



Enfants et SIDA

Cinquième bilan de la situation, 2010

UNISSONS-NOUS POUR LES ENFANTS
CONTRE LE SIDA



ENFANTS ET SIDA : CINQUIÈME BILAN DE LA SITUATION, 2010

Ce cinquième bilan de la situation sur les enfants et le SIDA est dédié à la mémoire de Thembi Ngubane.

Photo de couverture : Thembi Ngubane, à 19 ans, aux côtés de son petit ami et de leur fille de 16 mois, devant la maison de Thembi, au Cap (Afrique du Sud). À 17 ans, Thembi est tombée enceinte et a décidé de faire un test de dépistage du VIH après avoir appris qu'un de ses anciens petits amis était malade. C'est ainsi qu'elle a découvert qu'elle était séropositive. Elle s'est alors inscrite à un programme de PTME. L'enfant qu'elle a mis au monde n'est pas infecté par le VIH. Elle s'est ensuite investie activement en tant qu'éducatrice auprès de ses pairs, en faisant la promotion des services de prévention chez les jeunes. En 2006, la National Public Radio des États-Unis a diffusé un documentaire sur Thembi et l'histoire de son combat contre la maladie. Elle est décédée en 2009, à l'âge de 24 ans, après avoir été atteinte d'une forme de tuberculose résistante aux médicaments.

© UNICEF/NYHQ2006-1376/Pirozzi

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'UNDOC, 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/french/publications/index.html>.

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

ISBN : 978-92-806-4553-8

No. de vente : F.10.XX.9

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---------|---|
| Page 1 | I. Introduction |
| Page 5 | II. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant |
| Page 11 | III. Prise en charge et traitement pédiatriques |
| Page 17 | IV. Prévention de l'infection chez les adolescents et les jeunes |
| Page 22 | V. Protection, prise en charge et soutien des enfants touchés par le VIH et le SIDA |
| Page 28 | VI. Appel à l'action |
| Page 31 | Références |
| Page 34 | Annexe : À propos des données |
| Page 36 | Objectif 1 : Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays à revenu faible et intermédiaire |
| Page 39 | Objectif 2 : Procurer un traitement pédiatrique dans les pays à revenu faible et intermédiaire |
| Page 43 | Objectif 3 : Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes |
| Page 46 | Objectif 4 : Protéger et soutenir les enfants touchés par le VIH et le SIDA |



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUSIDA
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**



I. INTRODUCTION

Depuis presque trente ans, le VIH et le SIDA dévastent la vie de personnes et de familles entières, qui sont confrontées à des décès tragiques prématurés et doivent assumer un lourd fardeau médical, social et financier. Bien que le cas particulier des enfants ait toujours eu sa place dans la gamme des besoins liés au VIH, il a été quelque peu occulté par l'ampleur de l'épidémie parmi la population adulte.

Cependant, grâce à l'accès à davantage d'informations et à des mesures accélérées, le destin des enfants confrontés à l'épidémie du SIDA est en train de changer.

Aujourd'hui, la question des enfants n'est plus éclipsée par le problème omniprésent du VIH et du SIDA dans son ensemble et les enfants tiennent désormais une place centrale dans les stratégies et les actions destinées à prévenir et à traiter l'épidémie. On estime toujours à plus de 1 000 le nombre de nouveau-nés atteints du VIH qui voient le jour quotidiennement. Nombre d'entre eux mourront avant leur deuxième anniversaire s'ils ne reçoivent aucun traitement¹. Des mères meurent toujours du virus. Des adolescents continuent à être infectés par le VIH par manque de connaissance sur le sujet et par manque d'accès aux services de protection, et les personnes porteuses du virus depuis leur naissance doivent se battre pour concilier passage à l'âge adulte et séropositivité.

Cependant, les actions de sensibilisation et les investissements réalisés en faveur des enfants ont porté leurs fruits et l'objectif d'une élimination quasi-totale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2015 semble pouvoir être atteint. Ainsi, en 2005, seulement 15 % des femmes enceintes séropositives issues de pays à revenu faible et intermédiaire ont reçu un traitement antirétroviral de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME); en 2009, ce chiffre est passé à 53 %². De même, en 2005, seuls 75 000 enfants de moins de 15 ans porteurs du virus ont bénéficié d'un traitement antirétroviral. Aujourd'hui, ils sont environ 356 400, soit 28 % des enfants infectés³. En 2005, 5,2 millions de jeunes de 15 à 24 ans vivaient avec le VIH; leur nombre est désormais estimé à 5 millions⁴. Avant 2005, dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les enfants dont les deux parents étaient morts du SIDA étaient bien moins susceptibles d'être scolarisés que les enfants non orphelins. Aujourd'hui, dans la plupart des endroits, ils ont presque les mêmes chances de pouvoir aller à l'école⁵.



© UNICEF/NYHQ2009-0747/Nesbitt

Les efforts destinés à améliorer la prise en charge des enfants sont, bien sûr, étroitement liés à la question de la lutte contre le SIDA dans sa globalité. Les actions de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien menées auprès des enfants atteints du SIDA ont contribué au développement d'une meilleure approche (et à l'obtention de meilleurs résultats) dans plusieurs domaines. Pour n'en citer que quelques-uns : besoin et obtention de traitements chez les femmes destinés à leur propre santé; détection de nouvelles infections chez les adultes dans le cadre de services de PTME; rôle des pères et des hommes en général dans la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH; intervention auprès des populations exclues de la société; meilleure focalisation sur les systèmes d'aide sociale et de protection de l'enfance; et accroissement de l'attention portée à la vulnérabilité des filles et des jeunes femmes.

Cependant, pour chaque problème résolu ou chaque progrès réalisé, de nouveaux défis et contraintes ont émergé. Les services de PTME existent bel et bien, mais leur potentiel n'est pas pleinement exploité. Des progrès ont été accomplis vers la réalisation des objectifs fixés, mais ils se répartissent inégalement. Davantage d'enfants peuvent bénéficier d'un dépistage dès leur plus jeune âge, mais les parents ne récupèrent pas toujours les résultats des tests, les enfants ne sont pas forcément inscrits à un programme de traitement et beaucoup d'entre eux risquent de décéder. Il est donc essentiel d'aborder la question de manière plus approfondie.

Au fur et à mesure que la lutte contre le SIDA progresse, il devient nécessaire de s'interroger sur la question émergente et parfois complexe de la « deuxième génération », afin de garantir qualité, couverture et équité et de stimuler la demande de services, permettant ainsi d'ouvrir aux enfants, et à tout le monde, l'accès universel aux services de lutte contre le SIDA. L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant exige que l'on adopte une approche holistique venant s'inscrire dans les programmes d'accompagnement général en santé maternelle et du nouveau-né et garantissant un impact significatif.

- Les systèmes de santé maternelle et infantile doivent être opérationnels et disposer de tous les services nécessaires à un suivi efficace des femmes enceintes infectées par le VIH et de leurs bébés.

Tableau 1 : statistiques clés, 2005 et 2009

| | 2005 | | 2009 | |
|---|------|------------------------|------|------------------------|
| | % | Nombre | % | Nombre |
| Femmes enceintes séropositives nécessitant un traitement ARV au titre de la PTME | 15 | 1 500 000 (estimation) | 53 | 1 400 000 (estimation) |
| Femmes dont l'éligibilité au traitement ARV est évaluée pour leur propre santé | – | – | 51 | 457 000 |
| Nourrissons bénéficiant d'un diagnostic précoce | – | – | 6 | 88 200 |
| Nourrissons recevant un traitement prophylactique | 12 | 173 200 | 35 | 483 300 |
| Enfants de moins de 15 ans recevant un traitement ARV | 7 | 75 000 | 28 | 356 400 |
| Enfants de moins de 15 ans nécessitant un traitement ARV | – | 1 000 000 (estimation) | – | 1 270 000 (estimation) |
| Début de la prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant la naissance | – | – | 14 | 187 500 |
| Jeunes (15–24 ans) vivant avec le VIH | – | 5 200 000 (estimation) | – | 5 000 000 (estimation) |
| Nouvelles infections chez les jeunes (15–24 ans) | – | – | – | 890 000 (estimation) |

Note : les statistiques présentées dans ce tableau concernent les pays à revenu faible et intermédiaire, à l'exception des données sur les jeunes (15–24 ans) vivant avec le VIH, qui reflètent la tendance au niveau mondial. Les nombres indiqués correspondent aux cas signalés, sauf lorsqu'il est précisé qu'il s'agit d'une estimation.

Sources principales : OMS, ONUSIDA et UNICEF : *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2010*, OMS, Genève, septembre 2010.

Sources complémentaires : le nombre de femmes enceintes séropositives nécessitant un traitement ARV au titre de la PTME provient de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNICEF : *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2007*, OMS, Genève, avril 2007. Le nombre de nourrissons recevant un traitement prophylactique provient de l'OMS et de l'UNICEF : *A Report Card on Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV/AIDS and Paediatric HIV Care and Treatment in Low- and Middle-Income Countries: Progress on scaling up, 2004–2006*, OMS, Genève, novembre 2007. L'estimation du nombre de jeunes vivant avec le VIH provient de l'ONUSIDA, 2010.

- Les familles doivent être en mesure de s'acquitter des frais de transport nécessaires à ce que leurs enfants se rendent dans les cliniques pour les visites de suivi, et d'acheter ou de produire la nourriture indispensable à la bonne santé de leurs enfants.
- Il est nécessaire de définir précisément la mission du personnel soignant et de proposer à ce dernier des mesures incitatives concernant l'intégration et la liaison des services de santé, ainsi que la délégation des tâches pour accroître l'efficacité du personnel soignant là où les systèmes de santé disposent de ressources limitées.
- Afin de réduire la vulnérabilité bien plus marquée des filles et des femmes face au VIH par rapport aux hommes, il est nécessaire de s'attaquer aux rôles traditionnellement tenus par les femmes, à l'inégalité des sexes, à la violence sexiste et à l'existence d'obstacles à l'accès aux services de santé.
- Il est nécessaire de décrypter et de cerner les codes culturels ancrés dans les populations en termes de négociation des pratiques sexuelles entre les hommes et les femmes et parfois, de les modifier⁶; les vecteurs sociaux et structurels de la transmission du VIH doivent être pris en compte, en parallèle des interventions biomédicales, afin d'obtenir un impact positif durable sur la prévention.
- Il faut trouver un moyen durable de fournir une prise en charge et un traitement à vie à tous les enfants; toute une génération d'adolescents vivant avec le VIH arrive à l'âge adulte et a besoin de nouveaux repères en termes de prévention, de prise en charge et de soutien, qui répondent à leurs besoins spécifiques.
- Les obstacles à l'accès aux mesures préventives de la co-infection tuberculose (TB)-VIH chez les enfants (et leurs parents) doivent être dépassés; parmi ces mesures, on compte le traitement préventif à l'isoniazide et l'élargissement du traitement antirétroviral (ARV).

- Les jeunes doivent prendre part à la lutte contre le SIDA, étant donné le rôle essentiel qu'ils jouent dans l'évolution des comportements et le recours aux services de lutte contre la maladie.

Il ne s'agit là que de quelques-uns des nombreux exemples montrant comment les initiatives de préservation et d'amélioration de la vie des femmes et des enfants s'inscrivent maintenant dans des programmes et des politiques qui s'attaquent aux fondements mêmes du développement. Ils indiquent la voie à suivre pour que la lutte contre le SIDA occupe la place nécessaire et spécifique qui lui est due dans les efforts menés à l'échelle nationale pour réaliser non seulement l'OMD 6 (arrêter et faire reculer l'épidémie du VIH), mais également tous les autres Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Équité : l'accès universel, ou comment toucher les populations les plus inaccessibles

Si, de manière générale, les enfants ont considérablement bénéficié des importants progrès réalisés en termes de lutte contre le SIDA, des millions de femmes et d'enfants ont été lésés en raison de l'existence d'inégalités liées au sexe, la situation économique, la situation géographique, le niveau d'éducation et le statut social.

Les femmes, enfants et adolescents vivant dans la pauvreté, en zones rurales ou en marge de la société devraient avoir les mêmes possibilités d'accès aux services de lutte contre le SIDA que les personnes aisées, vivant en zones urbaines, ayant été scolarisées et appartenant à la masse dominante. Les stratégies élaborées en vue d'atteindre uniquement les populations les plus accessibles ne peuvent être entièrement satisfaisantes. Toute personne, où qu'elle se trouve, a le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Malheureusement, dans le domaine de la lutte contre le SIDA, tout comme dans d'autres domaines visés par les OMD, les progrès globaux constatés vers la réalisation des objectifs masquent souvent des inégalités sous-jacentes.

Des données sur les différentes régions du monde indiquent des inégalités entre les populations rurales et urbaines, ainsi que des disparités liées à la pauvreté ou à des facteurs sociaux tels que la dépendance financière des femmes et le manque d'accès des jeunes aux services. Parmi les indicateurs de santé les plus susceptibles de refléter ces

inégalités, on compte : le nombre de femmes effectuant des visites prénatales auprès de personnel médical qualifié, la proportion d'accouchements à domicile et d'assistance spécialisée lors de l'accouchement, et la proportion de besoins de contraception non couverts⁷. L'enregistrement des naissances est un autre indicateur affichant d'importantes disparités. Les services de santé maternelle et procréative correspondant à ces inégalités constituent donc des points d'entrée essentiels pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH.

Les systèmes de santé doivent être renforcés pour garantir une action plus durable et efficace, et l'offre de services de dépistage du VIH et d'accompagnement des malades doit augmenter de manière significative en vue de réaliser les objectifs d'accès universel. Cependant, à eux seuls, ces éléments ne sont pas suffisants pour assurer accès et équité. En réalité, on a constaté qu'en ne faisant que fournir des ressources supplémentaires aux systèmes de santé existants, on pouvait exacerber les inégalités en matière de santé entre riches et pauvres⁸. On peut aller à l'encontre de cette tendance en investissant dans les systèmes de protection sociale, facilitant ainsi l'accès des femmes et des enfants aux services.

État des connaissances : on dispose d'une grande quantité d'éléments sur les enfants et le SIDA

Malgré de nombreuses lacunes, la base de connaissances sur les enfants et le SIDA s'est considérablement enrichie en seulement quelques années. L'ensemble de données scientifiques et d'évaluations de programmes s'est étoffé et permet maintenant de définir des tendances claires sur la manière précise dont les pays peuvent parvenir à l'accès universel.

En 2010, l'analyse d'une quantité importante de données a amené l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à revoir ses directives quant à l'utilisation d'antirétroviraux dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et quant au recours aux traitements ARV pour les adultes et adolescents et pour les enfants et nouveau-nés⁹. Ces directives constituent une nouvelle norme de traitement fondée sur des schémas posologiques extrêmement efficaces. De nouvelles directives sur l'alimentation des nourrissons dont la mère est porteuse du virus vont dans le même sens que la recommandation de l'OMS selon laquelle, dans les pays où l'allaitement maternel constitue le moyen d'alimentation le plus sûr, les enfants exposés au VIH doivent être allaités au sein pendant au moins 12 mois avec une prophylaxie antirétrovirale adaptée. L'OMS recommande également l'intensification du dépistage de la TB ainsi que du traitement préventif à l'isoniazide pour les personnes vivant avec le VIH¹⁰. L'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture), en collaboration avec d'autres organismes, a récemment publié le tout premier guide d'éducation sexuelle destiné spécifiquement aux enfants et aux jeunes, scolarisés ou non¹¹. D'autre part, l'UNICEF et ses partenaires ont publié un document d'orientation mis à jour sur la prise en charge, la protection et le soutien des enfants touchés par le VIH/SIDA¹². De même, en 2010, l'OMS a publié un guide sur la prévention des violences conjugales et sexuelles contre les femmes, notamment les filles et les adolescentes¹³.

Cependant les directives et guides ne sauraient suffire. Il reste difficile de parler de sexualité avec les enfants, que ce soit à l'école

ou à la maison, ou des violences conjugales. Lorsque les femmes ont un accès financier limité, cela se répercute sur leur degré d'indépendance. De plus, la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH (ou dont le comportement les expose particulièrement à une contamination) font que ces dernières se sentent rejetées et criminalisées, ce qui ne les incite pas à démarrer un traitement et à se faire prendre en charge pour bénéficier des meilleures méthodes d'accompagnement.

Le VIH doit tenir une place centrale dans les stratégies visant à accélérer le processus de réalisation des OMD en matière de santé, en particulier dans les régions les plus durement touchées d'Afrique, d'Asie du Sud et des Caraïbes et dans les zones où se concentre l'épidémie à l'échelle sous-nationale, où ce sont souvent les personnes les plus en marge de la société qui sont touchées. Il est important de démontrer en quoi la réussite de la lutte contre le VIH dépend de l'amélioration des systèmes destinés aux mères, aux enfants et aux familles, et contribue à cette dernière, et a un impact positif sur la réalisation de l'ensemble des OMD.

En Afrique subsaharienne, 9 % des cas de mortalité maternelle sont dus au VIH/SIDA¹⁴ et dans certains pays, le SIDA pèse pour beaucoup dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans. En Europe de l'Est, la stigmatisation, l'exclusion sociale et la criminalisation aggravent la détresse des femmes et des enfants qui vivent en marge de la société et augmentent leur vulnérabilité au VIH/SIDA. Dans un tel contexte, les interventions liées au VIH constituent une bonne passerelle pour travailler avec les personnes les plus marginalisées, notamment celles qui sont souvent laissées pour compte dans les campagnes de lutte contre le VIH/SIDA menées en zones urbaines¹⁵. Il est essentiel de tirer la demande vers le haut, en autonomisant les communautés grâce à une meilleure communication et en combattant la stigmatisation liée à la maladie, afin que les populations puissent bénéficier équitablement des actions menées.

L'écart persiste entre le niveau de financement nécessaire pour accélérer la réalisation des objectifs liés au VIH et le niveau de financement disponible. Les États-Unis, premier bailleur de fonds de la lutte contre le SIDA, ont incorporé le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour



l'aide à la lutte contre le SIDA (PEPFAR) à leur action globale en matière de santé mondiale. De même, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme soutient les propositions visant à renforcer les systèmes de santé en vue d'améliorer les résultats concernant ces trois maladies.

La hausse des financements destinés aux services de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, ainsi qu'aux services de santé procréative aura un impact positif considérable sur les résultats de la lutte contre le VIH/SIDA. Cependant, si les ressources sont fixes et si le nombre de personnes nouvellement éligibles à l'accès au traitement est limité, les mères dépistées lors du processus de PTME et leurs nouveau-nés, c'est-à-dire précisément les personnes ayant le plus besoin de services intégrés de meilleure qualité, pourraient être disproportionnellement désavantagées. L'intégration de services de lutte contre le SIDA dans le continuum des soins de santé destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants demande davantage d'argent, pour les services de lutte contre le SIDA comme pour les services de soins de santé généraux.

L'élimination des nouvelles infections par le VIH et des décès imputables au SIDA chez les enfants est possible, mais cela demandera une vision claire, un engagement continu et des améliorations systémiques dans le domaine des services de santé, ainsi que de profonds changements sociaux et la mise en œuvre continue de pratiques exemplaires. Dans les quatre domaines prioritaires de *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA* (les « 4P » : Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Procurer une prise en charge et un traitement pédiatriques, Prévenir la transmission chez les adolescents et les jeunes, Protéger et soutenir les enfants affectés par le VIH/SIDA), l'intégration des services de lutte contre le SIDA dans les systèmes existants sans perdre la capacité de répondre aux besoins spécifiques des enfants affectés par le SIDA s'avère être un réel défi.

Le succès des programmes de lutte contre le SIDA repose sur la volonté d'atteindre les plus pauvres, les plus marginalisés et les moins bien desservis. Cet impératif prend tout son sens dans un contexte où les ressources sont statiques et les priorités concurrentes encore plus complexes. L'objectif actuel d'une génération sans SIDA peut être atteint, mais seulement si nous accélérons le déploiement de mesures éprouvées, et si ces dernières s'inscrivent dans une approche axée sur les droits et les résultats pour toucher toutes les personnes qui en ont besoin.

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

L'élimination quasi-totale de la transmission de la mère à l'enfant, ou transmission verticale, du VIH d'ici 2015 est un objectif que l'on peut maintenant atteindre. De nombreux pays d'Afrique australe et de l'Est, d'Amérique latine, d'Asie de l'Est et d'Europe centrale et orientale sont en passe d'atteindre l'objectif d'accès universel fixé pour 2010 pour la PTME. Cependant, des niveaux élevés de couverture n'ont pas forcément débouché sur une faible transmission. L'objectif d'éliminer quasi-totalement la transmission verticale du virus nécessite donc de se recentrer sur les résultats et les répercussions.

L'ensemble de données scientifiques et d'évaluations de programmes s'est considérablement étoffé depuis que les premiers essais cliniques ont permis de démontrer l'efficacité des antirétroviraux dans la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Grâce à ces données, des progrès remarquables ont été réalisés en termes de services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH auprès des femmes et des enfants des pays à revenu faible et intermédiaire.

En 2010, l'OMS a revu ses directives sur la PTME, le VIH et l'allaitement, ainsi que sur les traitements antirétroviraux (ARV), demandant la mise en place de régimes antirétroviraux ultra-efficaces dans le cadre de la PTME, notamment le recours aux ARV pour les femmes enceintes nécessitant un traitement pour leur propre santé, et, pour la première fois, aux traitements prophylactiques pour les mères ou les bébés lors de l'allaitement au sein, lorsque ce dernier est considéré comme étant la solution d'alimentation la plus sûre¹⁶. Les directives révisées constituent une occasion d'obtenir des résultats encore plus spectaculaires dans la prévention de nouvelles infections par le VIH chez les nourrissons et dans l'amélioration de la santé et de la survie des mères et des enfants.

Tout aussi importantes, les données des programmes mis en place dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Amérique latine démontrent que l'accès universel aux services de PTME est possible grâce à une impulsion et un engagement politiques vigoureux, des partenariats harmonisés et l'élaboration de programmes pertinents. En mai 2010, lors d'un atelier à Nairobi organisé par le Fonds mondial, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'OMS, des représentants issus de 20 pays particulièrement touchés par l'épidémie se sont réunis pour réviser les objectifs et stratégies de la PTME, s'adapter aux directives révisées de l'OMS et reconduire les subventions octroyées dans le cadre du Fonds mondial afin de fournir des ressources supplémentaires visant à l'élimination quasi-totale de la maladie¹⁷.

Cependant, malgré des avancées considérables dans la couverture et l'utilisation des services de PTME, et malgré un élan important vers une élimination quasi-totale de la maladie, le SIDA est encore l'un des premiers facteurs de mortalité chez les femmes en âge de procréer du monde entier, et l'une des causes principales de mortalité maternelle dans les régions où l'épidémie est généralisée¹⁸. Les initiatives menées à l'échelle mondiale visant à améliorer les résultats en santé maternelle et infantile dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement 4, 5 et 6 (tels que la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'ONU, lancée en septembre 2010, et le partenariat « H4+ » dans le cadre duquel l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque mondiale et l'ONUSIDA s'engagent à réduire la mortalité maternelle et des nouveau-nés dans les pays les plus affectés) soulignent la place prioritaire de la PTME, en particulier dans les pays particulièrement éprouvés par le VIH.

Le conseil et le dépistage réguliers et volontaires de toutes les femmes enceintes constituent la base des services de PTME. La part de femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire est passée de 7 % en 2005 à 26 % en 2009. À la fin de l'année 2009, sur la totalité



©UNICEF/NVHC/2009-0738/Asstbit

En 2009, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 53 % des femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement ARV afin d'empêcher la transmission du virus de la mère à l'enfant, contre 45 % en 2008²¹. En Afrique subsaharienne, ce chiffre est passé de 45 % en 2008 à 53 % en 2009. C'est en Afrique australe et de l'Est que l'on a constaté l'une des hausses les plus importantes : en effet, ce chiffre est passé de 58 % en 2008 à 68 % en 2009. En Afrique centrale et de l'Ouest, pour la même période, on est passé de 16 % à 23 %²².

Environ un tiers des nourrissons nés de mères séropositives reçoivent un traitement ARV pour la PTME. Le taux de couverture n'a que légèrement augmenté, passant de 32 % en 2008 à 35 % en 2009 dans les pays à revenu faible et intermédiaire²³. Pour de nombreux pays, l'objectif à atteindre en termes d'accès universel consistait à couvrir 80 % des besoins, aussi bien pour le dépistage du VIH que pour la mise à disposition de traitements ARV ultra-efficaces pour la PTME. Pour réussir à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il est nécessaire de mettre en œuvre des efforts plus importants (dépistage universel et couverture d'au moins 95 % des besoins en traitements ARV pour la PTME), en particulier dans les pays où l'épidémie est généralisée.

L'ONUSIDA a fait de la PTME l'une de ses priorités et a demandé l'élimination quasi-totale de la transmission du virus de la mère à l'enfant d'ici 2015 (par « élimination quasi-totale », on entend que la proportion d'enfants nés de mères séropositives et infectés à la naissance soit inférieure à 5 %). Afin de garantir l'obtention de résultats et de contrôler les progrès réalisés pour atteindre cet objectif, les 10 co-parrains de l'ONUSIDA, sous la direction de l'UNICEF, de l'OMS et de l'ONUSIDA, ont élaboré un plan de mise en œuvre pour la PTME définissant trois objectifs audacieux à réaliser d'ici 2011 dans 10 des 22 pays comptant le plus de femmes enceintes séropositives au VIH : parvenir à une couverture d'au moins 80 % en termes de traitements ARV pour la PTME; fournir un traitement ARV à au moins 50 % des femmes enceintes séropositives éligibles à un traitement pour leur propre santé, en accord avec les directives de l'OMS de 2010; et réduire de 50 % les besoins actuels non satisfaits de planification familiale chez toutes les femmes²⁴.

Il sera nécessaire, pour réaliser le nouvel objectif consistant à éliminer quasi-totalement la maladie, de mettre en œuvre intégralement l'approche globale des Nations Unies pour la PTME, comprenant notamment la prévention primaire de la transmission du VIH chez les femmes en âge de procréer; la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives; la prévention de la transmission du VIH des mères à leurs enfants; et la mise à disposition de services de traitement, de prise en charge et de soutien appropriés pour les femmes séropositives et leurs enfants et familles.

La prévention de nouvelles infections au VIH chez les femmes en âge de procréer et la satisfaction de la totalité des besoins de planification familiale chez les femmes séropositives au VIH sont deux éléments essentiels de la PTME. Ils font pourtant l'objet d'une attention limitée en raison de l'absence d'orientation claire et de ressources appropriées. Jusqu'à aujourd'hui, la plupart des programmes se sont concentrés en priorité sur le conseil et

des pays à revenu faible et intermédiaire, 27 avaient déjà atteint l'objectif pour 2010 fixé lors de l'UNGASS (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA) consistant à permettre à 80 % des femmes enceintes d'avoir accès à des services de dépistage et de conseil¹⁹.

Dans certains pays d'Afrique subsaharienne fortement touchés (Afrique du Sud, Botswana, Namibie et Zambie) et dans certains pays d'Europe centrale et orientale (Fédération de Russie et Ukraine) et d'Asie de l'Est (Thaïlande), les taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes sont supérieurs à l'objectif fixé de 80 %. En Amérique latine et dans les Caraïbes, 57 % des femmes enceintes ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH en 2009, contre 29 % en 2005²⁰.

La plupart des pays présentant une prévalence faible et des épidémies concentrées continuent à chercher le meilleur moyen de diagnostiquer le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH. À cet égard, les programmes nationaux pourraient voir leur approche recentrée, ciblant les milieux présentant la plus forte prévalence et les populations clés comme les professionnels du sexe ou les consommateurs de drogues injectables, plutôt que de dépister toutes les femmes bénéficiant de soins prénatals.

le dépistage du VIH, ainsi que sur la mise à disposition de traitements ARV pour la PTME.

Élimination quasi-totale : comment mieux faire ce que nous savons déjà faire

Les expériences des différents pays ont montré que pour atteindre l'objectif d'éliminer quasi-totalement la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il est nécessaire de combler les écarts en termes de couverture géographique, d'efficacité et de qualité, ainsi que les écarts de demande de services de PTME. Tout ceci exige une meilleure utilisation des ressources existantes, de nouveaux investissements et une nouvelle approche quant à la prestation de services.

Des facteurs comme la situation en zone rurale ou le niveau de revenu peuvent entraver l'accès aux services de PTME, et les inégalités d'accès engendrées constituent un obstacle clé à l'accès universel dans les pays à revenu faible et intermédiaire. De nombreux pays touchés par des épidémies généralisées ont commencé à mettre en place des programmes de PTME dans des établissements sanitaires disposant des ressources humaines et matérielles pour fournir ces services. Ils doivent maintenant essayer de trouver comment étendre et intégrer ces services au niveau des soins de santé primaires dans les services de santé maternelle et infantile, ce qui sera un critère important pour parvenir à l'accès universel.

La décentralisation efficace des services doit s'accompagner d'une délégation de responsabilités et de pouvoirs aux équipes de gestion infra-

nationales. L'Afrique du Sud a récemment entamé un processus de décentralisation et de délégation à l'échelle nationale vers les centres de soins de santé primaires, au titre de sa stratégie centrale pour la PTME. En 2009, la Côte d'Ivoire, avec l'aide de l'UNICEF, a évalué le coût d'un plan national de transposition à plus grande échelle assorti d'objectifs quantifiés. À la suite de cela, les 83 districts de santé des 19 régions du pays ont élaboré des plans d'action intégrés comprenant la PTME, la prise en charge et le traitement pédiatriques du VIH et d'autres mesures visant à favoriser la survie des enfants.

Des interventions de qualité sont la pierre angulaire de l'élimination quasi-totale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Les directives révisées de l'OMS sur la PTME, le VIH et l'allaitement, ainsi que les traitements ARV sont un appel à l'amélioration de la qualité des services de PTME. Afin de fournir des services dont la qualité permet de faire passer les taux de transmission de la mère à l'enfant sous la barre des 5 %, il convient d'améliorer l'évaluation immunologique de toutes les femmes enceintes séropositives pour leur éligibilité à un traitement ARV grâce à la numération des CD4, de proposer des schémas de traitements ARV ultra-efficaces pour la PTME, de promouvoir des pratiques plus sûres en matière d'allaitement et de soutenir le diagnostic précoce des nourrissons entre 6 et 8 semaines, qui doit être suivi d'un traitement ARV pour les enfants infectés au VIH.



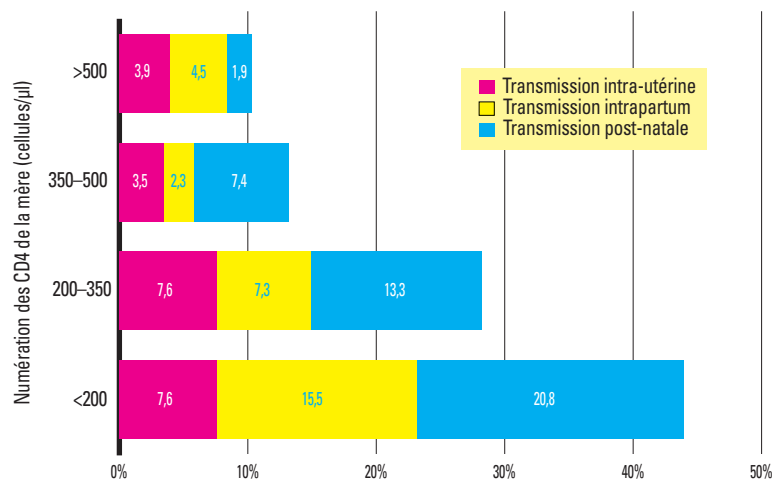
Les pays sont en train de modifier leurs directives nationales afin qu'elles reflètent les nouvelles directives internationales, mais certains d'entre eux rencontrent encore des difficultés pour passer à des schémas de traitements ARV ultra-efficaces. Par exemple, en 2009, l'Inde, la République démocratique du Congo et le Zimbabwe avaient toujours recours à l'administration d'une dose unique de névirapine comme traitement prophylactique antirétroviral principal pour la PTME. Ils sont désormais en train d'adopter les nouvelles directives internationales²⁵.

Les femmes enceintes séropositives se trouvant à un stade avancé de la maladie présentent un risque plus élevé de transmettre le virus à leurs enfants. Une étude réalisée récemment en Zambie a révélé des taux plus élevés de transmission du virus de la mère à l'enfant chez les femmes éligibles au traitement pour leur propre santé selon les nouveaux critères d'éligibilité de l'OMS (2010). Ces critères recommandent d'administrer un traitement aux femmes enceintes présentant des signes de maladie clinique sévère ou avancée ou une numération de CD4 égale ou inférieure à 350 cellules par millimètre cube, quels que soient les symptômes (Figure 1). L'étude a également révélé des taux élevés de mortalité maternelle : sur 100 décès maternels survenant dans les 24 mois suivant l'accouchement, 88 concernaient des femmes éligibles au traitement²⁶.

La même étude a indiqué que le fait d'administrer un traitement ARV aux femmes enceintes ayant besoin d'un traitement pour leur propre santé permettrait d'éviter 92 % des décès maternels et 88 % des infections périnatales et post-natales²⁷. Pourtant, en 2009, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, seulement la moitié environ des femmes enceintes dont le test au VIH était positif ont fait l'objet d'une évaluation quant à leur éligibilité à un traitement ARV pour leur propre santé²⁸.

La numération des CD4 a rarement lieu dans les établissements de soins primaires où la majorité des femmes viennent consulter. L'utilisation du FACS (trieur de cellules à fluorescence) pour la numération des CD4 nécessite du personnel qualifié et des équipements coûteux, et génère des frais récurrents pour les réactifs et l'entretien. Cependant, des appareils de numération

Figure 1 : taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les femmes présentant un faible nombre de CD4, pendant la grossesse, le travail et l'allaitement



Source : d'après Kuhn L., et al., 'Potential Impact of New WHO Criteria for Antiretroviral Treatment for Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission', *AIDS*, vol. 24, no. 9, 1er juin 2010, pp. 1374-1377.

des CD4 commencent à être disponibles sur site à bas prix et leur utilisation dans des établissements de niveau inférieur pourrait révolutionner la prise en charge des personnes séropositives. L'acquisition de tels équipements demande une validation rapide sur le terrain, tenant compte de questions essentielles, telles que le contrôle de la gestion, l'assurance qualité, le renforcement des capacités et les besoins en ressources humaines, ainsi que les frais récurrents d'entretien des appareils²⁹.

L'élimination quasi-totale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant nécessite un accès équitable à des schémas de traitement ARV plus efficaces. Cela impliquerait alors d'établir des passerelles entre les différents domaines d'intervention : VIH et SIDA; santé sexuelle et procréative; services de santé et de survie maternelle, néonatale et de l'enfant (dont la nutrition et la vaccination), et prévention et traitement du paludisme et de la TB.



© UNICEF/NPHQ2010-1057/Meriksz

Le kit « Maman-Bébé » est une innovation qui devrait permettre d'étendre le recours à des schémas de traitement ARV plus efficaces pour la PTME. Créé par l'UNICEF et l'OMS, avec l'aide de l'UNITAID et d'autres partenaires, ce kit contient des

traitements ARV pour les femmes, du sirop de névirapine pour les nourrissons pour une période de six semaines et l'antibiotique cotrimoxazole pour les mères et les nourrissons. Il est destiné aux populations pour lesquelles il est fréquent d'accoucher à domicile ou hors des établissements de santé. Son utilisation peut permettre de limiter les ruptures de stock et de mieux associer les prestataires de services de santé aux programmes de prise en charge des femmes enceintes séropositives, notamment par une meilleure observance des traitements et des soins de suivi, des visites prénatales plus précoces et plus fréquentes et la mise en place de soins post-nataux. L'introduction progressive des kits « Maman-Bébé » a débuté dans des districts pilotes du Cameroun, du Kenya,

du Lesotho et de la Zambie en 2010 et sera évaluée en vue d'une transposition à plus grande échelle en 2011.

En prenant en compte les obstacles économiques, sociaux et culturels qui empêchent les femmes d'avoir recours aux services disponibles, il est possible de faire augmenter la demande

Le fait que des services de PTME efficaces existent ne garantit pas pour autant que les femmes en bénéficient. À l'échelle mondiale, une part importante (79 %) des femmes enceintes effectuent au moins une visite prénatale³⁰. Cependant, cette proportion diminue au fil de la grossesse, et un nombre moins élevé de femmes effectuent au moins quatre visites prénatales ou accouchent dans un établissement de santé. Cette tendance à la baisse se reflète dans les programmes de PTME. Par conséquent, une part importante des femmes enceintes séropositives au VIH ne bénéficient pas de l'ensemble des services et interventions nécessaires à leur bon état de santé et à la protection de leur enfant contre le VIH.

Dans plusieurs pays présentant des épidémies de VIH généralisées et où les services de PTME sont disponibles dans la plupart des services de soins prénatals et d'accouchement (Afrique du Sud, Botswana, Namibie et Swaziland), le taux de recours au dépistage du VIH dépasse les 80 %³¹. Dans d'autres pays, bien que la couverture des traitements ARV pour la PTME soit relativement élevée dans les établissements de santé parmi les femmes ayant été diagnostiquées comme infectées au VIH (comme en Éthiopie), la majorité des femmes enceintes ne bénéficient pas de ces traitements, car seulement une part limitée d'entre elles réalisent des visites prénatales et accouchent dans des établissements de santé. Elles ne sont donc même pas diagnostiquées comme porteuses du virus et donc nécessiteuses de soins.

Différents facteurs sociaux, culturels et économiques entravent encore le recours aux services de PTME là où les ressources sont limitées. Parmi ces barrières, on compte le coût élevé des services de soins prénatals et d'accouchement, de longs délais d'attente, l'incapacité de payer les frais de transport vers les centres de santé, le manque de soutien du conjoint et la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Des études réalisées au Cambodge et en Zambie ont révélé

que les frais engendrés, la distance, l'absence de transports et la mauvaise qualité des soins constituaient des obstacles à la capacité et à la volonté des femmes d'accoucher dans une clinique³². De même, les frais engendrés ne permettaient pas aux femmes d'avoir recours aux services de maternité au Malawi; l'introduction de services de maternité gratuits dans un hôpital rural en 2005–2007 a entraîné une hausse du nombre de visites prénatales de 42 % et une augmentation du taux d'accouchements à l'hôpital chez les femmes ayant reçu un suivi prénatal³³. En Inde et dans d'autres pays, la stigmatisation s'est avérée constituer un frein au recours par les femmes aux services de PTME disponibles³⁴.

Les femmes recevant des informations sur la PTME dans des établissements de santé sont souvent obligées de prendre rapidement des décisions concernant le dépistage du VIH et les traitements ARV pour la PTME à de nombreux stades. Cette situation est d'autant plus complexe chez les adolescentes enceintes, qui peuvent être confrontées à l'isolement, à la discrimination et à un environnement hostile dans les centres de santé, ainsi qu'à des obstacles juridiques quant au dépistage et à la prise de décisions concernant leur santé. Les besoins spécifiques des adolescentes dans le contexte de la PTME au sein des établissements de santé, des écoles et au niveau communautaire requièrent une attention particulière, tout comme les besoins des femmes enceintes consommant de la drogue ou travaillant dans l'industrie du sexe. Différentes stratégies peuvent contribuer à répondre aux besoins des adolescentes, notamment : retarder l'âge du mariage et du premier rapport sexuel, élaborer des programmes visant à prévenir les grossesses et la transmission du VIH chez les adolescentes et favoriser la mise en place de services de santé adaptés aux adolescentes.

L'engagement des communautés (notamment des femmes vivant avec le VIH et de leurs partenaires) est nécessaire pour parvenir à une sensibilisation accrue, créer de la demande, atténuer la stigmatisation et la discrimination, renforcer l'observance des traitements et apporter un soutien psychologique. De par le rôle central qu'ils jouent dans le recours à l'ensemble des services liés à la PTME, les hommes doivent participer à créer la demande de services de PTME et de prise en charge, de soutien et de traitement pédiatriques, et aider à la promotion et à l'accès à des services de santé élargis pour les mères, les nouveau-nés et les enfants. Le dépistage du VIH auprès des partenaires masculins, dans le cadre de démarches de dépistage et de conseil en couple, est un élément clé de la prévention des nouvelles infections du cycle suivant chez les jeunes femmes. Le dépistage et le conseil en couple ont été mis en place au Rwanda, présentant des résultats significatifs dans la réduction des infections chez les couples sérodiscordants (formés d'un partenaire séropositif et d'un partenaire séronégatif)³⁵. Cette démarche est cependant encore bien rare dans la plupart des pays.

En novembre 2007, en Inde, le Consortium sur le SIDA de l'État d'Andhra Pradesh a commencé à mettre en place un projet d'échange de conseils entre pairs afin d'améliorer les services de santé maternelle et de dépister et suivre activement les femmes enceintes séropositives et leurs bébés. Quinze personnes séropositives ont reçu une formation sur la prévention du VIH, le conseil, la collecte de données et l'établissement de rapports. Elles ont ensuite été affectées à des centres de conseil et de dépistage intégrés dans des écoles de médecine privées de 12 districts

de l'État. En décembre 2009, on constatait un accroissement de la part des femmes dépistées dans les centres ayant eu recours à la consultation des conseillers pairs (de 6 % à 35 %) et des femmes séropositives ayant accouché dans les écoles de médecine privées (de 36 % à 87 %) ³⁶.

En Zambie, de multiples interventions (prestation de services, intégration de la PTME aux établissements de santé maternelle et infantile, mobilisation des membres dirigeants des communautés et encouragement de l'implication des hommes) ont permis un accroissement significatif du recours à une large gamme de services de PTME, notamment : dépistage du VIH, conseil, réception des résultats des tests, mise en place de traitements prophylactiques antirétroviraux pour la PTME et prise en charge médicale des femmes le nécessitant. L'équité d'accès entre zones rurales et zones urbaines et l'intégration des services à tous les échelons du cycle de soins des mères et des enfants, en allant jusqu'au niveau communautaire, ont eu un impact positif ³⁷.

La mise en œuvre de nouvelles approches telles que l'assurance sociale, les transferts en espèces et les bons d'achat pour améliorer l'accès aux services de santé maternelle, des nouveau-nés et des enfants (dont la PTME) peut également participer à favoriser le recours aux services de PTME, notamment les services de suivi prénatals et post-natals.

Il est essentiel de bien appréhender les coûts engendrés par les programmes de PTME

Les directives de l'OMS de 2010 recommandant de démarrer le traitement plus tôt chez les femmes enceintes porteuses du VIH et d'avoir recours aux traitements prophylactiques antirétroviraux durant la période d'allaitement ont des retombées financières non négligeables. Le renforcement des autres composants de la PTME (tels que la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées, la promotion de pratiques d'accouchement et d'allaitement plus sûres et la mise en place de traitements de longue durée destinés aux mères pour leur propre santé) a également une incidence financière.

La Fondation Clinton a créé un outil visant à fournir des repères sur la budgétisation des différents traitements ARV recommandés dans les nouvelles directives, et l'ONUSIDA, l'OMS



© UNICEF/UGDA009527/Ochoho

et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ont modélisé les coûts de mise en œuvre des programmes. D'autres études s'intéressent aux implications financières de la mise en place de services intégrés liés au VIH et à la santé sexuelle et procréative. L'une d'entre elles est menée au Kenya, au Malawi et au Swaziland en collaboration avec la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF), la London School of Hygiene & Tropical Medicine et le Population Council, et bénéficie du financement de la Fondation Bill et Melinda Gates.

Partout, il est urgent d'optimiser les dépenses de santé et de les rendre plus efficaces. Il est notamment possible d'y parvenir en mettant en place de nouveaux mécanismes de financement destinés aux activités infra-nationales. Il est fondamental d'allouer des ressources locales conséquentes associées à des financements extérieurs pour accroître l'accès aux services liés au VIH destinés aux femmes et aux enfants, améliorer la qualité de ces services et les intégrer complètement aux systèmes de santé sexuelle et procréative. En Côte d'Ivoire et en Ouganda, on a élaboré des programmes nationaux de transposition à plus grande échelle et des plans d'action à l'échelle des districts, mais aucun système n'existe au niveau national pour faciliter l'allocation de financements de la part des donateurs et de partenaires aux structures infra-nationales afin de mettre en œuvre ces projets.

LA VOIE À SUIVRE

L'élimination de la transmission verticale du VIH nécessite d'évaluer l'impact des interventions de PTME, et pas uniquement les données entrantes et la couverture, qui ont été les principaux indicateurs jusqu'à présent. Pour répondre aux besoins des mères, des enfants et des familles, il est nécessaire de procéder à l'intégration efficace des services de santé sexuelle et procréative, de soins maternels et néonataux et de survie des enfants. Il faut également établir des liens avec des équipements sanitaires améliorés, le traitement domestique de l'eau, le lavage des mains au savon et des interventions relatives au paludisme et à la TB. Pour que les services de PTME soient efficaces et que les nouvelles directives de l'OMS puissent être appliquées, les femmes enceintes doivent utiliser les services de santé maternelle et infantile existants plus tôt et plus souvent. En soignant les parents éligibles au traitement (les plus susceptibles de transmettre le virus), on luttera également contre les maladies liées au SIDA et on retardera les décès, réduisant ainsi le nombre d'enfants orphelins et fournissant des soins améliorés pour arriver à une génération sans SIDA.

III. PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT PÉDIATRIQUES

Pour protéger les enfants et adolescents infectés par le VIH contre le SIDA et la mort, il est nécessaire de les diagnostiquer rapidement, de leur apporter une prise en charge et un traitement en temps opportun et de suivre leur progression tout en conservant leur trace. La transposition à plus grande échelle des programmes de diagnostic précoce du nourrisson a montré à la fois les promesses et les difficultés du traitement pédiatrique du VIH.

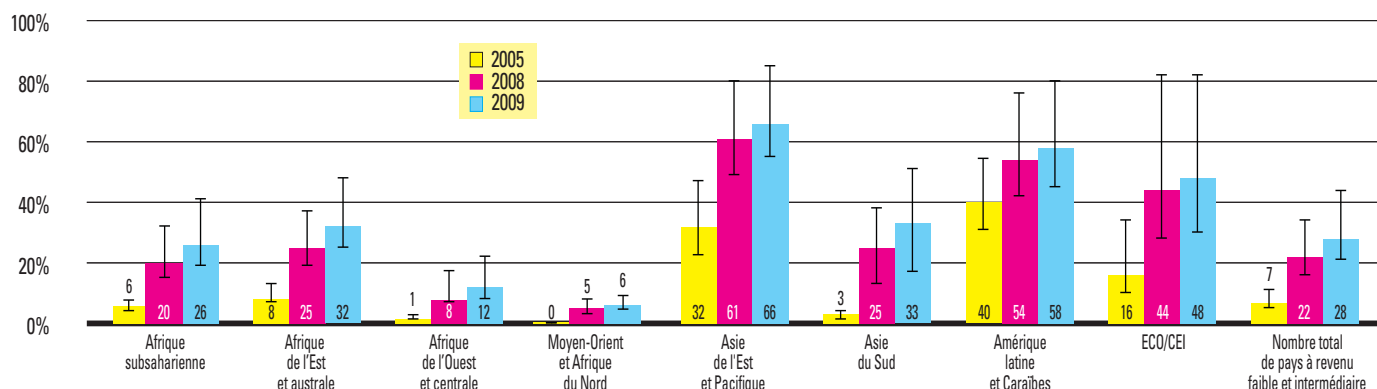
En 2010, l'OMS a publié de nouvelles recommandations selon lesquelles bien plus d'enfants porteurs du VIH (dont tous ceux de moins de 2 ans) seront directement éligibles à un traitement ARV. À la même période, de nouvelles possibilités sont apparues pour diagnostiquer les enfants séropositifs, grâce à une meilleure disponibilité du dépistage régulier du VIH chez les enfants, notamment des services de diagnostic précoce du nourrisson, et à de nouvelles orientations politiques publiées en 2010 définissant clairement les conditions requises de dépistage des nourrissons et des jeunes enfants dans les établissements de santé³⁸. On constate également une sensibilisation accrue à l'épidémie grandissante du VIH parmi les adolescents, dont un bon nombre sont porteurs du virus depuis leur naissance et sont toujours vivants.

Les nouvelles directives et l'amélioration des méthodes de dépistage chez les enfants pourraient permettre d'administrer à beaucoup plus d'enfants des traitements susceptibles de les sauver. Cependant, de nouvelles données indiquent que cette possibilité est loin d'être totalement exploitée. En 2009, 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans étaient porteurs du VIH. Bien que le nombre d'enfants vivant dans les pays à revenu faible et intermédiaire et recevant un traitement ARV soit passé de 275 300 en 2008 à 356 400 en 2009, ce nombre ne représente que 28 % des 1,27 million d'enfants dont on estime qu'ils ont besoin d'être pris en charge selon les nouvelles directives³⁹. La couverture du traitement est plus élevée chez les adultes, soit 37 %⁴⁰. Mais l'écart entre les adultes et les enfants est en fait bien plus important, car sans intervention, environ 50 % des enfants infectés par le VIH décèdent avant leur deuxième anniversaire. À l'évidence, les pays doivent redoubler d'efforts pour combler ces inégalités.

Le dépistage du VIH chez les enfants est la condition préalable à la prise en charge et au traitement

La première étape pour améliorer l'accès aux traitements est d'élargir le dépistage chez les enfants par tous les moyens possibles. Les jeunes enfants se rendent généralement beaucoup plus fréquemment dans les établissements de santé que les adultes. Les enfants porteurs du virus devraient donc être plus facilement identifiables grâce à l'offre de services de dépistage habituelle. Ainsi, il est possible d'accroître de manière significative le nombre d'enfants infectés par le VIH dépistés dans les hôpitaux, notamment dans les cliniques de niveau inférieur, comme celles proposant des

Figure 2 : pourcentage d'enfants de moins de 15 ans nécessitant un traitement antirétroviral, 2005–2009



Note : la barre indique la marge d'incertitude dans l'estimation.

Source : OMS, ONUSIDA et UNICEF : Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2010, OMS, Genève, septembre 2010.

services de vaccination, et dans le cadre de programmes communautaires s'adressant aux enfants souffrant de malnutrition grave.

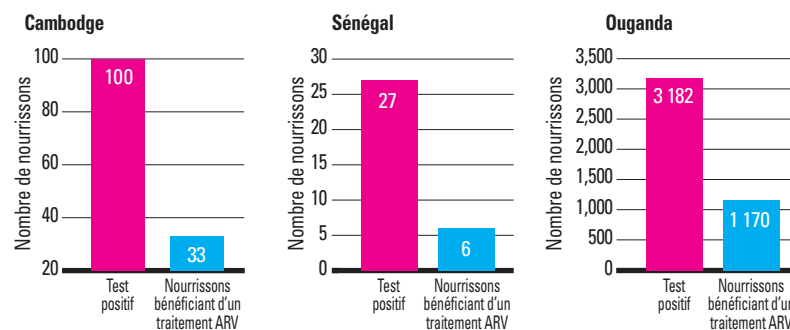
Une autre stratégie permettant de diagnostiquer de nouveaux cas consiste à procéder au dépistage proactif des enfants dont les parents sont inscrits dans des services de prise en charge et de traitement du VIH et des frères et sœurs des enfants inscrits à des programmes de PTME. Plusieurs programmes mettant en œuvre de telles stratégies ont permis d'augmenter considérablement le nombre d'enfants bénéficiant d'un traitement. Les efforts mis en œuvre pour optimiser le dépistage du VIH chez les enfants en utilisant différentes méthodes, comme décrit ci-dessus, permettent de diagnostiquer un nombre bien plus important d'enfants séropositifs.

Les professionnels de la santé intervenant à tous les stades de la prise en charge doivent être informés de l'urgence de diagnostiquer les enfants séropositifs et doivent disposer des ressources nécessaires pour jouer le rôle primordial qui est le leur, qui consiste à garantir que les enfants aient régulièrement l'occasion de procéder à un dépistage du VIH. Étant donné la grave pénurie d'infirmiers et d'autres cliniciens dans de nombreux établissements de santé, la délégation des tâches (ou le recours à des conseillers non professionnels pour le dépistage et le conseil) peut permettre d'atteindre beaucoup plus d'enfants. Au Malawi, le recours à des conseillers non professionnels pour mettre en œuvre un algorithme de dépistage systématique du VIH en huit étapes simples a permis de faire passer la part d'enfants dépistés de 6 % à environ 65 %, et de faire considérablement augmenter le nombre d'enfants inscrits à des programmes de traitement⁴¹.

Le dépistage et le traitement précoces sont essentiels à l'amélioration de la survie des nourrissons et à la réduction des troubles neurocognitifs et des retards du développement, pouvant être provoqués par répllication virale dans le cerveau avant le début du traitement. Cependant, le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons requiert un examen virologique ne pouvant généralement pas être effectué sur place. Si la disponibilité des services de diagnostic précoce du nourrisson s'est considérablement améliorée dans de nombreux pays, la couverture dans les pays à revenu faible et intermédiaire ne s'élève toujours qu'à 6 %⁴².

Il faut donc renforcer le suivi des nourrissons exposés au VIH (de la PTME jusqu'aux services de santé de l'enfant) afin de garantir un

Figure 3 : traitement ARV des nourrissons séropositifs au VIH



Source : analyse de l'UNICEF des données collectées par le Ministère de la santé entre août et décembre 2009.

diagnostic et une prise en charge précoces. Des données issues d'une étude concernant plusieurs pays indiquent qu'environ un quart à un tiers des nourrissons séropositifs ont bénéficié d'un traitement ARV (Figure 3). Certains d'entre eux n'ont jamais reçu les résultats de leur test de dépistage, ce qui reflète bien le manque de mécanismes efficaces permettant aux nourrissons d'avoir accès aux traitements et aux services⁴³.

Ces données indiquent clairement que les investissements réalisés dans le domaine du diagnostic précoce du nourrisson ne doivent pas uniquement être dirigés vers les systèmes de laboratoire. On doit redoubler d'efforts pour réduire le nombre de personnes perdues de vue en améliorant la planification des soins, le conseil, la prise en charge et le suivi conjoint de la mère et de son enfant dans les établissements de prestation de services et dans les communautés environnantes. Il faut procéder à un changement fondamental intégrant le diagnostic précoce du nourrisson et les autres services à une démarche plus globale d'amélioration de la prise en charge des nourrissons exposés au VIH. À titre d'exemple, on peut faire appel aux agents de santé communautaires pour qu'ils s'assurent que les résultats des tests de dépistage sont bien compris et qu'ils facilitent l'observance du traitement.

L'Ouganda et d'autres pays sont déjà en train de prendre des mesures pour résoudre ces problèmes. Nombre des établissements de ces pays ont alors réalisé des améliorations remarquables en termes de prise en charge et de mise en place de soins et de traitements⁴⁴. Des innovations telles que l'envoi des résultats des tests de dépistage par SMS aux établissements de santé et aux mères sont également prometteuses et de nouvelles techniques de diagnostic sur les lieux de soins pour le diagnostic précoce du nourrisson se dessinent à l'horizon; quelques-unes seront testées sur le terrain en 2011. L'accélération de l'évaluation et de l'expansion de ces innovations viendra compléter les autres actions visant à réduire le nombre de cas de nourrissons perdus de vue.

La suppression des obstacles systémiques, sociaux et financiers peut permettre d'améliorer l'accès aux traitements et les résultats obtenus chez les enfants

Afin de parvenir à l'accès universel aux traitements, les établissements administrant ces derniers devront décentraliser leurs services vers des établissements de niveau inférieur se trouvant au sein ou à proximité des communautés. Les centres

de santé maternelle et infantile constituent des lieux parfaitement adaptés. Si les prestataires reçoivent une formation adéquate, les traitements pédiatriques peuvent être décentralisés vers des centres de santé de niveau inférieur. Le manque de prestataires qualifiés dans le domaine du traitement pédiatrique reste pourtant l'une des barrières les plus fréquentes limitant l'accès des enfants aux traitements.

Les avancées réalisées dans la décentralisation des traitements pédiatriques vers des établissements de niveau inférieur et dans la formation des prestataires dans tous les établissements de traitement du VIH pour les nourrissons, les enfants et les adultes, ont été excessivement lentes. Dans de nombreux cas, le traitement ARV pédiatrique est relégué aux établissements spécialisés situés en zones urbaines ou dans les centres les plus importants en termes de volume. Les programmes nationaux doivent contrôler de manière plus rigoureuse la part des enfants par rapport aux adultes inscrits dans des établissements spécifiques, et ils doivent comporter des mesures vigoureuses permettant de garantir que les établissements présentant une part faible d'enfants dans leurs programmes de traitement remédient à ce problème. Le fait d'utiliser un modèle de soin centré sur la famille caractérisé par une prestation de services simplifiée dans la prise en charge des mères, de leurs enfants et de leurs familles peut être un moyen de favoriser l'inscription et la rétention dans les programmes.

Une évaluation récente de l'observance des traitements ARV chez les enfants des pays à revenu faible et intermédiaire a révélé que l'observance était aussi bonne, voire meilleure, que dans les pays riches⁴⁵, dissipant tout argument selon lequel l'expansion du traitement ARV pédiatrique devrait être limité en raison des problèmes d'observance. Cependant, d'importantes inégalités persistent quant aux taux de mortalité et de perte de vue des malades selon les établissements et les régions. Les établissements d'Afrique de l'Ouest présentent les pires résultats : 9 % des enfants meurent dans les 18 mois suivant le début du traitement et 24 % sont perdus de vue⁴⁶. Ces mauvais résultats étaient en partie dus au fait que dans certains programmes, les familles devaient payer elles-mêmes les tests de laboratoire, ce qui montre bien l'importance de continuer à travailler à l'élimination des frais dans les lieux de soins.

Les enfants séropositifs co-infectés par la TB présentent des résultats particulièrement



© UNICEF/NYHQ2009-0317/Nesbitt

mauvais. Le taux de mortalité est bien plus élevé chez ces enfants durant le traitement de la TB que chez les enfants non porteurs du VIH également infectés par la TB. Afin d'améliorer les résultats, il est maintenant recommandé d'administrer en même temps le traitement de la TB et le traitement ARV, plutôt que d'attendre la fin du premier pour commencer le second.

La probabilité que les femmes atteintes de la TB transmettent l'infection de la TB à leurs bébés est forte, ce qui accroît le risque de mortalité chez ces derniers, en particulier ceux porteurs du VIH. Une étude menée à Pune (Inde) a indiqué que par rapport à des femmes n'étant pas atteintes de la TB, les probabilités de décès étaient multipliées par 2,2 chez les femmes séropositives atteintes de la TB et par 3,4 chez leurs bébés⁴⁷. Les nourrissons nés de mères infectées par la TB sont confrontés à la double menace d'une transmission verticale et d'une transmission horizontale de la TB, et présentent des taux supérieurs de retard de croissance intra-utérin, de naissance prématurée et d'insuffisance pondérale à la naissance. Les médicaments anti-TB ne sont pas élaborés en fonction des besoins spécifiques des enfants, rendant le traitement difficile.

Des recherches plus approfondies doivent donc être réalisées urgemment afin de trouver des moyens d'améliorer les résultats chez les enfants infectés à la fois par le VIH et par la TB. Dans les nouvelles directives de l'OMS relatives à l'intensification du dépistage de la TB et la thérapie préventive par l'isoniazide (TPI) pour les personnes vivant avec le VIH dans un contexte où les ressources sont limitées, il est fortement recommandé de réaliser une TPI pendant au moins six mois chez les enfants et les adultes, comprenant les femmes enceintes⁴⁸.

La prise en charge préventive de base joue un rôle crucial

Il est essentiel de transposer à plus grande échelle les interventions de prévention simples et éprouvées pour favoriser la survie des enfants vivant avec le VIH. Parmi ces interventions de base, on compte l'administration de l'antibiotique cotrimoxazole à tous les nourrissons exposés au VIH, la prise en charge des infections répandues comme la pneumonie et la mise en œuvre des nouvelles directives de l'OMS concernant l'allaitement. D'après les dernières estimations mondiales, en 2009, seulement 14 % des nourrissons exposés

Maintenir les services de lutte contre le VIH dans les situations d'urgence : le cas d'Haïti, 2010

L'efficacité des services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien destinés aux personnes porteuses du VIH dépend de la fiabilité de la prestation des services médicaux et de la continuité de leur accès. En Haïti, cette continuité a été grandement mise à mal à la suite du tremblement de terre qui a frappé le pays en janvier 2010.

Avant la catastrophe, en 2009, on estimait à 120 000 le nombre d'Haïtiens porteurs du VIH. La prévalence du VIH chez les adultes était de 1,9 % et 61 % des personnes séropositives âgées de 15 ans ou plus étaient des femmes. En 2009, 12 000 enfants étaient porteurs du VIH. Plusieurs organisations jouaient un rôle actif dans la prestation de services destinés aux personnes vivant avec le virus.

Le tremblement de terre a entraîné la mort de quelque 217 000 personnes, le nombre de blessés s'est élevé à 300 000 et plus d'un million de personnes ont dû quitter leur domicile. Il a détruit des vies et mis à mal la bouée de sauvetage que constituaient les services de lutte contre le VIH. En 2009, environ 26 000 personnes bénéficiaient d'un traitement ARV. Après la catastrophe, le Ministère de la santé a estimé que moins de 40 % d'entre elles avaient pu poursuivre leur traitement, d'après le rapport de l'ONUSIDA de 2010. Dans les trois départements les plus dévastés, où environ la moitié de l'ensemble des services de PTME étaient fournis, la majorité des prestataires ont été gravement touchés. Les déplacements de masse qui ont suivi le tremblement de terre ont également contribué à rendre les populations plus vulnérables aux infections par le VIH.

Si GHESKIO et Partners in Health, les deux principaux fournisseurs de traitements en Haïti, ont effectué un excellent travail de maintien des services cliniques, notamment des traitements ARV et de la PTME, aucun service ou organisme n'a été chargé de retrouver les patients ayant disparu ou de mettre en place des actions à l'échelle communautaire telles que la prévention, le soutien aux familles, la distribution de préservatifs ou la diffusion d'information dans les camps de personnes déplacées. Selon le rapport de l'ONUSIDA, le problème du SIDA a été mal intégré au sein des groupes sectoriels existants des Nations Unies chargés d'orienter l'intervention d'urgence, et les acteurs clés sont clairement d'accord pour dire que la situation post-catastrophe devrait être gérée différemment.

Sources : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Aider Haïti à reconstruire sa réponse contre le SIDA*, ONUSIDA, Genève, février 2010, pp. 6-7; ONUSIDA, *Joint UNAIDS Mission to Haiti: Synthesis report, 20-28 mars 2010* (document interne). Les autres données proviennent de l'ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2010* (à paraître); 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 2010*, OMS, Genève, septembre 2010, p. 115.

au VIH avaient accès au cotrimoxazole⁴⁹. Il est bien plus simple de procéder à l'administration du cotrimoxazole qu'au diagnostic précoce du nourrisson et cet antibiotique pourrait sauver des vies d'enfants n'ayant pas forcément accès en temps opportun soit au diagnostic précoce du nourrisson, soit au traitement ARV. Accroître la couverture de cette intervention simple et permettant de sauver des vies devrait donc être une priorité.

De plus, il est fondamental de garantir que tous les nourrissons exposés au VIH bénéficient des mesures de prévention habituelles, telles que la vaccination, l'utilisation de moustiquaires et l'accès à l'eau potable. À Lilongwe (Malawi), la mise à disposition d'un kit pour le traitement domestique de l'eau destiné aux femmes séropositives enceintes et celles qui allaitent pendant une période de six mois à compter d'octobre 2008 a non seulement considérablement réduit le nombre de cas de diarrhées chez les nourrissons dont les mères faisaient partie du programme mais a également été associée à une présence accrue des mères et des enfants aux rendez-vous de suivi.

Les enfants doivent avoir accès aux produits essentiels

Les nouvelles directives de l'OMS recommandent que tous les enfants séropositifs de moins de 24 mois commencent un traitement ARV immédiatement après qu'ils ont été diagnostiqués. On recommande une thérapie plus agressive lorsqu'on commence le traitement après 2 ans. Ces recommandations permettront de maintenir les enfants dans le système une fois diagnostiqués. En revanche, cela signifie également que beaucoup plus d'enfants auront besoin d'un traitement immédiatement.

Les directives appellent aussi à l'utilisation d'inhibiteurs de protéase chez les enfants ayant été exposés aux INNTI (inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, tels que la névirapine ou l'éfavirenz) par l'intermédiaire d'interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans les pays à revenu faible, les inhibiteurs de protéase sont hors de portée pour de nombreux foyers en raison de leur coût élevé, de la nécessité d'en conserver certains au réfrigérateur et de leur non-disponibilité en comprimés pouvant être divisés et administrés facilement aux enfants. Bien que de nouveaux médicaments comme le raltegravir (Merck) ou l'étravirine (Tibotec/ Johnson and Johnson) puissent constituer de meilleures alternatives pour les enfants séropositifs que les inhibiteurs de protéase, ces médicaments n'ont pas fait l'objet d'essais approfondis chez les nourrissons, bien que les versions pour adultes aient été approuvées depuis quelques temps.

La mise en œuvre des nouvelles directives nécessitera davantage de ressources financières, non seulement parce qu'un plus grand nombre d'enfants auront besoin d'un

traitement, mais aussi parce que les médicaments nécessaires sont plus chers et plus complexes à administrer. L'UNITAID et d'autres donateurs importants prévoient de supprimer progressivement le soutien direct qu'ils apportent en termes d'approvisionnement de traitements ARV pédiatriques et d'autres produits essentiels comme ceux destinés au diagnostic précoce du nourrisson. Les pays doivent donc élaborer des plans de transition solides et prendre les mesures nécessaires pour empêcher les ruptures de stock. Les donateurs doivent également intégrer le fait que les financements destinés à l'approvisionnement en produits pédiatriques devront être supérieurs à ceux actuellement nécessaires pour les patients déjà inscrits, étant donné que presque tous les enfants porteurs du VIH seront nouveaux dans le traitement.

Malheureusement, les enfants ne sont pas souvent considérés comme prioritaires dans le domaine du financement et du développement de médicaments. Les médicaments pédiatriques sont généralement testés et approuvés (lorsque cela a lieu) de nombreuses années après que l'ont été les médicaments équivalents destinés aux adultes. Les parties prenantes doivent exiger des résultats de la part des laboratoires pharmaceutiques et des gouvernements quant au développement et à l'approbation en temps utile de médicaments antirétroviraux et de formulations répondant aux besoins des enfants. Cela implique d'élaborer de meilleures associations thérapeutiques à doses fixes qui seraient efficaces chez les enfants séropositifs ayant été exposés à la névirapine dans le cadre de la PTME.

Il est aussi nécessaire d'envisager d'avoir recours à de nouveaux moyens pour créer des mesures incitatives et financer le développement accéléré de la nouvelle génération d'associations thérapeutiques de traitements ARV, notamment des communautés de brevets, des crédits accélérés réglementés, le partage des risques financiers entre les secteurs publics et privés et l'extension de la durée des brevets pour les entreprises élaborant des traitements ARV pédiatriques.

L'épidémie cachée des adolescents porteurs du VIH

Il existe une possibilité de venir en aide aux adolescents séropositifs lorsqu'ils approchent de l'âge adulte et qu'ils ont leurs premières relations amoureuses, qu'ils débute leur vie sexuelle et qu'ils pensent au mariage et éventuellement à avoir des enfants. Qu'il s'agisse d'adolescents ayant survécu à la transmission du virus de leur mère dès leur plus jeune âge ou d'adolescents ayant contracté le virus par relation sexuelle ou par injection de drogue, il est urgent de s'attaquer à cette épidémie cachée en identifiant les jeunes vivant avec le VIH et en leur apportant prise en charge, traitement et soutien avant qu'ils ne soient touchés par des pathologies associées au SIDA.

Au Zimbabwe, une étude portant sur des adolescents hospitalisés a indiqué que presque 50 % d'entre eux étaient infectés par le VIH, et qu'environ 75 % du total des décès parmi les adolescents hospitalisés concernaient des jeunes porteurs du virus⁵⁰. Rien qu'en Afrique du Sud, on estime que sans accès aux traitements, le nombre de décès parmi les adolescents infectés par le VIH depuis leur naissance passerait de 7 000 par an en 2008 à 23 000 par an en 2030⁵¹. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la mortalité

chez les 10–24 ans dans leur globalité est en grande partie due au SIDA et à la tuberculose (en particulier chez les femmes, pour des raisons liées à la maternité)⁵².

De nombreux adolescents séropositifs n'ont pas accès aux traitements car ils n'ont jamais fait l'objet d'un dépistage. Dans beaucoup de pays, pour des raisons juridiques et politiques, les adolescents doivent obtenir l'accord d'un de leurs parents ou de leur tuteur légal pour pouvoir se faire dépister, ce qui peut retarder, voire empêcher le diagnostic de la maladie et son traitement en temps opportun. En diminuant l'âge à partir duquel les adolescents peuvent se faire dépister sans avoir obtenu au préalable la permission d'un de leurs parents ou de leur tuteur légal, on faciliterait l'accès au dépistage.

De plus, afin de toucher une large part des adolescents dans le besoin, des services adaptés aux jeunes devraient être mis en place dans davantage d'endroits, notamment dans les établissements de santé, dans les centres communautaires et dans les écoles. Le dépistage des adolescents doit également être mieux relié aux services de PTME, au conseil et au dépistage volontaires, au traitement du VIH et aux programmes destinés aux orphelins et enfants vulnérables. Les adolescents séropositifs ne savent souvent pas où se situer entre les programmes destinés aux orphelins et enfants vulnérables et les programmes de prévention primaire destinés aux jeunes.

Une fois que les adolescents séropositifs au VIH ont été diagnostiqués et inscrits dans un programme de prise en charge et de traitement, ils ont besoin d'un accompagnement spécifique, comprenant une aide psychologique et communautaire allant au-delà des services cliniques. Plusieurs petits programmes constituent de bons exemples quant à la manière de répondre à un tel besoin, par exemple le programme Teen Club de la Baylor International Pediatric AIDS

Initiative, au Botswana, au Malawi, en Ouganda et au Swaziland; le programme Africaid's Zvandiri au Zimbabwe; le centre Mildmay en Ouganda et l'Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira au Brésil. Les pratiques exemplaires mises en œuvre dans le cadre de ces programmes doivent être plus largement diffusées et transposées à plus grande échelle afin de parvenir à une meilleure couverture.

Une consultation mondiale qui s'est tenue à Kampala (Ouganda) en mai 2010 a permis de souligner certains des défis à relever pour répondre aux besoins des adolescents : comment aider au mieux les adolescents à révéler leur séropositivité, à faire la transition entre les services de prise en charge et de traitement destinés aux enfants et ceux destinés aux adultes, à accéder à une éducation de qualité, à observer les traitements qui leur sont prescrits et à adopter des comportements sexuels sûrs⁵³. Les parties prenantes doivent désormais prendre des mesures afin d'appliquer les recommandations qui sont ressorties de cette consultation, dont celles émises par les jeunes vivant avec le VIH.

LA VOIE À SUIVRE

Les nourrissons et la plupart des enfants et adolescents porteurs du VIH ont besoin de recevoir un traitement immédiatement. Ceci rend d'autant plus pressante la nécessité de les diagnostiquer, d'élaborer des schémas de traitement mieux adaptés à eux et d'améliorer les efforts visant à les maintenir dans le système une fois qu'ils ont été diagnostiqués séropositifs. La stratégie consistant à élargir la couverture des traitements ARV peut avoir un impact significatif sur la réduction de l'incidence du VIH et de la TB et de la morbidité qui y est associée, et on dispose maintenant d'excellentes connaissances sur la manière de traiter les enfants, ainsi que d'exemples de programmes pertinents sur la manière d'élargir l'accès au dépistage et aux traitements.

Les stratégies de traitement antirétroviral qui, par manque de financements, donnent la préférence aux patients déjà sous traitement, excluent les enfants nouvellement diagnostiqués séropositifs et perpétuent ainsi les différences déjà importantes entre les proportions d'adultes et d'enfants traités. Bien que la nécessité d'avoir recours à des analyses virologiques rende le diagnostic des enfants de moins de 2 ans plus complexe en termes de logistique, les retombées sanitaires spectaculaires que pourrait avoir le traitement de ces enfants sont reconnues et attestées. Le recours aux traitements chez les enfants de moins de 2 ans devrait donc être un impératif, tout comme chez les enfants et les adolescents.

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

Des progrès ont été réalisés dans le domaine de la prévention de nouvelles infections par le VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans. Dans les pays où des baisses de la prévalence ont été constatées, elles ont été plus marquées parmi les jeunes. Cependant, aucune stratégie de prévention ne s'est avérée complètement adaptée à tous les contextes, et un grand nombre de jeunes restent vulnérables à l'infection par le VIH.

En 2001, on estimait à 5,7 millions le nombre de jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH. À la fin de 2009, ce nombre était passé à 5 millions. En outre, on évaluait à 890 000 le nombre de nouvelles infections chez les jeunes de 15–24 ans en 2009⁵⁴. Cette baisse significative de la prévalence du VIH chez les jeunes est liée à une tendance marquée à aller vers des pratiques et des comportements plus sûrs, notamment le recul de l'âge du premier rapport sexuel, la diminution du nombre de partenaires et l'utilisation accrue du préservatif.

En 2010, l'ONUSIDA a indiqué une diminution de la prévalence chez les jeunes de plus de 25 % dans 22 pays clés d'Afrique subsaharienne entre 2001 et 2008. Dans la plupart des régions du monde, le nombre de nouvelles infections par le VIH baisse ou se stabilise progressivement⁵⁵. Cependant, cette tendance à la baisse de la prévalence du VIH chez les jeunes n'est pas universelle.

Sur l'ensemble des infections touchant les jeunes au niveau mondial, on estime que 80 % d'entre elles se concentrent dans 20 pays de plusieurs régions du monde et représentant une grande variété de contextes épidémiques⁵⁶. Dans neuf pays d'Afrique australe, au moins 1 jeune sur 20 est porteur du VIH, et au Botswana, au Lesotho et au Swaziland, plus d'un jeune sur dix est séropositif⁵⁷.

Au niveau mondial, plus de 60 % de l'ensemble des jeunes vivant avec le VIH sont des femmes⁵⁸. Les jeunes femmes sont toujours davantage touchées par le VIH, et dans beaucoup de pays, les femmes sont confrontées aux risques d'infection les plus importants avant d'avoir 25 ans.

Les co-parrains de l'ONUSIDA se sont récemment entendus sur un plan de mise en œuvre visant à faire évoluer les efforts de prévention chez les jeunes, point clé du Cadre de résultats de l'ONUSIDA présenté en 2009. Ce plan souligne le besoin de mettre en œuvre des actions coordonnées afin d'améliorer la connaissance globale des jeunes sur le VIH et leur accès aux préservatifs, au dépistage du VIH et au conseil sur la réduction des risques.

Tableau 2 : jeunes de 15–24 ans qui vivent avec le VIH, 2009

| Région | Femmes | Hommes | Total |
|---------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Afrique de l'Est et australe | 1 900 000 | 780 000 | 2 700 000 |
| Afrique de l'Ouest et centrale | 800 000 | 340 000 | 1 100 000 |
| Asie du Sud | 150 000 | 170 000 | 320 000 |
| Asie de l'Est et Pacifique | 59 000 | 71 000 | 180 000 |
| Amérique latine et Caraïbes | 120 000 | 130 000 | 250 000 |
| ECO/CEI | 52 000 | 29 000 | 81 000 |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord | 62 000 | 32 000 | 94 000 |
| Total | 3 200 000 | 1 700 000 | 5 000 000 |

Remarque : 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 de l'ONUSIDA et de l'OMS, *Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2010* (à paraître).

Les programmes doivent prendre en compte la réalité des nouvelles infections chez les jeunes

Les principaux modes de transmission du VIH chez les jeunes sont les rapports sexuels non protégés et l'injection de drogues en utilisant du matériel souillé. Au niveau mondial, la transmission par rapport sexuel (qu'elle ait lieu entre un homme et une femme ou entre deux hommes) représente plus de 80 % de l'ensemble des nouvelles infections⁵⁹. L'épidémie a commencé à se stabiliser dans certains pays présentant des cas d'épidémies généralisées où les transmissions ont lieu en grande majorité dans le cadre de relations hétérosexuelles. En revanche, elle continue à se propager en Europe centrale et orientale et dans la Communauté d'États indépendants (ECO/CEI), où la transmission se produit en premier lieu par l'utilisation d'aiguilles souillées. La région ECO/CEI rassemble presque un quart des consommateurs de drogues injectables du total mondial.

Des données sur 148 pays consommateurs de drogues injectables ont révélé que la prévalence du VIH oscillait entre 20 % et 40 % dans cinq pays et s'élevait à plus de 40 % dans les neuf pays présentant les pires épidémies de VIH parmi les populations consommatrices de drogues injectables⁶⁰. Les jeunes consommateurs de ce type de drogues présentent un risque extrêmement élevé d'infection due au partage des aiguilles, souvent associé à d'autres comportements à haut risque, tels que le sexe à des fins commerciales. Ces jeunes évitent souvent les services mis à leur disposition car leurs pratiques sont généralement illégales (*voir encadré*).

La sexualité et la consommation de drogues injectables chez les jeunes sont des sujets extrêmement sensibles. Par conséquent, les programmes de prévention proposant une gamme appropriée de services de qualité conçus spécifiquement pour les jeunes ne peuvent pas toujours garantir que ces derniers en bénéficieront. Un grand nombre de ces faiblesses ont un lien direct avec la stigmatisation et la discrimination associées à ces comportements à haut risque et avec le VIH lui-même.

Les changements biologiques qui ont lieu pendant l'adolescence sont reliés à la prise de risque par les jeunes, pouvant alors mener à des infections par le VIH et à

Prendre en charge les plus défavorisés : répondre à l'épidémie souterraine de VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale

En Europe de l'Est et en Asie centrale, une culture de « blâme et bannissement » vient aviver l'épidémie souterraine de VIH chez les enfants et les jeunes en marge de la société : enfants porteurs du VIH, adolescents ayant des comportements à risque, femmes enceintes qui consomment de la drogue et enfants et jeunes vivant ou travaillant dans la rue (dont le nombre s'élève à plus de 1 million).



En juillet 2010, l'UNICEF a publié un rapport intitulé *Blâme et bannissement : l'épidémie souterraine de VIH touchant les enfants d'Europe de l'Est et d'Asie centrale*, qui met en lumière les problèmes auxquels doivent faire face ces populations marginalisées et défavorisées. Dans une région où les structures sanitaires et l'application de la loi sont entravées par une longue tradition d'autoritarisme et de contrôle, il est très difficile de répondre aux besoins et de faire respecter les droits de ces enfants et de ces jeunes.

Les jeunes, clairement bannis et ignorés du fait de leur place dans l'ordre social, sont quotidiennement exposés à de nombreux risques, notamment la toxicomanie, le sexe à des fins commerciales et d'autres formes d'exploitation et de mauvais traitements, ce qui accroît le risque qu'ils contractent le VIH. Ces tendances sont particulièrement inquiétantes du fait que la région compte 3,7 millions de consommateurs de drogues injectables, soit presque un quart du total mondial. Pour beaucoup d'entre eux, l'initiation à la drogue commence à l'adolescence.

Les services de santé et de protection sociale actuels ne sont pas conçus pour aider les adolescents qui sont les plus à risque, qui sont souvent l'objet d'une réprobation morale, de récriminations, voire de poursuites judiciaires lorsqu'ils cherchent à obtenir un traitement ou des informations sur le VIH. Pour toucher et aider les jeunes qui vivent avec le VIH ou risquent d'être exposés au virus, les autorités civiles et médicales doivent proposer des services dénués de jugement et qui répondent aux besoins spécifiques de ces populations. La culture du blâme et du bannissement doit laisser la place à une réponse basée sur la prise en charge et la compassion.

Source : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Blame and Banishment: The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*, UNICEF, Genève, 2010.

d'autres dangers. La consommation de drogues injectables commence très souvent pendant l'adolescence et dans de nombreux pays, la première injection a de plus en plus souvent lieu avant l'âge de 15 ans⁶¹. Les données concernant l'âge du premier rapport sexuel varient considérablement selon les régions, mais

dans les pays en développement (à l'exception de la Chine), qui abritent la grande majorité des jeunes porteurs du VIH, 6 % des garçons et 11 % des filles de 15–19 ans indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans⁶².

Les rapports sexuels précoces et la toxicomanie chez les femmes enceintes ont contribué à l'augmentation des infections pédiatriques par le VIH ainsi qu'à d'importantes complications de santé et à une mortalité élevée chez les nourrissons exposés à la drogue et les mères adolescentes. Quelque 16 millions d'adolescentes (15–19 ans) accouchent chaque année⁶³, et la séropositivité de ces jeunes mères est la première source de risque d'infection par le VIH pour leurs enfants.

La consommation de drogues pendant la grossesse a de graves conséquences sur la santé de la mère, du fœtus et du nouveau-né. La consommation de drogues par la mère peut provoquer l'accouchement d'un mort-né, un accouchement prématuré, une insuffisance pondérale du nouveau-né, un syndrome d'abstinence néonatale ou encore un risque accru de transmission d'hépatite et du VIH⁶⁴.

Une consultation régionale réalisée en 2009 sur la consommation de drogues chez les femmes enceintes dans la région ECO/CEI a permis de mettre en évidence les liens existant entre VIH, consommation de drogues et grossesse, en soulignant l'impact du VIH et de la consommation de drogues sur la survie et le bien-être de l'enfant⁶⁵. Cependant, de nombreuses conséquences négatives de la consommation de drogues chez les mères peuvent être évitées lorsque des systèmes, interventions et environnements favorables existent. La mise en place d'approches axées sur l'utilisateur et s'adressant à ces populations de manière non-discriminatoire et respectueuse, ainsi que de mécanismes solides de protection de l'enfance, est essentielle.

Dans l'ensemble, les connaissances sur le VIH restent trop faibles

Des données sur les connaissances d'ensemble des jeunes sur le VIH indiquent des niveaux bien inférieurs à l'objectif de 95 % fixé pour 2010 lors de l'UNGASS et soulignent d'importantes différences entre les régions et les pays.

Selon des enquêtes menées auprès des populations entre 2005 et 2009, seulement trois pays ont atteint un niveau de connaissance d'au moins 50 % chez les jeunes (hommes et

femmes) : la Namibie, le Rwanda et le Swaziland. Deux d'entre eux (la Namibie et le Swaziland) présentent une prévalence du VIH très élevée chez les adultes, et étant donné ce risque d'exposition accru, l'amélioration des connaissances auprès des jeunes, accompagnée d'une modification durable des comportements, de programmes de prestation de services et de politiques habilitantes continueront à jouer un rôle central dans les efforts de prévention. En Namibie, cet ensemble de mesures a déjà contribué à faire diminuer de 25 % la prévalence du VIH chez les jeunes⁶⁶.

Une étude de 2009 de l'UNESCO sur la qualité de l'éducation et les acquis d'apprentissage en Afrique de l'Est et australe, comprenant les connaissances sur le VIH et le SIDA, a confirmé de faibles niveaux de connaissance dans les grandes classes du primaire, malgré l'existence de programmes de qualité destinés à éduquer les jeunes sur le VIH et le SIDA⁶⁷. De nombreuses raisons expliquent ce phénomène, notamment des lacunes quant à la formation initiale et continue des enseignants, le manque d'utilisation de méthodes d'apprentissage participatives, l'absence ou la faiblesse de soutien de la part des chefs d'établissement et d'autres acteurs clés, le manque de mesures incitatives pour utiliser les heures de cours pour enseigner un sujet n'étant pas soumis à examen, et la gêne des enseignants vis-à-vis de ce sujet.

Les *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*, élaborés par l'UNESCO, l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS, constituent une ressource importante pour les écoles, les enseignants et les éducateurs en matière de santé travaillant avec les jeunes en vue d'améliorer la qualité et l'impact de l'éducation sexuelle. Ce guide, publié en 2009, se compose de deux volumes : l'un démontrant l'impact positif d'une éducation sexuelle de qualité sur les connaissances et les comportements sexuels clés, et l'autre s'intéressant au contenu⁶⁸.

Les évaluations récentes des approches de prévention existantes ont recommandé la mise en œuvre immédiate et à grande échelle de deux initiatives générales visant à faire évoluer les comportements favorisant l'exposition au VIH et la transmission de ce dernier : la mise en place de programmes de santé sexuelle par des adultes dans les écoles et l'utilisation des médias couramment utilisés par les jeunes.

L'Afrique de l'Est et australe a mis en place des mesures illustrant cette dernière approche : le travail de prévention y est axé sur la modification des comportements, tels que les rapports sexuels précoces, les rapports non protégés, les relations sexuelles intergénérationnelles, les relations multiples et concomitantes et la prostitution. *Shuga*, une série télévisée en trois parties produite par MTV en collaboration avec l'UNICEF et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), a été diffusée au Kenya à partir de novembre 2009, accompagnée d'émissions à la radio et sur Internet ainsi que de la mise en place de services de dépistage et de conseil destinés aux jeunes. La série, dont l'action se déroule à Nairobi et traite de la vie, des histoires amoureuses et des aspirations d'un groupe d'amis en âge d'aller à l'université, a été très suivie et a eu un impact considérable : 60 % des jeunes Nairobiens interrogés avaient suivi l'émission, et 90 % d'entre eux ont indiqué qu'elle avait modifié la vision qu'ils avaient du dépistage du VIH, des relations concomitantes et de la stigmatisation⁶⁹. La série a également été diffusée en

Zambie. *Tribes* et *Embrace Me*, des émissions similaires, ont été réalisées et diffusées à Trinité-et-Tobago et en Ukraine. En outre, au Kenya, dans la zone de Kibera (Nairobi), l'un des plus grands bidonvilles du monde, un projet est en cours visant à faire participer les jeunes habitants à la cartographie de nouvelles infrastructures matérielles et sanitaires pour leur communauté à l'aide de techniques numériques et d'applications pour téléphones mobiles. Les cartes permettent aux jeunes d'indiquer les endroits où ils ont été confrontés à des menaces ou à des mauvais traitements et où ils se sentent les plus vulnérables. L'un des objectifs de cette démarche est d'intégrer les données de ces cartes dans les processus habituels de planification et d'établissement de rapports des organismes chargés de fournir des services de santé et de protection au sein de la communauté⁷⁰.

Suite à une recommandation formulée en 2008 par la Commission sur le SIDA en Asie visant à améliorer la prévention en se concentrant davantage sur des interventions peu coûteuses et à fort impact, plusieurs pays asiatiques ont concentré leurs efforts sur l'évaluation de la taille des populations d'adolescents les plus à risque. Par exemple, au Népal, un exercice d'estimation mené par le HIV/AIDS and STI Control Board a permis de couvrir 41 districts sur les 75 que compte le pays, représentant ainsi des régions où des taux de transmission supérieurs sont dus à la prostitution ou à la consommation de drogues injectables. Les estimations à l'échelle des districts constituent une base plus solide sur laquelle s'appuyer pour la planification de programmes locaux et l'allocation de fonds, ainsi que pour mieux cibler les services et fournir une meilleure couverture⁷¹.

En Amérique latine, les médias ont également joué un rôle important dans la remise en question et l'évolution des discours sur la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes qui vivent avec le VIH. Une initiative régionale intitulée *Pasión por la Vida* (Passion pour la vie) vise à stimuler les échanges sur le SIDA et d'autres questions entre les citoyens et les dirigeants politiques. Deux partenaires au cœur de ce projet (Iniciativa de Medios Latinoamericanos sobre el SIDA et Red de la Iniciativa de Comunicación de América Latina) s'efforcent d'instaurer une collaboration entre la radio, la télévision, les journalistes et les propriétaires de réseaux pour améliorer la capacité des médias à traiter de manière factuelle et efficace des questions difficiles sur le VIH et la vulnérabilité.

Tableau 3 : l'utilisation du préservatif lors de rapports avec des partenaires multiples reste faible dans la plupart des pays fortement touchés par le VIH

| Pays | Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH, 2009 | % de jeunes (15-24 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels, 2005-2009 | |
|-----------------------------|--|---|--------|
| | | Hommes | Femmes |
| Nigéria | 3 300 000 | 56 | 29 |
| Inde | 2 400 000 | 32 | 17 |
| Kenya | 1 500 000 | 67 | 37 |
| République-Unie de Tanzanie | 1 400 000 | 37 | – |
| Ouganda | 1 200 000 | 45 | 39 |
| Zimbabwe | 1 200 000 | 59 | 38 |
| Zambie | 980 000 | 43 | 42 |
| Malawi | 920 000 | 46 | 48 |
| Cameroun | 610 000 | – | 68 |
| Côte d'Ivoire | 450 000 | 62 | 45 |
| Ukraine | 350 000 | 64 | 63 |
| Swaziland | 180 000 | 67 | 51 |

Note : par « fortement touchés par le VIH », on entend les pays présentant une prévalence du VIH d'au moins 15 % ou dont le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à au moins 300 000 en 2009. Parmi les autres pays fortement touchés par le VIH mais ne disposant pas de données plus récentes sur l'utilisation des préservatifs avec des partenaires multiples, on compte l'Afrique du Sud (5 600 000), le Mozambique (1 400 000), l'Éthiopie (980 000), la Chine (740 000), le Brésil (730 000), la Thaïlande (530 000), le Botswana (320 000), l'Indonésie (310 000) et le Lesotho (290 000). Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période 2005-2009.

Sources : les données correspondant au nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH en 2009 proviennent de l'ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2010* (à paraître). Les données sur l'utilisation du préservatif lors de rapports avec des partenaires multiples proviennent d'Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, d'Enquêtes démographiques et sanitaires et d'Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, 2005-2009.

Pour prévenir les infections chez les jeunes, il est nécessaire de mettre en place des programmes de promotion du préservatif pour les adolescents plus âgés et leurs partenaires

Les programmes de promotion du préservatif destinés aux adolescents n'occupent pas suffisamment de place dans les programmes des pays, et l'utilisation du préservatif, en particulier chez les adolescentes, reste très faible. En plus d'être une mesure clé de la prévention du VIH, l'utilisation du préservatif joue également un rôle fondamental dans le contrôle de la fécondité des personnes vivant avec le VIH et reste essentielle pour empêcher les grossesses non désirées chez les jeunes femmes.

D'après des données de 2005-2009, en Afrique subsaharienne, seulement 47 % des jeunes hommes et 32 % des jeunes femmes de 15-24 ans ayant indiqué avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport⁷². Bien que ces pourcentages soient encore faibles, ils reflètent une utilisation accrue du préservatif et des pratiques sexuelles plus sûres chez les jeunes.

Depuis 2000, l'utilisation du préservatif a augmenté d'au moins 10 points de pourcentage chez les jeunes femmes dans 11 pays sur les 22 disposant de données sur les tendances, et chez les jeunes

hommes dans 11 pays sur les 17 disposant de ces données⁷³. Cependant, la plupart des pays donnent pas d'information sur l'utilisation du préservatif. Seules l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud disposent d'une quantité suffisante d'informations sur l'utilisation du préservatif chez les jeunes pour permettre d'évaluer les progrès régionaux.

Les interventions biomédicales peuvent jouer un rôle clé dans la prévention du VIH, mais elles ne sont qu'une partie de la solution

Les facteurs divergents de l'épidémie et les différences correspondantes en termes de démographie et de comportement des jeunes à risque rendent complexe l'élaboration d'une stratégie de prévention qui soit largement efficace. Ainsi, les nouvelles techniques qui ont fonctionné dans certaines circonstances peuvent n'avoir aucun impact dans un autre contexte. Par exemple, la circoncision des hommes s'est avérée très efficace pour protéger les hommes là où l'activité hétérosexuelle est le principal vecteur de l'épidémie. Depuis 2007, lorsque l'OMS et l'ONUSIDA ont recommandé que la circoncision soit intégrée aux stratégies de prévention du VIH, 13 pays d'Afrique australe et de l'Est ont été identifiés comme prioritaires pour ces programmes⁷⁴. Le Kenya procède au développement à grande échelle de ces programmes. Les microbicides pourraient bientôt offrir une protection comparable aux jeunes femmes. Des tests réalisés récemment sur un gel à base de ténofovir ont donné des résultats prometteurs et pourraient faire de ce gel un nouvel outil de prévention contrôlé par les femmes. Cependant, ces alternatives biomédicales n'auront qu'un impact limité dans un contexte où le VIH se transmet principalement par le partage d'aiguilles ou par les rapports sexuels entre hommes. Leur réussite dépend de la durabilité et de la qualité des programmes visant à faire évoluer les comportements et des services de santé fournis aux jeunes, qui peuvent accroître le recours aux services parmi les personnes exposées aux risques d'infection.

L'UNFPA s'efforce de favoriser la demande de préservatifs et l'accès à ces derniers chez les jeunes par l'intermédiaire de son programme de planification complète du préservatif (Comprehensive Condom Programming), en particulier dans les Caraïbes. Ainsi, à Trinité-et-Tobago, l'UNFPA a apporté un soutien technique aux partenaires travaillant

avec les jeunes pour garantir que les différents aspects de ce programme sont bien intégrés à leurs programmes de prévention du VIH. L'UNFPA joue également un rôle clé dans l'introduction du préservatif féminin de deuxième génération (FC2) dans les Caraïbes anglophones et néerlandophones. Son initiative pour le préservatif féminin comprend des programmes spécifiquement destinés aux jeunes.

De nouvelles données et des expériences tirées des programmes ont renforcé l'intérêt mondial pour deux autres approches de prévention. L'une concerne les transferts sociaux. Un essai randomisé au Malawi (2007-2009) consistait à verser de l'argent aux filles si elles continuaient à aller à l'école. Les résultats ont non seulement indiqué une meilleure assiduité à l'école, mais on a également constaté des retombées positives dans d'autres domaines, comme le comportement sexuel, les grossesses et le mariage des enfants (voir page 25)⁷⁵.

L'autre approche concerne le traitement en tant que moyen de prévention. Étant donné que les traitements ARV diminuent la charge virale des personnes séropositives, ils se positionnent à la base d'un effort global visant à éliminer la transmission de la mère à l'enfant, notamment pendant l'allaitement au sein, ainsi que la transmission du virus dans les couples sérodiscordants.

Ces deux approches sont très prometteuses, mais les défis et les coûts qu'impliquent leur application et leur transposition à plus grande échelle restent considérables.

LA VOIE À SUIVRE

Le VIH n'est pas extrêmement contagieux. Il peut se transmettre lors de rapports sexuels avec une personne infectée et au contact de sang infecté, comme cela peut se produire lors de l'échange d'aiguilles. Les personnes et les sociétés disposent de moyens de contrôler ces modes de transmission. Ces moyens de prévention de la transmission du VIH sont bien connus. Mais la diffusion d'informations et l'élaboration de programmes autour de la prévention devraient avoir lieu dans le cadre d'un continuum de programmes adaptés aux différents âges et contextes, établissant des liens entre les services, afin de répondre aux besoins des jeunes. De plus, afin d'obtenir des solutions fiables, il est essentiel que les jeunes prennent part aux processus visant à identifier leurs besoins et à répondre à ces derniers.

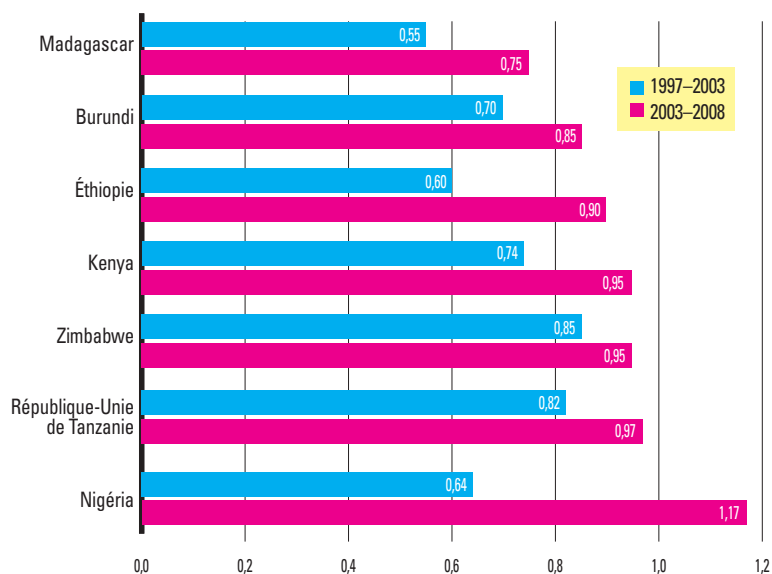
La prévention de la transmission du VIH chez les jeunes offre de grandes possibilités de réussite. Des services intégrés ciblant davantage les plus vulnérables, la suppression des obstacles à l'accès, une meilleure ventilation des données, le contrôle et l'évaluation des programmes, et une attention accrue portée aux résultats visés dans le Cadre de résultats de l'ONUSIDA aideront les pays à réaliser leur mission auprès des jeunes en se concentrant sur la réalisation, d'ici la fin 2011, de ces trois résultats mesurables : augmenter la connaissance d'ensemble du VIH auprès d'au moins 80 % des jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non; multiplier par deux le nombre de jeunes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel; et multiplier par deux le recours aux services de dépistage du VIH et de conseil chez les jeunes.

V. PROTECTION, PRISE EN CHARGE ET SOUTIEN DES ENFANTS TOUCHÉS PAR LE VIH ET LE SIDA

Au cours des trente dernières années, la protection, la prise en charge et le soutien des enfants touchés par le SIDA ont suscité un intérêt et un investissement croissants. Les données de surveillance nationales sur les enfants affectés par le SIDA indiquent que les investissements réalisés commencent maintenant à porter leurs fruits, notamment concernant la réduction des inégalités dans le domaine de l'éducation entre les orphelins et les non-orphelins.

La plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont réalisé d'importants progrès dans le domaine de la fréquentation scolaire en termes de parité entre les orphelins et les autres enfants appartenant à la tranche d'âge 10–14 ans (*Figure 4*). Dans 27 des 31 pays d'Afrique subsaharienne disposant de données pour au moins deux périodes, la fréquentation scolaire chez les enfants ayant perdu leurs deux parents a augmenté⁷⁶.

Figure 4 : tendances des taux de fréquentation scolaire des orphelins et des non-orphelins dans une sélection de pays d'Afrique subsaharienne où ce taux a augmenté d'au moins 0,10 point, 1997–2008



Note : le taux de fréquentation scolaire des orphelins correspond au rapport entre le pourcentage d'enfants de 10–14 ans qui ont perdu leurs deux parents et qui sont scolarisés et le pourcentage d'enfants du même âge dont les deux parents sont vivants, qui vivent avec au moins un de leurs parents et qui sont scolarisés, pour la période 2005–2009.

Source : Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, Enquêtes démographiques et sanitaires et Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, 1997–2008. Les données concernant le Burundi et l'Éthiopie datent de 2000 et 2005, celles concernant le Kenya de 1999 et 2003, celles concernant Madagascar de 1997 et 2003–2004, celles concernant le Nigéria de 2003 et 2008, celles concernant la République-Unie de Tanzanie de 2003 et 2007–2008 et celles concernant le Zimbabwe de 1999 et 2005–2006. Les données plus éloignées sur Madagascar (1997) sont basées sur de petits dénominateurs (en général 25–49 cas non pondérés).

Malgré ces avancées remarquables, des inquiétudes persistent quant à la faible couverture de la prise en charge et du soutien extérieurs dans les foyers comptant des orphelins et enfants vulnérables. Des enquêtes menées dans des foyers de 25 pays entre 2005 et 2009 ont indiqué que la médiane des foyers bénéficiant d'un soutien extérieur se situait à 11 % (*voir tableau page 45*). Le nombre d'enfants dans le besoin est élevé, mais de nombreuses actions à destination des orphelins et enfants vulnérables sont menées à trop petite échelle ou sont trop fragmentées, et ne permettent pas d'établir de lien avec des interventions plus globales de prévention et de traitement auprès des enfants affectés par le SIDA.

Jusqu'à maintenant, les orphelins étaient vus comme les enfants les plus touchés par le SIDA. Pourtant, les enfants ayant perdu leurs parents, dont ceux vivant à l'extérieur de leur foyer, ne sont pas forcément les plus vulnérables. On s'intéresse de plus en plus à l'élaboration d'indicateurs prenant en compte davantage de variables sur la vulnérabilité reflétant non seulement dans quelle mesure les enfants sont affectés par le SIDA, mais aussi leur vulnérabilité par rapport à la pauvreté. L'UNICEF est en train

de procéder à une évaluation des indicateurs de vulnérabilité des orphelins et enfants vulnérables, et en collaboration avec le groupe de travail sur la prise en charge et le soutien du UK Consortium on AIDS and International Development, il inscrit cette démarche dans l'évaluation des indicateurs de prise en charge et de soutien de l'UNGASS visant à identifier des mesures solides pouvant être suivies au fil du temps et dans différents contextes.

Qui sont les enfants vulnérables ?



Il est ressorti de la recherche de l'UNICEF sur les facteurs de vulnérabilité que le fait qu'un enfant soit orphelin ou qu'il vive avec un adulte chroniquement malade n'est pas le

principal vecteur de vulnérabilité. Parmi les facteurs analysés, le niveau d'éducation du chef de famille ou de la femme la plus âgée du foyer était fortement corrélé à la fréquentation scolaire des enfants. De même, de meilleures conditions de santé et d'hygiène au sein du foyer contribuaient clairement à la diminution de l'émaciation, et un meilleur niveau de vie était nettement lié à une émaciation moins importante et à une fréquentation scolaire accrue. Seul le niveau de richesse des ménages permettait systématiquement de prévoir la vulnérabilité des enfants de tous âges. Il est donc évident qu'il est nécessaire d'utiliser plusieurs variables ou facteurs, notamment le niveau de richesse des ménages et d'autres indicateurs propres au contexte, afin de définir le niveau de vulnérabilité des enfants.

Source : Akwara, P., et al., "Who Is the Vulnerable Child? Using survey data to identify children at risk in an era of HIV and AIDS", *AIDS Care*, vol. 2, no. 9, septembre 2010, pp. 1066-1085.

Photo : Julio Montaner, alors Président de l'International AIDS Society (IAS), et le Dr Priscilla Akwara, Conseillère en chef, département Statistiques et suivi de l'UNICEF, lors de la XVIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA à Vienne, en juillet 2010, où l'IAS et la Coalition on Children Affected by AIDS ont remis au Dr Akwara et à son équipe le prix d'excellence dans la recherche relative aux besoins des enfants affectés par le SIDA.

La protection sociale pour mieux lutter contre les effets du VIH chez les enfants

La protection sociale peut aider à obtenir des résultats plus équitables en termes de

développement en réduisant la pauvreté et l'exclusion sociale des foyers et des enfants affectés par l'épidémie. Elle peut également contribuer à des résultats plus équitables dans le domaine de la santé en réduisant les inégalités structurelles, vecteurs de l'épidémie, telles que les inégalités entre les sexes, et en aidant à lever les obstacles empêchant l'accès aux traitements.

La protection financière, dont les transferts en espèces, est l'un des piliers d'une approche de protection sociale efficace. Les autres piliers sont les initiatives visant à faciliter l'accès aux services et les politiques et mesures législatives dont l'objectif est de défendre l'équité et de réduire l'exclusion sociale. Ces éléments d'une approche de protection sociale intégrant la lutte contre le SIDA proviennent du plan de mise en œuvre de l'ONUSIDA pour la protection sociale élaboré par l'UNICEF et d'autres co-parrains de l'ONUSIDA. Afin d'éclairer son analyse, l'UNICEF a eu recours à un travail faisant un état des lieux des résultats concernant la protection sociale et le traitement, la prévention, la prise en charge et le soutien dans la lutte contre le VIH.

Tout indique que la transposition à plus grande échelle des services nationaux de protection sociale peut avoir un impact positif sur les foyers vulnérables et les enfants affectés par le SIDA. L'Afrique





© UNICEF/NYHQ2005-1897/DeCesare

du Sud dispose de plusieurs programmes d'allocations financières importants qui bénéficient aux personnes et aux foyers touchés par le SIDA sans leur être destinés en particulier. Une étude réalisée dans la province de Free State s'est intéressée à la portée de ces programmes d'allocations et à leurs retombées sur les foyers affectés par le SIDA. Il en est ressorti que ces derniers affichaient des niveaux d'accès aux allocations d'invalidité et de placement familial relativement élevés. Cette étude a également indiqué que cinq grands programmes d'allocations nationaux permettaient aux foyers touchés par le SIDA d'atteindre les mêmes niveaux de pauvreté que les foyers non affectés⁷⁷.

De nombreux éléments ont démontré l'impact positif des transferts en espèces sur le fardeau économique que doivent assumer les foyers et enfants vulnérables touchés par le SIDA. De plus, des données récentes suggèrent que de tels transferts sociaux peuvent contribuer à améliorer l'observance des traitements ARV. Dans les zones rurales de l'Ouganda, les malades ont bénéficié de transferts en espèces afin de couvrir leurs frais de transport. D'après les résultats d'un essai contrôlé randomisé, ces transferts ont permis une meilleure observance dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin, amenant les chercheurs à en conclure que des transferts même peu élevés (de 5 à 8 \$ par mois) peuvent permettre d'améliorer les

résultats des traitements dans les zones rurales où les populations disposent de ressources limitées⁷⁸.

En plus des transferts de fonds, les programmes de subsistance (comme le microfinancement, les systèmes d'épargne et de prêt, et l'approvisionnement en facteurs de production agricole) peuvent avoir des retombées importantes sur les foyers défavorisés touchés par le SIDA. Ainsi, une étude portant sur le projet IMAGE mis en place en Afrique du Sud (2001–2005) a indiqué une réduction de plus de moitié des niveaux de violences physiques et sexuelles dans les villages situés en zones rurales suite à l'octroi de prêts aux femmes accompagnés d'initiatives d'éducation sur l'égalité des sexes et le VIH⁷⁹.

Les foyers et les enfants touchés par le SIDA se retrouvent en situation de vulnérabilité à la fois économique et sociale, pouvant entraîner l'exclusion sociale et l'accroissement des inégalités. Dans les cas d'épidémies généralisées, le soutien familial intégré peut aider à surmonter la stigmatisation et la détresse psychologique ou sociale empêchant l'accès à un large éventail de services.

La protection sociale peut aider à rompre la spirale de la vulnérabilité à l'origine des nouvelles infections chez les adolescents et les adultes

Dans le contexte du VIH et du SIDA, les transferts sociaux ont un impact important sur la scolarisation des enfants. L'éducation peut permettre de protéger les filles du VIH et de leur apporter d'autres avantages sanitaires particulièrement importants lorsqu'elles sont proches ou au début de l'adolescence. Non seulement les adolescentes présentent un risque élevé de décrochage scolaire, mais elles risquent également d'être infectées par le VIH en grandissant et au début de leur vie de femme. Ce phénomène est

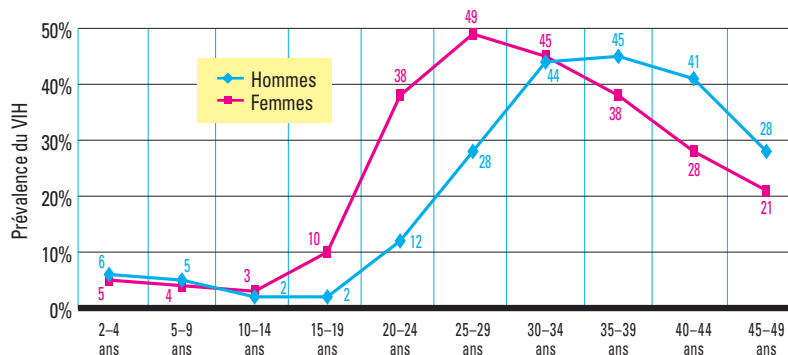
bien illustré par les données ventilées par sexe et par âge du Swaziland (Figure 5).

Une étude contrôlée randomisée s'intéressant aux avantages des transferts en espèces soumis à conditions (à savoir, la scolarisation) ou non soumis à conditions destinés aux adolescentes malawiennes a révélé une augmentation importante de la scolarisation parmi les bénéficiaires, aussi bien lorsque ces aides étaient soumises à conditions que lorsqu'elles ne l'étaient pas (voir page 21)⁸⁰. Le recours aux transferts en espèces a également débouché sur une diminution significative du mariage des enfants, des grossesses et de l'activité sexuelle déclarée parmi l'ensemble des bénéficiaires. De plus, on a constaté que le nombre de nouvelles infections par le VIH était 60 % moins important chez les filles inscrites à l'école au début de l'étude que chez les filles du groupe témoin. L'un des principaux facteurs semble être l'âge du partenaire masculin. En effet, apparemment, les filles avaient plus de rapports sexuels avec des garçons de leur âge, ce qui diminue les risques de transmission du virus.

Le renforcement des systèmes de protection sociale et de protection de l'enfance peut permettre des actions plus efficaces et d'un meilleur rapport coût-efficacité

Il ne sera pas possible d'apporter un soutien aux familles s'occupant d'enfants affectés

Figure 5 : prévalence du VIH par âge et par sexe, Swaziland, 2006–2007



Source : Enquête démographique et sanitaire du Swaziland, 2006–2007.

par le SIDA sans réaliser des investissements significatifs dans les systèmes d'aide sociale et dans les communautés. La responsabilité vis-à-vis des orphelins et enfants vulnérables revient souvent à divers organismes gouvernementaux, et certains services sont fournis par les autorités locales, les ONG et les organisations religieuses et communautaires. Cela montre bien l'importance d'une bonne coordination et d'une communication accrue entre les prestataires de services.

En renforçant les liens entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux impliqués dans l'aide aux orphelins et enfants vulnérables, ainsi qu'entre les actions sociales et sanitaires, il est possible de faciliter l'accès des enfants vulnérables aux services de prévention, de traitement et de prise en charge et de garantir une plus grande équité dans les résultats. En Ouganda, l'UNICEF, avec le soutien du PEPFAR, travaille actuellement à renforcer les capacités des districts, des autorités locales et des organismes de la société civile afin de planifier, de mettre en œuvre et de gérer une action décentralisée complète et de qualité visant à répondre aux besoins des orphelins et autres enfants vulnérables.

De solides cadres juridiques et stratégiques reposant sur la responsabilité des gouvernements concernant la protection de tous les enfants sont le socle de systèmes de protection efficaces. Le gouvernement du Guyana, avec le soutien de l'UNICEF et du PEPFAR, a créé son premier organisme de protection de l'enfance en 2009, accompagné d'un ensemble de nouvelles lois et politiques visant à protéger les enfants.

Les systèmes de protection de l'enfance doivent également être renforcés pour garantir l'application des Lignes directrices de l'ONU relatives à la protection de remplacement pour les enfants, adoptées lors de l'Assemblée générale de décembre 2009⁸¹. En s'appuyant sur la Convention relative aux droits de l'enfant, ces directives constituent pour les gouvernements et d'autres partenaires politiques et opérationnels un document de référence commun en vue de trouver de nouvelles solutions de prise en charge. Elles insistent particulièrement sur l'importance d'aider les familles à rester solides, afin de limiter les besoins de protection de remplacement. Lorsqu'il est nécessaire de trouver des solutions de prise en charge, les directives rappellent l'importance de fournir une protection de remplacement appropriée dans l'intérêt supérieur de l'enfant.



© UNICEF/NVHQ/2004-0635/Pirozzi

Le manque de ressources dont disposent de nombreux systèmes de protection de l'enfance pour répondre aux besoins des enfants vulnérables et touchés par le SIDA étant reconnu de tous, l'UNICEF a récemment élaboré un kit permettant de dresser la carte des systèmes de protection de l'enfance.

Ce kit permet aux pays d'évaluer les capacités et les compétences de leurs systèmes de protection de l'enfance et de déterminer les éléments qu'il faut renforcer et à quel prix. Finalisé en mars 2010, il est mis en œuvre dans un certain nombre de pays d'Afrique australe et de l'Est, sur la période 2010-2011.

En Afrique du Sud, le programme Isibindi, soutenu par l'UNICEF et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), illustre bien comment en investissant dans les systèmes communautaires de protection de l'enfance, on peut permettre aux enfants vulnérables et à leurs parents d'avoir accès à des aides à l'enfance et aux traitements ARV. Le modèle de prise en charge Isibindi fait appel à des professionnels

de l'accompagnement des enfants et des adolescents issus des communautés locales pour répondre de manière exhaustive aux besoins des enfants vulnérables et de leurs familles, dont beaucoup sont touchés par le SIDA. En rendant visite aux familles régulièrement et de manière informelle, ces agents peuvent s'assurer que les enfants restent dans leur communauté et vivent avec leur famille.

La crise financière mondiale et l'éventuel ralentissement de la croissance des dépenses destinées aux programmes de lutte contre le SIDA (et aux programmes d'aide aux orphelins et enfants vulnérables en particulier), ont démontré l'importance d'avoir recours à des approches d'un bon rapport coût-efficacité pour améliorer la vie de ces enfants. Un grand nombre d'études d'évaluation des coûts relatives à l'élaboration de programmes pour les orphelins et enfants vulnérables indiquent que les coûts de mise en œuvre d'un même service dans des contextes similaires peuvent être extrêmement variables⁸², laissant entrevoir la possibilité de réaliser des économies. Il est ressorti d'une évaluation réalisée récemment au Zimbabwe qu'il revient bien plus cher d'apporter une aide à l'éducation en passant par les organisations de la société civile qu'en ayant recours à un programme public national d'exonération des frais de scolarité directement mis en place auprès des écoles⁸³. Dans ce cas précis, un recours accru au secteur public a permis d'atteindre un nombre bien plus important d'enfants vulnérables.



© UNICEF/NVHQ2006-1383/Pirozzi

La demande et l'engagement communautaires sont essentiels à la prestation de services de qualité et d'envergure

En de nombreux endroits, les partenaires de la société civile locaux et internationaux travaillent avec les communautés et les incitent à jouer un rôle actif et à exiger de meilleurs services et politiques à destination des enfants. Ainsi, le programme Citizen Voice and Action de l'ONG World Vision a aidé à faire en sorte que les membres des communautés puissent contrôler la qualité des services publics et y avoir accès. Au Cambodge, l'ONG Family Health International est à l'origine d'un programme communautaire axé sur la famille qui fait appel aux agents locaux pour jouer le rôle d'intermédiaires entre les bénéficiaires des programmes et les écoles ou autres autorités locales. Au Malawi, le Centre for Youth and Children Affairs, une ONG locale, travaille avec les acteurs communautaires et nationaux afin de faciliter l'accès à la justice, l'amélioration des systèmes de soins et le soutien parajuridique pour les orphelins et enfants vulnérables. Le soutien apporté par le Fonds mondial au renforcement des systèmes communautaires (RSC) a pour but d'accroître la redevabilité des organisations communautaires envers les communautés qu'elles servent et de développer leur capacité à plaider en faveur d'une meilleure transparence et d'une redevabilité réaffirmée de la part des institutions publiques et des gouvernements. Néanmoins, à ce jour, relativement peu de propositions de subventions se sont concrétisées pour le RSC.

L'un des principaux défis consiste à transposer à plus grande échelle les services auprès des enfants vulnérables sans que leur qualité en soit pour autant affectée. Un certain nombre de pays, dont l'Éthiopie, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe, avec le soutien de l'UNICEF et de l'USAID, cherchent des manières de définir des normes de qualité nationales encadrant les actions menées en faveur des orphelins et enfants vulnérables. L'UNICEF et Save the Children UK collaborent également avec la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC) pour aider à l'élaboration de normes pour les programmes destinés aux orphelins et enfants vulnérables de la région.

L'investissement dans les systèmes nationaux de contrôle et d'évaluation pour les orphelins et enfants vulnérables reste une priorité fondamentale

Il est essentiel d'accroître l'investissement dans les systèmes nationaux de contrôle et d'évaluation pour apprécier le niveau de couverture, de qualité et d'impact des programmes pour orphelins et enfants vulnérables. Un certain nombre de pays, dont le Cambodge, l'Éthiopie, l'Inde, le Kenya, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda ont eu recours au Child Status Index (indice de statut de l'enfant), un outil prenant en compte des facteurs tels que la nutrition et la sécurité alimentaire, l'accès à l'éducation et le bien-être psychologique, permettant d'évaluer les résultats obtenus chez les enfants⁸⁴.

Il faut prêter davantage attention aux données quantitatives mais il est également nécessaire de prendre en compte ce que les enfants ont à dire. Une étude récente visant à établir la cartographie des services disponibles dans les écoles de cinq pays d'Afrique australe touchés par le SIDA a eu recours à des méthodes adaptées aux enfants visant à encourager ces derniers à s'exprimer sur un ensemble de sujets⁸⁵. Dans certains cas, les commentaires des enfants venaient compléter ou contredire de manière significative les résultats des parties de l'étude plus quantitatives et traitées selon des points de vue d'adultes. Par exemple, les enseignants et le personnel administratif avaient l'impression que les enfants étaient en sécurité lorsqu'ils empruntaient le chemin de l'école ou de la maison, alors qu'une part importante d'élèves ont déclaré ne pas se sentir en sécurité. Concernant la distribution de repas à l'école, dans certains endroits, le personnel administratif indiquait que des programmes d'alimentation scolaire étaient en place, mais les enfants affirmaient le contraire.

LA VOIE À SUIVRE

Les enfants ayant perdu leurs parents à cause du SIDA auront besoin de notre aide, et ce même bien après la diminution des taux de nouvelles infections. La prise en charge et le soutien des orphelins et enfants vulnérables devraient être vus comme des éléments faisant partie intégrante d'un cycle d'intervention où les liens entre la prise en charge et le soutien, et la prévention primaire et l'accès aux traitements pour les jeunes séropositifs occupent une place primordiale.

Il est fondamental d'investir dans la protection sociale et la protection de l'enfance en direction des orphelins et enfants vulnérables afin d'assurer des résultats plus équitables. De tels programmes peuvent non seulement réduire la vulnérabilité économique des enfants ayant perdu leurs parents ou vivant avec des membres malades de leur famille, mais ils peuvent également jouer un rôle protecteur et réduire la vulnérabilité aux infections par le VIH, comme le montrent les données sur la scolarisation des adolescentes.

Les paiements en espèces permettent de favoriser l'observance des traitements et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ils font partie des nombreuses interventions de lutte contre le SIDA présentant d'importantes possibilités en termes d'amélioration de la santé et du bien-être des familles s'occupant d'enfants vulnérables, quelle que soit la cause de cette vulnérabilité.

VI. APPEL À L'ACTION

Le bien-être des personnes et des familles touchées par le VIH dépend de leur capacité à prendre leur santé en main, ainsi que de leur capacité à faire face aux répercussions économiques et sociales de la maladie. Pour atteindre ces objectifs, les systèmes nationaux et décentralisés, que ce soit dans les domaines de la santé, de la protection sociale ou de l'éducation, doivent être renforcés, le but étant de répondre aux besoins des enfants victimes du SIDA dans le cadre d'actions plus globales de protection sociale et sanitaire.

L'élimination quasi-totale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les objectifs d'accès universel ne pourront être atteints que si les pays et les communautés parviennent à toucher les membres les plus en marge de la société et à répondre à leurs besoins. Les inégalités d'accès, de couverture et de résultats selon l'âge, le sexe, la situation géographique, le niveau de richesse et le niveau d'éducation ne peuvent être considérés comme inévitables et il est clair que les actions de lutte contre le SIDA doivent chercher à les éliminer. Le VIH ne fait aucune discrimination et il doit en aller de même pour les actions menées en faveur de la lutte contre le SIDA.

Par conséquent, ce cinquième bilan de la situation sur les enfants et le SIDA s'achève sur une énumération d'actions concrètes à mettre en œuvre dans les trois années à venir pour accélérer les progrès réalisés en faveur des enfants affectés par le SIDA :

- 1. Axer la PTME moins sur la couverture des traitements prophylactiques antirétroviraux et davantage sur la santé des mères et la survie des enfants en les protégeant du VIH.** On peut parvenir à éliminer quasiment la transmission du VIH de la mère à l'enfant en comblant les écarts d'accès et d'utilisation relatifs aux services de PTME, notamment la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer, la planification familiale, les services de conseil, de dépistage et de traitement ARV des mères éligibles. Ceci signifie qu'il importe de s'attaquer aux questions relatives à la stigmatisation et à la discrimination, aux frais médicaux, aux frais de transport, à l'implication des hommes et à toute norme culturelle ou sociale entravant la capacité des femmes à avoir recours aux services appropriés, notamment à la planification familiale. En parallèle, les gouvernements nationaux devraient mettre en place des politiques favorisant l'autonomisation, des directives opérationnelles et des outils visant à réaliser ces nouveaux objectifs. Ils devraient renforcer les processus et structures de gestion, allouer les ressources nécessaires à la transposition à plus grande échelle des programmes de PTME et intégrer ces derniers aux systèmes de prise en charge des mères et des enfants.
- 2. Rendre l'allaitement maternel exclusif sûr et viable.** L'approche commune consistant à allonger la période d'allaitement maternel sur au moins 12 mois en utilisant des traitements prophylactiques antirétroviraux appropriés dans des pays où l'allaitement maternel est la solution d'alimentation des nourrissons la plus sûre peut considérablement améliorer la survie des enfants nés de mères séropositives en les protégeant du VIH. Les nouvelles directives sur l'allaitement des nourrissons en cas de séropositivité publiées par l'OMS recommandent également l'allongement de l'allaitement maternel au-delà de six mois pour les enfants exposés au VIH. Ces mêmes directives incitent fortement les pays à soutenir en tant que norme de prise en charge l'une de ces deux stratégies, en fonction des contextes socioculturels, de la prévalence du VIH chez les

femmes enceintes et des principales causes de morbidité et de mortalité des nourrissons.

Tous les partenaires doivent soutenir la mise en application de ces directives par les pays.

3. Diagnostiquer les nouveau-nés, enfants et jeunes séropositifs au VIH le plus rapidement possible et permettre un accès rapide aux traitements ARV aux personnes éligibles. Les prestataires de soins de santé et les organisations communautaires jouent un rôle crucial pour diagnostiquer les enfants séropositifs et pour les aider à bénéficier d'une prise en charge dans le cadre des cliniques, des centres d'alimentation, des unités pédiatriques, des visites de vaccination, des écoles et des programmes de proximité. Une autre approche extrêmement efficace consiste à identifier les enfants infectés par l'intermédiaire des adultes séropositifs bénéficiant d'une prise en charge et d'un traitement. Les agents de santé de première ligne doivent disposer de davantage de capacités pour répondre aux besoins des enfants vivant avec le VIH. Le dépistage du VIH devrait être accessible à tous les adolescents, où qu'ils se trouvent, et les dispositions législatives relatives à l'âge de consentement devraient être abolies.

4. Placer les enfants et les adolescents au centre de l'élaboration et de la mise en œuvre des nouvelles initiatives de prévention prometteuses. De nouvelles stratégies biomédicales telles que le recours aux microbicides et à la circoncision offrent de grandes possibilités. L'efficacité des microbicides doit être confirmée et celle de la circoncision doit être réaffirmée afin que les jeunes femmes et jeunes hommes soient en mesure d'en tirer parti. L'accès aux traitements ne doit pas favoriser les personnes bénéficiant déjà de ces derniers, au détriment de celles nouvellement diagnostiquées dans le cadre de la PTME ou d'autres moyens de dépistage. De plus, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA devraient intégrer les besoins des adolescents séropositifs à leurs contenus.

5. Relever les faibles niveaux de connaissance sur le VIH. Les avantages considérables des programmes d'éducation à la sexualité et au VIH bien conçus ne sont plus à démontrer. Et rien ne prouve que ces initiatives entraînent des comportements sexuels inadéquats. Les programmes



© UNICEF/NYHD2006-0795/Nourani

d'éducation sexuelle et d'information concernant le VIH s'appuyant sur le programme scolaire et dirigés par des adultes devraient être transposés à plus grande échelle dans les écoles. Nous disposerons bientôt de plus de données relatives à la budgétisation et à la rentabilité des interventions en milieu scolaire dans différents contextes d'épidémie. Les organisations nationales, communautaires, religieuses et sociales doivent aider les parents à aborder avec leurs enfants des sujets tels que la sexualité et les relations amoureuses, la vulnérabilité au VIH, la manière de se procurer des préservatifs et les lieux de dépistage du VIH. Il est également nécessaire d'aller plus avant dans l'analyse des liens qui existent entre connaissances et comportements, en se fondant éventuellement sur des modèles similaires constatés avec le tabagisme et d'autres comportements à risque pour la santé : pourquoi les jeunes ayant connaissance des dangers du VIH et de la manière de prévenir sa transmission adoptent-ils malgré cela des comportements à haut risque ?

6. Améliorer l'accès des enfants et des adolescents vivant en marge de la société aux services de santé, d'éducation et d'aide sociale. Pour atteindre et aider les jeunes qui vivent avec le VIH ou sont exposés au virus, les autorités civiles et médicales doivent proposer des services dénués de jugement, faciles d'accès et répondant aux besoins spécifiques des adolescents marginalisés. Les enfants et adolescents sont en droit de bénéficier des meilleurs soins possibles en matière de santé, et ceux ayant des comportements à risque, comme les consommateurs de drogues injectables, doivent faire l'objet d'une prise en charge et de compassion, au lieu d'être livrés au glaive de la justice.

7. Apporter un soutien économique aux femmes, enfants et adolescents pauvres et vulnérables. Les transferts en espèces et les programmes de subsistance peuvent donner un nouvel



© UNICEF/NVHC2007-2484/Noorani

élan aux revenus et à la production des familles et améliorer les résultats chez les enfants. Les transferts de fonds se sont avérés être des facteurs d'amélioration de la santé, de l'état nutritionnel et des niveaux de scolarisation des enfants touchés par le SIDA et des autres enfants vulnérables. Ils peuvent aussi permettre d'accroître l'accès aux traitements et l'observance de ces derniers et de réduire les inégalités pouvant exacerber la vulnérabilité aux infections par le VIH. Afin de garantir la durabilité de ces transferts en espèces et de ces programmes de subsistance et leurs répercussions sur l'utilisation des services sociaux, ces mesures doivent être mises en place

dans le cadre de systèmes de protection sociale nationaux, le cas échéant.

8. **Prévenir les violences et maltraitements envers les femmes et les filles et appliquer les lois allant dans ce sens.** L'une des premières étapes à mettre en œuvre dans ce domaine est de démontrer l'ampleur des violences sexuelles envers les femmes auprès des décideurs. Les jeunes doivent obtenir les moyens de prendre conscience de leur propre vulnérabilité et travailler avec les autorités pour aider à la diminuer.

La mise en œuvre de ces mesures peut contribuer à faire en sorte que cette période de transformation que connaît la lutte contre le SIDA débouche sur une meilleure équité et de meilleurs résultats, au bénéfice de millions d'enfants, de femmes et de familles du monde entier qui doivent encore porter, chaque jour, le fardeau de l'épidémie.

RÉFÉRENCES

- 1 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport Outlook de l'ONUSIDA*, ONUSIDA, Genève, juillet 2010, p. 7.
- 2 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 2010*, OMS, Genève, septembre 2010, p. 88.
- 3 Ibid., p. 96.
- 4 Les estimations proviennent de l'ONUSIDA, 2010.
- 5 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : réaliser les OMD avec équité*, UNICEF, New York, septembre 2010, p. 34.
- 6 LeClerc-Madlala, S., 'Cultural Scripts for Multiple and Concurrent Partnerships in Southern Africa: Why HIV prevention needs anthropology', *Sexual Health*, vol. 6, 2009, pp. 103–110.
- 7 Gwatkin, Davidson, et al., *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An overview*, Banque mondiale, Gouvernement des Pays-Bas et Agence suédoise d'aide au développement international, Washington DC, 2007.
- 8 Yazbeck, Abdo, *Attacking Inequality in the Health Sector: A synthesis of evidence and tools*, Banque internationale pour la reconstruction et le développement, Washington DC, 2009, p. 9.
- 9 Organisation mondiale de la Santé, *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infections in Infants: Recommendations for a public health approach – 2010 version*, OMS, Genève, 2010.
- 10 Organisation mondiale de la Santé, *Treatment of Tuberculosis: Guideline*, 4^e éd., OMS, Genève, 2010.
- 11 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Fonds des Nations Unies pour la population et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*, vols. 1 et 2, UNESCO, Genève, décembre 2009.
- 12 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Document d'orientation : élaboration et mise en œuvre d'un système national de suivi et d'évaluation pour la protection, les soins et le soutien des orphelins et des enfants vulnérables vivant dans un monde confronté au VIH/SIDA*, Document de travail, UNICEF, New York, septembre 2009.
- 13 Organisation mondiale de la santé et London School of Hygiene and Tropical Medicine, *Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against Women: Taking action and generating evidence*, OMS, Genève, 2010.
- 14 Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 – Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*, OMS, Genève, 2010, p. 1.
- 15 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Blame and Banishment: The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*, UNICEF, Genève, 2010.
- 16 Organisation mondiale de la Santé, *Guidelines on HIV and Infant Feeding: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of the evidence*, OMS, Genève, 2010, pp. 1, 3, 4.
- 17 Les 20 pays ayant participé à l'atelier étaient l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe. Luo, Chewie, 'Key Components of PMTCT: Overview of global progress and scale-up – Challenges, opportunities with the Global Fund to achieve scale-up targets by 2015', Présentation PowerPoint de la réunion du Fonds mondial de Nairobi, 2010.
- 18 Murray, Christopher J. L., et al., 'Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5', *The Lancet*, vol. 375, no. 9726, 8 mai 2010, p. 1609; Organisation mondiale de la Santé, *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, OMS, Genève, 2009.
- 19 *Vers un accès universel*, p. 126–131.
- 20 Ibid, pp. 87, 126–131.
- 21 Ibid., p. 88.
- 22 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population, *Enfants et SIDA : quatrième bilan de la situation*, UNICEF, New York, 2009, p. 5; et recalcul des données de *Vers un accès universel* (2010) selon les classifications régionales de l'UNICEF.
- 23 *Vers un accès universel*, p. 93.
- 24 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'We Can Prevent Mothers from Dying and Babies from Becoming Infected with HIV', 2010, p. 3 (document interne).
- 25 Analyse de l'UNICEF des données de *Vers un accès universel*, 2010.
- 26 Kuhn, L., et al., 'Potential Impact of New WHO Criteria for Antiretroviral Treatment for Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission', *AIDS*, vol. 24, no. 9, 1^{er} juin 2010, pp. 1374–1377.
- 27 Ibid.

- 28 *Vers un accès universel*, p. 91.
- 29 Fiscus, Susan A., 'Early Infant Diagnosis: Current tools and prospects of point of care technology', Présentation PowerPoint de la XVIII^{ème} conférence internationale sur le SIDA à Vienne, juillet 2010.
- 30 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2011*, UNICEF, New York (à paraître).
- 31 *Vers un accès universel*, p. 87.
- 32 Stekelenburg, J., et al., 'Waiting Too Long: Low use of maternal health services in Kalabo, Zambia', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 19, no. 3, 2004, pp. 390-398; Bigdeli, M., et P. L. Annear, 'Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 87, 2009, pp. 560-564.
- 33 Kasenga, Fyson, et al., 'The Implications of Policy Changes on the Uptake of a PMTCT Programme in Rural Malawi: First three years of experience', *Global Health Action*, vol. 2, 2009.
- 34 Rahangdalea, Lisa, et al., 'Stigma as Experienced by Women Accessing Prevention of Parent-to-Child Transmission of HIV Services in Karnataka, India', *AIDS Care*, vol. 22, no. 7, juillet 2010, pp. 836-842.
- 35 Allen, S., et al., 'Promotion of Couples Voluntary Counselling and Testing for HIV through Influential Networks in Two African Capital Cities', *BMC Public Health*, vol. 7, no. 349, décembre 2007.
- 36 Venela, P., et J. G. Rajesh, 'Comprehensive Out Reaches Model: An inspirational effort in prevention of parent-to-child transmission program in Andhra Pradesh', Consortium sur le SIDA de l'État d'Andhra Pradesh, Hyderabad (Inde), 2010 (résumé non publié).
- 37 Torpey, Kwasi, et al., 'Increasing the Uptake of Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Services in a Resource-Limited Setting', *BMC Health Services Research*, vol. 10, no. 29, 2010, pp. 1-8; Ministère de la Santé de Zambie, *Zambia Country Report: Monitoring the Declaration of Commitment on HIV and AIDS and the Universal Access*, Rapport biennal présenté lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 31 mars 2010, p. iv.
- 38 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Policy Requirements for HIV Testing and Counselling of Infants and Young Children in Health Facilities*, OMS et UNICEF, Genève, 2010, p.1.
- 39 *Vers un accès universel*, pp. 84, 97.
- 40 *Ibid.*, p. 57.
- 41 McCollum, Eric D., et al., 'Task Shifting Routine Inpatient Pediatric HIV Testing Improves Program Outcomes in Urban Malawi: A retrospective observational study', *PLoS One*, vol. 5, no. 3, mars 2010, p. 4.
- 42 *Vers un accès universel*, p. 94.
- 43 Analyse de l'UNICEF des données collectées par le ministère de la Santé entre août et décembre 2009; Tripathi, S., et al., 'Increasing Uptake of HIV Early Infant Diagnosis (EID) Services in Four Countries (Cambodia, Namibia, Senegal and Uganda)', Présentation PowerPoint de la XVIII^{ème} conférence internationale sur le SIDA à Vienne, 20 juillet 2010.
- 44 Kiyaga, C., et al., 'Uganda's New Approach to Improve Testing, Retention and Care of HIV-Exposed Infants', Présentation PowerPoint de la XVIII^{ème} conférence internationale sur le SIDA, Résumé audio FRLBE104, 23 juillet 2010.
- 45 Butler, L., et al., 'Rates and Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) in Infants, Children, and Adolescents: A systematic review', Présentation PowerPoint de la XVIII^{ème} conférence internationale sur le SIDA à Vienne, Résumé audio MOAB0205, 19 juillet 2010.
- 46 Leroy, V., et al., '18-Month Mortality and Loss to Follow-up in ART-Treated Children in Asia and Africa', Présentation PowerPoint de la XVIII^{ème} conférence internationale sur le SIDA, Résumé audio MOAB0202, 19 juillet 2010.
- 47 Gupta, A., et al., 'Postpartum Tuberculosis Incidence and Mortality among HIV-infected Women and Their Infants in Pune, India, 2002-2005', *Clinical Infectious Diseases*, vol. 45, 2007, p. 241.
- 48 Organisation mondiale de la Santé, *Treatment of Tuberculosis: Guideline*, 4e éd., OMS, Genève, 2010.
- 49 *Vers un accès universel*, p. 95.
- 50 Ferrand, R. A., et al., 'Causes of Acute Hospitalization in Adolescence: Burden and spectrum of HIV-related morbidity in a country with an early-onset and severe HIV epidemic - A prospective survey', *PLoS Medicine*, vol. 7, no. 2, février 2010, p. 3-5.
- 51 Ferrand R. A., et al., 'AIDS among Older Children and Adolescents in Southern Africa: Projecting the time course and magnitude of the epidemic', *AIDS*, vol. 23, 2009, p. 2039.
- 52 Patton G. C., et al., 'Global Patterns of Mortality in Young People: A systematic analysis of population health data', *The Lancet*, vol. 374, no. 9693, 12 septembre 2009, pp. 881-892.
- 53 'Second Global Consultation on Service Provision for Adolescents Living with HIV: Consensus statement', à l'initiative de l'UNICEF, de l'OMS, de Family Health International, du GNP+, de l'université Johns Hopkins, de l'université de Makerere et de l'Uganda Paediatrics Association, mai 2010.
- 54 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2010* (à paraître).
- 55 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 'Vingt-deux des pays les plus touchés par le VIH en Afrique subsaharienne ont réduit le nombre de nouvelles infections de plus de 25 %', Communiqué de presse, 17 septembre 2010.
- 56 Estimations de l'ONUSIDA, 2010. Les 20 pays sont l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, l'Inde, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Myanmar, le Nigéria, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Soudan, le Tchad, la Thaïlande, la Zambie et le Zimbabwe.
- 57 Analyse de l'UNICEF basée sur les estimations du nombre de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH en 2008 et sur des estimations sur la population en fonction de l'âge.
- 58 *Progrès pour les enfants : réaliser les OMD avec équité*, p. 30.
- 59 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 'Réduire la transmission sexuelle du VIH', <www.unaids.org/fr/Priorities/03_01_Sexual_Transmission.asp>, consulté le 12 octobre 2010.
- 60 Mathers, B. M., et al., 'Global Epidemiology of Injecting Drug Use and HIV among People Who Inject Drugs: A systematic review', *The Lancet*, vol. 372, no. 9651, 15 novembre 2008, p. 1733.

- 61 *Blame and Banishment*, pp. 2, 21.
- 62 *Enfants et SIDA : quatrième bilan de la situation*, p. 49.
- 63 Organisation mondiale de la Santé, 'Why Is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?', Fiche d'information, WHO/MPS/08.14, 2008.
- 64 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case studies and lessons learned*, ONUDC, Vienne, 2004, pp. 7, 72.
- 65 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Bureau régional ECO/CEI, *Regional Analysis Report 2009*, UNICEF, Genève, février 2009, pp. 13-14 (document interne).
- 66 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 'Outlook Breaking News: Young people are leading the HIV prevention revolution', <http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_outlook_youngpeople_en.pdf>, consulté le 12 octobre 2010.
- 67 Dolata, Stéphanie, et Kenneth N. Ross, 'How Effective Are HIV-AIDS Prevention Education Programmes?', *Lettre d'information de l'IPE*, vol. 28, no. 3, septembre 2010 (à paraître).
- 68 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*, vol. 1, *Le bien-fondé de l'éducation sexuelle*, et vol. 2, *Thèmes et objectifs d'apprentissage*, UNESCO, Paris, décembre 2009.
- 69 Borzekowski, Dina L. G., 'The Project Ignite Evaluation: Tribes in Trinidad and Tobago and Shuga in Kenya and Zambia', Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2010 (Présentation PowerPoint).
- 70 Piers Fawkes et Simon King (PFSK), 'Future of Health: Map Kibera creates an infrastructure for health care', <www.pfsk.com/2010/08/futureof-health-map-kibera-creates-an-infrastructurefor-healthcare.html>, consulté le 29 septembre 2010; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'A Guide to Youth-Led Grassroots Mapping in Slum Communities: The Map Kibera toolkit', Étude de cas, 2009 (document interne).
- 71 Parmi les autres pays ayant procédé à des exercices d'estimation, on compte le Bangladesh, le Cambodge, la Malaisie, les Maldives, la Mongolie, le Myanmar, les Philippines, la République démocratique populaire lao, le Sri Lanka et le Timor-Leste. Commission sur le SIDA en Asie, *Redefining AIDS in Asia: Crafting an effective response*, Oxford University Press, New Delhi, 2008; Nepal HIV/AIDS and STI Control Board et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 'Mapping of Most-at-Risk Population for HIV (MARPs) in Selected Priority Districts of Nepal', Nepal HIV/AIDS and STI Control Board, Katmandou, 2010.
- 72 *Enfants et SIDA : quatrième bilan de la situation*, p. 49.
- 73 *Progrès pour les enfants : réaliser les OMD avec équité*, p. 33.
- 74 Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Progress in Male Circumcision Scale-Up: Country implementation and research update*, OMS et ONUSIDA, Genève, juin 2010.
- 75 Baird, S., C. McIntosh et B. Ozler, 'Cash or Condition? Evidence from a randomized cash transfer program', Document de travail de recherche sur les politiques, Impact Evaluation Series no. 45, Banque mondiale, Washington DC, mars 2010.
- 76 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progress Report on Children Affected by HIV/AIDS*, décembre 2009, UNICEF, New York, 2009, p. 30.
- 77 Booyesen, F., 'The Role of Social Grants in Mitigating the Socio-economic Impact of HIV/AIDS: Evidence from the Free State Province', Document de travail du CSSR no. 56, Université du Cap, p. 4.
- 78 Emenyonu, N., et al., 'Cash Transfers to Cover Clinic Transportation Costs Improve Adherence and Retention in Care in an HIV Treatment Program in Rural Uganda', Association of Antiretroviral Therapy Adherence and Health Care Costs, Mbarara (Ouganda), 2010.
- 79 Pronyk, Paul M., et al., 'Effect of a Structural Intervention for the Prevention of Intimate Partner Violence and HIV in Rural South Africa: Results of a cluster randomized trial', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 décembre 2006, pp. 1973-1983.
- 80 Baird, S., et al., 'The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behaviour of Young Women', Document de travail de recherche sur les politiques 5089, Impact Evaluation Series no. 40, Banque mondiale, Washington DC, octobre 2009, pp. 16-19; Baird, S., C. McIntosh et B. Ozler, 'Cash or Condition? Evidence from a randomized cash transfer program', Document de travail de recherche sur les politiques, Impact Evaluation Series no. 45, Banque mondiale, Washington DC, mars 2010, pp. 34-36.
- 81 Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, 'Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants', A/RES/64/142, 24 février 2010.
- 82 Larson, Bruce, *Costs, Outcomes and Cost-effectiveness of OVC Interventions*, Centre for Global Health and Development, Université de Boston, Boston, janvier 2009, pp. 11-13; Hutchinson, Paul, et Tonya Thurman, *Analyzing the Cost-effectiveness of Interventions to Benefit Orphans and Vulnerable Children: Evidence from Kenya and Tanzania*, United States Agency for International Development, avril 2009, p. 7.
- 83 JIMAT Development Consultants, 'Programme of Support for the National Action Plan for Orphans and Vulnerable Children: Impact assessment', Projet de rapport final, 3 mai 2010 (document interne).
- 84 MEASURE Evaluation, 'Child Status Index', <www.cpc.unc.edu/measure/tools/child-health/child-status-index>, consulté le 29 septembre 2010.
- 85 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Section Éducation, 'Learning Plus Research Study: Mapping care and support for quality education', Document de travail, UNICEF, New York, juillet 2010.

ANNEXE À PROPOS DES DONNÉES

SOURCES ET COMPILATION DES DONNÉES

Les données et les analyses présentées dans ce *Cinquième 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, l'OMS et l'ONUSIDA à l'aide d'un formulaire commun de présentation annuelle de rapports sur le suivi des interventions du secteur sanitaire face au VIH/SIDA (2010); 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.

En 2010, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont recueilli des données auprès des programmes nationaux du monde entier, en utilisant le processus d'établissement de rapports de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/SIDA 2010 (UNGASS), ainsi qu'un instrument commun de suivi et d'établissement de rapports sur les progrès du secteur de la santé dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cet instrument se compose généralement 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 PTME. Cependant, cette année, un nombre moins important d'indicateurs ont été collectés, et ce pour deux raisons : tout d'abord, étant donné que 2010 était l'année de l'établissement des rapports pour l'UNGASS, il était nécessaire d'alléger la charge des pays dans ce domaine. De plus, deux de ces indicateurs (le nombre de femmes enceintes séropositives recevant un traitement ARV dans le cadre de la PTME et le nombre d'enfants recevant un traitement ARV) ont été obtenus par l'intermédiaire du processus de l'UNGASS. 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 sur une période de 12 mois, comprise entre janvier et décembre 2009. Les données contenues dans ce rapport concernant les femmes enceintes séropositives recevant un traitement ARV et les enfants recevant un traitement ARV et une prophylaxie par cotrimoxazole sont les mêmes que celles indiquées dans le document de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNICEF, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2010*.

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

En 2010, 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



© UNICEF/NYHQ2010-0786/Jerry

un certain nombre de pays. Grâce à cette méthodologie plus perfectionnée, l'ONUSIDA a été en mesure de publier rétrospectivement de nouvelles estimations sur la prévalence du VIH, le nombre de personnes vivant avec le VIH, les besoins en matière de traitement pédiatrique du VIH et le nombre d'enfants ayant perdu leurs parents toutes causes confondues ou à cause du SIDA au cours des dernières années. 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.

De même, les estimations mondiales relatives au nombre d'enfants qui ont besoin d'un traitement ARV ont été peaufinées, ce qui a permis de recalculer les taux de couverture annoncés pour 2005, 2006, 2007 et 2008 en utilisant les nouvelles estimations.

Celles-ci englobent les données les plus récentes fournies par les pays à partir de 2009. Les méthodes et les hypothèses du modèle d'estimation de l'ONUSIDA et de l'OMS continuent d'évoluer et sont régulièrement mises à jour à mesure que l'on dispose de nouvelles données. Cette année, les hypothèses utilisées pour estimer les besoins pédiatriques ont fait l'objet de plusieurs modifications importantes, notamment : une plus grande précision des courbes de survie, l'amélioration du suivi de la progression de l'infection à la nécessité de mettre en place

un traitement et la révision des directives de l'OMS concernant le traitement ARV des nourrissons et des enfants en fonction de nouveaux critères d'éligibilité.

Ainsi, on estime à 28 % la part des enfants (0-14 ans) ayant reçu un traitement ARV en 2009, une couverture inférieure à celle estimée en 2008 (38 %) publiée précédemment. Cette modification de la couverture estimée ne reflète pas une baisse du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement ARV et recevant un traitement, qui a en fait augmenté. Elle est plutôt due à des changements aussi bien dans la méthodologie d'estimations que dans les critères d'éligibilité au traitement qui ont entraîné une hausse importante du nombre estimé d'enfants ayant besoin d'un traitement ARV et, par conséquent, une modification des taux de couverture des traitements ARV. À la lumière de ces changements, il n'est pas pertinent de comparer les taux de couverture de 2009 avec ceux publiés dans les bilans de la situation des années précédentes. Pour cela, toutes les estimations des années précédentes concernant les besoins pédiatriques en traitement ARV doivent être rétro-calculées pour le rapport de cette année.

De manière générale, les différences entre les dernières estimations et celles publiées antérieurement ne reflètent pas des tendances au fil du temps et 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 au VIH et au SIDA.

Pour de plus amples détails sur ces données, la présentation de rapports par des pays spécifiques 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 2010* et www.unaids.org/fr/.

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), fin 200 | Nombre annuel de naissances (milliers), 2009* | Nombre annuel de naissances (milliers), 2009 | Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2009 [†] | | | Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu un traitement ARV pour la PTME, 2009 | Pourcentage estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu un traitement ARV pour la PTME, 2009** | | |
|---------------------------------------|---|---|--|--|-------------------|-------------------|---|--|-------------------|-------------------|
| | | | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée |
| Afghanistan | – | – | 1 302 | – | – | – | – | – | – | |
| Afrique du Sud | 17,8 | – | 1 085 | 210 000 | 120 000 | 290 000 | 188 200 | 88 | 66 | >95 |
| Albanie | – | 97 | 47 | – | – | – | – | – | – | |
| Algérie | 0,1 | 89 | 723 | – | <200 | <500 | 65 | – | 14 | 59 |
| Angola | 2,0 | 80 | 784 | 16 000 | 8 400 | 25 000 | 3 053 | 19 | 12 | 36 |
| Antigua-et-Barbuda | – | 100 | 1 | – | – | – | – | – | – | |
| Arabie saoudite | – | – | 593 | – | – | – | – | – | – | |
| Argentine | 0,5 | 99 | 691 | – | <1 000 | 2 400 | 2 039 a | – | 86 | >95 |
| Arménie | 0,1 | 93 | 48 | – | <100 | <100 | 13 | – | 65 | >95 |
| Azerbaïdjan | 0,1 | 77 | 169 | – | <100 | <500 | 11 | – | 5 | 17 |
| Bahamas | 3,1 | 98 | 6 | – | – | – | – | – | – | |
| Bahreïn | – | – | 14 | – | – | – | – | – | – | |
| Bangladesh | <0,1 | 51 | 3 401 | – | <100 | <200 | 7 a | – | 4 | 13 |
| Barbade | 1,4 | 100 | 3 | – | – | – | – | – | – | |
| Bélarus | 0,3 | 99 | 96 | – | <100 | <500 | 194 | – | >95 | >95 |
| Belize | 2,3 | 94 | 7 | – | <200 | <500 | 63 | – | 22 | 61 |
| Bénin | 1,2 | 84 | 349 | 3 700 | 1 900 | 5 800 | 1 703 | 46 | 29 | 92 |
| Bhoutan | 0,2 | 88 | 15 | – | <100 | <100 | 19 a | – | 95 | >95 |
| Bolivie (État plurinational de) | 0,2 | 86 | 262 | – | <200 | <500 | 105 | – | 22 | 83 |
| Bosnie-Herzégovine | – | 99 | 34 | – | – | – | 1 a | – | – | |
| Botswana | 24,8 | 94 | 48 | 13 000 | 6 900 | 17 000 | 12 406 | >95 | 74 | >95 |
| Brésil | – | 97 | 3 026 | – | 3 700 | 12 000 | 5 988 | – | 49 | >95 |
| Brunéï Darussalam | – | – | 8 | – | – | – | – | – | – | |
| Bulgarie | 0,1 | – | 73 | – | <100 | <100 | 9 | – | 23 | 82 |
| Burkina Faso | 1,2 | 85 | 738 | 6 500 | 3 500 | 11 000 | 2 084 | 32 | 19 | 60 |
| Burundi | 3,3 | 92 | 283 | 15 000 | 8 400 | 21 000 | 1 837 | 12 | 9 | 22 |
| Cambodge | 0,5 | 69 | 367 | – | <1 000 | 3 000 | 798 | – | 26 | >95 |
| Cameroun | 5,3 | 82 | 711 | 34 000 | 18 000 | 50 000 | 9 092 | 27 | 18 | 50 |
| Cap-Vert | – | 98 | 12 | – | – | – | 61 | – | – | |
| Chili | 0,4 | – | 252 | – | <500 | <1 000 | 121 | – | 15 | 55 |
| Chine | 0,1 | 91 | 18 294 | – | 2 600 | 11 000 | 1 554 | – | 14 | 59 |
| Colombie | 0,5 | 94 | 917 | – | <1 000 | 3 900 | 519 | – | 13 | 55 |
| Comores | 0,1 | – | 22 | – | <100 | <100 | 1 | – | 10 | 33 |
| Congo | 3,4 | 86 | 126 | 3 800 | 1 900 | 5 600 | 441 | 12 | 8 | 23 |
| Costa Rica | 0,3 | 90 | 76 | – | <100 | <200 | 31 a | – | 17 | 53 |
| Côte d'Ivoire | 3,4 | 85 | 729 | 20 000 | 10 000 | 31 000 | 11 064 | 54 | 36 | >95 |
| Croatie | <0,1 | – | 42 | – | <100 | <100 | 2 | – | 15 | 67 |
| Cuba | 0,1 | 100 | 116 | – | <100 | <200 | 50 | – | 39 | >95 |
| Djibouti | 2,5 | 92 | 24 | <1 000 | <500 | 1 000 | 63 | 10 | 6 | 21 |
| Dominique | – | 100 | 1 | – | – | – | 2 | – | – | |
| Égypte | <0,1 | 74 | 2 029 | – | <200 | <500 | 11 | – | 3 | 10 |
| El Salvador | 0,8 | 94 | 125 | – | <500 | <1 000 | 170 a | – | 19 | 71 |
| Émirats arabes unis | – | – | 63 | – | – | – | – | – | – | |
| Équateur | 0,4 | – | 279 | – | <500 | <1 000 | 477 | – | 48 | >95 |
| Érythrée | 0,8 | – | 185 | 1 400 | <1 000 | 2 200 | 464 | 34 | 21 | 71 |
| Éthiopie | – | 28 | 3 132 | – b | 17 000 | 51 000 | 6 721 | – | 13 | 40 |
| ex-Republicue yougoslave de Macédoine | – | 94 | 22 | – | – | – | 0 | – | – | |
| Fidji | 0,1 | – | 18 | – | <100 | <100 | 5 c | – | 28 | >95 |
| Gabon | 5,2 | – | 40 | 1 900 | <1 000 | 2 900 | 577 | 30 | 20 | 60 |
| Gambie | 2,0 | 98 | 62 | – | <1 000 | 2 000 | 885 d | – | 43 | >95 |
| Géorgie | 0,1 | 96 | 52 | – | <100 | <100 | 12 | – | 19 | 86 |
| Ghana | 1,8 | 90 | 766 | 13 000 | 6 900 | 20 000 | 3 643 | 27 | 18 | 53 |
| Grenade | – | 100 | 2 | – | – | – | 2 | – | – | |
| Guatemala | 0,8 | 93 | 456 | – | <1 000 | 2 900 | 440 | – | 15 | 56 |
| Guinée | 1,3 | 88 | 397 | 4 600 | 2 300 | 7 200 | 783 | 17 | 11 | 34 |
| Guinée-Bissau | 2,5 | 78 | 66 | 1 600 | <1 000 | 2 400 | 383 | 24 | 16 | 49 |
| Guinée équatoriale | 5,0 | – | 26 | 1 400 | <1 000 | 2 300 | 365 | 26 | 16 | 50 |
| Guyana | 1,2 | 92 | 13 | – | <100 | <500 | 183 | – | 88 | >95 |
| Haiti | 1,9 | 85 | 274 | 5 000 | 2 600 | 7 500 | 2 960 | 60 | 39 | >95 |
| Honduras | 0,8 | 92 | 202 | – | <500 | 1 300 | 255 | – | 20 | 82 |
| Iles Cook | – | – | 0 | – | – | – | – | – | – | |
| Iles Marshall | – | 81 | 1 | – | – | – | 1 f | – | – | |
| Iles Salomon | – | 74 | 16 | – | – | – | 1 | – | – | |
| Inde | 0,3 | 75 | 26 787 | – | 23 000 | 65 000 | 11 319 | – | 17 | 48 |
| Indonésie | 0,2 | 93 | 4 174 | – | 1 100 | 4 600 | 196 a | – | 4 | 17 |
| Iran (République islamique d') | 0,2 | 98 | 1 390 | – | <500 | 1 300 | 25 e | – | 2 | 7 |

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), fin 200 | Nombre annuel de naissances (milliers), 2009* | Nombre annuel de naissances (milliers), 2009 | Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2009 ^c | | | Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu un traitement ARV pour la PTME, 2009 | Pourcentage estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu un traitement ARV pour la PTME, 2009** | | |
|--|---|---|--|--|-------------------|-------------------|---|--|-------------------|-------------------|
| | | | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée |
| Iraq | - | 84 | 949 | - | - | - | 0 a | - | - | - |
| Jamahiriya arabe libyenne | - | - | 148 | - | - | - | - | - | - | - |
| Jamaïque | 1,7 | 91 | 52 | - | <200 | <1 000 | 379 | - | 46 | >95 |
| Jordanie | - | 99 | 158 | - | - | - | 0 | - | - | - |
| Kazakhstan | 0,1 | 100 | 308 | - | <200 | <1 000 | 193 | - | 38 | >95 |
| Kenya | 6,3 | 92 | 1 530 | 81 000 | 41 000 | 120 000 | 58 591 | 73 | 50 | >95 |
| Kirghizistan | 0,3 | 97 | 122 | - | <100 | <500 | 58 | - | 23 | >95 |
| Kiribati | - | - | 2 | - | - | - | 0 a | - | - | - |
| Koweït | - | - | 52 | - | - | - | - | - | - | - |
| Lesotho | 23,6 | 92 | 59 | 14 000 | 8 400 | 18 000 | 8 846 | 64 | 48 | >95 |
| Liban | 0,1 | - | 66 | - | <100 | <100 | - | - | - | - |
| Libéria | 1,5 | 79 | 149 | 2 400 | 1 100 | 3 700 | 377 | 16 | 10 | 33 |
| Madagascar | 0,2 | 86 | 695 | - | <500 | 1 100 | 17 | - | 1 | 5 |
| Malaisie | 0,5 | 79 | 550 | - | <100 | <1 000 | 300 | - | 55 | >95 |
| Malawi | 11,0 | 92 | 608 | 57 000 | 31 000 | 83 000 | 33 156 | 58 | 40 | >95 |
| Maldives | <0,1 | - | 6 | - | <100 | <100 | 0 | - | 0 | 0 |
| Mali | 1,0 | 70 | 551 | - | 2 100 | 6 700 | 1 710 | - | 26 | 82 |
| Maroc | 0,1 | - | 651 | - | <200 | <1 000 | 90 | - | 13 | 49 |
| Maurice | 1,0 | - | 18 | - | <100 | <200 | 41 | - | 33 | >95 |
| Mauritanie | 0,7 | 75 | 109 | - | <200 | <1 000 | 68 | - | 12 | 37 |
| Mexique | 0,3 | 94 | 2 021 | - | 1 500 | 4 500 | 124 | - | 3 | 9 |
| Micronésie (États fédérés de) | - | - | 3 | - | - | - | - | - | - | - |
| Mongolie | <0,1 | 100 | 50 | - | <100 | <100 | 1 | - | 10 | 33 |
| Monténégro | - | 97 | 8 | - | - | - | 0 | - | - | - |
| Mozambique | 11,5 | 92 | 877 | 97 000 | 53 000 | 130 000 | 68 248 | 70 | 51 | >95 |
| Myanmar | 0,6 | 80 | 1 016 | - | 1 800 | 5 600 | 2 398 | - | 43 | >95 |
| Namibie | 13,1 | 95 | 59 | 7 700 | 4 100 | 11 000 | 6 744 g | 88 | 61 | >95 |
| Nauru | - | 95 | 0 | - | - | - | - | - | - | - |
| Népal | 0,4 | 44 | 730 | - | <1 000 | 2 100 | 56 h | - | 3 | 10 |
| Nicaragua | 0,2 | 90 | 140 | - | <100 | <500 | 91 | - | 45 | >95 |
| Niger | 0,8 | 46 | 815 | - | 2 300 | 7 000 | 1 737 | - | 25 | 74 |
| Nigéria | 3,6 | 58 | 6 081 | 210 000 | 110 000 | 300 000 | 44 723 | 22 | 15 | 42 |
| Nioué | - | - | 0 | - | - | - | - | - | - | - |
| Oman | 0,1 | - | 62 | - | <100 | <100 | 9 | - | 29 | >95 |
| Ouganda | 6,5 | 94 | 1 502 | 88 000 | 48 000 | 130 000 | 46 948 | 53 | 37 | >95 |
| Ouzbékistan | 0,1 | 99 | 558 | - b | - | - | 304 | - | - | - |
| Pakistan | 0,1 | 61 | 5 403 | - | 1 000 | 3 700 | 25 | - | 1 | 2 |
| Palaos | - | 100 | 0 | - | - | - | - | - | - | - |
| Panama | 0,9 | - | 70 | - | <200 | <1 000 | 118 | - | 19 | >95 |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 0,9 | 79 | 208 | 2 000 | <1 000 | 3 000 | 263 | 13 | 9 | 27 |
| Paraguay | 0,3 | 96 | 154 | - | <200 | <500 | 148 | - | 38 | >95 |
| Pérou | 0,4 | 94 | 605 | - | <500 | 1 700 | 550 | - | 33 | >95 |
| Philippines | <0,1 | 91 | 2 245 | - | <100 | <500 | 3 | - | 1 | 4 |
| Qatar | <0,1 | - | 16 | - | - | - | - | - | - | - |
| République arabe syrienne | - | 84 | 596 | - | - | - | 2 | - | - | - |
| République centrafricaine | 4,7 | 69 | 154 | 6 300 | 3 200 | 9 500 | 2 157 | 34 | 23 | 67 |
| République de Corée | <0,1 | - | 450 | - | - | - | - | - | - | - |
| République de Moldova | 0,4 | 98 | 45 | - | <100 | <200 | 109 | - | 71 | >95 |
| République démocratique du Congo | - | 85 | 2 930 | - b | 20 000 | 54 000 | 2 232 | - | 4 | 11 |
| République démocratique populaire lao | 0,2 | 35 | 172 | - | <200 | <500 | 24 | - | 5 | 20 |
| République dominicaine | 0,9 | 99 | 224 | - | <1 000 | 3 000 | 949 | - | 32 | 95 |
| République populaire démocratique de Corée | - | - | 327 | - | <100 | <100 | - | - | - | - |
| République-Unie de Tanzanie | 5,6 | 76 | 1 812 | 84 000 | 45 000 | 120 000 | 58 833 | 70 | 48 | >95 |
| Roumanie | 0,1 | - | 212 | - | <100 | <500 | 152 | - | 76 | >95 |
| Russie (Fédération de) | - | - | 1 559 | - | 5 100 | 16 000 | 9 380 | - | 57 | >95 |
| Rwanda | 2,9 | 96 | 413 | 11 000 | 5 400 | 16 000 | 7 030 | 65 | 43 | >95 |
| Saint-Kitts-et-Nevis | - | 100 | 0 | - | - | - | 1 | - | - | - |
| Saint-Vincent-et-les-Grenadines | - | 100 | 2 | - | - | - | 14 | - | - | - |
| Sainte-Lucie | - | 99 | 3 | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Samoa | - | - | 4 | - | - | - | - | - | - | - |
| Sao Tomé-et-Principe | - | 98 | 5 | - | - | - | 11 | - | - | - |
| Sénégal | 0,9 | 87 | 476 | - | 2 000 | 5 900 | 917 | - | 16 | 45 |
| Serbie | 0,1 | 98 | 114 | - | <100 | <100 | 2 a | - | 3 | 10 |
| Seychelles | - | - | 3 | - | - | - | 12 | - | - | - |
| Sierra Leone | 1,6 | 87 | 227 | 3 300 | 1 800 | 5 100 | 637 | 19 | 12 | 36 |
| Singapour | 0,1 | - | 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), fin 200 | Nombre annuel de naissances (milliers), 2009* | Nombre annuel de naissances (milliers), 2009 | Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2009 ^c | | | Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu un traitement ARV pour la PTME, 2009 | Pourcentage estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu un traitement ARV pour la PTME, 2009** | | |
|--|---|---|--|--|-------------------|-------------------|---|--|-------------------|-------------------|
| | | | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée |
| Somalie | 0,7 | 26 | 402 | – | 1 000 | 3 700 | 0 | – | 0 | 0 |
| Soudan | 1,1 | 64 | 1 300 | 14 000 | 7 300 | 22 000 | 245 | 2 | 1 | 3 |
| Sri Lanka | <0,1 | 99 | 364 | – | <100 | <100 | 4 | – | 9 | 31 |
| Suriname | 1,0 | 90 | 10 | – | <100 | <200 | 83 a | – | 82 | >95 |
| Swaziland | 25,9 | 85 | 35 | 9 300 | 5 700 | 12 000 | 8 182 | 88 | 68 | >95 |
| Tadjikistan | 0,2 | 89 | 195 | – | <100 | <500 | 25 | – | 9 | 36 |
| Tchad | 3,4 | – | 508 | 16 000 | 8 300 | 29 000 | 989 | 6 | 3 | 12 |
| Territoire palestinien occupé | – | 99 | 150 | – | – | – | – | – | – | – |
| Thaïlande | 1,3 | 98 | 977 | – | 4 900 | 8 300 | 5 457 f | – | 66 | >95 |
| Timor-Leste | – | – | 46 | – | – | – | 1 a | – | – | – |
| Togo | 3,2 | 84 | 215 | 5 600 | 2 200 | 9 400 | 1 451 | 26 | 15 | 67 |
| Tonga | – | – | 3 | – | – | – | – | – | – | – |
| Trinité-et-Tobago | 1,5 | 96 | 20 | – | – | – | – | – | – | – |
| Tunisie | <0,1 | 96 | 165 | – | <100 | <100 | 3 | – | 6 | 25 |
| Turkménistan | – | 99 | 111 | – | – | – | – | – | – | – |
| Turquie | <0,1 | 92 | 1 346 | – | <100 | <200 | 4 i | – | 3 | 13 |
| Tuvalu | – | 97 | 0 | – | – | – | – | – | – | – |
| Ukraine | 1,1 | 99 | 468 | – | 1 200 | 4 800 | 3 645 | – | 76 | >95 |
| Uruguay | 0,5 | 96 | 50 | – | <100 | <500 | 70 a | – | 31 | >95 |
| Vanuatu | – | 84 | 7 | – | – | – | – | – | – | – |
| Venezuela (République bolivarienne du) | – | – | 600 | – b | – | – | 233 | – | – | – |
| Vietnam | 0,4 | 91 | 1 485 | – | 1 700 | 4 700 | 1 372 | – | 29 | 79 |
| Yémen | – | 47 | 861 | – | – | – | 13 | – | – | – |
| Zambie | 13,5 | 94 | 549 | 68 000 | 37 000 | 94 000 | 47 175 | 69 | 50 | >95 |
| Zimbabwe | 14,3 | 93 | 379 | 50 000 | 28 000 | 69 000 | 28 208 | 56 | 41 | >95 |

DONNÉES CONSOLIDÉES

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|------|---------------|-----------|---------|-----------|---------|----|----|-----|
| Afrique | 3,9 † | 72 † | 35 762 000 † | 1 260 000 | 810 000 | 1 700 000 | 673 300 | 53 | 40 | 83 |
| Afrique subsaharienne^{a/} | 4,7 † | 72 † | 32 044 000 † | 1 260 000 | 810 000 | 1 700 000 | 673 100 | 53 | 40 | 83 |
| Afrique de l'Est et australe | 7,2 † | 72 † | 14 480 000 † | 860 000 | 600 000 | 1 100 000 | 584 700 | 68 | 53 | >95 |
| Afrique de l'Ouest et centrale | 2,7 † | 72 † | 16 241 000 † | 380 000 | 200 000 | 560 000 | 88 100 | 23 | 16 | 44 |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord | 0,2 † | 78 † | 10 012 000 † | 16 400 | 9 600 | 23 000 | 530 | 3 | 2 | 5 |
| Asie | 0,2 † | 79 † | 68 469 000 † | 73 200 | 45 000 | 110 000 | 23 800 | 33 | 22 | 52 |
| Asie du Sud | 0,3 † | 70 † | 38 008 000 † | 46 800 | 23 000 | 78 000 | 11 400 | 24 | 15 | 50 |
| Asie de l'Est et Pacifique | 0,2 † | 90 † | 30 460 000 † | 26 200 | 18 000 | 40 000 | 12 400 | 47 | 31 | 68 |
| Amérique latine et Caraïbes | 0,5 † | 95 † | 10 661 000 † | 29 900 | 19 000 | 41 000 | 16 200 | 54 | 39 | 83 |
| ECO/CEI | 0,5 † | 95 † | 5 629 000 † | 15 100 | 7 600 | 22 000 | 14 100 | 94 | 63 | >95 |
| Pays à revenu faible et intermédiaire ^{b/} | – | – | – | 1 380 000 | 920 000 | 1 800 000 | 727 600 | 53 | 40 | 79 |
| Pays en développement ^{b/} | 0,9 † | 79 † | 122 921 000 † | – | – | – | – | – | – | – |
| Total mondial | 0,8 † | 79 † | 136 712 000 † | – | – | – | – | – | – | – |

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes : pourcentage d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH en 2009.

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 2009.

Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH : nombre estimatif de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2009.

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 2010*.

Couverture par les soins prénatals : UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2010*.

Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé 2010*.

Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives au VIH : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé 2010*.

Pourcentage estimatif de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des ARV pour la PTME : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé 2010*.

NOTES

– Données non disponibles.

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

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

a La période de référence va de janvier à décembre 2008.

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

c La période de référence va de janvier à novembre 2009.

d La période de référence va de janvier à septembre 2009.

e La période de référence va de mars 2008 à février 2009.

f La période de référence va d'octobre 2008 à septembre 2009.

g La période de référence va d'avril 2008 à mars 2009.

h La période de référence va de juillet 2008 à juin 2009.

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

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 lorsque la population représente 50 % ou plus du nombre total d'habitants concernés dans la région.

a/ Y compris Djibouti et le Soudan

b/ Le total des estimations pour l'Afrique de l'Est et australe et l'Afrique de l'Ouest et centrale n'est pas exactement le même que le total pour l'Afrique subsaharienne car les chiffres ont été arrondis.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1er juillet 2007; ces 149 pays forment la base de l'analyse des données dans le rapport de l'OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé 2010*. Les pays en développement sont une classification utilisée par l'UNICEF dans son rapport annuel *La Situation des enfants dans le monde*.

Les estimations concernant les pays à revenu faible et intermédiaire sont calculées seulement pour les indicateurs pris directement dans *Vers un accès universel* (dans ce tableau le nombre estimatif de femmes enceintes séropositives et le nombre déclaré et le pourcentage estimé de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV pour la PTME). Les estimations concernant les pays en développement et l'ensemble du monde sont calculées pour tous les autres indicateurs.

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, 2009 | | | Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2009 ² | | | Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2009 | % de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2009 | Nombre estimatif d'enfants ayant besoin d'un traitement ARV selon les méthodes ONUSIDA/OMS, 2009 ² | | | Estimation de la couverture du traitement ARV parmi les enfants (pourcentage), décembre, 2009 ² | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|-------------------|--|-------------------|-------------------|--|---|---|-------------------|-------------------|--|------------|-------------------|-------------------|
| | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement ARV, 2009** | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée |
| Afghanistan | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - |
| Afrique du Sud | 330 000 | 190 000 | 440 000 | 210 000 | 120 000 | 290 000 | 43 394 | 20 | 160 000 | 92 000 | 210 000 | 86 270 v | 54 | 41 | 94 |
| Albanie | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 15 | - | - | - |
| Algérie | - | - | - | - | <200 | <500 | - | - | - | <100 | <500 | 97 | - | 36 | >95 |
| Angola | 22 000 | 12 000 | 35 000 | 16 000 | 8 400 | 25 000 | 2 435 | 15 | 12 000 | 6 300 | 18 000 | 1 548 | 13 | 8 | 25 |
| Antigua-et-Barbuda | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Arabie saoudite | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Argentine | - | - | - | - | <1 000 | 2 400 | 2 160 a | >95 | - | <500 | <1 000 | 2 000 a | - | >95 | >95 |
| Arménie | - | - | - | - | <100 | <100 | 2 | 17 | - | <100 | <100 | 7 | - | 54 | >95 |
| Azerbaïdjan | - | - | - | - | <100 | <500 | 13 a | 10 | - | <100 | <200 | 3 | - | 3 | 9 |
| Bahamas | - | <200 | <1 000 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bahreïn | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bangladesh | - | - | - | - | <100 | <200 | 16 | 16 | - | <100 | <200 | 6 a | - | 6 | 16 |
| Barbade | - | <100 | <100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bélarus | - | - | - | - | <100 | <500 | 148 | >95 | - | <100 | <200 | 95 | - | 77 | >95 |
| Belize | - | - | - | - | <200 | <500 | - | - | - | <200 | <500 | 80 | - | 28 | 66 |
| Bénin | 5 400 | 2 900 | 7 800 | 3 700 | 1 900 | 5 800 | 1 473 | 39 | 2 700 | 1 500 | 4 100 | 1 135 | 41 | 28 | 77 |
| Bhoutan | - | - | - | - | <100 | <100 | 7 a | 58 | - | <100 | <100 | 1 a | - | 8 | 33 |
| Bolivie (État plurinational de) | - | <500 | 1 300 | - | <200 | <500 | 27 a | 10 | - | <200 | <1 000 | 50 | - | 8 | 28 |
| Bosnie-Herzégovine | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| Botswana | 16 000 | 9 900 | 20 000 | 13 000 | 6 900 | 17 000 | 8 232 b | 65 | 9 400 | 8 200 | 11 000 | 8 490 p | 90 | 76 | >95 |
| Brésil | - | - | - | - | 3 700 | 12 000 | - | - | - ^c | 8 200 | 12 000 | 7 939 a, d | - | 65 | >95 |
| Brunéï Darussalam | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bulgarie | - | - | - | - | <100 | <100 | - | - | - | <100 | <100 | 3 | - | 10 | 33 |
| Burkina Faso | 17 000 | 8 100 | 25 000 | 6 500 | 3 500 | 11 000 | 1 815 | 28 | 8 000 | 3 900 | 12 000 | 1 354 | 17 | 11 | 35 |
| Burundi | 28 000 | 17 000 | 40 000 | 15 000 | 8 400 | 21 000 | 1 332 | 9 | 14 000 | 8 500 | 20 000 | 1 596 | 11 | 8 | 19 |
| Cambodge | - | - | - | - | <1 000 | 3 000 | 203 e | 12 | - | 2 800 | 6 100 | 3 638 | - | 60 | >95 |
| Cameroun | 54 000 | 29 000 | 78 000 | 34 000 | 18 000 | 50 000 | 8 378 | 25 | 28 000 | 15 000 | 41 000 | 3 114 | 11 | 8 | 20 |
| Cap-Vert | - | - | - | - | - | - | 67 | - | - | - | - | 37 | - | - | - |
| Chili | - | - | - | - | <500 | <1 000 | - | - | - | <500 | <1 000 | 186 a | - | 21 | 59 |
| Chine | - | - | - | - | 2 600 | 11 000 | - | - | - | 2 100 | 7 600 | 1 594 | - | 21 | 74 |
| Colombie | - | - | - | - | <1 000 | 3 900 | - | - | - | 1 000 | 3 400 | - | - | - | - |
| Comores | - | - | - | - | <100 | <100 | - | 1 | - | <100 | <100 | 1 p | - | 14 | 50 |
| Congo | 7 900 | 4 000 | 12 000 | 3 800 | 1 900 | 5 600 | 548 | 15 | 4 000 | 2 000 | 5 900 | 488 a | 12 | 8 | 24 |
| Costa Rica | - | - | - | - | <100 | <200 | 44 | 38 | - | <100 | <200 | 61 | - | 33 | >95 |
| Côte d'Ivoire | - | 32 000 | 91 000 | 20 000 | 10 000 | 31 000 | - | - | 29 000 | 14 000 | 42 000 | 4 349 | 15 | 10 | 30 |
| Croatie | - | - | - | - | <100 | <100 | - | - | - | <100 | <100 | 3 | - | 30 | >95 |
| Cuba | - | - | - | - | <100 | <200 | 1 e | 1 | - | <100 | <100 | 20 | - | 22 | 59 |
| Djibouti | - | <1 000 | 2 000 | <1 000 | <500 | 1 000 | 22 | 4 | <1 000 | <500 | <1 000 | 24 | 4 | 2 | 8 |
| Dominique | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| Égypte | - | - | - | - | <200 | <500 | - | - | - | <100 | <500 | 27 | - | 12 | 36 |
| El Salvador | - | - | - | - | <500 | <1 000 | 176 | 34 | - | 1 100 | 1 500 | 300 | - | 20 | 28 |
| Émirats arabes unis | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Équateur | - | - | - | - | <500 | <1 000 | - | - | - | <500 | 1 000 | 407 | - | 39 | >95 |
| Érythrée | 3 100 | 1 500 | 5 000 | 1 400 | <1 000 | 2 200 | 225 a | 17 | 1 500 | <1 000 | 2 400 | 324 | 21 | 14 | 45 |
| Éthiopie | - | - | - | - ^f | 17 000 | 51 000 | 1 076 | 3 | - ^g | 27 000 | 74 000 | 9 992 | - | 14 | 38 |
| ex-République yougoslave de Macédoine | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| Fidji | - | - | - | - | <100 | <100 | 2 a | 20 | - | <100 | <100 | 1 q | - | 20 | >95 |
| Gabon | 3 200 | 1 700 | 4 800 | 1 900 | <1 000 | 2 900 | 219 a | 12 | 1 600 | <1 000 | 2 500 | 275 | 17 | 11 | 34 |
| Gambie | - | - | - | - | <1 000 | 2 000 | 99 | 8 | - | <500 | 1 300 | 309 a | - | 25 | 88 |
| Géorgie | - | - | - | - | <100 | <100 | 19 a | 58 | - | <100 | <100 | 28 | - | 62 | >95 |
| Ghana | 27 000 | 14 000 | 41 000 | 13 000 | 6 900 | 20 000 | - | - | 13 000 | 6 700 | 20 000 | 1 617 | 12 | 8 | 24 |
| Grenade | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | 3 | - | - | - |
| Guatemala | - | - | - | - | <1 000 | 2 900 | 222 a | 13 | - | <1 000 | 2 500 | 768 | - | 31 | 77 |
| Guinée | 9 000 | 4 300 | 14 000 | 4 600 | 2 300 | 7 200 | 801 h | 17 | 4 400 | 2 100 | 6 900 | 674 | 15 | 10 | 32 |
| Guinée-Bissau | 2 100 | 1 100 | 3 200 | 1 600 | <1 000 | 2 400 | - | - | 1 100 | <1 000 | 1 700 | 118 | 10 | 7 | 21 |
| Guinée équatoriale | 1 600 | <1 000 | 2 600 | 1 400 | <1 000 | 2 300 | - | - | <1 000 | <500 | 1 500 | 27 | 3 | 2 | 7 |
| Guyana | - | - | - | - | <100 | <500 | 97 i | >95 | - | <200 | <500 | 165 a | - | 73 | 92 |
| Haïti | 12 000 | 5 700 | 18 000 | 5 000 | 2 600 | 7 500 | 448 a | 9 | 5 700 | 2 700 | 8 600 | 1 098 | 19 | 13 | 41 |
| Honduras | - | - | - | - | <500 | 1 300 | - | - | - | <1 000 | 1 800 | 719 | - | 40 | 81 |
| Iles Cook | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 a | - | - | - |
| Iles Marshall | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - |
| Iles Salomon | - | - | - | - | - | - | 0 a | - | - | - | - | 0 | - | - | - |
| Inde | - | - | - | - | 23 000 | 65 000 | - | - | - | 30 000 | 76 000 | 17 952 | - | 24 | 59 |

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, 2009 | | | Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2009 ² | | | Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2009 | % de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2009 | Nombre estimatif d'enfants ayant besoin d'un traitement ARV selon les méthodes ONUSIDA/OMS, 2009 ² | | | Estimation de la couverture du traitement ARV parmi les enfants (pourcentage), décembre, 2009 ² | | | |
|--|--|-------------------|-------------------|--|-------------------|-------------------|--|---|---|-------------------|-------------------|--|------------|-------------------|-------------------|
| | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement ARV, 2009 ^{**} | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indonésie | - | - | - | - | 1 100 | 4 600 | 25 e | 1 | - | <1 000 | 2 600 | 356 a | - | 14 | 48 |
| Iran (République islamique d') | - | - | - | - | <500 | 1 300 | 20 a | 3 | - | <500 | 1 300 | 54 r | - | 4 | 14 |
| Iraq | - | - | - | - | - | - | 0 a | - | - | - | - | 0 a | - | - | - |
| Jamahiriya arabe libyenne | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Jamaïque | - | - | - | - | <200 | <1 000 | - | - | - | <500 | <1 000 | 436 | - | 52 | >95 |
| Jordanie | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - | - | 2 a | - | - | - |
| Kazakhstan | - | - | - | - | <200 | <1 000 | 204 | 70 | - | <100 | <200 | 191 r | - | >95 | >95 |
| Kenya | 180 000 | 98 000 | 260 000 | 81 000 | 41 000 | 120 000 | 4 043 | 5 | 89 000 | 48 000 | 130 000 | 28 370 | 32 | 22 | 59 |
| Kirghizistan | - | - | - | - | <100 | <500 | 70 | 59 | - | <100 | <100 | 101 r | - | >95 | >95 |
| Kiribati | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - | - | 0 a | - | - | - |
| Koweït | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lesotho | 28 000 | 17 000 | 37 000 | 14 000 | 8 400 | 18 000 | 1 542 a | 11 | 13 000 | 7 800 | 18 000 | 3 038 a | 23 | 17 | 39 |
| Liban | - | - | - | - | <100 | <100 | - | - | - | <100 | <200 | 9 d, e | - | 9 | 28 |
| Libéria | 6 100 | 3 000 | 9 900 | 2 400 | 1 100 | 3 700 | 45 j | 2 | 2 900 | 1 400 | 4 500 | 266 | 9 | 6 | 19 |
| Madagascar | - | - | - | - | <500 | 1 100 | - | - | - | <500 | <1 000 | 5 | - | 1 | 2 |
| Malaisie | - | - | - | - | <100 | <1 000 | 163 | 54 | - | <1 000 | <1 000 | 501 a | - | 88 | 94 |
| Malawi | 120 000 | 68 000 | 170 000 | 57 000 | 31 000 | 83 000 | 28 079 | 49 | 61 000 | 34 000 | 84 000 | 17 364 | 29 | 21 | 51 |
| Maldives | - | - | - | - | <100 | <100 | 0 | 0 | - | <100 | <100 | 0 | - | 0 | 0 |
| Mali | - | - | - | - | 2 100 | 6 700 | 722 | 17 | - | 2 300 | 7 200 | 1 266 | - | 18 | 55 |
| Maroc | - | - | - | - | <200 | <1 000 | 19 a | 5 | - | <200 | <500 | 145 | - | 29 | >95 |
| Maurice | - | - | - | - | <100 | <200 | 48 | 66 | - | <100 | <100 | - | - | - | - |
| Mauritanie | - | - | - | - | <200 | <1 000 | 18 e | 5 | - | <200 | <500 | 42 | - | 9 | 28 |
| Mexique | - | - | - | - | 1 500 | 4 500 | - | - | - | 1 300 | 3 200 | 1 594 | - | 50 | >95 |
| Micronésie (États fédérés de) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - |
| Mongolie | - | - | - | - | <100 | <100 | 1 | 17 | - | <100 | <100 | 0 | - | 0 | 0 |
| Monténégro | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 s | - | - | - |
| Mozambique | 130 000 | 70 000 | 180 000 | 97 000 | 53 000 | 130 000 | - | - | 66 000 | 36 000 | 93 000 | 9 393 | 14 | 10 | 26 |
| Myanmar | - | - | - | - | 1 800 | 5 600 | 858 | 23 | - | 1 900 | 4 900 | 1 535 | - | 32 | 83 |
| Namibie | 16 000 | 9 100 | 23 000 | 7 700 | 4 100 | 11 000 | - | - | 9 200 | 7 300 | 13 000 | 8 188 t | 89 | 65 | >95 |
| Nauru | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 a | - | - | - |
| Népal | - | - | - | - | <1 000 | 2 100 | 75 | 6 | - | <1 000 | 2 600 | 178 u | - | 7 | 23 |
| Nicaragua | - | - | - | - | <100 | <500 | 81 | 63 | - | <100 | <200 | 56 | - | 34 | 79 |
| Niger | - | - | - | - | 2 300 | 7 000 | 309 | 6 | - | 1 800 | 5 900 | 258 | - | 4 | 15 |
| Nigéria | 360 000 | 180 000 | 520 000 | 210 000 | 110 000 | 300 000 | 3 927 k | 2 | 180 000 | 94 000 | 270 000 | 18 092 | 10 | 7 | 19 |
| Nioué | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 a | - | - | - |
| Oman | - | - | - | - | <100 | <100 | 4 | 21 | - | <100 | <100 | 26 | - | >95 | >95 |
| Ouganda | 150 000 | 80 000 | 210 000 | 88 000 | 48 000 | 130 000 | - | - | 76 000 | 41 000 | 110 000 | 13 413 w | 18 | 12 | 33 |
| Ouzbékistan | - | - | - | - f | - | - | - | - | - c | - | - | 225 d, e | - | - | - |
| Pakistan | - | - | - | - | 1 000 | 3 700 | 0 | 0 | - | <1 000 | 2 300 | 57 | - | 2 | 8 |
| Palaos | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - |
| Panama | - | - | - | - | <200 | <1 000 | 62 a, l | 23 | - | <500 | <500 | 256 | - | 79 | >95 |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 3 100 | 1 600 | 4 800 | 2 000 | <1 000 | 3 000 | 19 | 1 | 1 700 | <1 000 | 2 600 | 427 | 26 | 17 | 49 |
| Paraguay | - | - | - | - | <200 | <500 | 85 | 36 | - | <200 | <500 | 130 a | - | 49 | >95 |
| Pérou | - | - | - | - | <500 | 1 700 | - | - | - | <500 | 1 400 | 517 | - | 36 | >95 |
| Philippines | - | - | - | - | <100 | <500 | 3 | 2 | - | <100 | <200 | 11 a | - | 8 | 30 |
| Qatar | - | <100 | <100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| République arabe syrienne | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| République centrafricaine | 17 000 | 8 200 | 25 000 | 6 300 | 3 200 | 9 500 | 887 | 14 | 7 600 | 3 600 | 11 000 | 724 | 9 | 6 | 20 |
| République de Corée | - | <100 | <100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| République de Moldova | - | - | - | - | <100 | <200 | 33 | 37 | - | <100 | <100 | 34 | - | 45 | >95 |
| République démocratique du Congo | - | 33 000 | 86 000 | - f | 20 000 | 54 000 | 396 | 1 | - g | 17 000 | 46 000 | 4 053 a | - | 9 | 23 |
| République démocratique populaire lao | - | <200 | <500 | - | <200 | <500 | 17 a | 7 | - | <100 | <500 | 95 | - | 36 | >95 |
| République dominicaine | - | - | - | - | <1 000 | 3 000 | - | - | - | <1 000 | 2 900 | 782 a | - | 27 | 84 |
| République populaire démocratique de Corée | - | - | - | - | <100 | <100 | - | - | - | <100 | <100 | - | - | - | - |
| République-Unie de Tanzanie | 160 000 | 83 000 | 240 000 | 84 000 | 45 000 | 120 000 | 8 348 o | 10 | 75 000 | 38 000 | 110 000 | 12 822 a | 17 | 11 | 34 |
| Roumanie | - | - | - | - | <100 | <500 | 7 | 6 | - | <500 | <500 | 192 | - | 52 | 71 |
| Russie (Fédération de) | - | - | - | - | 5 100 | 16 000 | - | - | - | 3 100 | 12 000 | 1 998 a | - | 17 | 64 |
| Rwanda | 22 000 | 11 000 | 34 000 | 11 000 | 5 400 | 16 000 | 7 222 | 67 | 11 000 | 7 000 | 17 000 | 6 679 | 60 | 40 | >95 |
| Sainte-Lucie | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - | - | - |
| Saint-Kitts-et-Nevis | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

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, 2009 | | | Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, 2009 ^a | | | Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2009 | % de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, 2009 | Nombre estimatif d'enfants ayant besoin d'un traitement ARV selon les méthodes ONUSIDA/OMS, 2009 ^a | | | Estimation de la couverture du traitement ARV parmi les enfants (pourcentage), décembre, 2009 ^a | | | |
|--|--|-------------------|-------------------|--|-------------------|-------------------|--|---|---|-------------------|-------------------|--|------------|-------------------|-------------------|
| | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | Nombre d'enfants (0-14 ans) recevant un traitement ARV, 2009 ^{a,b} | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée |
| Saint-Vincent-et-les-Grenadines | - | - | - | - | - | - | 14 | - | - | - | - | 3 | - | - | - |
| Samoa | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sao Tomé-et-Principe | - | - | - | - | - | - | 17 | - | - | - | - | 5 a | - | - | - |
| Sénégal | - | - | - | - | 2 000 | 5 900 | - | - | - | 1 600 | 4 300 | 794 | - | 18 | 51 |
| Serbie | - | - | - | - | <100 | <100 | 0 | 0 | - | <100 | <100 | 11 | - | 55 | >95 |
| Seychelles | - | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - | - | 9 | - | - | - |
| Sierra Leone | 2 900 | 1 500 | 4 500 | 3 300 | 1 800 | 5 100 | 363 a | 11 | 1 700 | <1 000 | 2 600 | 237 | 14 | 9 | 25 |
| Singapour | - | <100 | <500 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Somalie | - | - | - | - | 1 000 | 3 700 | 0 | 0 | - | <1 000 | 1 900 | 9 a | - | 0 | 1 |
| Soudan | - | 7 500 | 23 000 | 14 000 | 7 300 | 22 000 | 34 m | <1 | 8 700 | 4 400 | 13 000 | 188 d, n | 2 | 1 | 4 |
| Sri Lanka | - | - | - | - | <100 | <100 | 4 | 15 | - | <100 | <100 | 11 | - | 34 | 92 |
| Suriname | - | - | - | - | <100 | <200 | - | - | - | <100 | <200 | 80 a | - | 74 | >95 |
| Swaziland | 14 000 | 8 300 | 18 000 | 9 300 | 5 700 | 12 000 | 9 189 | >95 | 6 800 | 4 400 | 9 000 | 4 772 | 70 | 53 | >95 |
| Tadjikistan | - | - | - | - | <100 | <500 | 23 | 15 | - | <100 | <200 | 9 | - | 5 | 21 |
| Tchad | 23 000 | 12 000 | 35 000 | 16 000 | 8 300 | 29 000 | 676 | 4 | 12 000 | 6 600 | 19 000 | 774 d | 6 | 4 | 12 |
| Territoire palestinien occupé | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Thaïlande | - | - | - | - | 4 900 | 8 300 | 2 074 | 32 | - | 7 900 | 11 000 | 8 076 t | - | 73 | >95 |
| Timor-Leste | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - | - | - |
| Togo | 11 000 | 3 700 | 18 000 | 5 600 | 2 200 | 9 400 | 945 | 17 | 5 200 | 1 800 | 8 800 | 1 028 | 20 | 12 | 58 |
| Tonga | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 a | - | - | - |
| Trinité-et-Tobago | - | <200 | <500 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tunisie | - | - | - | - | <100 | <100 | 0 | 0 | - | <100 | <100 | 12 | - | 35 | 86 |
| Turkménistan | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Turquie | - | - | - | - | <100 | <200 | - | - | - | <100 | <100 | 9 d, e | - | 10 | 21 |
| Tuvalu | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - |
| Ukraine | - | - | - | - | 1 200 | 4 800 | 3 021 | >95 | - | 1 500 | 2 500 | 1 720 | - | 69 | >95 |
| Uruguay | - | - | - | - | <100 | <500 | - | - | - | <100 | <200 | 160 x | - | 81 | >95 |
| Vanuatu | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| Venezuela (République bolivarienne du) | - | - | - | - f | - | - | - | - | - c | - | - | 784 | - | - | - |
| Vietnam | - | - | - | - | 1 700 | 4 700 | 944 | 30 | - | 1 700 | 3 700 | 1 987 | - | 54 | >95 |
| Yémen | - | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - | - | 9 a | - | - | - |
| Zambie | 120 000 | 64 000 | 160 000 | 68 000 | 37 000 | 94 000 | 25 139 | 37 | 59 000 | 32 000 | 82 000 | 21 120 | 36 | 26 | 65 |
| Zimbabwe | 150 000 | 92 000 | 200 000 | 50 000 | 28 000 | 69 000 | 13 852 | 28 | 71 000 | 43 000 | 95 000 | 21 521 y | 30 | 23 | 50 |

DONNÉES CONSOLIDÉES

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-----------|---------|-----------|---------|----|-----------|---------|-----------|---------|----|----|----|
| Afrique | 2 300 000 † | 1 400 000 † | 3 100 000 † | 1 260 000 | 810 000 | 1 700 000 | 175 944 | 14 | 1 150 000 | 720 000 | 1 500 000 | 296 500 | 26 | 19 | 41 |
| Afrique subsaharienne^{a/} | 2 300 000 † | 1 400 000 † | 3 100 000 † | 1 260 000 | 810 000 | 1 700 000 | 175 925 | 14 | 1 150 000 | 720 000 | 1 500 000 | 296 200 | 26 | 19 | 41 |
| Afrique de l'Est et australe | 1 600 000 † | 1 100 000 † | 2 100 000 † | 860 000 | 600 000 | 1 100 000 | 154 164 | 18 | 790 000 | 530 000 | 1 000 000 | 254 900 | 32 | 25 | 48 |
| Afrique de l'Ouest et centrale | 690 000 † | 360 000 † | 1 000 000 † | 380 000 | 200 000 | 560 000 | 21 705 | 6 | 350 000 | 180 000 | 510 000 | 41 000 | 12 | 8 | 22 |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord | 19 000 † | 12 000 † | 26 000 † | 16 400 | 9 600 | 23 000 | 107 | 1 | 10 800 | 6 700 | 15 000 | 600 | 6 | 4 | 9 |
| Asie | 160 000 † | 110 000 † | 210 000 † | 73 200 | 45 000 | 110 000 | 4 411 | 6 | 82 700 | 61 000 | 140 000 | 36 400 | 44 | 27 | 60 |
| Asie du Sud | 110 000 † | 65 000 † | 160 000 † | 46 800 | 23 000 | 78 000 | 102 | <1 | 55 100 | 36 000 | 110 000 | 18 200 | 33 | 17 | 51 |
| Asie de l'Est et Pacifique | 48 000 † | 34 000 † | 61 000 † | 26 200 | 18 000 | 40 000 | 4 309 | 16 | 27 500 | 21 000 | 33 000 | 18 200 | 66 | 55 | 85 |
| Amérique latine et Caraïbes | 58 000 † | 38 000 † | 78 000 † | 29 900 | 19 000 | 41 000 | 3 420 | 11 | 32 200 | 23 000 | 42 000 | 18 600 | 58 | 45 | 80 |
| ECO/CEI | 19 000 † | 9 100 † | 30 000 † | 15 100 | 7 600 | 22 000 | 3 666 | 24 | 9 700 | 5 700 | 15 000 | 4 600 | 48 | 30 | 82 |
| Pays à revenu faible et intermédiaire ^{b/} | - | - | - | 1 380 000 | 920 000 | 1 800 000 | 187 473 | 14 | 1 270 000 | 830 000 | 1 700 000 | 356 400 | 28 | 21 | 43 |
| Pays en développement ^{b/} | 2 500 000 † | 1 600 000 † | 3 400 000 † | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total mondial | 2 500 000 † | 1 600 000 † | 3 400 000 † | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

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 2009.

Nombre d'enfants recevant un traitement ARV : nombre déclaré d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH recevant un traitement ARV en 2009.

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 2010*.

Nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé 2010*.

Nombre de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives au VIH ayant commencé une prophylaxie au cotrimoxazole : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé 2010*.

Objectif 2 : Procurer un traitement pédiatrique dans les pays à revenu faible et intermédiaire

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, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé 2010.*

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH et ayant besoin d'une ART : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé 2010.*

Nombre d'enfants recevant un traitement ARV : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé 2010.*

Pourcentage d'enfants ayant besoin d'une ART et qui en bénéficient : OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé 2010.*

NOTES

– Données non disponibles.

** 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.

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

‡ 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 besoins.

a Les dernières données déclarées remontent à décembre 2008.

b Les données ne peuvent pas préciser si les données déclarées concernent les nourrissons de moins de deux mois, mais la politique consiste à faire démarrer le cotrimoxazole à tous les nourrissons à l'âge de 6 semaines.

Les données suggèrent que les deux tiers environ des nouveau-nés qui ont commencé un traitement au cotrimoxazole l'ont fait moins de deux mois après la naissance.

c Les estimations du nombre d'enfants ayant besoin d'antirétroviraux sont actuellement en cours d'analyse et seront ajustées selon le besoin sur la base du recueil et de l'analyse des données continus.

d Les dernières données disponibles ne reflètent pas les données au niveau national.

e Les dernières données déclarées datent de décembre 2007.

f 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, sinon aucun besoin.

g À la demande du pays, on ne présente ici qu'une gamme d'estimations.

h On n'a recueilli que des données partielles.

i Les données sont recueillies sur un formulaire de rapports de données mensuelles à 6 semaines et non pas à 2 mois. Il se peut donc que certains enfants échappent au suivi.

j Les données sont peut-être sous-déclarées.

k Quatre des 10 partenaires d'exécution ont fait une déclaration pour cet indicateur.

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

m Le Soudan a fait parvenir deux rapports distincts : le nord du Soudan déclare le nombre de 34 pour la période janvier-décembre 2009; le sud-Soudan a déclaré « pas de données », en précisant que les services venaient juste de commencer et que le cotrimoxazole ne faisait pas partie au début des fournitures pour la PTME. Les données pour le Sud-Soudan devraient être prêtes pour la prochaine période.

n Les données ventilées par sexe et catégorie d'âge n'ont été reçues que pour le nord du Soudan. Il faut donc interpréter ces données avec prudence.

o Les données sont sous-déclarées

p Les dernières données déclarées datent de janvier 2009.

q Les dernières données déclarées datent de novembre 2009.

r Les dernières données déclarées datent de janvier 2010.

s Les dernières données déclarées datent de mars 2010.

t Les dernières données déclarées datent de septembre 2009.

u Les dernières données déclarées datent de juillet 2009.

v Les dernières données déclarées datent d'octobre 2009.

w Les dernières données déclarées datent de septembre 2008.

x Les dernières données déclarées datent de décembre 2006.

y Les dernières données déclarées datent de février 2010.

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.

a/ Y compris Djibouti et le Soudan.

b/ Le total des estimations pour l'Afrique de l'Est et australe et l'Afrique de l'Ouest et centrale n'est pas exactement le même que le total pour l'Afrique subsaharienne car les chiffres ont été arrondis.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1er juillet 2007; ces 149 pays forment la base de l'analyse des données dans le rapport de l'OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé 2010*. Les pays en développement sont une classification utilisée par l'UNICEF dans son rapport annuel *La Situation des enfants dans le monde*.

Les estimations concernant les pays à revenu faible et intermédiaire sont calculées seulement pour les indicateurs pris directement de *Vers un accès universel* (dans ce tableau le nombre estimatif de femmes enceintes séropositives au VIH, le nombre déclaré et le pourcentage estimé de nourrissons qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole, le nombre estimé d'enfants qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale, le nombre déclaré d'enfants recevant des ARV et le pourcentage estimé d'enfants couverts par la thérapie antirétrovirale). Les estimations concernant les pays en développement et l'ensemble du monde sont calculées pour tous les autres indicateurs.

Objectif 3 : Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes

| | Connaissances et comportement | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|------------|---|--------|--|--------|---|--------|--|--------|
| | Prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2009** | | % de jeunes (15-24 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-24 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2005-2009*)** | |
| | Hommes (%) | Femmes (%) | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Afghanistan | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Afrique du Sud | 4,5 | 13,6 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Albanie | - | - | 22 | 36 | 6 | <1 | 55 | - | 1 | 1 |
| Algérie | 0,1 | <0,1 | - | 13 | - | - | - | - | - | - |
| Angola | 0,6 | 1,6 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Antigua-et-Barbuda | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Arabie saoudite | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Argentine | 0,3 | 0,2 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Arménie | <0,1 | <0,1 | 15 | 23 | 13 | 0 | 79 | - | 3 | <1 |
| Azerbaïdjan | <0,1 | 0,1 | 5 | 5 | 9 | 0 | 29 | - | 1 | <1 |
| Bahamas | 1,4 | 3,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bahreïn | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bangladesh | <0,1 | <0,1 | - | 15 | - | - | - | - | - | - |
| Barbade | 0,9 | 1,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bélarus | <0,1 | 0,1 | - | 34 | - | - | - | - | - | - |
| Belize | 0,7 | 1,8 | - | 40 | - | 1 | - | - | - | - |
| Bénin | 0,3 | 0,7 | 35 | 16 | 10 | 1 | 45 | 27 | 13 | 13 |
| Bhoutan | 0,1 | <0,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bolivie (État plurinational de) | 0,1 | 0,1 | 28 | 24 | 14 | - | 41 | - | 10 | 7 |
| Bosnie-Herzégovine | - | - | - | 44 | - | - | - | - | - | 1 |
| Botswana | 5,2 | 11,8 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Brésil | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 33 |
| Brunéi Darussalam | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bulgarie | <0,1 | <0,1 | 15 | 17 | - | - | - | - | - | - |
| Burkina Faso | 0,5 | 0,8 | - | 19 | - | 1 | - | 71 x | - | 6 |
| Burundi | 1,0 | 2,1 | - | 30 | - | 1 | - | - | - | 3 |
| Cambodge | 0,1 | 0,1 | 45 | 50 | 5 | 0 | 75 | - | <1 | 1 |
| Cameroun | 1,6 | 3,9 | - | 32 | - | 5 | - | 68 | - | 13 |
| Cap-Vert | - | - | 36 | 36 | 33 | 4 | 80 | 64 | 32 | 11 |
| Chili | 0,2 | 0,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Chine | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Colombie | 0,2 | 0,1 | - | - | - | 5 | - | 36 | - | 14 |
| Comores | <0,1 | <0,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Congo | 1,2 | 2,6 | 22 | 8 | 21 | 9 | 40 | 26 | 24 | 23 |
| Costa Rica | 0,2 | 0,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Côte d'Ivoire | 0,7 | 1,5 | 28 | 18 | 20 | 5 | 62 | 45 | 17 | 20 |
| Croatie | <0,1 | <0,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cuba | 0,1 | 0,1 | - | 52 | - | - | - | - | - | - |
| Djibouti | 0,8 | 1,9 | - | 18 | - | - | - | - | - | - |
| Dominique | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Égypte | <0,1 | <0,1 | 18 | 5 | - | - | - | - | - | - |
| El Salvador | 0,4 | 0,3 | - | 27 | - | - | - | - | - | - |
| Émirats arabes unis | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Équateur | 0,2 | 0,2 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Érythrée | 0,2 | 0,4 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Éthiopie | - | - | 33 | 20 | 1 | <1 | - | - | 2 | 11 |
| ex-Republicue yougoslave de Macédoine | - | - | - | 27 | - | 1 | - | 36 x | - | 1 |
| Fidji | 0,1 | 0,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Gabon | 1,4 | 3,5 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Gambie | 0,9 | 2,4 | - | 39 | - | 1 | - | 64 x | - | 4 |
| Géorgie | <0,1 | <0,1 | - | 15 | - | - | - | - | - | - |
| Ghana | 0,5 | 1,3 | 34 | 28 | 6 | 2 | 61 x | 43 x | 4 | 8 |
| Grenade | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guatemala | 0,5 | 0,3 | - | - | - | - | - | 27 x | 29 | 29 |
| Guinée | 0,4 | 0,9 | 23 | 17 | 19 | 2 | 39 | 28 | 18 | 20 |
| Guinée-Bissau | 0,8 | 2,0 | - | 18 | - | 6 | - | 58 | - | 22 |
| Guinée équatoriale | 1,9 | 5,0 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guyana | 0,6 | 0,8 | - | 50 | 9 | 2 | 62 | - | 11 | 8 |
| Haïti | 0,6 | 1,3 | 40 | 34 | 20 | 2 | 51 | 23 | 42 | 15 |
| Honduras | 0,3 | 0,2 | - | 30 | - | 1 | - | 27 | 25 | 10 |
| Iles Cook | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Iles Marshall | - | - | 39 | 27 | 10 | 5 | 23 x | 9 x | 25 | 15 |
| Iles Salomon | - | - | 35 | 29 | - | - | - | - | 16 | 15 |
| Inde | 0,1 | 0,1 | 36 | 20 | 2 | <1 | 32 | 17 x | 3 | 8 |

Objectif 3 : Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes

| | Connaissances et comportement | | | | | | | | | |
|--|---|------------|---|--------|--|--------|---|--------|--|--------|
| | Prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2009** | | % de jeunes (15-24 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-24 ans) ayant de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2005-2009*)** | |
| | Hommes (%) | Femmes (%) | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Indonésie | 0,1 | <0,1 | 15 y | 10 y | – | – | – | – | – | – |
| Iran (République islamique d') | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Iraq | – | – | – | 3 | – | – | – | – | – | – |
| Jamahiriya arabe libyenne | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Jamaïque | 1,0 | 0,7 | – | 60 | – | – | – | – | – | – |
| Jordanie | – | – | – | 13 y | – | – | – | – | – | – |
| Kazakhstan | 0,1 | 0,2 | – | 22 | – | – | – | – | – | – |
| Kenya | 1,8 | 4,1 | 55 | 48 | 8 | 2 | 67 | 37 | 22 | 12 |
| Kirghizistan | 0,1 | 0,1 | – | 20 | – | 1 | – | – | – | <1 |
| Kiribati | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Koweït | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Lesotho | 5,4 | 14,2 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Liban | 0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Libéria | 0,3 | 0,7 | 27 | 21 | 15 | 7 | 28 | 16 | 9 | 19 |
| Madagascar | 0,1 | 0,1 | – | – | 18 | 3 | 4 | 3 | – | – |
| Malaisie | 0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Malawi | 3,1 | 6,8 | 42 | 42 | 6 | 1 | 46 | 48 | 16 | 14 |
| Maldives | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Mali | 0,2 | 0,5 | 22 | 18 | 6 | 2 | 28 | 8 | 6 | 24 |
| Maroc | 0,1 | 0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Maurice | 0,3 | 0,2 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Mauritanie | 0,4 | 0,3 | 14 | 5 | – | – | – | – | – | – |
| Mexique | 0,2 | 0,1 | – | – | – | – | – | – | 11 | 17 |
| Micronésie (États fédérés de) | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Mongolie | <0,1 | <0,1 | – | 31 | – | – | – | – | – | <1 |
| Monténégro | – | – | – | 30 | – | <1 | – | – | – | <1 |
| Mozambique | 3,1 | 8,6 | – | 14 | – | 5 | – | – | – | 29 |
| Myanmar | 0,3 | 0,3 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Namibie | 2,3 | 5,8 | 62 | 65 | 11 | 2 | 82 | 74 | 19 | 7 |
| Nauru | – | – | 10 | 13 | – | – | 17 x | 8 x | 35 | 15 |
| Népal | 0,2 | 0,1 | 44 | 28 | 2 | <1 | 59 x | – | 3 | 6 |
| Nicaragua | 0,1 | 0,1 | – | – | – | – | – | – | – | 13 |
| Niger | 0,2 | 0,5 | 16 | 13 | 2 | <1 | 42 x | – | 5 | 26 |
| Nigéria | 1,2 | 2,9 | 33 | 22 | 6 | 1 | 56 | 29 | 6 | 15 |
| Nioué | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Oman | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Ouganda | 2,3 | 4,8 | 38 | 32 | 9 | 2 | 45 | 39 | 14 | 12 |
| Ouzbékistan | <0,1 | <0,1 | – | 31 | – | <1 | – | – | – | – |
| Pakistan | 0,1 | <0,1 | – | 3 | – | – | – | – | – | – |
| Palaos | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Panama | 0,4 | 0,3 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 0,3 | 0,8 | – | – | – | – | – | – | 4 | 4 |
| Paraguay | 0,2 | 0,1 | – | – | – | 7 | – | 51 | – | 7 |
| Pérou | 0,2 | 0,1 | – | 19 | – | 1 | – | 38 x | – | 6 |
| Philippines | <0,1 | <0,1 | – | 21 | – | – | – | – | – | 2 |
| Qatar | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République arabe syrienne | – | – | – | 7 | – | – | – | – | – | – |
| République centrafricaine | 1,0 | 2,2 | 26 | 17 | 21 | 6 | 73 | 59 | 12 | 29 |
| République de Corée | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République de Moldova | 0,1 | 0,1 | 39 y | 42 y | 17 | 2 | 60 | 30 | 9 | 1 |
| République démocratique du Congo | – | – | 21 | 15 | 14 | 3 | 22 | 9 | 18 | 18 |
| République démocratique populaire lao | 0,1 | 0,2 | – | – | – | – | – | – | – | 9 |
| République dominicaine | 0,3 | 0,7 | 34 | 41 | 23 | 5 | 62 | 34 | 21 | 14 |
| République populaire démocratique de Corée | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République-Unie de Tanzanie | 1,7 | 3,9 | 42 | 39 | 9 | 3 | 37 | – | 11 | 11 |
| Roumanie | 0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Russie (Fédération de) | 0,2 | 0,3 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Rwanda | 1,3 | 1,9 | 54 | 51 | 1 | <1 | – | – | 15 | 5 |
| Sainte-Lucie | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Saint-Kitts-et-Nevis | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Saint-Vincent-et-les-Grenadines | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Samoa | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Sao Tomé-et-Principe | – | – | – | 44 | – | 2 | – | 57 x | – | 9 |
| Sénégal | 0,3 | 0,7 | 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), 2009** | | % de jeunes (15-24 ans) qui possèdent des connaissances solides sur le VIH (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-24 ans) ayant eu de multiples partenaires et ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (2005-2009*)** | | % de jeunes (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2005-2009*)** | |
| | Hommes (%) | Femmes (%) | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Serbie | 0,1 | 0,1 | – | 42 | – | 2 | – | 80 x | – | 1 |
| Seychelles | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Sierra Leone | 0,6 | 1,5 | 28 | 17 | 10 | 4 | 29 | 12 | 11 | 22 |
| Singapour | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Somalie | 0,4 | 0,6 | – | 4 | – | – | – | – | – | – |
| Soudan | 0,5 | 1,3 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Sri Lanka | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Suriname | 0,6 | 0,4 | – | 41 | – | 3 | – | 80 | – | 9 |
| Swaziland | 6,5 | 15,6 | 52 | 52 | 10 | 2 | 67 | 51 x | 5 | 7 |
| Tadjikistan | <0,1 | <0,1 | – | 2 | – | – | – | – | – | – |
| Tchad | 1,0 | 2,5 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Territoire palestinien occupé | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Thaïlande | – | – | – | 46 | – | – | – | – | – | – |
| Timor-Leste | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Togo | 0,9 | 2,2 | – | 15 | – | 3 | – | 50 | – | 12 |
| Tonga | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Trinité-et-Tobago | 1,0 | 0,7 | – | 54 | – | 3 | – | 67 | – | 5 |
| Tunisie | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Turkménistan | – | – | – | 5 | – | – | – | – | – | – |
| Turquie | <0,1 | <0,1 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Tuvalu | – | – | 61 | 39 | – | – | – | – | 19 | 2 |
| Ukraine | 0,2 | 0,3 | 43 | 45 | 16 | 3 | 64 | 63 | 3 | 1 |
| Uruguay | 0,3 | 0,2 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Vanuatu | – | – | – | 15 | – | – | – | – | – | – |
| Venezuela (République bolivarienne du) | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Vietnam | 0,1 | 0,1 | – | 44 | <1 | 0 | – | – | 0,3 | 1 |
| Yémen | – | – | – | 2 y | – | – | – | – | – | – |
| Zambie | 4,2 | 8,9 | 41 | 38 | 5 | 1 | 43 | 42 x | 9 | 7 |
| Zimbabwe | 3,3 | 6,9 | – | 53 | 7 | 1 | 59 | 38 x | 5 | 5 |

DONNÉES CONSOLIDÉES

| | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|-----|-----|------|------|-----|------|
| Afrique | 1,1 | 2,7 | 32 | 23 | 8 | 2 | 47 | 32 | 10 | 14 |
| Afrique subsaharienne^{a/} | 1,3 | 3,3 | 34 | 26 | 8 | 2 | 47 | 32 | 10 | 14 |
| Afrique de l'Est et australe | 1,9 | 4,8 | 41 | 33 | 6 | 1 | – | – | 10 | 12 |
| Afrique de l'Ouest et centrale | 0,8 | 2,0 | 28 | 20 | 9 | 2 | 48 | 31 | 10 | 16 |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord | 0,1 | 0,2 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Asie | 0,1 | 0,1 | 33 † | 19 † | 2 † | 0 † | 34 † | 17 † | 2 † | 7 † |
| Asie du Sud | 0,1 | 0,1 | 36 | 17 | 2 | 0 | 33 | 17 | 3 | 8 |
| Asie de l'Est et Pacifique | <0,1 | <0,1 | – | 24 † | – | – | – | – | – | – |
| Amérique latine et Caraïbes | 0,2 | 0,2 | – | – | – | – | – | – | – | 22 |
| ECO/CEI | 0,1 | 0,2 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Pays à revenu faible et intermédiaire ^{b/} | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Pays en développement ^{b/} | 0,3 | 0,6 | 33 † | 20 † | 4 † | 1 † | – | – | 6 † | 11 † |
| Total mondial | 0,3 | 0,6 | – | 20 † | – | – | – | – | – | 11 † |

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 2009.

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 2010*.

Connaissances solides sur le VIH : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2010.

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, 2010.

Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2010.

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.

† À l'exception de la Chine.

a/ y compris Djibouti et le Soudan.

b/ Le total pour certaines estimations pour l'Afrique de l'Est et australe et l'Afrique de l'Ouest et centrale n'est pas exactement le même que le total pour l'Afrique subsaharienne car les chiffres ont été arrondis.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1er juillet 2007; ces 149 pays forment la base de l'analyse des données dans le rapport de l'OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé 2010*. Les « pays en développement » sont une classification utilisée par l'UNICEF dans son rapport annuel *La Situation des enfants dans le monde*.

Objectif 4 : Protéger et soutenir les enfants touchés par le VIH et le SIDA

Orphelins et enfants vulnérables

| | Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2009 | Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2009 | | | Enfants dont la mère est décédée, toutes causes confondues, 2009 | Enfants dont le père est décédé, toutes causes confondues, 2009 | Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2009 | Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2005-2009)** | % d'enfants vivant dans des familles recevant un soutien extérieur (2005-2009)** |
|--|---|---|-------------------|-------------------|--|---|--|--|--|
| | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | | | | |
| Afghanistan | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Afrique du Sud | 3 400 000 | 1 900 000 | 1 600 000 | 2 400 000 | 1 800 000 | 2 300 000 | 670 000 | – | |
| Albanie | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Algérie | 550 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Angola | 1 500 000 | 140 000 | 95 000 | 200 000 | 630 000 | 1 100 000 | 240 000 | – | |
| Antigua-et-Barbuda | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Arabie saoudite | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Argentine | 630 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Arménie | 46 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Azerbaïdjan | 190 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Bahamas | 6 800 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Bahreïn | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Bangladesh | 4 800 000 | – | – | – | – | – | – | 84 | |
| Barbade | 2 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Bélarus | 150 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Belize | 6 400 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Bénin | 310 000 | 30 000 | 18 000 | 53 000 | 110 000 | 220 000 | 28 000 | 90 | |
| Bhoutan | 21 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Bolivie (État plurinational de) | 320 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Bosnie-Herzégovine | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Botswana | 130 000 | 93 000 | 71 000 | 120 000 | 76 000 | 86 000 | 28 000 | 31 | |
| Brésil | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Brunéi Darussalam | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Bulgarie | 94 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Burkina Faso | 770 000 | 140 000 | 100 000 | 170 000 | 320 000 | 550 000 | 100 000 | 61 p | |
| Burundi | 610 000 | 200 000 | 170 000 | 230 000 | 270 000 | 440 000 | 100 000 | 85 | |
| Cambodge | 630 000 | – | – | – | – | – | – | 83 | |
| Cameroun | 1 200 000 | 330 000 | 270 000 | 420 000 | 560 000 | 870 000 | 190 000 | 91 | |
| Cap-Vert | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Chili | 140 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Chine | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Colombie | 820 000 | – | – | – | – | – | – | 85 | |
| Comores | 22 000 | <100 | <100 | <100 | 7 800 | 16 000 | 1 900 | – | |
| Congo | 220 000 | 51 000 | 41 000 | 66 000 | 97 000 | 160 000 | 32 000 | 88 | |
| Costa Rica | 36 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Côte d'Ivoire | 1 100 000 | – | – | – | – | – | – | 83 | |
| Croatie | 44 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Cuba | 86 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Djibouti | 47 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Dominique | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Égypte | 1 700 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| El Salvador | 150 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Émirats arabes unis | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Équateur | 210 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Érythrée | 240 000 | 19 000 | 12 000 | 28 000 | 92 000 | 180 000 | 29 000 | – | |
| Éthiopie | – | – | – | – | – | – | – | 90 | |
| ex-Republicque yougoslave de Macédoine | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Fidji | 23 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Gabon | 64 000 | 18 000 | 12 000 | 25 000 | 28 000 | 45 000 | 8 000 | – | |
| Gambie | 72 000 | 2 800 | 1 400 | 6 500 | 26 000 | 53 000 | 6 600 | 87 | |
| Géorgie | 68 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Ghana | 1 100 000 | 160 000 | 120 000 | 210 000 | 500 000 | 790 000 | 150 000 | 76 | |
| Grenade | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Guatemala | 380 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Guinée | 440 000 | 59 000 | 34 000 | 120 000 | 160 000 | 330 000 | 47 000 | 73 | |
| Guinée-Bissau | 110 000 | 9 700 | 7 700 | 12 000 | 46 000 | 81 000 | 16 000 | 97 | |
| Guinée équatoriale | 45 000 | 4 100 | 2 500 | 6 400 | 20 000 | 31 000 | 5 500 | – | |
| Guyana | 30 000 | – | – | – | – | – | – | 13 | |
| Haïti | 440 000 | – | – | – | – | – | – | 86 | |
| Honduras | 150 000 | – | – | – | – | – | – | 108 | |
| Îles Cook | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Îles Marshall | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Îles Salomon | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Inde | 31 000 000 | – | – | – | – | – | – | 72 | |

Objectif 4 : Protéger et soutenir les enfants touchés par le VIH et le SIDA

Orphelins et enfants vulnérables

| | Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2009 | Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2009 | | | Enfants dont la mère est décédée, toutes causes confondues, 2009 | Enfants dont le père est décédé, toutes causes confondues, 2009 | Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2009 | Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2005-2009)** | % d'enfants vivant dans des familles recevant un soutien extérieur (2005-2009)** |
|--|---|---|-------------------|-------------------|--|---|--|--|--|
| | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | | | | |
| Indonésie | 4 700 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Iran (République islamique d') | 1 200 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Iraq | – | – | – | – | – | – | 84 | – | |
| Jamahiriya arabe libyenne | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Jamaïque | 73 000 | – | – | – | – | – | – | 15 | |
| Jordanie | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Kazakhstan | 420 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Kenya | 2 600 000 | 1 200 000 | 980 000 | 1 400 000 | 1 300 000 | 1 700 000 | 460 000 | – | 21 |
| Kirghizistan | 140 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Kiribati | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Koweït | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Lesotho | 200 000 | 130 000 | 110 000 | 160 000 | 120 000 | 130 000 | 49 000 | – | – |
| Liban | 70 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Libéria | 340 000 | 52 000 | 34 000 | 76 000 | 150 000 | 250 000 | 60 000 | 85 | – |
| Madagascar | 910 000 | 11 000 | 9 300 | 14 000 | 340 000 | 660 000 | 93 000 | – | – |
| Malaisie | 450 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Malawi | 1 000 000 | 650 000 | 540 000 | 780 000 | 510 000 | 690 000 | 180 000 | 97 | 19 |
| Maldives | 7 300 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Mali | 690 000 | 59 000 | 36 000 | 93 000 | 280 000 | 500 000 | 93 000 | 87 | – |
| Maroc | 650 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Maurice | 19 000 | <1 000 | <500 | <1 000 | 3 300 | 16 000 | <1 000 | – | – |
| Mauritanie | 120 000 | 3 600 | 2 700 | 4 800 | 44 000 | 91 000 | 12 000 | 66 p | – |
| Mexique | 1 500 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Micronésie (États fédérés de) | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Mongolie | 67 000 | – | – | – | – | – | – | 96 p | – |
| Monténégro | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Mozambique | 2 100 000 | 670 000 | – | – | 980 000 | 1 500 000 | 390 000 | 89 | 22 |
| Myanmar | 1 600 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Namibie | 120 000 | 70 000 | 50 000 | 96 000 | 60 000 | 76 000 | 19 000 | 100 | 17 |
| Nauru | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Népal | 650 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Nicaragua | 120 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Niger | 970 000 | 57 000 | 47 000 | 68 000 | 340 000 | 760 000 | 120 000 | 67 | – |
| Nigéria | 12 000 000 | 2 500 000 | 1 800 000 | 3 100 000 | 5 400 000 | 8 300 000 | 2 000 000 | 117 | 6 |
| Nioué | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Oman | 41 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Ouganda | 2 700 000 | 1 200 000 | 1 000 000 | 1 400 000 | 1 300 000 | 1 900 000 | 470 000 | 96 | 11 |
| Ouzbékistan | 780 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Pakistan | 4 200 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Palaos | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Panama | 53 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 260 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Paraguay | 150 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Pérou | 550 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Philippines | 1 900 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Qatar | 14 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République arabe syrienne | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République centrafricaine | 370 000 | 140 000 | 110 000 | 180 000 | 180 000 | 270 000 | 77 000 | 96 | 7 |
| République de Corée | 280 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République de Moldova | 79 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République démocratique du Congo | – | – | 350 000 | 510 000 | – | – | – | 77 | 9 |
| République démocratique populaire lao | 220 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République dominicaine | 190 000 | – | – | – | – | – | – | 77 | – |
| République populaire démocratique de Corée | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| République-Unie de Tanzanie | 3 000 000 | 1 300 000 | 1 100 000 | 1 500 000 | 1 400 000 | 2 100 000 | 520 000 | 97 | 7 |
| Roumanie | 290 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Russie (Fédération de) | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Rwanda | 690 000 | 130 000 | 98 000 | 180 000 | 320 000 | 490 000 | 110 000 | 82 | 13 |
| Sainte-Lucie | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Saint-Kitts-et-Nevis | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Saint-Vincent-et-les-Grenadines | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Samoa | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Sao Tomé-et-Principe | – | – | – | – | – | – | – | – | 4 |
| Sénégal | 520 000 | 19 000 | 15 000 | 25 000 | 190 000 | 380 000 | 50 000 | 83 | – |

Objectif 4 : Protéger et soutenir les enfants touchés par le VIH et le SIDA

Orphelins et enfants vulnérables

| | Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes confondues, 2009 | Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA, 2009 | | | Enfants dont la mère est décédée, toutes causes confondues, 2009 | Enfants dont le père est décédé, toutes causes confondues, 2009 | Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes confondues, 2009 | Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2005–2009)** | % d'enfants vivant dans des familles recevant un soutien extérieur (2005–2009)** |
|--|---|---|-------------------|-------------------|--|---|--|--|--|
| | | Estimation | Estimation faible | Estimation élevée | | | | | |
| Serbie | 94 000 | – | – | – | – | – | – | – | |
| Seychelles | – | – | – | – | – | – | – | – | |
| Sierra Leone | 320 000 | 15 000 | 9 200 | 26 000 | 120 000 | 230 000 | 37 000 | 62 | 1 |
| Singapour | 17 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Somalie | 630 000 | – | – | – | – | – | – | 78 | – |
| Soudan | 2 000 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Sri Lanka | 340 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Suriname | 12 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Swaziland | 100 000 | 69 000 | 55 000 | 86 000 | 56 000 | 66 000 | 21 000 | 97 | 41 |
| Tadjikistan | 220 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Tchad | 670 000 | 120 000 | 79 000 | 170 000 | 270 000 | 490 000 | 89 000 | – | – |
| Territoire palestinien occupé | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Thaïlande | 1 400 000 | – | – | – | – | – | – | 93 | 21 |
| Timor-Leste | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Togo | 240 000 | 66 000 | 47 000 | 89 000 | 92 000 | 180 000 | 25 000 | 94 | 6 |
| Tonga | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Trinité-et-Tobago | 25 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Tunisie | 130 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Turkménistan | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Turquie | 1 200 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Tuvalu | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Ukraine | 810 000 | – | – | – | – | – | – | 98 | – |
| Uruguay | 49 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Vanuatu | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Venezuela (République bolivarienne du) | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Vietnam | 1 400 000 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Yémen | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Zambie | 1 300 000 | 690 000 | 570 000 | 810 000 | 690 000 | 890 000 | 290 000 | 92 | 19 |
| Zimbabwe | 1 400 000 | 1 000 000 | 910 000 | 1 200 000 | 840 000 | 880 000 | 370 000 | 95 | 21 |

DONNÉES CONSOLIDÉES

| | | | | | | | | | |
|---|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------|---|
| Afrique | 59 000 000 | 14 900 000 | 12 900 000 | 17 100 000 | 26 400 000 | 42 000 000 | 9 300 000 | 93 | – |
| Afrique subsaharienne^{a/} | 56 100 000 | 14 900 000 | 12 900 000 | 17 100 000 | 25 500 000 | 39 600 000 | 9 100 000 | 93 | – |
| Afrique de l'Est et australe | 27 600 000 | 10 100 000 | 8 900 000 | 11 500 000 | 13 300 000 | 19 200 000 | 4 900 000 | 92 | – |
| Afrique de l'Ouest et centrale | 26 400 000 | 4 700 000 | 3 600 000 | 5 700 000 | 11 500 000 | 19 000 000 | 4 100 000 | 94 | – |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord | 6 400 000 | 86 000 | 63 000 | 110 000 | 2 100 000 | 4 800 000 | 470 000 | – | – |
| Asie | 71 400 000 | 1 100 000 | 890 000 | 1 100 000 | 21 800 000 | 54 900 000 | 5 300 000 | 74 ** | – |
| Asie du Sud | 41 000 000 | 570 000 | 480 000 | 660 000 | 14 300 000 | 30 100 000 | 3 400 000 | 73 | – |
| Asie de l'Est et Pacifique | 30 500 000 | 490 000 | 350 000 | 550 000 | 7 500 000 | 24 800 000 | 1 800 000 | – | – |
| Amérique latine et Caraïbes | 9 800 000 | 440 000 | 380 000 | 500 000 | 2 100 000 | 8 200 000 | 510 000 | – | – |
| ECO/CEI | 7 300 000 | 75 000 | 61 000 | 93 000 | 1 300 000 | 6 300 000 | 410 000 | – | – |
| Pays à revenu faible et intermédiaire ^{b/} | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Pays en développement ^{b/} | 145 000 000 | 16 400 000 | 14 300 000 | 18 700 000 | 51 400 000 | 109 000 000 | 15 400 000 | 81 ** | – |
| Total mondial | 153 000 000 | 16 600 000 | 14 400 000 | 18 800 000 | 52 300 000 | 119 000 000 | 17 800 000 | – | – |

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Enfants qui ont perdu un parent ou les deux, toutes causes

confondues : nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) qui avaient perdu un ou leurs deux parents toutes causes confondues jusqu'en 2009.

Enfants qui ont perdu un parent ou les deux à cause du SIDA : nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) qui avaient perdu un ou leurs deux parents à cause du SIDA jusqu'en 2009.

Enfants dont la mère ou le père sont décédés, toutes causes

confondues : nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) qui avaient perdu leur mère ou leur père biologiques, toutes causes confondues jusqu'en 2009.

Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes

confondues : nombre estimatif d'enfants (0–17 ans) qui avaient perdu leurs deux parents toutes causes confondues jusqu'en 2009.

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'orphelins et enfants 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 : UNUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010*.

Enfants qui ont perdu un ou leurs deux parents à cause du SIDA :

UNUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010*.

Enfants dont le père ou la mère sont décédés, toutes causes

confondues : estimations de l'ONUSIDA, 2010.

Enfants dont les deux parents sont décédés, toutes causes

confondues : estimations de l'ONUSIDA, 2010.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2010.

Pourcentage d'enfants dont le foyer a reçu un soutien extérieur : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2010.

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).

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

a/ Y compris Djibouti et le Soudan.

b/ Le total de certaines estimations pour l'Afrique de l'Est et australe et l'Afrique de l'Ouest et centrale n'est pas exactement le même que le total pour l'Afrique subsaharienne car les chiffres ont été arrondis.

Les pays à revenu faible et intermédiaire sont ceux qui étaient classés ainsi par la Banque mondiale au 1er juillet 2007; ces 149 pays forment la base de l'analyse des données dans le rapport de l'OMS, UNUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé 2010*. Les pays en développement sont une classification utilisée par l'UNICEF dans son rapport annuel *La Situation des enfants dans le monde*.



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.unaids.org/fr/

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

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Tél. : +33 (0)1 45 68 10 00
bpi@unesco.org
www.unesco.org/fr

Visitez le site Internet *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 : F.10.XX.9



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

Novembre 2010



Scannez ce code QR pour accéder
au site Internet des publications
de l'UNICEF ou visitez le
www.unicef.org/french/publications.