**	
	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Serbie	0,1	0,1	–	42	–	2	–	80 x	–	1
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	0,4	1,3	–	17	–	4	–	27	–	25
Singapour	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	0,6	0,3	–	4	–	–	–	–	–	–
Soudan	0,3	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	2,7	1,4	–	41	–	3	–	80	–	9
Swaziland	5,8	22,6	52	52	10	2	67	51 x	5	7
Tadjikistan	0,4	0,1	–	2	–	–	–	–	–	–
Tchad	2,0	2,8	20	8	12	1	26	9	11	19
Territoire palestinien occupé	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	1,2	1,2	–	46	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	0,8	2,4	–	15	–	3	–	50	–	12
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	0,3	1,0	–	54	–	3	–	67	–	5
Tunisie	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	–	–	–	5	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	1,5	1,5	43	45	16	3	64	63	3	1
Uruguay	0,6	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	15	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	0,6	0,3	–	44	<1	0	–	–	0,3	1
Yémen	–	–	–	2 y	–	–	–	–	–	–
Zambie	3,6	11,3	37	34	9	2	43	42 x	16	12
Zimbabwe	2,9	7,7	46	44	7	1	59	38 x	5	5
DONNÉES CONSOLIDÉES†										
Afrique	1,1 b/	2,5 b/	28	21	9	2	37	21	11	15
Afrique subsaharienne	1,1 b/	2,6 b/	30	23	9	2	37	21	11	15
Afrique de l'Est et australe	1,8 b/	4,2 b/	38	29	8	2	36	–	12	12
Afrique de l'Ouest et centrale	1,0 b/	2,3 b/	23	18	10	3	37	22	11	18
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,2 b/	0,4 b/	–	7	–	–	–	–	–	–
Asie	0,1 b/	0,1 b/	31 ‡	18 ‡	2 ‡	0 ‡	33 ‡	–	3 ‡	7 ‡
Asie du Sud	0,1 b/	0,1 b/	34	17	2	0	32	–	3	8
Asie de l'Est et Pacifique	0,1 b/	<0,1 b/	17 ‡	22 ‡	–	–	–	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	0,4 b/	0,3 b/	–	–	–	–	–	–	–	22
ECO/CEI	0,2 b/	0,2 b/	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays à revenu faible et intermédiaire	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays en développement	0,3 b/	0,6 b/	30 ‡	19 ‡	5 ‡	1 ‡	–	–	6 ‡	12 ‡
Total mondial	0,3 b/	0,5 b/	–	–	–	–	–	–	–	–

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Prévalence du VIH chez les jeunes : pourcentage d'hommes et de femmes jeunes (15–24 ans) vivant avec le VIH à la fin de 2007.

Connaissances solides sur le VIH : pourcentage d'hommes et de femmes jeunes (15–24 ans) qui ont correctement identifié les deux principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH (usage du préservatif et relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté), qui ont rejeté les deux idées fausses les plus répandues dans leur région sur la transmission du VIH, et qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut transmettre le virus.

Rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois : pourcentage d'hommes et de femmes jeunes (15–24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.

Utilisation du préservatif avec des partenaires multiples

: pourcentage d'hommes et de femmes jeunes (15–24 ans) qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont déclaré qu'ils avaient utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels.

Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans : pourcentage de jeunes (15–19 ans) qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Prévalence du VIH chez les jeunes : ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008.

Connaissances solides sur le VIH : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2009.

Rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2009.

Utilisation du préservatif avec des partenaires multiples

: bases de données mondiales de l'UNICEF, 2009.

Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2009.

NOTES

– Données non disponibles.

* Les données renvoient à l'année la plus récente disponible durant la période spécifiée dans l'en-tête de la colonne.

** Indicateur de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée au VIH/SIDA (2001).

x Basé sur de petits dénominateurs (en général 25–49 cas non pondérés).

y Les données renvoient à des années ou des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne, différent de la définition standard ou renvoient seulement à une partie d'un pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

† Les moyennes régionales sont calculées uniquement pour la population représentant 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

‡ A l'exception de la Chine.

b/ Les moyennes régionales estimatives concernent 2008 et se basent sur la mise à jour du *Le Point sur l'épidémie de SIDA 2009* (à venir à l'heure où nous mettons sous presse). Les estimations révisées par pays sont attendues en 2010.

OBJECTIF 4. Protéger et soutenir les enfants touchés par le VIH et le SIDA
Enfants orphelins et vulnérables

	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2007	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2007			Enfants dont la mère est décédée, toutes causes confondues, 2007	Enfants dont le père est décédé, toutes causes confondues, 2007	Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2007	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2003-2008)**	% d'enfants vivant dans des familles recevant un soutien extérieur (2003-2008)**
		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée					
Afghanistan	2 100 000	-	-	-	1 100 000	1 400 000	370 000	-	-
Afrique du Sud	2 500 000	1 400 000	1 100 000	1 800 000	1 400 000	1 600 000	510 000	-	-
Albanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algérie	570 000	-	-	-	220 000	370 000	26 000	-	-
Angola	1 200 000	50 000	20 000	260 000	600 000	840 000	210 000	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	610 000	-	-	-	93 000	530 000	15 000	-	-
Arménie	50 000	-	-	-	8 400	43 000	1 900	-	-
Azerbaïdjan	190 000	-	-	-	42 000	160 000	9 100	-	-
Bahamas	6 600	-	-	-	1 200	5 700	<500	-	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	5 000 000	-	-	-	2 000 000	3 400 000	380 000	0,84	-
Barbade	2 700	-	-	-	<500	2 300	<100	-	-
Bélarus	190 000	-	-	-	21 000	170 000	6 800	-	-
Belize	5 500	-	-	-	2 200	3 600	<500	-	-
Bénin	340 000	29 000	22 000	40 000	140 000	220 000	26 000	0,90	-
Bhoutan	22 000	-	-	-	8 200	15 000	1 800	-	-
Bolivie (État plurinational de)	300 000	-	-	-	110 000	220 000	20 000	0,74 p	-
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	130 000	95 000	81 000	110 000	85 000	81 000	37 000	-	31
Brésil	3 200 000	-	-	-	720 000	2 600 000	110 000	-	-
Brunéï Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	95 000	-	-	-	11 000	87 000	2 700	-	-
Burkina Faso	690 000	100 000	62 000	130 000	300 000	480 000	83 000	0,61 p	7
Burundi	600 000	120 000	100 000	150 000	320 000	390 000	120 000	0,85	-
Cambodge	600 000	-	-	-	240 000	420 000	55 000	0,83	-
Cameroun	1 100 000	300 000	230 000	390 000	580 000	710 000	190 000	0,91	9
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	160 000	-	-	-	25 000	140 000	2 700	-	-
Chine	17 000 000	-	-	-	4 000 000	14 000 000	560 000	-	-
Colombie	790 000	-	-	-	180 000	640 000	25 000	0,85	-
Comores	27 000	<100	-	<200	11 000	18 000	1 900	-	-
Congo	210 000	69 000	57 000	84 000	100 000	140 000	31 000	0,88	-
Costa Rica	36 000	-	-	-	6 400	31 000	<500	-	-
Côte d'Ivoire	1 200 000	420 000	320 000	530 000	590 000	800 000	180 000	0,83	9
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	99 000	-	-	-	19 000	82 000	2 100	-	-
Djibouti	42 000	5 200	1 900	9 600	21 000	27 000	5 800	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egypte	1 400 000	-	-	-	390 000	1 100 000	56 000	-	-
El Salvador	130 000	-	-	-	33 000	110 000	4 600	-	-
Emirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Equateur	200 000	-	-	-	46 000	160 000	5 400	-	-
Erythrée	280 000	18 000	12 000	32 000	120 000	190 000	34 000	-	-
Ethiopie	5 000 000	650 000	540 000	780 000	2 400 000	3 200 000	630 000	0,90	-
Fidji	22 000	-	-	-	6 600	17 000	1 400	-	-
Gabon	67 000	18 000	11 000	28 000	31 000	44 000	8 400	-	-
Gambie	48 000	2 700	1 300	4 700	18 000	33 000	2 800	0,87	-
Géorgie	72 000	-	-	-	11 000	65 000	2 700	-	-
Ghana	1 100 000	160 000	130 000	200 000	510 000	700 000	130 000	1,04 p	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	360 000	-	-	-	96 000	280 000	16 000	-	-
Guinée	380 000	25 000	15 000	39 000	150 000	260 000	32 000	0,73	-
Guinée équatoriale	32 000	4 800	3 800	6 100	15 000	22 000	5 200	-	-
Guinée-Bissau	110 000	5 900	4 200	8 300	50 000	74 000	16 000	0,97	8
Guyana	23 000	-	-	-	8 100	17 000	2 200	-	13
Haïti	380 000	-	-	-	160 000	270 000	50 000	0,86	5
Honduras	170 000	-	-	-	47 000	130 000	6 700	1,08	-
Iles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	25 000 000	-	-	-	7 400 000	19 000 000	1 200 000	0,72	-
Indonésie	4 400 000	-	-	-	1 400 000	3 200 000	230 000	0,82 y	-

OBJECTIF 4. Protéger et soutenir les enfants touchés par le VIH et le SIDA
Enfants orphelins et vulnérables

	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2007	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2007			Enfants dont la mère est décédée, toutes causes confondues, 2007	Enfants dont le père est décédé, toutes causes confondues, 2007	Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2007	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2003-2008)**	% d'enfants vivant dans des familles recevant un soutien extérieur (2003-2008)**
		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée					
Iran (République islamique d')	1 300 000	-	-	-	420 000	910 000	58 000	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	0,84	-
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	53 000	-	-	-	16 000	40 000	2 100	-	15
Jordanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	470 000	-	-	-	90 000	410 000	31 000	-	-
Kenya	2 500 000	-	990 000	1 400 000	1 500 000	1 500 000	470 000	0,95	-
Kirghizistan	140 000	-	-	-	34 000	120 000	7 500	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	160 000	110 000	93 000	120 000	100 000	110 000	49 000	0,95	-
L'ex-République yougoslave de Macédoine	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	71 000	-	-	-	22 000	52 000	2 900	-	-
Libéria	270 000	15 000	10 000	87 000	130 000	180 000	45 000	0,85	-
Madagascar	840 000	3 400	2 100	6 000	360 000	560 000	75 000	0,75	-
Malaisie	410 000	-	-	-	110 000	310 000	13 000	-	-
Malawi	1 100 000	550 000	470 000	640 000	540 000	740 000	230 000	0,97	19
Maldives	8 800	-	-	-	3 900	5 500	<1 000	-	-
Mali	550 000	44 000	27 000	56 000	220 000	380 000	48 000	0,87	-
Maroc	630 000	-	-	-	230 000	440 000	32 000	-	-
Maurice	21 000	<500	-	<1 000	4 000	17 000	<1 000	-	-
Mauritanie	83 000	3 000	1 500	5 900	30 000	58 000	4 500	0,66 p	-
Mexique	1 400 000	-	-	-	320 000	1 100 000	34 000	-	-
Micronésie (Etats fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova (République de)	74 000	-	-	-	13 000	64 000	3 600	-	-
Mongolie	64 000	-	-	-	19 000	49 000	4 000	0,96 p	-
Monténégro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	1 400 000	400 000	280 000	590 000	780 000	920 000	300 000	0,89	22
Myanmar	1 600 000	-	-	-	570 000	1 100 000	120 000	-	-
Namibie	110 000	66 000	50 000	85 000	63 000	65 000	17 000	1,00	17
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	990 000	-	-	-	440 000	640 000	95 000	-	-
Nicaragua	110 000	-	-	-	29 000	84 000	3 900	-	-
Niger	570 000	25 000	18 000	39 000	260 000	350 000	43 000	0,67	-
Nigéria	9 700 000	1 200 000	640 000	4 100 000	4 900 000	6 400 000	1 700 000	0,64 p	-
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	2 500 000	1 200 000	1 100 000	1 400 000	1 500 000	1 700 000	620 000	0,96	11
Ouzbékistan	690 000	-	-	-	170 000	550 000	32 000	-	-
Pakistan	3 900 000	-	-	-	1 400 000	2 700 000	200 000	-	-
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	48 000	-	-	-	10 000	39 000	1 200	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	330 000	-	-	-	130 000	240 000	38 000	-	-
Paraguay	130 000	-	-	-	38 000	93 000	5 100	-	-
Pérou	570 000	-	-	-	160 000	430 000	25 000	-	-
Philippines	1 800 000	-	-	-	600 000	1 300 000	81 000	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	280 000	72 000	58 000	86 000	140 000	190 000	51 000	0,96	7
République de Corée	360 000	-	-	-	32 000	330 000	3 900	-	-
République démocratique du Congo	4 500 000	-	270 000	380 000	2 200 000	3 000 000	740 000	0,77	9
Republique démocratique populaire lao	210 000	-	-	-	90 000	140 000	17 000	-	-
République dominicaine	170 000	-	-	-	50 000	120 000	6 600	0,77	-
République populaire démocratique de Corée	530 000	-	-	-	150 000	410 000	29 000	-	-
République-Unie de Tanzanie	2 600 000	970 000	850 000	1 100 000	1 400 000	1 700 000	490 000	0,97	7
Roumanie	300 000	-	-	-	44 000	270 000	11 000	-	-
Russie (Fédération de)	4 000 000	-	-	-	460 000	3 700 000	220 000	-	-
Rwanda	860 000	220 000	190 000	250 000	540 000	600 000	290 000	0,82	13
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	350 000	8 400	4 600	14 000	120 000	240 000	19 000	0,83	-

OBJECTIF 4. Protéger et soutenir les enfants touchés par le VIH et le SIDA

Enfants orphelins et vulnérables

	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2007	Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2007			Enfants dont la mère est décédée, toutes causes confondues, 2007	Enfants dont le père est décédé, toutes causes confondues, 2007	Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2007	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2003–2008)**	% d'enfants vivant dans des familles recevant un soutien extérieur (2003–2008)**
		Estimation	Estimation faible	Estimation élevée					
Serbie	130 000	–	–	–	21 000	110 000	4 100	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	350 000	16 000	6 400	26 000	160 000	250 000	53 000	0,83	1
Singapour	24 000	–	–	–	3 400	21 000	<500	–	–
Somalie	590 000	8 800	4 900	16 000	300 000	390 000	100 000	0,78	–
Soudan	1 800 000	–	–	–	840 000	1 200 000	210 000	–	–
Sri Lanka	330 000	–	–	–	70 000	270 000	12 000	–	–
Suriname	8 900	–	–	–	2 400	6 800	<500	–	–
Swaziland	96 000	56 000	48 000	65 000	74 000	58 000	37 000	0,97	41
Tadjikistan	210 000	–	–	–	64 000	150 000	12 000	–	–
Tchad	540 000	85 000	42 000	270 000	250 000	350 000	61 000	1,05	–
Territoire palestinien occupé	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	1 300 000	–	–	–	300 000	1 000 000	58 000	0,93	21
Timor-Leste	48 000	–	–	–	19 000	32 000	3 800	–	–
Togo	260 000	68 000	50 000	91 000	110 000	170 000	23 000	0,94	6
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	20 000	–	–	–	5 800	16 000	<1 000	–	–
Tunisie	130 000	–	–	–	36 000	96 000	3 900	–	–
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	1 000 000	–	–	–	110 000	930 000	41 000	0,98	–
Uruguay	46 000	–	–	–	6 200	41 000	1 000	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	430 000	–	–	–	96 000	350 000	12 000	–	–
Viet Nam	1 500 000	–	–	–	460 000	1 000 000	57 000	–	–
Yémen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	1 100 000	600 000	530 000	660 000	740 000	780 000	390 000	0,93	16
Zimbabwe	1 300 000	1 000 000	920 000	1 100 000	960 000	900 000	600 000	0,95	31
DONNÉES CONSOLIDÉES†									
Afrique	58 400 000 b/	14 200 000	11 500 000	17 200 000	26 000 000 b/	41 600 000 b/	9 200 000 b/	0,83	–
Afrique subsaharienne	55 300 000 b/	14 100 000	11 500 000	17 100 000	25 100 000 b/	39 200 000 b/	8 970 000 b/	0,83	–
Afrique de l'Est et australe	27 400 000 b/	9 700 000	8 300 000	11 500 000	13 100 000 b/	19 100 000 b/	4 800 000 b/	0,91	–
Afrique de l'Ouest et centrale	25 900 000 b/	4 400 000	3 300 000	5 400 000	11 200 000 b/	18 600 000 b/	4 000 000 b/	0,76	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	6 800 000 b/	–	–	–	2 200 000 b/	5 100 000 b/	510 000 b/	–	–
Asie	82 400 000 b/	–	–	–	25 100 000 b/	64 300 000 b/	7 000 000 b/	0,75	–
Asie du Sud	50 000 000 b/	–	–	–	17 200 000 b/	37 200 000 b/	4 400 500 b/	0,73	–
Asie de l'Est et Pacifique	31 300 000 b/	–	–	–	7 700 000 b/	25 400 000 b/	1 900 000 b/	–	–
Amérique latine et Caraïbes	10 600 000 b/	–	–	–	2 300 000 b/	8 900 000 b/	583 000 b/	–	–
ECO/CEI	6 400 000 b/	–	–	–	1 200 000 b/	5 600 000 b/	400 000 b/	–	–
Pays à revenu faible et intermédiaire	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays en développement	150 000 000 b/	–	–	–	54 200 000 b/	116 000 000 b/	16 300 000 b/	0,78	–
Total mondial	163 000 000 b/	17 500 000	14 600 000	20 900 000	55 300 000 b/	126 000 000 b/	18 520 000 b/	–	–

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues : nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) qui ont perdu un ou leurs deux parents pour n'importe quelle cause en 2007.

Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA : nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) qui ont perdu un ou leurs deux parents à cause du SIDA en 2007.

Enfants dont la mère ou le père sont décédés, toutes causes confondues : nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) qui ont perdu leur mère ou leur père biologiques pour n'importe quelle cause en 2007.

Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues : nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) qui ont perdu leurs deux parents pour n'importe quelle cause en 2007.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins : pourcentage d'enfants (10–14 ans) qui ont perdu leurs deux parents biologiques et qui fréquentent l'école en pourcentage des enfants non orphelins du même âge qui vivent avec au moins un de leurs parents et fréquentent l'école.

Pourcentage d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur : pourcentage d'enfants orphelins et vulnérables dont le foyer a reçu un soutien extérieur de base gratuit pour s'occuper de l'enfant.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Enfants qui ont perdu un ou leurs deux parents toutes causes confondues : estimations non publiées de l'ONUSIDA, 2008.

Enfants qui ont perdu un ou leurs deux parents à cause du SIDA : ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*.

Enfants dont le père ou la mère sont décédés, toutes causes confondues : estimations non publiées de l'ONUSIDA, 2008.

Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues : estimations non publiées de l'ONUSIDA, 2008.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2009.

Pourcentage d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2009.

NOTES

– Données non disponibles.

* Les données renvoient à l'année la plus récente disponible durant la période spécifiée dans l'en-tête de la colonne.

** Indicateur de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée au VIH/SIDA (2001).

p La proportion d'orphelins (10–14 ans) qui fréquentent l'école est basée sur de petits dénominateurs (en général 25–49 cas non pondérés).

y Les données renvoient à des années ou des périodes autres que celles spécifiées dans l'en-tête de la colonne, différent de la définition standard ou renvoient seulement à une partie d'un pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

† Les moyennes régionales sont calculées uniquement pour la population représentant 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

b/ Les moyennes régionales estimatives concernent 2008 et se basent sur la mise à jour de *Le Point sur l'épidémie de SIDA 2009* (à venir à l'heure où nous mettons sous presse). Les estimations révisées par pays sont attendues en 2010.



© UNICEF/NH02008-0666/Assefin

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

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

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

Fonds des Nations Unies pour la population
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : (+1 212) 297-5146
www.unfpa.org

Visitez le site Internet de *Unissons-nous pour les enfants,
contre le SIDA* : www.uniteforchildren.org
ou contactez-nous par courriel : aidscampaign@unicef.org

15 dollars É.-U.
No. de vente : F09.XX.23

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Décembre 2009

ISBN 978-92-806-4475-3



9 789280 644753