

**LE PROGRAMME GLOBAL DE
LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
DE LA BANQUE MONDIALE**



© 2005 Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale
1818 H Street NW
Washington, DC 20433
USA

Tous droits réservés
Fait aux Etats-Unis d'Amérique

Pour toute question ou renseignement concernant ce document, vous pouvez contacter :

Le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA
Banque mondiale
1818 H Street NW
Washington, DC 20433 USA
Courrier électronique : wbglobalHIVAIDS@worldbank.org
Site Internet : www.worldbank.org/aids

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	v
Remerciements	vii
Sigles et Abréviations	ix
Résumé analytique	1
Introduction	9
PARTIE I : VUE D'ENSEMBLE	11
Le VIH/SIDA aujourd'hui : Défis persistants et émergents	13
Une épidémie en transition	13
Défis persistants	15
Défis émergents : Questions nouvelles pour une épidémie en évolution	21
Notes	27
Le VIH/SIDA et la Banque : où en sommes-nous ?	28
Expérience analytique et de conseil en matière de politiques	30
Expérience en financement et en soutien à l'exécution	30
Un bilan mitigé	31
Les avantages comparatifs de la Banque	32
Différences et similitudes entre les régions	33
Notes	35
PARTIE 2	37
Le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale	39
Renforcer une riposte stratégique et aux priorités bien définies	40
Financer les ripostes nationales et régionales au VIH/SIDA et renforcer les systèmes de santé	41
Accélérer la mise en oeuvre	45
Renforcer un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national et des programmes fondés sur les résultats de la recherche et de l'analyse	47
Acquérir et transférer les connaissances, évaluation de l'impact et analyse	48
Un travail à réaliser en commun	52
La perspective d'ensemble	53
Notes	54

Matrice 1 : Programme global de lutte contre le VIH/SIDA — Matrice des objectifs, des actions, de l'échéancier et de la responsabilité financière	55
Annexe 1 : Stratégies régionales de lutte contre le VIH/SIDA et Initiatives de la SFI et de l'Institut de la Banque mondiale	58
Annexe 2 : Données VIH/SIDA à l'échelon national	70
Figures	
1. Estimation des besoins financiers, des engagements et des décaissements	24
2. Cumul des nouveaux engagements SIDA par exercice budgétaire	28

AVANT-PROPOS

Cela fait maintenant vingt ans que le monde se bat contre l'impitoyable progression du VIH/SIDA. Si, au Brésil, en Thaïlande et en Ouganda, le cours de l'épidémie a pu être renversé, des gens continuent pourtant à être infectés tous les jours. Les pouvoirs publics s'évertuent à prendre en charge et à soigner les millions d'individus qui souffrent des effets dévastateurs de la maladie. Il y a aujourd'hui plus de 40 millions de personnes à travers le monde qui vivent avec le VIH/SIDA. Plus de 15 millions d'enfants — plus que tous les enfants de France ou d'Allemagne ou du Royaume-Uni — sont orphelins, vulnérabilisés dès leur jeune âge par la perte de leurs parents.

Pour développer et mettre en œuvre des stratégies efficaces pour combattre la pandémie et enrayer la propagation du VIH/SIDA, la riposte mondiale doit résoudre, non seulement des défis de longue date, mais aussi des défis émergents. Bien que le mot VIH/SIDA fasse aujourd'hui partie du vocabulaire courant, la discrimination, le déni et le silence persistent.

Jamais je n'oublierai cette femme, au Nigeria, qui me dit : « L'opprobre m'a tuée avant la maladie. » Elle me décrit de quelle façon elle avait perdu son emploi, sa famille et son désir de vivre après avoir été contaminée par son mari. Heureusement, elle retrouva la volonté de se battre grâce à un groupe de soutien aux victimes, comme elle, du VIH/SIDA. Mais il lui faudra, pour se maintenir en vie, continuer à recevoir le traitement dont elle a besoin. Le SIDA n'est pas une épidémie exclusivement africaine. J'ai entendu des histoires semblables en Chine et en Inde. La conjonction du SIDA et de l'extrême pauvreté, partout dans le monde en développement, aggrave encore la tragédie.

L'objectif de l'initiative internationale de « 3 millions de malades du SIDA dans les pays en développement sous traitement d'ici 2005 » a entraîné une mobilisation mondiale pour combattre la pandémie. Il reste cependant encore beaucoup de chemin à parcourir. Aujourd'hui, environ un million de personnes dans les pays à revenus faibles ou moyens sont sous traitement — soit deux fois plus que fin 2003 — mais nous sommes encore bien loin de notre objectif, et plus loin encore de la réalité du besoin. Le SIDA, avec un nombre croissant d'individus sous traitement, est devenu une maladie chronique pour laquelle il faut trouver des solutions à long terme et des financements pérennes. De plus, l'épidémie pèse de plus en plus lourd sur les systèmes de santé qui peinent à fournir les prestations nécessaires.

La riposte mondiale à l'épidémie, qui entre dans une nouvelle phase, fait cependant renaître l'espoir. Les fonds arrivent de toutes parts, les traitements s'améliorent et sont de moins en moins coûteux, et prévention et traitements ont fait de gros progrès grâce à ce qui a été essayé et appris sur le terrain. Le SIDA est maintenant considéré comme l'un des enjeux cruciaux du développement à long terme, et la volonté politique pour le combattre est de plus en plus forte. Le moment est donc bien choisi pour faire le point et mener une réflexion stratégique — avec nos principaux partenaires et parties prenantes — quant à la direction que la Banque doit donner à ses campagnes à venir contre le VIH/SIDA.

Ce Programme global de lutte contre le VIH/SIDA décrit les mesures que le Groupe de la Banque mondiale, sur les trois années à venir, compte prendre pour amplifier la riposte à l'épidémie du VIH/SIDA aux éche-

lons national, régional et mondial, et ce par des opérations de prêts, de subventions, d'études analytiques, d'assistance technique et de dialogues sur les politiques à appliquer. Ce programme fait le lien entre les actions mondiales et nationales et construit des partenariats avec la société civile et les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il renforce les « Trois principes » d'un cadre national commun, d'un organisme national commun de coordination de la riposte et d'un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national.

Il est urgent de faire plus et de faire mieux, pour que nos efforts débouchent concrètement sur des millions d'infections évitées, des millions de personnes qui, contaminées par le virus, arrivent à mener des vies saines et productives et, pour les millions d'orphelins du SIDA, sur une réelle prise en charge.

Paul Wolfowitz
Président
Banque mondiale
Novembre 2005

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont participé à l'élaboration de ce programme d'action, et toutes doivent être remerciées pour la générosité avec laquelle elles ont contribué en y consacrant leur temps, leur expérience et leurs idées. Les observations des points focaux régionaux sur le VIH/SIDA, émises sur les diverses versions préliminaires de la trame et du texte, nous ont été d'un concours précieux pour formuler nos idées. De nombreuses réunions consultatives ont eu lieu, avec les points focaux régionaux sur le VIH/SIDA en avril 2004 et avec un groupe élargi de la Banque mondiale en septembre 2004. La première version préliminaire du plan d'action a été élaborée en janvier 2005 lors d'une réunion de travail à Cuernavaca, au Mexique, et a été révisée pour tenir compte des très nombreuses remarques et suggestions émises, notamment par le Conseil du Département du développement humain. Nous tenons à remercier tout particulièrement les participants à la Réunion consultative du 17 mai 2005 (nombre d'entre eux sont venus de très loin) qui ont pris le temps de lire le document attentivement et d'y apporter les suggestions et commentaires de qualité qui nous ont permis de donner forme à la version finale.

Ce Programme d'action a été discuté au cours d'un briefing technique pour le Conseil des administrateurs de la Banque mondiale le 25 août 2005. Les intervenants ont vigoureusement approuvé ce Programme d'action et ont demandé au personnel de la Banque de présenter un plan de mise en oeuvre au Conseil (prévu début janvier 2006).

Nous tenons à remercier nos partenaires extérieurs pour toutes leurs contributions : Sakyi Amoa (Commission du Ghana sur le SIDA), Stefano Bertozzi (Institut national de

santé publique, Mexique), Suma Chakrabarti (DFID), Mark Dybul (PEPFAR), Robin Gorna (DFID), Michel Kazatchkine (Ministère des Affaires étrangères, France), Ricardo Kuchenbecker (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brésil), Peter Lamptey (Family Health International), Joep Lange (Université d'Amsterdam), Jeff O'Malley (PATH, Inde), Babatunde Osotimehin (Comité national d'action contre le VIH/SIDA du Nigeria) Nancy Padian (Université de California), Elizabeth Pisani (Family Health International), Peter Piot (ONUSIDA) et Michel Sidibe (ONUSIDA), et pour toutes les suggestions utiles que nous avons reçues des autres représentants de l'ONUSIDA et de ses coparrains (UNICEF, FNUAP, PNUD, ONUDC, HCR, UNESCO, OIT, PAM, OMS), les autres organisations internationales, les donateurs bilatéraux et multilatéraux (Gouvernement des États-Unis d'Amérique, DFID, GFATM, Gouvernement de Norvège), gouvernements des pays bénéficiaires, groupes confessionnels et autres organisations de la société civile, PVVS, ONG nationales et internationales, fondations et instituts de recherche et le secteur privé.

Dans l'ordre alphabétique, nous remercions les collègues de la Banque mondiale suivants : Anabela Abreu (AS), Olusoji Adeyi (HNP), Martha Ainsworth (OED), Yaw Ansu (AFTHD), Elizabeth Ashbourne (AFTHV), Jacques Boudouy (HDNHE), Donald Bundy (HDNED), Shiyao Chao (EAC), Mariam Claeson (AS), Kevin Cleaver (ARD), Cassandra de Souza (AFTHV), Shantayan Devarajan (AS), Pamela Dudzik (HDNSP), Ann Duncan, Sabine Durier (IFC), Armin Fidler (ECSHD), Paul Gertler (HDN), Keith Hansen (ALC), Roert Holtzmann (HDNSP), Evangeline Javier (LCSHD), Emmanuel Jimenez (EASHD), Kees Kostermans (AS), Nicholas Krafft (HDNVP), Patricio Marquez

(ECA), Nadeem Mohammad (AFTHV), Mary T. Mulusa (ALC), Adyline Waafas Ofosu-Amaah (PREM), Patrick Osewe (WBI), Egbe Osifo-Dawodu (WBI), Isabel Roche Pimenta (WBI), Sandra Rosenhouse (AS), Fadia M. Saadah (EAP), Jean-Louis Sarbib (HDNVP), Andreas Seiter (HNP), Bachir Souhlal (MENA), Susan Stout (OPCS), et Rudy Van Puymbroeck (LEG).

Ce Programme d'action global a été préparé sous l'égide de Jean-Louis Sarbib, Pre-

mier Vice-président et directeur du réseau du développement humain. L'équipe du Programme global de lutte contre le VIH/SIDA était dirigée dans cet effort par Debrework Zewdie, Directrice, Programme global de lutte contre le VIH/SIDA et comprenait : Rene Bonnel, Jonathan Brown, Joy de Beyer, Phoebe Folger, Joan MacNeil, Elizabeth Mziray, Esra Pelitozu, Joseph Valadez et David Wilson. Ruth Kariuki et Fatima-Ezzahra Mansouri y ont apporté leur concours.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACTAfrica	Équipe plurisectorielle pour la campagne contre le SIDA en Afrique (Banque mondiale)
AEP	Région Asie de l'Est-Pacifique
AFTHV	Équipe pour la mobilisation contre le SIDA en Afrique
AID	Association internationale de développement
ALC	Région Amérique latine-Caraïbes
ARD	Agriculture et développement rural (Banque mondiale)
ARV	Médicament antirétroviral
AS	Région Asie du Sud
BB	Budget de la Banque
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
CDI	Consommateur de drogues injectables
CEP	Chef d'équipes de projets
DEC	Vice-présidence, économie du développement (Banque mondiale)
DFID	Agence britannique pour le Développement international
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EAC	Région Europe-Asie Centrale
ESM	Équipe spéciale mondiale chargée d'étudier le renforcement de la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux dans la lutte contre le SIDA
ESW	Etudes économiques et sectorielles
FDI	Fonds de développement institutionnel
FF	Fonds fiduciaire
FMI	Fonds monétaire international
FJDS	Fonds japonais pour le développement social
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAMET	Équipe d'appui au suivi et à l'évaluation des de la lutte contre le SIDA au niveau mondial
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose
GHAP	Programme global de lutte contre le VIH/SIDA
GNP+	Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA
GTT	Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HDNED	Groupe Éducation (Banque mondiale)
HDNHE	Groupe Santé, nutrition et population (Banque mondiale)
HDNSP	Groupe Protection sociale (Banque mondiale)
HNP	Santé, nutrition et population
HSB	Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes
IAS	Service consultatif pour la mise en oeuvre
IEC	Information, éducation et communication
LEG	Bureau du Vice-président, service juridique (Banque mondiale)

MAP	Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA (Banque mondiale)
MENA	Région Moyen-Orient-Afrique du Nord
OED	Département de l'évaluation des opérations (Banque mondiale)
OIT	Organisation internationale du travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA
OPCS	Politique des opérations et les services aux pays (Banque mondiale)
OSC	Organisation de la société civile
PAM	Programme alimentaire mondial
PATH	Programme de technologie sanitaire appropriée
PEP	Programme de partenariats du secteur privé
PEPFAR	Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PREM	Réseau pour la Lutte contre la pauvreté et pour la gestion économique (Banque mondiale)
PVVS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
PVS	Personnes vivant avec le SIDA
S&E	Suivi et évaluation
SAP	Stratégie d'aide pays
SFI	Société financière internationale
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TS	Travailleurs de l'industrie du sexe
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WBI	Institut de la Banque mondiale

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Nous avons bien commencé, mais... nous ne sommes qu'au début des efforts que nous devons réellement déployer contre le SIDA.

—James Wolfensohn

La Banque mondiale est déterminée à soutenir fermement et à long terme les mesures nationales d'ensemble destinées à prévenir, soigner, traiter et atténuer le VIH/SIDA. La Banque travaille en étroite collaboration avec les pays clients et autres partenaires du développement, dont la société civile et les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS). Ce Programme global de lutte contre le VIH/SIDA décrit les mesures que le Groupe de la Banque mondiale, sur les trois années à venir, compte prendre pour amplifier la riposte à l'épidémie du VIH/SIDA à l'échelon national, régional et mondial, et ce par des opérations de prêts, de subventions, d'études analytiques, d'assistance technique et de dialogues sur les politiques à mener. Ce Programme d'action est à l'échelle de la Banque toute entière et de portée mondiale, et consolide et complémente ses stratégies régionales de lutte contre le VIH/SIDA (résumées en Annexe 1). Ce Programme global appuie les « Trois principes » et s'aligne à la fois sur les recommandations faites par l'Équipe spéciale mondiale chargée d'étudier le renforcement de la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux dans la lutte contre le SIDA (ESM) et sur la répartition des tâches convenue entre les coparrains de l'ONUSIDA.

Ce document a été écrit pour les directeurs exécutifs, les administrateurs et le personnel de la Banque mondiale, et en particulier pour nos homologues dans les pays clients et organismes partenaires. Il concrétise par des

actions l'engagement de la Banque à œuvrer avec les pays clients et organismes partenaires pour accentuer la prévention de nouvelles infections, prendre en charge et traiter les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. Plusieurs évaluations internes du travail de la Banque sur le VIH/SIDA et une évaluation indépendante effectuée par le Département de l'évaluation des opérations (OED) ont fourni des données utiles.¹

Des discussions menées au sein de la Banque avec, en particulier, les unités régionales VIH/SIDA, les administrateurs et les chefs d'équipe des projets, et avec les parties prenantes externes à la Banque ont conduit à un consensus sur les actions prioritaires du Programme global pour les trois années à venir.

Le SIDA aujourd'hui : Défis persistants et défis émergents

Le SIDA a été qualifié de « crise sans précédent... qui nécessite une riposte sans précédent. »² Plus de 40 millions de personnes sont aujourd'hui infectées par le VIH, plus de 20 millions en sont mortes et le SIDA a fait plus de 15 millions d'orphelins.³ Pourtant, les efforts de prévention sont encore à trop faible échelle et peu enthousiastes dans la plupart des pays. Les cas de nouvelles infections continuent d'augmenter et la couverture en matière de soins demeure limitée. Plus de gens encore seront infectés par le VIH et mourront du SIDA en 2005 qu'au cours des années passées. Malgré l'effort international visant à améliorer l'accès aux soins et en dépit de la baisse considérable du prix des médicaments antirétroviraux, la plupart des personnes vivant avec le SIDA ne sont pas sous traitement.

La Banque mondiale est déterminée à soutenir fermement et à long terme les ripostes nationales au VIH/SIDA

L'épidémie du SIDA est entrée dans une nouvelle phase

La progression de l'épidémie diffère selon les pays et les régions. Dans la plupart des pays, la prévalence globale chez les adultes est de moins de 1%, l'épidémie restant concentrée dans les sous-groupes, notamment les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs de l'industrie du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Dans certains pays, la prévalence a atteint les 80% dans certains sous-groupes. Il est très inquiétant de constater que, dans un nombre croissant de pays, l'épidémie se propage dans la population générale. En Afrique subsaharienne, la prévalence adulte dépasse les 7%, et dans l'autre région la plus touchée, les Caraïbes, les 2%. Qu'ils soient concentrés ou généralisés, les taux élevés et en augmentation sont extrêmement préoccupants. Les femmes — en particulier les filles et les jeunes femmes — forment un groupe particulièrement vulnérable du fait de facteurs physiologiques et sociaux, entraînant ainsi une féminisation de l'épidémie, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Très préoccupants également sont les taux croissants de séropositivité chez les jeunes à travers le monde.⁴

Sévissant depuis maintenant plus de vingt ans, l'épidémie du SIDA vient de rentrer dans une nouvelle phase. Les ressources abondent, les traitements s'améliorent considérablement, les connaissances quant aux moyens les plus efficaces de mettre en œuvre la prévention et d'apporter soins et traitements s'accumulent et la volonté politique pour enrayer la propagation du VIH se fait plus forte. Autrefois considéré comme une urgence sanitaire, le SIDA est maintenant reconnu comme un enjeu crucial et à long terme du développement. Il devient de plus en plus évident que les partenaires du développement international tout comme les pays eux-mêmes doivent harmoniser et coordonner leurs actions de lutte contre le VIH/SIDA afin de réussir à promouvoir des approches communes.

Les efforts faits pour enrayer l'épidémie se trouvent confrontés depuis longtemps déjà à un certain nombre de défis qui compromettent les ressources considérables investies et atténuent l'impact des milliers d'initiatives internationales, nationales et locales. Si l'importance croissante accordée aux traitements apporte espoir et années de vie saine à ceux

qui peuvent y accéder, elle engendre aussi de nouveaux défis. Pour développer ce programme d'action, nous avons analysé les menaces persistantes et émergentes ainsi que les domaines dans lesquels les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA ont le plus besoin de soutien et de renfort. Puis, nous avons identifié les cinq actions prioritaires que doit mener la Banque mondiale pour combattre le VIH/SIDA. Ce Programme global s'appuie sur les atouts spécifiques de la Banque pour tenter de soutenir les programmes nationaux et régionaux de lutte contre le VIH/SIDA, d'augmenter leur efficacité à prévenir de nouvelles infections et à fournir soins et traitements, et d'établir des méthodes de travail constructives et harmonieuses avec nos partenaires. Il exploite les capacités de la Banque à aborder la lutte contre le VIH/SIDA par des approches multi-sectorielles et de développement d'ensemble.

Les défis persistants

Si nos connaissances sur le VIH/SIDA ont beaucoup augmenté au cours des deux dernières décennies, de nombreux obstacles majeurs demeurent quant à leur application systématique et efficace. *La planification VIH/SIDA à l'échelon national a tendance à être médiocre* : insuffisante (dans la précipitation à présenter des demandes de fonds et à les dépenser) ; trop dispersée (pour satisfaire les exigences des différents donateurs) et très mal coordonnée ; mal articulée (en particulier à l'échelon national) du fait d'un *manque de surveillance épidémiologique adéquate et de données de suivi et d'évaluation* ; collaboration minimale entre les différents secteurs gouvernementaux ; et enfin donateurs qui contournent les mécanismes « officiels » de planification. Les fonds sont ainsi mal affectés et ont peu de chance d'avoir l'impact souhaité ; dans un certain pays, seulement 1% des ressources du programme cible les groupes à risques à l'origine de 75% des nouvelles infections.

Même les programmes les mieux planifiés rencontrent des *contraintes de mise en œuvre* : manque de ressources, en particulier en termes de personnel qualifié ; financements imprévisibles ou sous conditions ; procédures de décaissements et de fournitures trop pesantes ; réticence des gouvernements à

déléguer les contrats de mise en oeuvre à la société civile ou au secteur privé ; et systèmes multiples de gestion ou de suivi et d'évaluation pour répondre aux exigences des différents donateurs. L'un des problèmes les plus insolubles est que, dans de nombreux pays, *les systèmes de santé sont saturés*. Les centres de soins sont insuffisants, manquent de personnel et de moyens, sont surchargés et doivent satisfaire aux besoins de traitements d'un nombre rapidement croissant de nouveaux patients atteints par le SIDA. Si les aides financières depuis peu disponibles pour des médicaments antirétroviraux (ARV) accroissent la demande et les attentes des populations contaminées, elles soumettent les prestataires de services de santé à des pressions supplémentaires, surtout lorsque les donateurs sont réticents à payer les salaires et autres coûts opérationnels indispensables.

Les programmes VIH/SIDA sont pour la plupart *d'envergure insuffisante* ou trop restreints en termes de ciblage pour avoir un impact appréciable. De plus, *le climat social, politique et juridique entrave* souvent l'exécution des programmes anti-SIDA. Les groupes les plus vulnérables aux infections sont, soit négligés, soit mal servis du fait de l'opprobre qui accompagne la maladie, des tabous et du déni. Les pouvoirs publics hésitent aussi souvent à prendre des mesures controversées ou à servir les groupes marginalisés (distribution de seringues propres pour les consommateurs de drogues injectables ou promotion des préservatifs pour les travailleurs de l'industrie du sexe ou les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.)

La volonté des bailleurs de fonds d'obtenir des résultats rapides et spectaculaires va à l'encontre des efforts qu'il faudrait fournir pour résoudre des problèmes moins visibles et à long terme, tels que le renforcement des systèmes de santé trop faibles et l'accroissement des effectifs de personnel qualifié. Leurs exigences contradictoires entravent une planification coordonnée et les financements soumis à conditions nuisent à l'efficacité et augmentent les coûts.

Défis émergents

Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour permettre l'accès à *grande échelle*

aux *traitements antirétroviraux (ART)* dans les zones pauvres en ressources. Pour ce faire, la capacité des systèmes de santé et des infrastructures doit être renforcée et des financements à long terme engagés pour assurer la viabilité de programmes de traitements élargis. Généraliser l'accès aux soins présenterait des avantages considérables, prolongeant les années de vie saine et permettant aux parents infectés de rester productifs et d'élever et de prendre soin de leurs enfants. Il est indispensable de surveiller attentivement l'adhésion aux protocoles de traitements ainsi que l'impact produit par l'élargissement de l'accès aux traitements sur les groupes à risques. Il faut, en outre, poursuivre sans relâche les campagnes promouvant des comportements responsables. Il y a, face aux besoins, des pénuries considérables en matière de soins et traitements tandis que les programmes de prévention et d'atténuation demeurent inadéquats et insuffisamment financés. *La prévention de nouvelles infections devrait toujours être la première priorité* de tous les pays — quel que soit le niveau de prévalence. Une prévention efficace nécessite des efforts extensifs dans beaucoup de secteurs et par de nombreux groupes de la société. Mieux les pays parviendront à prévenir la transmission, plus ils auront les moyens de soigner ceux qui sont infectés.

La prévention et le traitement ont des effets synergiques importants. Plus la prévention est efficace, plus le traitement est abordable et pérenne puisque, le nombre de nouvelles infections étant moindre, moins de personnes ont besoin d'avoir recours aux traitements. L'accès aux soins et aux traitements peut faire venir un grand nombre de personnes dans les centres de soins, ce qui donne alors au personnel soignant la possibilité de transmettre et renforcer messages de prévention et interventions VIH. Un meilleur accès aux tests de dépistage du VIH ouvre la porte à la prévention et aux soins. La prévention peut améliorer l'accès aux traitements, en atténuant l'opprobre et en permettant à la communauté d'être mieux informée et plus ouverte aux soins. Intégrer prévention et traitements garantit que les activités de prévention ne seront pas négligées et crée de nouvelles possibilités d'interventions efficaces auprès des groupes vulnérables. Investit dans les traitements

La riposte, pour être efficace, doit mener de front et simultanément prévention, prise en charge et traitement

peut contribuer à améliorer l'infrastructure et les ressources humaines affectées à la prévention et autres services de soins, en renforçant les centres de soins et la formation du personnel de santé. Ainsi que l'a reconnu l'Équipe spéciale mondiale (ESM) et le Communiqué du Sommet du G8 à Gleneagle, la prévention, les soins et les traitements sont essentiels et interdépendants pour obtenir des résultats efficaces.

La récente vague de financements pour la lutte contre le SIDA a accru les attentes des donateurs et des populations infectées mais a submergé les systèmes administratifs trop faibles et les infrastructures fragiles. Cela a entraîné une « *déficience de mise en œuvre* » — un goulot d'étranglement temporaire des ressources, puisque le rythme des financements est supérieur à celui des dépenses utiles, même si une « *pénurie de ressources* » demeure entre les fonds potentiellement disponibles et ceux qui seraient nécessaires pour agir de manière globale et adéquate. Les organismes des Nations Unies, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose (GFATM) et les parties prenantes dans la riposte au VIH/SIDA ont décidé d'une nouvelle répartition des tâches via l'Équipe spéciale mondiale (ESM), de manière à améliorer la mise en œuvre et l'utilisation des fonds. Une aide internationale coordonnée et harmonisée réduira également de façon substantielle le fardeau de mise en œuvre.

Tandis que les conséquences démographiques du VIH sont de plus en plus apparentes dans de nombreux pays, l'étendue de l'impact social et économique commence seulement à être comprise. Et pourtant, le VIH/SIDA *reste sous-estimé dans les programmes de développement global*, en particulier dans les pays où l'épidémie gagne, et dont les stratégies de réduction de la pauvreté passent souvent sous silence partiel ou total le VIH/SIDA, en particulier son lien avec la parité, la jeunesse et le développement.

Le SIDA et la Banque

Depuis deux décennies qu'elle travaille sur le sujet, la Banque a tiré d'importantes leçons sur la manière de combattre le VIH. Parmi

celles-ci, le fait que les pays doivent s'approprier et mener leurs propres campagnes ; que la lutte contre le SIDA doit s'inscrire dans une planification de développement d'ensemble ; que les programmes, pour qu'ils enregistrent les progrès voulus, doivent reposer sur une accumulation de connaissances concrètes constamment mises à jour par un système de suivi et d'évaluation efficace.

La Banque a, au cours de ces dernières années, considérablement augmenté son soutien financier aux pays, permettant ainsi de lancer des programmes plus vastes dans de nombreux endroits parmi les plus affectés par la crise. Le total des prêts octroyés pour la lutte contre le VIH, depuis le premier projet en 1988 jusqu'à maintenant, se monte à 2,5 milliards de dollars US, et les engagements en Afrique subsaharienne sont passés de 10 millions de dollars annuels il y a dix ans à 250-300 millions de dollars pour chacune des quatre dernières années.⁵

La contribution de la Banque à la riposte mondiale contre le VIH/SIDA ne se limite pas à des financements. Elle a aidé les pays, par des analyses économiques et politiques approfondies, à identifier non seulement les conséquences de l'épidémie sur le développement mais aussi la forte rentabilité potentielle des programmes de prévention, de soins et traitements et d'atténuation (et comment bien les sélectionner). Et, par les dialogues sur les politiques, elle a contribué à redéfinir le SIDA comme un enjeu de développement. Cela ne veut pas dire pour autant que la Banque ou les initiatives qu'elle a soutenues ont été suffisantes — les accomplissements de la Banque en matière de VIH sont, de fait, inégaux, la Banque ayant tardé à réagir à l'échelle nécessaire. Mais elle dispose d'une expertise irremplaçable qui, bien utilisée, peut contribuer, entre autres, à renverser le cours de l'épidémie.

Le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale

Le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA appuiera des mesures de riposte plus efficaces dans cinq domaines intégrés

qui réfléchiront : les besoins des pays; le mandat de la Banque; la capacité et l'avantage comparatif; les conclusions tirées des évaluations du travail de la Banque en matière de SIDA ; les consensus sur la répartition des tâches au sein des principaux organismes travaillant sur le VIH/SIDA; et l'adhésion de la Banque à la vision des «Trois principes » d'un cadre national commun, d'un organisme national commun de coordination de la riposte et d'un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national.⁶ Le Programme global coïncide avec la publication du rapport de l'Équipe spéciale mondiale pour le renforcement de la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux dans la lutte contre le SIDA (ESM) et avec le Communiqué du G8 de Gleneagle. L'Équipe spéciale mondiale reconnaît que, pour parvenir à vaincre l'épidémie, le monde doit faire davantage pour la combattre. La mise à échelle rapide et efficace de la riposte ne pourra aboutir que si la coordination, l'alignement et l'harmonisation sont renforcés dans le cadre des « Trois principes », de la réforme des Nations Unies, des objectifs du Millénaire pour le développement et de la Déclaration de Paris de l'OCDE/CAD sur l'efficacité de l'aide.

Ce programme d'action contribuera à ces objectifs par le biais d'un éventail d'activités comprenant opérations de prêts et assistance technique, travail d'analyse et engagement politique. Ces actions ont été planifiées par les unités régionales de la Banque pour intensifier la lutte contre le VIH/SIDA et renforcer les systèmes de santé pour les trois années à venir. La mise en application des plans régionaux et nationaux sera également soutenue et facilitée. Par ailleurs, ce Programme global décrit d'autres activités transversales qu'il chapeautera ainsi que les actions planifiées au sein de différents services de la Banque pour intégrer des mesures de lutte anti-SIDA dans certains secteurs et domaines clés tels que l'éducation, le transport, l'infrastructure, la parité, la jeunesse, le droit et le secteur privé.

Ce travail s'appuiera sur des partenariats entre les différents services de la Banque, en étroite collaboration avec les pays clients, les coparrains de l'ONUSIDA, le Fonds mondial

de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose et autres partenaires du développement pour que la riposte au SIDA soit plus musclée, mieux ciblée, plus concertée et mieux harmonisée.

L'engagement multisectoriel de la Banque représente un avantage comparatif important, en particulier pour lutter contre la féminisation de l'épidémie, ce qui nécessite que des progrès soient faits dans de nombreux domaines connexes dont l'éducation des filles, la réduction de la pauvreté et la croissance.

Les domaines d'action sont :

- Soutien au *renforcement des stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA*, pour s'assurer que ces dernières sont réellement stratégiques et bien hiérarchisées en termes de priorités, qu'elles s'intègrent bien dans la planification du développement et qu'elles établissent un lien avec les questions de genre et de parité ;
- Maintien du *financement de la Banque aux programmes nationaux et régionaux de lutte contre le VIH/SIDA* et au renforcement des systèmes de santé, afin de soutenir des actions à portée et échelle suffisantes ;
- *Accélération de la mise en oeuvre* afin d'accroître l'étendue et la qualité des activités prioritaires par des actions harmonisées et bien alignées ;
- *Renforcement des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation* et des actions fondées sur des éléments concrets afin de permettre aux pays d'évaluer et d'améliorer leurs programmes ;
- *Acquisition et transfert des connaissances et évaluations d'impact* sur ce qui s'est avéré efficace ainsi que tout travail analytique susceptible d'améliorer l'efficacité des programmes ;

En accord avec les protocoles de l'Équipe mondiale spéciale et selon les tâches assignées aux différentes institutions, la Banque mondiale se consacrera tout particulièrement à l'amélioration des stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA, aux plans d'action annuels et à une meilleure mise en oeuvre des programmes.

Des directives concrètes, des notes de pratiques optimales et des exemples, des forma-

Ce Programme global décrit cinq domaines d'action intégrés que soutiendra la Banque pour amplifier la riposte au SIDA

tions techniques et du soutien pour la mise en réseau des professionnels nationaux de santé seront fournis. Ces actions seront menées afin que les pays puissent développer des plans nationaux stratégiques étayés par des éléments concrets et l'épidémiologie, qu'ils soient dotés de priorités claires et bien définies, d'objectifs et de cibles, d'échéanciers, d'acteurs responsables, d'estimations de coûts et de plans pour l'évaluation et le suivi et l'utilisation des connaissances. Des services analytiques et consultatifs, ainsi que des directives et critères d'évaluation des stratégies renforcées d'aide-pays (SAP) et des stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP) favoriseront une intégration accrue du VIH/SIDA dans les plans nationaux de développement et une plus grande cohérence des actions nationales anti-SIDA.

La Banque restera l'un des principaux bailleurs de fonds de la lutte anti-SIDA à travers le monde et jouera de sa flexibilité pour financer des pays et des actions que d'autres ne peuvent pas ou ne veulent pas financer. Un effort particulier sera fait pour travailler avec les États, afin de s'assurer que leurs décisions programmatiques et financières reposent sur des connaissances concrètes en termes de comportements à risques, d'épidémiologie, d'efficacité et d'impact des interventions et prennent en compte les spécificités de genre et d'équité, de jeunesse et de minorités.

Du fait de la lourde charge que représente la prévention et le traitement du VIH/SIDA sur le secteur de la santé et de la faiblesse de nombreux pays en termes de prestations de services sanitaires, la Banque continuera à financer et à soutenir le renforcement des systèmes de santé et la capacité des pays clients en matière de soins. Ce soutien s'inscrira dans le cadre du financement des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et/ou au sein d'une assistance au secteur de la santé dans son ensemble. L'aide se concentrera sur les ressources humaines pour la santé, la planification sanitaire, les fonctions clés de la santé publique (dont surveillance et gouvernance), la passation des marchés, la gestion et autres dispositifs de distribution des médicaments et fournitures essentielles et au renforcement de la capacité des laboratoires et centres de diagnostics.

Le travail en cours visant à intégrer le VIH/SIDA, non seulement aux activités du secteur de la santé mais aussi à celles d'autres secteurs clés comme l'éducation, le transport, le droit, la parité et la jeunesse — se poursuivra et sera développé.

Le secteur de l'éducation peut influencer sur des millions d'enfants (et leurs parents) et ainsi donner aux générations montantes les moyens d'éviter la contamination par le VIH/SIDA. La population scolaire représente un espoir pour le futur. Il n'y a pratiquement pas d'enfants d'âge scolaire séropositifs, même dans les pays les plus atteints, et s'ils réussissent à éviter la contamination en grandissant, le cours de l'épidémie s'en trouvera renversé en l'espace d'une génération.

Afin d'accélérer et de renforcer la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la Banque poursuivra son appui financier et technique, par le biais d'aide aux projets et programmes et de subventions du Fonds de développement institutionnel pour améliorer la capacité des pays et des systèmes à exécuter les plans nationaux de lutte contre le VIH/SIDA ; elle s'efforcera de garantir des financements adéquats pour la supervision des projets et pour des soutiens supplémentaires à l'exécution ; elle travaillera en corrélation avec les pays et les équipes de projets de la Banque pour optimiser la planification, la budgétisation, la conception des programmes, la gestion financière, les décaissements et la passation des marchés, l'évaluation et le suivi et la gestion des dépenses. Selon la situation individuelle des pays, des actions appropriées seront engagées pour permettre au secteur privé, aux organismes de la société civile y compris les organisations non gouvernementales (ONG), les groupes confessionnels et les communautés à jouer un rôle décisif dans la lutte contre le VIH/SIDA. Des notes de pratiques optimales répertorieront et diffuseront les connaissances sur les méthodes efficaces de mise en œuvre et encourageront des approches mieux étayées. Sera également soutenue la mise en réseau des professionnels nationaux de santé oeuvrant au sein des programmes, et ce pour favoriser la diffusion de l'expérience, des connaissances et des conseils pratiques sur des

questions opérationnelles d'ordre général, l'architecture fiduciaire et certains thèmes spécifiques de la programmation.

En tant que membre de la famille du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et en accord avec les « Trois principes », la Banque a été chargée de renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation des pays. L'Équipe d'appui au suivi et à l'évaluation de la lutte contre le SIDA au niveau mondial (GAMET) continuera à fournir une aide concrète de terrain à ses homologues nationaux afin que ces derniers puissent développer et renforcer leurs systèmes nationaux de suivi et d'évaluation (S&E). Cette collaboration vise à renforcer les capacités nationales en matière de S&E et à faire en sorte que les processus décisionnels s'appuient sur les données collectées. Les activités spécifiques comprennent des visites conjointes de soutien aux pays avec les autres principaux partenaires du S&E, afin d'assurer la bonne coordination de l'aide ; l'élaboration en équipe d'un cadre commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national ; des plans opérationnels et des indicateurs ; la résolution de problèmes ; une étroite collaboration avec les partenaires afin d'harmoniser, aligner et coordonner la riposte et la préparation et diffusion de directives, de notes de pratiques optimales et de formations.

La Banque, au travers ses activités de prêts ou autres, dressera un bilan continu et délibéré de ce qui s'avère efficace et de l'impact des programmes anti-SIDA, et divulguera et appliquera systématiquement ces connaissances à l'élaboration des programmes. Un soutien sera fourni aux équipes des projets de la Banque pour évaluer l'impact des interventions financées par le biais de projets, et des évaluations prospectives seront incluses dans les futurs projets de lutte anti-VIH/SIDA. Les chercheurs de la Banque et autres, notamment ceux qui sont très présents sur le terrain dans les pays concernés, collaboreront à de nouvelles études analytiques dans les zones prioritaires. L'objectif de ce soutien sera de compléter les études analytiques des plans régionaux et nationaux, de cibler des domaines transsectoriels et transposables d'un pays à l'autre ainsi que les recherches dites de « bien collectif inter-

national », en particulier celles liées aux évaluations d'impact. L'accent sera mis sur : (i) la diffusion générale et rapide des conclusions de la recherche et des nouvelles leçons tirées de l'expérience au moyen de canaux de distribution et de diffusion et à l'attention particulière des utilisateurs potentiels ; et (ii) une aide aux pouvoirs publics pour coordonner leurs actions et améliorer la programmation nationale sur la base de ce qui a été nouvellement appris.

Les partenariats sont indispensables pour garantir la coordination et l'harmonisation d'actions nationales de lutte contre le SIDA correctement ciblées, de portée et de qualité suffisantes pour freiner la transmission du virus et atteindre les objectifs internationaux en matière de SIDA énoncés au cours de Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)⁷. La Banque continuera à travailler en étroite collaboration avec les autres organismes internationaux et donateurs, les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les autres groupes de la société civile, le secteur privé et au travers des partenariats croisés public-privé.

Le VIH/SIDA finira par être vaincu un village à la fois, un ménage après l'autre. Mais les actions indispensables au niveau local toucheront plus de gens et sauveront plus de vies si elles s'intègrent dans des stratégies nationales soigneusement coordonnées et si les programmes nationaux sont soutenus de manière coordonnée et harmonisée afin de tenter de garantir le meilleur usage des ressources disponibles. Ce Programme global approuve l'approche actuelle de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Mais nous devons faire encore plus et encore mieux pour prévenir de nouvelles contaminations et soigner et traiter ceux qui sont infectés ou affectés par le VIH/SIDA. Des millions de vies et les gains et perspectives de développement de nombreux pays sont en jeu.

Notes

1. Banque mondiale. 2004. *Revue à mi-parcours du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique*. Washington DC

Ce Programme global confirme la validité de l'approche actuelle de la Banque en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Mais nous devons faire encore plus et encore mieux

et la Banque mondiale 2005. *S'engager sur les résultats: Améliorer l'efficacité de l'assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA*, une évaluation de l'assistance de la Banque mondiale pour la lutte contre le VIH/SIDA réalisée par l'OED, Washington, DC Disponible en ligne sur: www.worldbank.org/OED.

2. Peter Piot, "AIDS: The Need for an Exceptional Response to an Unprecedented Crisis", discours prononcé le 20 novembre 2003 à la Banque mondiale dans le cadre du cycle de conférences "Presidential Fellows" et publié (en anglais) par la Banque mondiale, Programme global de lutte contre le VIH/SIDA, Washington, DC.

3. ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) 2004. *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : 4ème rapport mondial*. Genève: ONUSIDA.

4. ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM 2004. *Les femmes et le VIH/SIDA: Confronter la crise*.

5. Données de la Banque mondiale préparées le 30 avril 2005 par le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA, Banque

mondiale. Washington, DC. Ces données comprennent le détail des sommes engagées dans les projets de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que les composantes VIH/SIDA de plus de 1 million de dollars comprises dans les projets d'autres secteurs, selon des informations fournies par les Chefs d'équipe des projets. Les données sur les opérations de prêts SIDA, enregistrées dans le "Business Warehouse" de la Banque (BW) diffèrent du fait que certaines composantes des projets VIH/SIDA peuvent être encodées et comptabilisées sous d'autres critères tels que genre, population, systèmes de santé etc.

6. ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) 25 avril 2004. "Les Trois principes en action": Coordination des ripostes nationales au VIH/SIDA : directives à l'intention des pouvoirs publics et de leurs partenaires. Première présentation de conférence. Consultations de Washington, Washington, DC.

7. Assemblée générale des Nations Unies 2000. « Déclaration du Millénaire des Nations Unies. » [www.un.org/]

INTRODUCTION

Les 40 millions de personnes aujourd'hui infectées par le VIH/SIDA et les familles des 20 millions de personnes déjà décédées sont là pour témoigner du cuisant échec mondial à prévenir un fléau non seulement considérable, mais évitable. Les coûts humains, sociaux et financiers en sont incalculables. Le SIDA, dans de nombreux pays, a inversé les progrès accomplis au cours de la dernière génération et compromet ceux de la génération montante. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, le SIDA a réduit de moitié l'espérance de vie.¹ L'épidémie a fermé des écoles et submergé les centres de santé. Le SIDA a fait 15 millions d'orphelins.

Et ce n'est là qu'un début. Le nombre de personnes qui ont été infectées en 2004 était plus élevé que jamais, et davantage l'ont été en 2005. Si cette tendance se poursuit, le monde n'atteindra ni l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) d'enrayer la progression du VIH d'ici à 2015, ni d'autres objectifs importants du OMD.²

Au cours des dernières années, le monde est enfin tombé d'accord sur la nécessité de prendre des mesures énergiques contre le SIDA — afin de sauver des vies, d'assurer le futur et de protéger la société. Le financement mondial a été multiplié par 20 entre 1996 et 2004. De nouvelles institutions mondiales ont été créées. Et les programmes destinés à prévenir de nouvelles infections, à soigner et traiter les personnes déjà infectées et à atténuer les impacts du SIDA se sont avérés très efficaces dans des milliers de contextes locaux.

Pourtant, malgré ces résultats positifs, nos efforts collectifs se révèlent insuffisants. Bien que les sommes engagées n'aient jamais été aussi considérables, les améliorations es-

comptées ne se réalisent pas. Peu nombreux sont les pays où les programmes sont menés à une échelle suffisante. Et rares sont les programmes dont les interventions sont choisies à partir d'analyses de résultats et dont les priorités sont soigneusement identifiées. Trop peu d'argent arrive jusqu'aux personnes qui en ont le plus besoin; et nous n'avons que de maigres indications sur les approches les plus efficaces à plus grande échelle.

La Banque s'est engagée dans une lutte à long terme contre le SIDA et elle entend maintenir le cap dans la lutte contre le SIDA. Il est impératif d'endiguer l'avance de la pandémie et continuer à mettre l'accent sur la prévention afin de protéger les générations d'aujourd'hui et de demain. Mais nous devons aussi aider les personnes qui ont besoin de soins et de traitements à vie. Et nous devons protéger et guider les millions d'orphelins jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge adulte. Finalement, nous devons nous assurer que nos investissements collectifs contre le VIH sont coordonnés avec ceux faits dans les systèmes de santé, de l'éducation et de la protection sociale, afin qu'ils les renforcent plutôt qu'ils ne les sapent.

Ainsi que cela a été reconnu lors des travaux de la Cellule mondiale de réflexion (GTT), et plus récemment par les Chefs de gouvernement du G8 à Gleneagles, il est indispensable, pour surmonter les formidables défis de l'épidémie, d'édifier des partenariats solides et productifs avec les gouvernements, les bailleurs de fonds et la société civile. La réussite dépendra de l'action commune menée pour que les pays prennent pleinement en charge la lutte contre le SIDA et que leurs capacités soient renforcées, en particulier, pour qu'ils puissent élaborer des straté-

La Banque est déterminée à maintenir le cap dans la lutte contre le SIDA

gies énergiques, les exécuter correctement et assurer l'évaluation et le suivi des programmes. Une telle action commune est aussi nécessaire pour mobiliser les financements des pays clients et des partenaires du développement et lier la lutte contre le VIH/SIDA à d'autres programmes de plus grande envergure tels que la réduction de la pauvreté et des inégalités entre les sexes, et le renforcement de l'équité et du développement.

La Banque mondiale a, au cours de ces dernières années, considérablement augmenté son aide aux programmes du VIH/SIDA et intensifié ses activités de parrainage du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Le financement de la Banque, son influence, sa présence dans les pays, ses interventions de portée multisectorielle, ses compétences analytiques et sa capacité à soutenir une mise en œuvre efficace, sont des atouts clés pour contribuer aux efforts mondiaux de lutte contre le SIDA. Les éléments principaux de l'action de la Banque mondiale en matière de VIH/SIDA sont bien sûr les opérations de prêts, l'analyse économique et sectorielle et les discussions menées par les six Régions sur l'élaboration des politiques — décrites dans leurs stratégies régionales et plans de développement (résumés en Annexe 1). Ce Programme global décrit (pour une audience interne et externe) les mesures que prendra la Banque mondiale au cours des trois années à venir pour renforcer son action contre l'épidémie et pour contribuer et compléter le travail de ses partenaires. Ces mesures comprennent les activités de prêts, les actions

menées par les unités régionales de la Banque en termes d'analyses et de politiques économiques, les mesures que prendra le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA (GHAP) pour aider et amplifier le travail opérationnel spécifique des régions et départements de la Banque, les activités affectant plusieurs secteurs et les efforts visant à intégrer les interventions VIH/SIDA dans les opérations d'autres secteurs clés et de la Société financière internationale ainsi que les actions de formation menées par l'Institut de la Banque mondiale (WBI).

Avant d'entrer dans une description détaillée des actions spécifiques (dans la Partie II), ce document fait le point sur la manière dont l'épidémie a évolué et les défis émergents et persistants auxquels nous sommes confrontés. Sont résumés les actions menées jusqu'à présent par la Banque en réponse au VIH/SIDA ainsi que les leçons tirées de l'expérience acquise et dégagées par le travail effectué par différents organismes bilatéraux ou de façon conjointe pour harmoniser les efforts mondiaux et nationaux qui ont servi à établir les priorités de ce Programme global.

Notes

1. ONUSIDA, 2004 *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 4ème rapport mondial*.
2. Nations Unies, 4 avril 2005. « *Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* » Rapport du Secrétaire général lors la cinquante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, item n°43. New York.

PARTIE I : VUE D'ENSEMBLE

LE VIH/SIDA AUJOURD'HUI : DÉFIS PERSISTANTS ET ÉMERGENTS

Une épidémie en transition

Beaucoup de choses ont changé depuis que la première infection VIH a été documentée il y a de cela 24 ans. L'épidémie a évolué différemment selon les régions et nos capacités à la pister et à la comprendre se sont considérablement améliorées. Dans une grande partie du monde, les taux d'infection demeurent relativement bas, concentrés surtout dans certains groupes tels que les consommateurs de drogues injectables (CDI), les travailleurs de l'industrie du sexe (TS) et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Dans la plupart des pays, il est donc impératif de réduire les risques en prévenant de nouvelles infections dans ces sous-groupes et chez leurs partenaires sexuels.

L'épidémie varie de région en région et au sein des régions, certains pays étant plus touchés que d'autres. En Amérique latine et aux Caraïbes, par exemple, 11 pays ont une prévalence nationale de VIH de 1% ou plus, tandis que le reste de la région connaît une prévalence générale beaucoup plus faible. Il y a souvent d'importantes variations d'un sous-groupe ou d'une zone géographique à l'autre. Certains des pays les plus peuplés du monde (la Chine et l'Inde par exemple) enregistrent une prévalence générale inférieure à 1%, et pourtant, le taux d'infection est bien supérieur — et en augmentation rapide — dans certains groupes à hauts risques. Par exemple à Chennai, en Inde, la prévalence VIH/SIDA parmi les consommateurs de drogues injectables est passée de 26% en 2000 à 64% en 2003. Le VIH/SIDA parmi les travailleurs de l'industrie du sexe à Myanmar est passé d'environ 5% en 1992 à 31% en 2003, et de 1,7% en 2000 à 9% en 2004 chez 70 travailleurs sexuels à Tamarrasset, en Algérie. La prévalence dans un

échantillon pris au hasard parmi des détenus dans une prison ouest — javanaise est passée de 1% en 1999 à 21% en 2001 et 2003.¹

Dans certaines régions, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord notamment, le taux et la propagation de l'épidémie sont mal compris du fait d'un manque de surveillance et d'évaluations des risques dus au comportement.

Dans certains pays — surtout en Afrique australe et orientale et une partie des Caraïbes — l'épidémie s'est largement propagée au sein de la population générale, la prévalence adulte dépassant les 2% dans les Caraïbes et les 7% dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Un éventail de stratégies doit être mis en place pour prévenir de nouvelles infections, assurer soins et traitements aux personnes infectées, atténuer l'impact dévastateur et soutenir les programmes de façon durables. Avec autant de personnes infectées dans tous ces pays et la priorité croissante accordée aux traitements, les efforts faits pour prévenir les nouvelles infections doivent non seulement être maintenus mais accrus. Même dans les pays où la prévalence est la plus forte, la majorité de la population n'est pas infectée et les adultes et nouvelles générations de jeunes doivent apprendre à se protéger des risques d'infection.

La grande diversité qui existe au sein des régions et des pays, ou d'une région ou d'un pays à l'autre, présente son propre arsenal de défis. En effet, il faut : (i) mettre en place une surveillance adéquate pour comprendre les modes de transmission dans chaque contexte ou pays et pouvoir y remédier par des mesures efficaces ; (ii) mobiliser un fort engagement politique et social d'envergure pour mettre fin à l'opprobre, au silence et au

Les formes diversifiées que revêt l'épidémie du SIDA au sein des régions ou pays, ou d'une région ou d'un pays à l'autre, constituent un défi

La possibilité de traiter à grande échelle a transformé l'épidémie, mais l'accès demeure très limité

déni, quel que soit le stade d'avancement de l'épidémie ; et (iii) modifier les normes culturelles, les croyances, les rôles et les coutumes dans lesquels les comportements sexuels sont profondément ancrés.

Certains programmes de prévention ont enregistré de bons résultats, mais ils ont rarement été mis en oeuvre à une échelle suffisante ou méthodiquement partout dans le monde. Nous avons acquis une grande expérience dans la prévention, et plus récemment dans les programmes de traitements et d'atténuation des effets de l'épidémie, et chaque jour nous apporte de nouveaux enseignements. Il reste cependant extrêmement difficile de cibler des individus qui ont un comportement à risque quand ceux-ci sont victimes de tabous sociaux, qu'ils sont marginalisés ou mal identifiés — comme par exemple les travailleurs du sexe occasionnels et très dispersés, qui opèrent en dehors des établissements officiels ou des zones de prostitutions reconnues, les consommateurs de drogues injectables, les hommes sexuellement très actifs et la plupart des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sans s'identifier en tant qu'homosexuels. Il sera peut-être nécessaire d'étendre les campagnes de prévention à l'ensemble de la population pour pouvoir atteindre les individus qui sont les plus à risque. Une fois l'épidémie généralisée, il devient beaucoup plus difficile, et moins efficace en termes d'épidémiologie, d'accéder aux personnes les plus vulnérables à l'infection que lorsque l'épidémie est encore en phase concentrée.

La possibilité d'offrir un traitement antirétroviral à l'ensemble de la population a transformé l'épidémie, en prolongeant les années de vie saine de ceux qui peuvent accéder à des traitements antirétroviraux efficaces et abordables. Cependant, cet accès demeure très limité, ce qui représente une occasion manquée de sauver des vies et préserver le développement économique et social. Si l'accès à ces traitements était élargi davantage, une plus grande partie de la force de travail resterait productive plus longtemps et la perte d'expertise serait réduite. De même, davantage de parents demeureraient en vie et en bonne santé pour s'occuper de leurs enfants qui, faute de cela, sont

destinés à aller grossir les rangs des millions d'orphelins du SIDA. Les défis dans les pays les plus atteints sont donc très variés. Il faut : (i) augmenter la capacité des gouvernements à gérer une maladie chronique et à long terme ; assurer la continuation sur le long terme de comportements qui n'entraînent pas de risques ; (ii) mobiliser une aide sociale pour prendre les survivants en charge pendant des périodes prolongées ; et (iii) planifier des interventions pour des myriades de jeunes qui risquent, dans l'avenir, de s'adonner à des comportements dangereux.

Les jeunes sont de plus en plus au coeur de l'épidémie du VIH/SIDA. Plus de la moitié des nouveaux cas de séropositivité ont entre 15 et 24 ans, et plus de 12 millions de jeunes vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA. Mais cette génération incarne aussi l'avenir et le plus grand espoir dans la lutte contre l'épidémie.² Il n'y a pratiquement pas d'enfants d'âge scolaire séropositifs, même dans les pays les plus atteints, et s'ils réussissent à éviter d'être infectés en grandissant, le cours de l'épidémie s'en trouvera changé en l'espace d'une génération. Des comportements positifs et responsables doivent donc être enseignés avant que les jeunes ne deviennent sexuellement actifs ou ne se mettent à consommer des stupéfiants.

De nombreux adolescents sont sexuellement actifs et ont des rapports sexuels non protégés. C'est aussi durant cette période-là que les jeunes consomment pour la première fois des stupéfiants. C'est donc à cet âge critique qu'il faut lancer des interventions appropriées pour les informer et les éduquer.³ Et pourtant, de nombreux jeunes manquent des connaissances ou moyens nécessaires pour se protéger du VIH/SIDA. Ainsi, même dans des pays comme le Cameroun, la République centrafricaine et le Lesotho où l'épidémie est généralisée, plus de 80% des jeunes femmes ignorent presque tout du VIH/SIDA.

Les jeunes, pour éviter d'être infecté, ont besoin de recevoir des informations spécifiquement élaborées pour leur tranche d'âge et différenciées selon leurs sexes. Ils doivent aussi pouvoir bénéficier de services de soins et de conseils psychologiques et avoir accès

aux préservatifs. Les activités scolaires de prévention VIH/SIDA sont indispensables, mais les programmes doivent également parvenir jusqu'aux jeunes qui vivent dans la rue, qui se prostituent ou qui s'injectent des stupéfiants. Pour cela, il est important d'inclure les jeunes dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes car cela permet d'atteindre et influencer l'ensemble de ce groupe social.

Au fur et à mesure que continuent d'évoluer l'épidémie et l'action mondiale pour la combattre, de nouveaux défis et obstacles apparaissent. Il faut, pour pouvoir agir, que ces défis soient identifiés et solutionnés de manière appropriée.

De défis de longue date, restés sans réponse, persistent aussi, mais des solutions apparaissent peu à peu. Si le refrain « On sait ce qui marche » semble parfois exagéré, il arrive souvent qu'il ne le soit pas. Nos connaissances, même incomplètes, demeurent substantielles. La tâche, face à ces défis persistants, consiste moins à comprendre ce qu'il faut faire que de trouver les moyens de le faire.

Une vue d'ensemble des défis persistants et émergents est présentée ci-dessous pour indiquer le contexte dans lequel ce Programme global a été formulé. Il ne s'agit pas là d'un inventaire des problèmes que la Banque se propose de résoudre, mais plutôt d'une liste de réalités dont la Banque, les principaux donateurs et les pays doivent tenir compte en planifiant les nouvelles stratégies de lutte contre le VIH/SIDA dans ce nouveau millénaire.

Défis persistants

Si nous avons réellement accumulé autant de connaissances sur le VIH au cours des vingt dernières années, pourquoi alors l'épidémie continue-t-elle de croître ? Pourquoi plus de gens encore ont contracté une infection à VIH et sont morts de maladies liées au SIDA en 2005 que dans les années précédentes ? En bref, pourquoi ne mettons-nous pas à profit ce que nous savons ?

Bien sûr, nous nous servons de ce que nous avons appris, mais pas assez systématique-

ment ni à une échelle adaptée aux besoins, et il est vrai qu'il nous reste encore beaucoup à apprendre. Mais des obstacles majeurs continuent à barrer la route à ce qui « marche ».

Planification stratégique limitée

La plupart du temps, les efforts anti-SIDA sont mal coordonnés à l'échelon national et ne sont pas intégrés dans une planification stratégique d'ensemble. Les plans sont soit trop nombreux, soit inexistantes, ou différents selon les secteurs. Certaines actions sont redondantes, d'autres s'attaquent à des problèmes non prioritaires (voir encadré sur la Planification stratégique), et certains sont totalement passés sous silence. La lutte contre le VIH/SIDA et la manière de la financer sont rarement intégrées dans une planification financière et de développement d'ensemble.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi la planification stratégique de certains pays laisse à désirer ou pourquoi, si elle est faite, les plans ne sont pas toujours respectés :

- Données incomplètes, en particulier sur les comportements à risque, sur les modes et les facteurs de transmission, sur l'efficacité des programmes et sur l'impact social et économique.
- Dispositifs d'analyse et d'utilisation des données (quand elles existent) insuffisants, en particulier pour déterminer quels sont les investissements prioritaires VIH/SIDA.
- Réticence, devant certains choix difficiles, à établir des priorités.
- Capacité limitée à établir une planification régulière impliquant les différentes branches du gouvernement et de la société, et à aider chaque secteur à faire une appréciation réaliste de son avantage comparatif dans la lutte contre le VIH/SIDA.
- Difficulté des gouvernements à planifier une action à l'échelle nationale, quand d'importantes ressources externes sont, après d'insuffisantes consultations, attribuées directement à des institutions non gouvernementales et que ces flux de ressources externes sont imprévisibles et incertains.

Il est fréquent que les plans nationaux ne ciblent pas de manière stratégique les principaux modes de transmission du VIH

Chercher le « Stratégique » dans Planification stratégique

De nombreux pays ont développé des plans nationaux, souvent en y faisant participer les parties prenantes. Ces plans ont permis d'accroître la volonté politique, d'encourager l'engagement et de promouvoir une ouverture sociale face au VIH/SIDA. Mais ils laissent cependant à désirer en termes de stratégie, car ils n'ont ni identifié, ni ciblé les principaux modes de transmission du VIH dans le pays en question.

Un État africain a préparé un plan consultatif et stratégique qui présupposait une épidémie très généralisée et appelait à la plus grande mobilisation possible de la société et à une large gamme d'interventions. Cependant, la prévalence VIH au sein de la population adulte du pays est de 1,8% et les données prénatales indiquent que l'épidémie est stable depuis environ dix ans. Les données suggèrent également que le taux maximum de prévalence est atteint à un âge relativement élevé, entre 35 et 39 ans pour les hommes comme pour les femmes. À l'encontre des taux relativement bas au sein de la population adulte d'ensemble et parmi les jeunes du pays, la prévalence du VIH parmi les travailleurs sexuels est extrêmement élevée — 78% et 82% dans les deux plus grandes villes. Le grand écart entre les taux des travailleurs sexuels et la population adulte générale suggère que la majeure partie des infections dans ce pays provient du commerce sexuel. Une étude récente a estimé que 75% des infections parmi les hommes de la capitale sexuellement actifs provenaient des travailleurs de l'industrie du sexe. Cependant, une analyse récente a conclu que seulement 0,8% des dépenses du pays en matière de VIH/SIDA étaient destinées à des interventions ciblant le commerce sexuel.

Il ne s'agit pas là d'un phénomène isolé. Dans un pays d'Asie, le taux de séropositivité demeure relativement faible au sein de la population d'ensemble, inférieur à 0,3% chez les femmes enceintes par exemple. Par contre, les taux parmi les consommateurs de drogues injectables avoisinent les 80% dans la plus grande agglomération et, dans certains quartiers, des taux de 30% ont été signalés parmi les travailleurs de l'industrie du sexe. Ce pays est de toute évidence soumis à une épidémie concentrée, où les populations marginalisées sont particulièrement vulnérables. Les analyses épidémiologiques indiquent qu'environ trois-quarts de la séropositivité résulte de l'injection de stupéfiants et dépasse les 90% si l'on y rajoute le commerce sexuel. Malgré ces données, les interventions visant à protéger ces deux groupes vulnérables ne représentent qu'une seule des composantes des neuf priorités stratégiques de ce pays.

Dans un État d'Amérique latine, l'épidémie est principalement concentrée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Une étude sur plus de 7 500 de ces hommes entre 1991 et 1997 a établi que plus de 15% d'entre eux étaient séropositifs, alors que la prévalence adulte générale était de 0,3%. Étant donné la possibilité que les hommes bisexuels sont l'un des facteurs de transmission du virus à la communauté hétérosexuelle, la très faible utilisation de préservatifs parmi cette population est préoccupante. Dans l'étude citée ci-dessus, 85% des hommes bisexuels de ce pays n'avaient jamais utilisé de préservatifs lors de rapports sexuels anaux avec leurs partenaires féminines et 69% d'entre eux ne les utilisaient jamais lors de relations vaginales. Et pourtant, la grande majorité des fonds de prévention du VIH de ce pays sont dirigés vers « la population générale » et moins de 10% vers les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

- Concurrence entre les parties prenantes, dans le secteur public comme dans la société civile, due à une assignation des responsabilités et des rôles insuffisamment précise, et un rôle directeur du gouvernement trop faible.
- Lacunes persistantes dans les connaissances sur certaines questions clés, telles que : quelles sont les stratégies de prévention efficaces, et

Contraintes de gestion et de mise en oeuvre

Même les programmes bien planifiés n'auront qu'un succès mitigé s'ils sont mal gérés et mal mis en oeuvre. Dans la plupart des pays, le soutien à l'exécution est insuffisant, en particulier pour augmenter la dimension des programmes tant dans le secteur public que dans la société civile. De plus, il est fré-

quent que, même aidés, les programmes ne mettent pas à profit les enseignements tirés de l'expérience recueillie dans d'autres régions ou d'autres pays. De nombreux pays — en particulier les plus touchés par le VIH — et les organismes de mise en oeuvre dans ces pays sont confrontés à des obstacles qui entravent la gestion et l'exécution de leurs programmes :

- Tendances des entités de gestion à « contrôler » les ressources plutôt que de les concéder et de déléguer le pouvoir à ceux qui exécutent les programmes.
- Systèmes de comptabilité fiduciaire — gestion financière, décaissements et fourniture de biens et services — plus lourds que nécessaire et qui ne tiennent pas compte des conditions locales.
- Services d'exécution manquant de ressources et de personnel qualifié, et mal informés tant au niveau régional qu'international sur ce qui est efficace, en particulier pour accroître les services de prévention VIH, la prise en charge et les traitements, et les programmes d'atténuation des effets de l'épidémie.
- Hésitation de nombreux acteurs du secteur public à déléguer la mise en oeuvre et la gestion des programmes à des personnes morales de la société civile ou à des organismes privés du pays.
- Redondance inutile des systèmes de gestion et de suivi et d'évaluation pour satisfaire aux conditions des divers donateurs.
- Décaissements irréguliers, imprévisibles ou trop restrictifs des aides financières des bailleurs de fonds et trop souvent en dehors des processus et cycles nationaux de planification budgétaire.

Systèmes de santé faibles et surchargés⁴

Alors que le VIH affecte lourdement de nombreux secteurs, c'est sur le secteur de la santé, qui joue le premier rôle en matière de surveillance, de prévention, de diagnostic et de traitements du VIH/SIDA et des infections opportunistes, qu'il pèse le plus. Malgré les efforts engagés depuis des années pour améliorer les systèmes de santé, ces derniers demeurent faibles dans de nombreux pays y compris là où le SIDA fait rage. *Il est donc impératif* de renforcer les systèmes

de santé — pour combattre le VIH/SIDA et lutter contre de nombreuses autres maladies et problèmes sanitaires.

En gardant à l'esprit qu'il existe de nombreuses différences sein des pays ou d'un pays à un autre, l'efficacité des systèmes de santé en matière de VIH/SIDA et plus généralement en termes d'amélioration durable de la santé publique se heurte aux obstacles suivants :

- Investissements insuffisants dans les systèmes de santé. Les efforts faits par les gouvernements et donateurs pour améliorer les systèmes de santé en général — et les ressources humaines, l'approvisionnement en médicaments, la surveillance et autres fonctions centrales du domaine de la santé publique — ont été inadéquats.⁵ Le lien entre les investissements dans les systèmes de santé et leur pérennité à moyen et long terme n'a pas suffisamment reçu d'attention.
- Mauvaise compréhension de la manière efficace de développer les systèmes de santé, et sous-estimation de leur complexité et des difficultés rencontrées lors des prestations de services de santé. Le succès des opérations de soutien externe destinées à renforcer le secteur de la santé est mitigé. Bien que la planification des programmes et la capacité de gestion à l'échelon local se sont améliorées dans certains cas, ces améliorations n'ont pas fréquemment produits les résultats escomptés.
- Il arrive qu'au lieu de les renforcer, les initiatives mondiales supplantent partiellement les stratégies nationales et les plans de travail en matière de santé.⁶ Comment harmoniser et coordonner les investissements dans les systèmes de santé aux niveaux des pays et au niveau mondial est un sujet qui est à l'ordre des débats du Forum de haut niveau (FHN) sur les OMD relatifs à la santé. La prolifération des initiatives de lutte contre le SIDA et autres maladies a déclenché des financements supplémentaires, essentiellement pour le contrôle de certaines maladies. Le Groupe de travail du FHN a souligné le besoin urgent de directives claires et cohérentes sur la manière dont les initiatives en matière de santé peuvent

Les systèmes de santé doivent être renforcés car c'est sur eux que le VIH/SIDA pèse le plus lourdement

**Il faut
aujourd'hui des
programmes de
prévention, de
soins et de
traitements à
grande échelle,
sur le long terme
et durables**

contribuer à améliorer les différentes composantes des systèmes de santé.

- Nombre insuffisant, mauvaise répartition et manque de formation du personnel de santé, résultant d'un manque de mesures incitatives et de centres de formation, de l'exode des spécialistes et de la perte de personnel médical due au SIDA (voir encadré sur les « Personnes » p. 17).
- Inégalités d'accès aux services de santé et à leurs prestations.⁷
- Restrictions sur l'utilisation de certains fonds d'aide au développement pour financer des coûts récurrents, dont les salaires. Si le coût des médicaments ARV a baissé, les autres coûts associés aux traitements — frais de personnel médical et paramédical, médicaments autres que les ARV et à la surveillance biologique sont, eux, restés constants. Néanmoins, les donateurs demeurent réticents à payer ces « coûts locaux de fonctionnement ».
- Insistance des donateurs à prodiguer des remèdes ARV à un grand nombre de gens, sans qu'une attention suffisante soit portée à la qualité et à la durabilité des soins, sachant qu'une thérapie ARV est un traitement à vie.
- Réticence des fonctionnaires à augmenter le rôle du secteur privé et de la société civile dans la prestation de services de santé.

**Portée limitée des services de
prévention, de soins et de traitements**

Le sentiment d'urgence qui a caractérisé une grande partie de la lutte anti-VIH a coïncidé avec la tendance naturelle de nombreux organismes financeurs à réagir en créant une multitude de projets pilotes et autres activités de petite envergure. Mais ce sont les interventions à grande échelle, sur le long terme et durables, étayées par un renforcement des investissements et des opérations de développement qui s'imposent aujourd'hui. Les efforts faits pour élargir les programmes de soins, de traitements et de prévention ont été freinés par un certain nombre d'obstacles :

- Les programmes anti-VIH, et en particulier les activités de prévention se sont souvent attachés à modifier le comportement d'un petit groupe d'individus plutôt

que de concevoir des programmes applicables à l'ensemble d'un groupe à risque.

- Du fait du manque de stratégies de communication VIH/SIDA claires, les messages ont rarement été cohérents ou efficaces.
- Trop peu d'efforts et de ressources ont été investis dans la prévention du VIH. Alors que l'accès aux traitements est de plus en plus demandé, il faut faire attention à ne pas négliger la prévention pour éviter une augmentation ingérable de la demande en matière de traitements.
- Les efforts visant à assurer l'accès aux traitements aux millions de personnes qui en ont besoin doivent être intensifiés, en même temps que doit être renforcée l'infrastructure nécessaire pour permettre cet accès.
- L'opprobre et le déni qui sont liés au SIDA font que les gens hésitent à requérir aux soins et ils empêchent les programmes d'atteindre un vaste segment de personnes infectées, notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les travailleurs sexuels.
- Le personnel disponible pour mettre les programmes en œuvre sur une grande échelle est limité, en particulier dans les pays où les personnes qui ont le plus besoin des soins sont très dispersées, extrêmement mobiles, demeurent dans des zones rurales ou encore se dissimulent.
- De nombreux gouvernements hésitent à déléguer hors du service public la gestion des programmes et la prestation de services, même quand cela pourrait améliorer la couverture, l'efficacité et la qualité et combler de manière importante les lacunes de mise en œuvre.
- L'argent fait toujours défaut pour financer les salaires, les frais de fonctionnement et certaines prestations, surtout quand ces prestations sont chères (comme les traitements) ou politiquement délicates (comme les services pour les consommateurs de drogues injectables ou les interventions de santé sexuelle pour les adolescentes).

Facteurs sociaux et politiques

Les circonstances et les lois sociales et politiques influent énormément sur le succès de

Les personnes : un facteur clé dans l'équation des ressources

L'abondance des nouvelles ressources disponibles pour financer les traitements à grande échelle fait que les pays touchés par le SIDA se voient confrontés à d'importantes pénuries de personnel de santé et d'experts, y compris en épidémiologie et virologie, en conception et gestion de programmes de prévention et de traitements et en matière de suivi et d'évaluation. La gravité et les différentes sortes de contraintes en termes de ressources humaines varient d'un pays à l'autre. L'Afrique porte un quart du fardeau mondial des maladies, mais elle ne dispose que de 1% du personnel de santé.¹ Même si les postes vacants pouvaient être pourvus, les niveaux de personnels qualifiés demeureraient insuffisants face à la demande toujours croissante de soins.

Il y a de nombreuses raisons à la pénurie en personnels de santé.² Peu de personnels sont correctement formés, tandis que trop meurent ou partent s'établir à l'étranger, et ceux en poste sont mal répartis par rapport aux besoins. 40% des infirmières nouvellement diplômées chaque année en Zambie et au Malawi ne font que remplacer des infirmières décédées — souvent du SIDA. Il y a plus d'infirmières malawites dans la ville britannique de Manchester que dans tout le Malawi. La Tanzanie a 26 fois plus d'infirmières par habitant à Dar es Salaam que dans certaines zones rurales. La productivité se voit rongée par les lacunes du système de gestion du secteur public, un manque de mesures d'incitation et un mauvais environnement de travail. Les donateurs aggravent encore la situation en attirant les cadres supérieurs hors du secteur public.

Il a été estimé que le livre de paie de la fonction publique kenyane comprenait 5 000 travailleurs « fantômes » de la santé. Les médecins, dans de nombreux pays en voie de développement ne sont payés que 50 dollars par mois. Les salaires bas sapent le moral et obligent le personnel médical à les compléter par des emplois ou activités multiples.

Les besoins et les solutions peuvent varier, mais les options suivantes pourraient être applicables dans de nombreux pays : Certains pays ont des médecins et infirmières sous-employés ainsi que des diplômés universitaires au chômage qui, correctement formés et supervisés, pourraient être déployés pour combler les lacunes en gestion et planification des programmes. Des centres de formation supplémentaires sont nécessaires, ainsi que l'instauration de formations brèves pour former du personnel paramédical de niveau intermédiaire qui, plus tard, pourra se perfectionner. Sous-traiter des prestataires du secteur privé pourrait se révéler utile, mais les agences d'infirmières sont rares en Afrique. De meilleurs salaires, conditions de travail et perspectives d'avancement professionnel doivent être négociés. Le personnel pourrait être mieux réparti, et des avantages pourraient être proposés pour les postes en milieu rural. Une meilleure gestion du secteur public est aussi nécessaire, et, dans certains cas doit aller de pair avec la décentralisation. Toutes ces mesures doivent être étudiées dans le cadre d'un financement durable à long terme.

1. Forum de haut niveau sur les OMD santé, "Addressing Africa's Health Workforce Crisis: an Avenue for Action", Document préparé pour la réunion à Abuja, en décembre 2004. Vu en ligne le 03/06/05 sur : <http://www.hlfhealthOMDs.org/Documents/AfricasWorkforce-Final.pdf>

2. Forum de haut niveau sur les OMD santé, "Health Workforce Challenges: Lessons from Country Experiences", Document préparé pour la réunion à Abuja, en décembre 2004. Vu en ligne le 03/06/05 sur : <http://www.hlfhealthOMDs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges-Final.pdf>

la prévention VIH et sur les prestations de soins et de traitements. Si les gens sont persécutés, montrés du doigt ou victimes de discrimination à cause du VIH/SIDA, ils hésiteront davantage à recourir aux services de prévention, de dépistage et de traitements. Si des mesures de prévention telles que la distribution de préservatifs ou de seringues stériles sont découragées, les pro-

grammes de prévention s'en trouvent amoindris. Il a également été prouvé que les méthodes qui enfreignent les droits des personnes qui ont besoin d'accéder aux services ont des effets contre-productifs. Certaines discriminations sociales relatives au sexe accentuent la vulnérabilité des femmes et des filles, ce qui a conduit à en faire les principales victimes de l'épidémie (voir encadré sur la

L'opprobre, la discrimination, les lois et les normes sociales peuvent saper les efforts de prévention, de soins et de traitements VIH/SIDA

Féminisation de l'épidémie VIH/SIDA). Les progrès pour éliminer les obstacles politiques et sociaux ont été entravés par :

- Un manque d'outils efficaces pour mesurer les effets dus au milieu environnant et évaluer les obstacles et les interventions, ainsi que la tendance des programmes à négliger tout ce qui ne peut être mesuré.
- Une évaluation insuffisante des facteurs sociaux dans la planification et la mise en œuvre des programmes pour qu'il puisse y avoir un retour d'information régulier de la part des parties prenantes.
- Un manque de moyens pour faire en sorte que le milieu social et les politiciens apportent leur appui aux actions de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA.
- Un manque de preuves empiriques et des points de vue très divergents sur les rôles respectifs du système législatif et de l'éducation dans la lutte contre l'opprobre et pour la protection des droits humains.
- La réticence politique de la part de certains gouvernements et bailleurs de fonds à investir dans des interventions potentiellement efficaces mais controversées, telles que la réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables et leur préférence pour des interventions plus « acceptables » politiquement, mais qui ont des effets limités sur l'épidémie nationale.
- L'exclusion fréquente des services pénitentiaires et des forces du maintien de l'ordre du dialogue national sur le VIH,

Féminisation de l'épidémie du VIH/SIDA

L'épidémie du VIH/SIDA affecte de plus en plus de femmes et de jeunes filles, en particulier dans les cas où les relations hétérosexuelles constituent le principal mode de transmission. En Afrique subsaharienne, 57% des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes tandis qu'en Russie, la proportion de femmes chez les personnes récemment infectées est passée de 24% en 2001 à 38% en 2003.

Plusieurs facteurs rendent les femmes plus vulnérables à l'infection et limitent leur accès aux soins et aux traitements. Ceux-ci comprennent des facteurs biologiques et culturels, les inégalités sociales et économiques entre les hommes et les femmes, les actes de violence contre les femmes, l'accès inégal des femmes à l'information, à l'éducation et aux services et enfin leur rôle de dispensatrices de soins. Dans de nombreuses sociétés, la plus grande partie des soins à dispenser aux personnes infectées par le VIH/SIDA incombe aux femmes. Au Vietnam, les femmes représentent 75% de la totalité des personnes affectées aux soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Dans les régions les plus touchées par l'épidémie, 5 à 6 filles pour un seul garçon sont infectées au sein de la population adolescente des 15-19 ans. Les jeunes filles sont physiologiquement plus susceptibles à l'infection. Elles sont souvent pauvres et sans ressources, et souvent contraintes à des rapports sexuels avec des hommes plus âgés contre de l'argent, des cadeaux ou des faveurs. Le mariage, pour beaucoup d'entre elles, n'améliore pas beaucoup la protection puisque les jeunes mariées ont rarement le pouvoir de négocier des rapports sexuels protégés.

La féminisation de l'épidémie est une incitation supplémentaire pour redresser les inégalités sociales, économiques et judiciaires que subissent les femmes et mettre fin aux violences exercées contre elles. La prévention VIH/SIDA et les programmes de traitement doivent tenir compte des femmes et des inégalités entre les sexes. Les méthodes de prévention contrôlées par les femmes — comme les microbicides ou les préservatifs féminins — peuvent contribuer à les rendre moins vulnérables. Alors que l'accent est maintenant mis sur les traitements antirétroviraux, il est plus que jamais nécessaire d'assurer un accès égalitaire aux services. En intégrant le VIH/SIDA aux programmes de santé reproductive, il serait possible d'améliorer l'accès des femmes, en particulier là où l'opprobre et la discrimination contre les personnes séropositives fait hésiter les femmes à requérir des soins VIH/SIDA.

Source: ONUSIDA 2004; ONUSIDA/FNUAP/UNIFEM 2004, Les Femmes et le VIH/SIDA: Face à la crise.

malgré le fait que les détenus et le personnel militaire sont très vulnérables, et pourtant ils sont extrêmement accessibles. La coopération avec les forces de l'ordre peut également se révéler très utile pour des interventions ciblant les consommateurs de drogues injectables.

- Le ciblage exclusif des femmes et le recours à des groupes exclusivement féminins pour étudier les questions relatives à l'inégalité entre les sexes plutôt que de chercher à inclure des hommes, compte tenu du fait que la plupart des décideurs sont des hommes.

Les défis des donateurs

Les financements pour les programmes de lutte contre le SIDA proviennent de quatre sources principales : les pays eux-mêmes; les donateurs bilatéraux, en particulier les États-Unis et le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA (PEPFAR), et l'agence britannique pour le Développement international (DFID); les fondations privées telles que la Fondation Bill & Melinda Gates et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose (GFATM), qui est de loin le plus important; et les donateurs multilatéraux, dont les banques régionales de développement et la Banque mondiale. Un certain nombre d'organismes, en particulier l'ONUSIDA et ses institutions membres, fournissent une aide technique. La planification et la mise en œuvre de la lutte contre le VIH/SIDA ont pâti des effets pervers résultant de la diversité des mesures et priorités d'un si grand nombre de donateurs. Certains de ces effets pervers apparaissent sur le terrain et sont dus aux pays eux-mêmes. D'autres, par contre, peuvent être imputés aux partenaires extérieurs et à la manière dont ils distribuent l'aide (ce problème apparaît aussi dans beaucoup d'autres programmes de développement).

Les problèmes comprennent :

- L'incertitude quant à la pérennité des financements, qui décourage les pays bénéficiaires d'investir les sommes nécessaires pour renforcer les systèmes de planification et de gestion et les incite au contraire à financer une multitude de projets à court terme.
- Les financements liés à des sources spécifiques d'aide technique ou à un programme particulier, ce qui crée une distorsion dans les allocations, entraînant une hausse des prix et réduit l'efficacité.
- La réallocation de fonds destinés à d'autres programmes de développement, sapant ainsi l'action anti-SIDA sur le long terme en fragilisant encore davantage des secteurs essentiels comme la santé ou l'éducation.
- Un soutien insuffisant aux pouvoirs publics pour les aider à intégrer les programmes VIH/SIDA dans leur planification budgétaire et leurs processus de gestion administrative, y compris dans leurs Cadres de dépenses à moyen terme et Stratégies de réduction de la pauvreté (dans les pays où ils existent).
- Une concurrence entre donateurs et entre organismes bénéficiaires, entraînant une duplication onéreuse — voire des conflits — dans la programmation.
- La pression exercée par les donateurs pour attribuer les résultats concrets et politiquement avantageux à leur financement spécifique, ce qui peut entraîner une fragmentation des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. Une telle situation peut aussi décourager les investissements dont les résultats sont moins visibles tels que le renforcement des systèmes nationaux ou l'amélioration de l'infrastructure.
- L'influence excessive de la politique intérieure des pays donateurs sur l'aide accordée, ce qui peut entraîner des schémas de prévention et de soins totalement inappropriés dans le contexte local.

Défis émergents : Questions nouvelles pour une épidémie en évolution

La prise de conscience croissante des effets dévastateurs du VIH/SIDA s'est traduite par une plus grande volonté politique de faire face à l'épidémie et à ses conséquences. Il en a résulté un déferlement de nouvelles ressources et d'initiatives dont le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale (MAP), le Fonds mondial, et d'importants nouveaux engagements de la part de donateurs bilatéraux gouvernementaux tels que DFID et PEPFAR. Des ins-

Financements incertains, à court terme et conditionnels ; duplication ; pression exercée par les donateurs et politique peuvent engendrer des distorsions et des difficultés

titutions privées, notamment la Fondation Bill et Melinda Gates, ont aussi apporté des financements importants. Au total, les fonds destinés à la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays en voie de développement sont passés d'environ 300 millions de dollars en 1996 à 6,1 milliards de dollars en 2004, dont environ 2 milliards de dollars en capitaux locaux. Ils devraient s'élever à 8 milliards de dollars en 2005.⁸ Pourtant, il manque encore 4 à 6 milliards pour assurer de manière efficace prévention, soins et traitement.

Cette recrudescence de financements a entraîné de nombreux changements et a ouvert la porte à de nouveaux défis auxquels la communauté anti-SIDA tente de répondre.

Administrier un traitement antirétroviral à grande échelle

Il a été constaté dans les pays développés et en développement que les schémas posologiques actuels peuvent prolonger de manière spectaculaire les vies des personnes infectées, leur permettant de demeurer en activité et d'élever leurs enfants. Pourtant, seul un million de personnes sur les six millions qui ont besoin aujourd'hui un traitement antirétroviral dans les pays en développement en bénéficie.⁹

La distribution d'ARV dans les zones où les ressources sont limitées, autrefois estimée impossible, s'avère aujourd'hui réalisable. Au Brésil par exemple, l'accès universel aux ARV a, depuis 1996, permis au pays d'éviter plus de 60 000 nouveaux cas de SIDA et 90 000 décès liés au SIDA.¹⁰ Afin que d'autres parties du monde en retire des avantages similaires, la Banque a adopté une approche d'ensemble pour fournir des soins aux personnes séropositives, y compris le traitement antirétroviral. La Banque apporte ainsi une assistance technique et financière aux programmes nationaux de traitements ARV dans de nombreux pays. Elle a également développé un guide technique sur la passation des marchés pour les médicaments et fournitures qui a été approuvé par les organismes des Nations Unies. Enfin, elle a conclu un accord avec la Fondation Clinton pour permettre aux fonds de la Banque de financer l'acquisition d'ARV et des tests de dépistage aux tarifs réduits négociés avec la Fondation.

Pour réaliser l'objectif de l'Organisation mondiale de la santé et de l'ONUSIDA de mettre sous traitement 3 millions de personnes d'ici 2005 (Initiative « 3x5 »), il faudra bien plus que de l'argent. Il faudra aussi résoudre de nouveaux défis.¹¹ Pour optimiser le bénéfice individuel, et minimiser le risque que les patients ne développent une résistance aux ARV, des mesures doivent être prises pour que les traitements soient disponibles à grande échelle et de manière durable, et que les gens adhèrent bien aux schémas thérapeutiques. Du fait de l'accent mis sur les traitements, il est devenu ainsi urgent de renforcer les services de santé, car ceux-ci sont déjà surchargés et manquent de personnel. Afin d'élargir l'accès aux traitements, d'importants montants financiers supplémentaires et pérennes seront nécessaires, en particulier pour financer des investissements dans l'infrastructure opérationnelle, former de nouveaux personnels soignants et éviter qu'ils ne partent travailler ailleurs. Le personnel doit être formé à prescrire les ARV correctement et à surveiller les patients et les progrès du traitement. Un stock fiable et renouvelable de médicaments doit être assuré, ce qui peut nécessiter de nouveaux investissements dans la chaîne d'approvisionnement et sa gestion et une optimisation des procédures d'approvisionnement. Il faut également augmenter la capacité des laboratoires pour le dépistage VIH/SIDA et la gestion des traitements ARV. Le secteur public devra assurer une grande partie de ces tâches, mais les prestataires privés ont aussi un rôle important à jouer, correctement pilotés par le secteur public. Une autre question essentielle à résoudre porte sur la manière d'assurer un accès équitable aux programmes de traitements. Dans la plupart des pays, les inégalités entre les hommes et les femmes empêchent déjà de nombreuses femmes d'accéder aux services de soins et de traitements. L'élaboration et la mise en œuvre de programmes doivent tenir compte des conditions particulières des femmes et d'autres problèmes liés à l'équité tels que l'accès pour les groupes pauvres et marginalisés et pour les habitants des zones rurales.

Le sommet du G8 à Gleneagles en juillet 2005 a conclu à la nécessité d'amplifier l'action et les financements, de mettre en œuvre

un ensemble de mesures de prévention, de soins et de traitements VIH et fournir un accès universel aux traitements à tous ceux qui en ont besoin.¹²

Maintenir la cap sur la prévention

Prévenir la transmission du VIH doit demeurer une priorité pour tous les pays, quel que soit le taux de prévalence, tout en continuant à soigner et traiter les personnes infectées et affligées par la maladie. Comme l'épidémie du VIH a des effets peu visibles pendant de nombreuses années, les pays où la prévalence est faible sont souvent lents à réagir et très réticents à consacrer des ressources, déjà limitées, à des mesures de prévention. L'inaction est pourtant onéreuse quel qu'en soit le contexte. Elle paralyse l'action dans les pays à faible taux de prévalence à tous les niveaux : depuis l'élaboration des politiques jusqu'à la planification de la prévention et la mise en œuvre des programmes. Elle limite aussi les changements possibles de comportement. Les interventions précoces et un travail soutenu et au niveau des principales populations vulnérables et à risques ont fait leurs preuves dans de nombreux pays.

Les efforts pour enrayer la transmission doivent rester soutenus. Même dans les pays où le taux de prévalence est le plus élevé, la majorité des gens ne sont pas porteurs du virus et ont besoin d'information et de moyens pour le rester. Pour que la prévention soit efficace, il faut souvent que les normes sociales, les attitudes et les comportements soient modifiés, ce qui est difficile. Il arrive que les populations les plus vulnérables à l'infection soient négligées ou mal servies du fait de l'opprobre, des tabous ou du déni, ou parce que les gouvernements hésitent à fournir des prestations controversées ou à servir les groupes marginalisés (comme les programmes de distribution de seringues stériles pour les consommateurs de drogues injectables ou de préservatifs pour les travailleurs sexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes). Certains organismes peuvent aussi éprouver des difficultés à surmonter les conventions sociales lorsqu'ils doivent aborder les questions délicates liées au SIDA, même quand il s'agit de programmes de prévention pour l'ensemble de la population.

La prévention du VIH exige un engagement politique marqué et à long terme, des mesures multisectorielles efficaces et un engagement global de la communauté afin d'obtenir les modifications de comportement nécessaires.

Intégrer la prévention et le traitement

L'aspect prometteur des programmes de traitements ne doit en aucun cas diminuer l'accent mis sur la prévention, surtout quand les pouvoirs publics trouvent plus facile de financer des traitements antirétroviraux plutôt que des mesures plus controversées telles que la distribution de préservatifs ou de seringues stériles.

L'impact des traitements à grande échelle sur les efforts de prévention est encore mal connu : il peut y avoir des synergies importantes, mais aussi des conséquences inattendues. Pour certaines personnes, la possibilité d'accéder aux traitements peut les déterminer à se faire tester, ce qui permet alors d'offrir des services de prévention et de traitements. Un résultat de séronégativité peut conduire à une réduction des comportements sexuels à risque. L'accessibilité des soins et traitements peut amener un nombre important de personnes à se rendre dans les centres de santé, donnant ainsi au personnel médical de nouvelles possibilités de diffuser et de renforcer les messages de prévention VIH et les interventions. Par contre, dans certains pays développés, on a constaté que l'accessibilité des traitements était accompagnée d'une recrudescence des comportements à risque, peut-être due à ce que les gens ont moins peur d'être infectés. L'impact des programmes de traitements à grande échelle sur les comportements à risque doit donc être soigneusement surveillé, et les messages de réduction des comportements à risque intégrés dans les programmes de traitement. Il serait consternant si l'augmentation de l'accès aux traitements entraînait une relâche dans la vigilance contre la transmission, et donc un accroissement du nombre d'infections. En fait, mieux les pays préviennent de nouvelles infections et plus il leur sera possible de financer des programmes de traitement de façon durable. De plus, la prévention peut augmenter l'accès aux traitements, en réduisant l'opprobre et

Les efforts pour enrayer la transmission, ainsi que les activités destinées à élargir l'accès aux traitements et aux soins doivent rester soutenus

en rendant les membres de la communauté mieux informés, et donc plus disposés à se faire soigner. Intégrer prévention et traitements garantit donc que les activités de prévention ne sont pas négligées et offre de nouvelles possibilités d'atteindre et d'aider plus efficacement les populations vulnérables.

Le paradoxe du financement

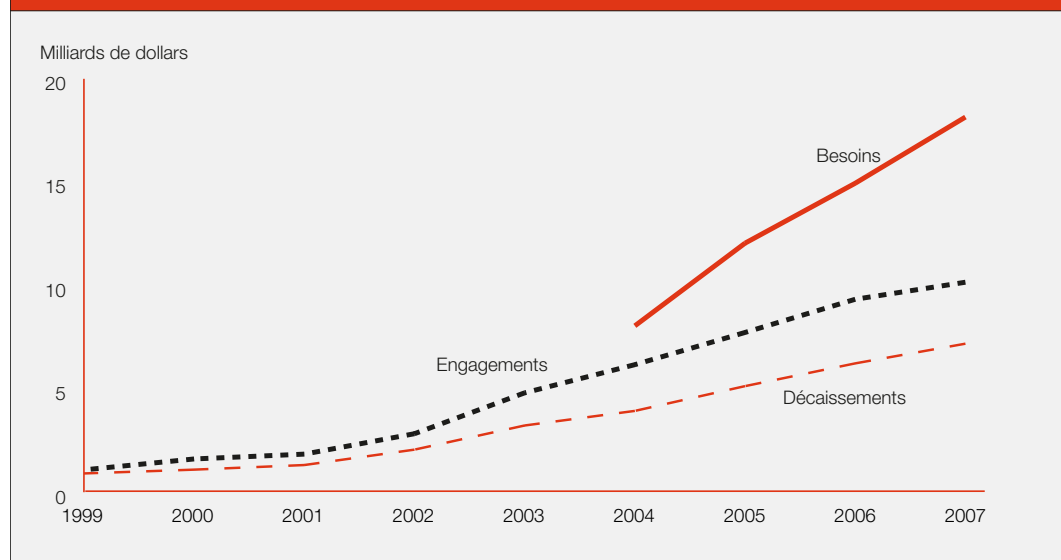
La récente vague de financements a créé un paradoxe : les programmes VIH/SIDA manquent toujours de fonds, mais les sommes disponibles ne sont pas dépensées aussi vite qu'elles ne sont engagées. La figure 1 illustre les estimations de l'ONUSIDA de juin 2005 sur les besoins annuels des programmes VIH/SIDA et les meilleures estimations à ce jour disponibles sur les sommes engagées et les décaissements réels et prévus.¹³ Les fonds engagés restent bien inférieurs aux besoins estimés, créant une « pénurie de ressources ». Les décaissements augmentent, mais pas aussi vite que les engagements, de sorte que ce qui est actuellement réalisé reste bien en dessous des objectifs des programmes. Il n'existe pas toujours de systèmes adéquats — dans les pays bénéficiaires comme dans les organismes donateurs — pour utiliser tous les fonds de manière efficace et dans des délais opportuns, ce qui entraîne un goulot d'étranglement en

matière de décaissements. L'accroissement des fonds a décuplé les attentes des donateurs comme des personnes vivant avec le VIH/SIDA, mais il a submergé nombre de pays qui n'ont pas pu augmenter leur capacité institutionnelle de façon suffisante pour répondre à ces demandes.

L'écart entre les objectifs et la réalité de la mise en oeuvre menace d'anéantir les attentes de plus en plus fortes (d'être mis sous traitement ART par exemple) et de décevoir les bailleurs de fonds pour qui l'accroissement des montants va de pair avec des résultats plus nombreux et plus rapides. La hâte à combler ce fossé et obtenir des résultats entraîne un risque réel que la planification soit de plus en plus négligée, que les fonds soient dépensés à mauvais escient ou sans justification adéquate. Afin d'éviter cela, il est nécessaire que les bailleurs de fonds et autres protagonistes du VIH/SIDA harmonisent leurs actions et coordonnent leurs activités, ce qui permettrait d'optimiser l'utilisation des ressources et de soutenir la formulation et la mise en oeuvre par les gouvernements de stratégies nationales. Au lieu de ça, de nombreux gouvernements se voient obligés de consacrer plus de temps à gérer les exigences concurrentes des donateurs qu'à établir leurs propres priorités et exécuter leurs propres programmes. Les « Trois principes » et les recommandations

Les montants engagés sont bien supérieurs aux montants dépensés, mais restent très inférieurs aux besoins

Figure 1. Estimation des besoins financiers, des engagements et des décaissements



Mieux utiliser l'argent disponible — Les « Trois principes » en action

En avril 2004, les coparrains de l'ONUSIDA, le Fonds mondial, la Banque mondiale et les bilatéraux principaux dont le Royaume Uni et les Etats-Unis ont décidé de soutenir les « Trois principes » à l'échelon national afin d'améliorer le rendement et l'efficacité des financements pour la lutte contre le VIH/SIDA.¹

Les « Trois principes » sont :

- Un cadre national commun de lutte contre le VIH/SIDA au sein duquel intégrer la coordination des activités de tous les partenaires;
- Un organisme national commun de coordination de la riposte au SIDA, à représentation large et multisectorielle;
- Un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national.

Onze mois plus tard, les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires se réunissaient à Londres pour évaluer les « Trois principes ». Tandis que certains pays avaient enregistré des progrès quant à l'application des « Trois principes », ils étaient encore trop peu nombreux à l'avoir fait, parmi les donateurs comme parmi les pays bénéficiaires. Il a été demandé à l'ONUSIDA de faciliter la création d'une Equipe spéciale mondiale qui ferait, sous 80 jours, des recommandations sur la manière d'améliorer la coordination de la riposte au SIDA entre les organismes multilatéraux et les bailleurs de fonds internationaux. Différents groupes de travail ont été créés pour les stratégies et les financements, pour l'aide technique et pour le suivi et l'évaluation. La Banque coprésidait le groupe de travail sur les stratégies et les financements, faisait partie du groupe sur le suivi et l'évaluation ainsi que de l'Equipe spéciale mondiale.

L'Equipe spéciale mondiale (ESM) a présenté ses recommandations dans le délai fixé des 80 jours. Elle a également conclu des accords sur une coordination améliorée entre le Fonds mondial et la Banque mondiale et l'attribution des tâches parmi les différents coparrains de l'ONUSIDA, en particulier pour ce qui concerne la normalisation du soutien technique. Suite à l'accord conclu sur la répartition des tâches, il a été suggéré que la Banque mondiale dirige l'aide apportée aux pays pour améliorer leurs stratégies en établissant des priorités plus claires, plus solidement ancrées sur des faits concrets et plus inclusives, et établisse des plans d'action annuels pour améliorer l'exécution. Avec le PNUD, la Banque aidera les pays à mieux intégrer leurs programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans un programme de développement d'ensemble, y compris les DSRP et les Cadres des dépenses à moyen terme.

La Banque mondiale participe également à l'établissement du coût de la mise en œuvre des recommandations de l'ESM en matière de soutien technique et à la création de deux nouveaux mécanismes destinés à favoriser la coordination : (i) des équipes de soutien communes de suivi et d'évaluation; et (ii) une équipe de résolution de problèmes commune au système des Nations Unies et au Fonds mondial habilitée à agir à l'échelon national et mondial.

1. La résolution des « Trois principes » a été ratifiée par les représentants des gouvernements d'Australie, de Belgique, du Brésil, du Canada, de Côte d'Ivoire, du Danemark, de Finlande, de France, d'Inde, d'Irlande, d'Italie, du Japon, du Luxembourg, du Malawi, des Pays-Bas, de Norvège, d'Afrique du Sud, de Suède, du Royaume-Uni, des Etats-Unis et des organisations suivantes : ONUSIDA, PNUD, OMS, Banque mondiale, OCDE, OCDE/CAD, Conseil international des ONG de lutte contre le SIDA (ICASO), et le Réseau mondial des Personnes vivant avec le VIH/SIDA (GNP+ (réseau mondial)). Pour plus de détails sur les Trois principes, voir ONUSIDA 2004, *Coordination des ripostes nationales au VIH/SIDA, Principes directeurs à l'intention des autorités nationales et de leurs partenaires.*

de la Cellule mondiale de réflexion (GTT) sont essentiels aussi bien pour mobiliser des fonds supplémentaires que pour garantir que ces ressources soient utilisées à bon escient et que l'utilisation des fonds existants

s'améliore (voir encadré sur les Trois principes).

Pour compenser le manque de ressources, il faut rechercher les moyens de réduire l'écart

Le SIDA doit être mieux intégré dans la planification nationale de développement d'ensemble et dans la budgétisation

entre les fonds disponibles et ce que ces fonds permettent de réaliser. Pour cela, les donateurs comme les bénéficiaires doivent faciliter et accélérer les décaissements tout en maintenant des taux de performance, d'efficacité, de transparence et de responsabilité financière élevés. Ni les bénéficiaires, ni les donateurs ne peuvent continuer à « fonctionner comme avant ». Le Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a qualifié le SIDA « d'épidémie exceptionnelle... qui nécessite une mobilisation exceptionnelle ».¹⁴ De son côté, la Banque a commencé à utiliser des procédures plus simples et plus flexibles dans le cadre du Programme pluri-national de lutte contre le SIDA (MAP) afin d'accélérer la mise en œuvre des programmes.¹⁵ Cependant, cette flexibilité n'a pas toujours été imitée par les gouvernements, dont certains persistent à combattre le VIH au moyen de procédures bureaucratiques existantes et souvent rigides.

Le VIH est souvent négligé dans les processus de Stratégies de réduction de la pauvreté et les Cadres de dépenses à moyen terme

Le SIDA, dans un certain nombre de pays, reste souvent peu visible, et cela pour une variété de raisons : l'opprobre ou le déni peuvent entraver la volonté politique ou empêcher que la société civile ne se fasse entendre ; des épidémies concentrées peuvent rester invisibles aux yeux de l'ensemble de la population ; et les responsables gouvernementaux en matière de SIDA n'ont souvent que peu d'influence dans les milieux administratifs. Cela est très évident dans les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Une étude récente des DSRP en Afrique a révélé que, si le VIH/SIDA figure dans la plupart des DSRP des pays (mais pas tous) où le taux de prévalence est élevé, il apparaît moins souvent dans les DSRP des pays où l'épidémie est au stade émergent.¹⁶ De plus, même lorsque le VIH était mentionné, le coût des programmes VIH/SIDA n'était que rarement calculé et le cadre institutionnel pour le mettre en œuvre n'était détaillé que dans seulement 10% des cas.

Le financement de la riposte contre le VIH/SIDA, par conséquent, peut facilement

être négligé lorsque les bailleurs de fonds engagent des fonds pour la mise en œuvre des DSRP. Les parties prenantes à l'échelon national et les partenaires internationaux doivent continuer à intégrer le VIH tout au long du processus du DSRP et des autres procédures budgétaires telles que l'élaboration du Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT). Les stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA doivent être intégrées dans la planification des dépenses publiques et prises en compte lors des débats de politique macroéconomique. Étant donné l'attention accrue que la communauté internationale porte à l'Afrique, il devient urgent de s'assurer que la lutte contre le VIH/SIDA figure à l'ordre du jour du développement des pays.

Les processus de DSRP et de CDMT et le dialogue sur la politique macroéconomique offrent aussi le moyen de définir le rôle que les autres programmes de développement peuvent jouer dans la lutte contre le SIDA. Ceci concerne les investissements dans le secteur de la santé qui permettraient d'augmenter les effectifs de personnel de santé et d'éviter qu'ils ne partent travailler à l'étranger, ou les programmes visant à réduire l'inégalité entre les sexes, par exemple en augmentant l'accès des jeunes filles à l'éducation et en améliorant le droit de propriété pour les femmes, qui sont des facteurs importants influant sur la pauvreté et la vulnérabilité des femmes et leur capacité à se protéger de l'infection.

Prédire l'impact social d'une épidémie diversifiée et toujours croissante

Tandis que l'impact démographique de l'épidémie VIH/SIDA se fait de plus en plus sentir dans une grande partie de l'Afrique, nous ne pouvons que spéculer quelles seront les répercussions économiques et sociales réelles du fléau à long terme. Au niveau des ménages, l'effet principal du SIDA est d'augmenter la pauvreté, en particulier parmi les plus démunis. Du fait que le SIDA affecte principalement les adultes dans la force de l'âge, il en résulte à la fois une augmentation rapide du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement et un nombre toujours croissant d'orphelins, souvent privés d'accès à l'éducation. Même quand les pouvoirs pu-

blics sont en mesure d'offrir des traitements ARV à long terme à un nombre d'individus toujours croissant, de nombreux adultes cèderont avant que leurs enfants n'atteignent l'âge de se prendre en charge.

Etant donné les tendances actuelles de l'épidémie, et les facteurs de vulnérabilité et de comportement, il semble peu probable que l'ensemble de la population des grands pays asiatiques souffrira d'épidémies du SIDA aussi virulentes que celles qui sévissent aujourd'hui en Afrique australe. Les comportements sociaux, cependant, peuvent changer, et il est déjà arrivé que les spécialistes du SIDA se trompent sur leurs pronostics quant à l'évolution de l'épidémie. Même si les pires scénarios pour ces grands pays ne se réalisent pas, certaines parties de l'Asie et l'Europe de l'Est sont susceptibles de souffrir d'épidémies concentrées qui affecteront des millions d'individus et créeront de gigantesques besoins en matière de prévention, de soins, de prise en charge et de traitement.

Notes

1. ONUSIDA. 2004.
2. ONUSIDA. 2004.
3. Organisation mondiale de la santé, santé et développement de l'enfant et de l'adolescent ; « *The Talloires consultation to review the evidence for policies and programmes to achieve the global goals on young people and HIV/AIDS.* » Résumé d'information 10.11.04, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/IB_SRG.pdf
4. « Les systèmes de santé » comprennent un éventail de fonctions dont le but *premier* est de promouvoir, de restaurer et de maintenir la santé. Les questions les plus pertinentes à ce Programme mondial sont l'administration (direction et rôles des pouvoirs publics) ; financement (création de revenus, perception des recettes, mise en commun, allocation, utilisation et durabilité) ; surveillance épidémiologique comme base de données pour renseigner la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes; prestation de services, y compris la chaîne d'approvisionnement et les dimensions multiples des soins de santé; ressources humaines (qualité, quantité et mesures incitatives

liées au rendement); et infrastructure pour la prévention et le traitement efficaces comprenant des équipements laboratoires et de communication.

5. Wagstaff, A. et M. Claeson, 2004. *The Millennium Development Goals for Health — Rising to the Challenges*, World Bank, Washington, DC.
6. ONUSIDA 2005. *Mise à jour*. Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur le VIH/SIDA. New York, 2 juin 2005.
7. Wagstaff, A. et M. Claeson, 2004.
8. ONUSIDA. 2005. « *Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low and Middle Income Countries* », Discussion Paper: 'Making the Money Work', *The Three Ones in Action*, Royaume Uni, 9 mars 2005.
9. OMS et ONUSIDA, 2005, « Initiative 3 millions d'ici 2005 », rapport sur les progrès accomplis jusqu'à juin 2005, vu en ligne le 8 août 2005 sur : <http://www.who.int/3by5/progressreportJune2005/en/>
10. Teixeira, Paulo R., Marco A. Vitoria, et Johnny Barcarolo. 2004. « Antiretroviral treatment in resource-poor settings: the Brazilian experience. » *AIDS* 18(3): S5-S8.
11. OMS (Organisation mondiale de la santé). 2003. *Treating 3 Million by 2005: Making It Happen: The WHO Strategy*. Genève: Département VIH/SIDA de l'OMS. [www.who.int/3by5/].
12. Communiqué de Gleneagles, Page 22, paragraphe 18 (d).
13. ONUSIDA 2005. Resource needs for an expanded response to AIDS in low and middle-income countries. Présenté au Conseil de Coordination du Programme, 17ème réunion, Genève, 27-29 juin 2005.
14. Peter Piot, « AIDS: The Need for an Exceptional Response to an Unprecedented Crisis », discours prononcé le 20 novembre 2003 à la Banque mondiale dans le cadre du cycle de conférences « Presidential fellows », Banque mondiale, Washington, DC.
15. Ainsi qu'il l'a été décrit dans le manuel opérationnel du MAP publié sous le nom de « Turning Bureaucrats into Warriors », par Brown, Ayvalikli et Mohammad, Banque mondiale, 2004.
16. Banque mondiale et UNICEF, 2004. Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté — Do they matter for children and young people made vulnerable by VIH/SIDA? UNICEF, New York. En ligne sur http://www.unicef.org/publications/index_24887.html

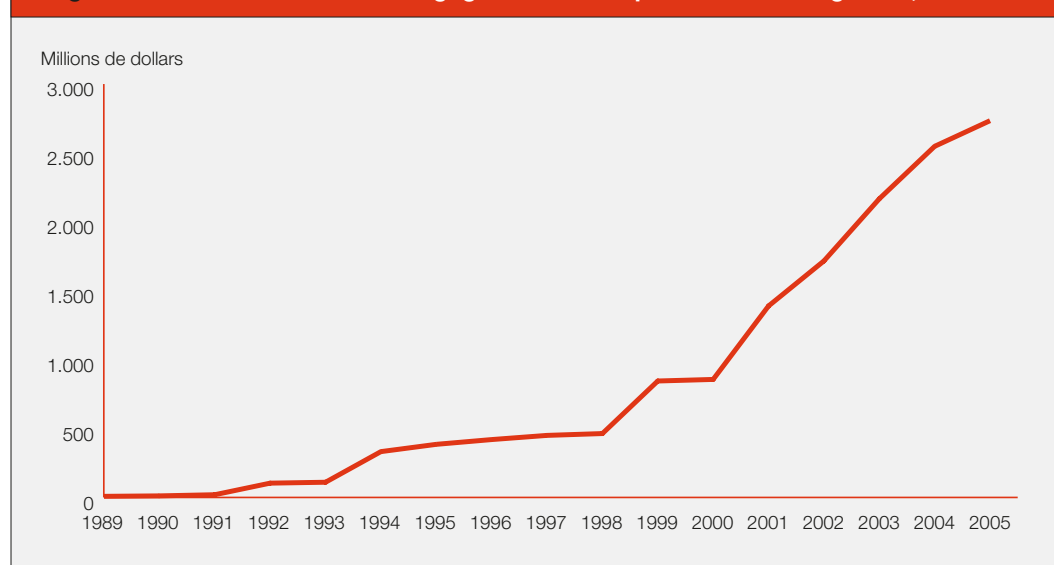
LE VIH/SIDA ET LA BANQUE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

La Banque mondiale a substantiellement augmenté son soutien aux programmes VIH/SIDA, les sommes engagées s'élevant à plus de 2,5 milliards de dollars

La Banque mondiale a, au cours des 5 dernières années, substantiellement augmenté son soutien aux programmes VIH/SIDA. Le montant total des sommes engagées par la Banque dépasse aujourd'hui les 2,5 milliards de dollars (Figure 2). L'augmentation des fonds engagés dans la lutte anti-SIDA en Afrique est particulièrement importante, puisque ces derniers sont passés d'une moyenne de 10 millions de dollars annuels il y a 10 ans à 250-300 millions de dollars durant chacune des quatre dernières années. Le Programme pluriannuel de lutte contre le VIH/SIDA (MAP) pour l'Afrique a engagé 1,12 milliards de dollars pour 29 pays et quatre projets régionaux, tandis que le MAP pour les Caraïbes a engagé 118 millions de dollars pour neuf pays et un projet régional.¹

Bien que les opérations de prêts de la Banque pour combattre le VIH/SIDA aient débuté en 1988, plus d'une décennie s'est écoulée avant qu'elle ne mette son arsenal d'outils et de compétences au service de la lutte contre l'épidémie. Durant cette période initiale, la Banque a obtenu des résultats importants et durables, mais elle n'est pas parvenue à accorder au VIH la priorité nécessaire, et par conséquent à mobiliser une riposte institutionnelle d'envergure. Ni ses actionnaires, ni ses administrateurs n'ont accordé au SIDA le rang prioritaire qu'il méritait et peu de clients de la Banque ont cherché à obtenir des conseils ou des financements pour combattre le VIH/SIDA. La plupart des organismes publics ont également été très lents à réagir au cours de ces premières années, mais la Banque, en tant que chef de file du dévelop-

Figure 2. Cumul des nouveaux engagements SIDA par exercice budgétaire, 1989-2005



pement, porte une lourde responsabilité quant à cette inaction.²

L'Inde et le Brésil tiennent une place particulière dans les prêts accordés par la Banque puisqu'ils ont été parmi les premiers à mettre en place des projets dédiés au VIH/SIDA (en 1992 et 1993), et dans les deux cas, le soutien a été pérennisé avec des seconds projets approuvés en 1999 et 1998 et un troisième projet en cours d'exécution au Brésil et en préparation en Inde. Ce soutien a permis à ces pays, au niveau central mais aussi au niveau des régions, de construire une forte capacité institutionnelle, de créer des organismes de lutte contre le SIDA robustes, de mobiliser les ONG pour des campagnes de prévention et de soins, d'améliorer la prise de conscience collective et de renforcer la volonté politique et enfin, d'améliorer la surveillance. Le Brésil mérite une mention spéciale pour avoir ciblé la prévention sur les groupes les plus marginalisés.

Depuis la fin des années 1990, l'action de la Banque s'est rapidement intensifiée, en particulier dans les régions les plus touchées. Des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA ont été développées par les diverses unités régionales de la Banque pour orienter son travail (voir Annexe 1). Figurant toujours parmi les trois plus grands bailleurs de fonds du monde, la Banque dispense aussi son expertise en termes d'analyses et de conseils. Elle constitue l'une des premières sources d'assistance technique pour la mise en œuvre des programmes ; elle coparraine l'ONUSIDA ; et elle est membre de nombre de partenariats mondiaux. Grâce à cet ensemble d'interventions, la Banque a pu approfondir son expertise, tirer d'importantes leçons de l'expérience acquise (voir encadré) et identifier quels sont ses atouts et de ses limitations.

Plusieurs éléments ont été pris en compte pour déterminer quels défis le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA, décrit

Les analyses, les dialogues sur les politiques et les plaidoyers de haut niveau ont contribué à accroître les engagements politiques et les financements pour lutter contre le SIDA

Vingt ans — cinq enseignements : Ce que la Banque a appris de ses programmes VIH/SIDA

La Banque, ces dernières années, a mené plusieurs études d'évaluation de son action contre le SIDA. Cinq enseignements principaux sont ressortis de ces études et ont orienté le développement de ce Programme global de lutte contre le VIH/SIDA.

- **La Banque — par ses actions et ses omissions — influence les actions de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays développés comme ceux en développement.**
- **Leadership, engagement politique et social du pays et une forte capacité institutionnelle sont essentiels au succès de l'action.** Les pays qui ont réussi à combattre l'épidémie ont été aidés à prendre les rennes de leurs propres programmes et à renforcer leurs institutions. Les analyses économiques et sectorielles ainsi que la possibilité donnée aux pays de gérer eux-mêmes leur riposte contre le SIDA constituent, pour ces derniers, des atouts importants dans la poursuite de ces objectifs.
- **Le VIH/SIDA doit être mieux intégré dans les programmes de développement ainsi que dans la planification du développement** — et la Banque dispose d'atouts uniques pour aider les pays dans ce domaine.
- **Les stratégies, politiques et programmes VIH/SIDA devraient reposer sur les résultats de la recherche et des études analytiques et les priorités devraient être adaptées aux conditions locales de l'épidémie.** Les programmes devraient également générer en permanence de nouvelles données concrètes et les transmettre aux administrateurs afin que ces derniers puissent les intégrer dans les révisions des programmes en cours.
- **Le suivi et l'évaluation sont cruciaux et systématiquement négligés.**

dans ce document, devraient relever. Ces éléments comprennent : (i) les enseignements dégagés de l'expérience acquise par la Banque dans sa lutte contre le VIH/SIDA ; (ii) l'évaluation des programmes de la Banque, qui ont permis d'identifier ce qui doit être fait pour renforcer la mise en œuvre des ripostes nationales ; (iii) l'identification des besoins nationaux les plus urgents en matière de soutien ; (iv) les atouts spécifiques de la Banque ; et (v) les stratégies préparées par les unités régionales de la Banque.

Expérience analytique et de conseil en matière de politiques

Grâce à ses études économiques et sectorielles, analyses de politique économique, dialogues et interventions aux plus hauts niveaux, la Banque a contribué à mettre le VIH/SIDA à l'ordre du jour des politiques de développement. Les efforts déployés ont permis de cerner la gravité réelle de la pandémie pour le développement global. Ils ont démontré que d'importants bénéfices pouvaient être obtenus en investissant dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, et ils ont fourni des méthodes pour sélectionner et pour établir le coût des interventions nécessaires. La Banque, par ses dialogues sur les politiques, a aussi contribué à positionner le VIH/SIDA comme une menace légitime sur le développement et comme une priorité d'action mondiale.

Une conséquence importante a été de convaincre de nombreux pays clients qu'ils devaient allouer davantage de ressources à leurs programmes de lutte anti-VIH/SIDA et mobiliser pour cela des financements nationaux, mais aussi externes, ce qui a conduit de nombreux bailleurs de fonds à engager des milliards de dollars supplémentaires dans ce combat. Ces changements étaient particulièrement importants pour les pays qui manifestaient encore de la réticence à reconnaître l'existence des épidémies chez eux et à prendre des mesures pour les combattre.

La Banque, depuis 1988, a publié plus de deux cent études et rapports sur le VIH/SIDA, qui examinent divers secteurs

dont l'éducation, les transports, les autorités locales et le secteur privé.³ En dépit de cet effort, certains sujets n'ont pas reçu l'attention nécessaire. Par exemple, le lien entre le VIH/SIDA et la pauvreté n'a pas été suffisamment analysé, ce qui peut partiellement expliquer pourquoi la plupart des Documents de stratégie de réduction de la pauvreté et autres documents de planification de développement n'accordent pas une place proéminente à ce sujet. Afin de remédier à ces lacunes, il faudrait effectuer des études économiques et sectorielles qui permettraient de répondre à nombre de questions importantes, telles que l'impact sectoriel du VIH/SIDA, l'efficacité des diverses mesures d'interventions contre l'épidémie, et les facteurs expliquant les modifications de comportement des ménages et des individus. En ce qui concerne l'impact des conseils de politique économique, des résultats mitigés ont été obtenus. Certains pays ont mis un accent accru sur le VIH/SIDA, mais d'autres ne l'ont pas fait. De plus, il est souvent arrivé que la Banque n'a pas suffisamment aidé les pays à développer des programmes de lutte VIH/SIDA efficaces avec des priorités bien définies et à prendre en compte les conclusions provenant de l'évaluation des ses projets, en particulier quelles sont les interventions qui ont réussi, dans quelles circonstances et à quelle échelle.

Expérience en financement et en soutien à l'exécution

Depuis 1988, la Banque a financé des projets et des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans 67 pays.⁴ Dans les premières années, ces projets ont permis à des pays aussi divers que le Brésil, le Cambodge et l'Inde de poser les fondements de programmes nationaux efficaces. Le MAP Afrique a été le premier à financer les programmes africains de lutte contre le VIH/SIDA à hauteur de milliards de dollars. Pour répondre aux attentes de ses clients, le MAP a également introduit un certain nombre d'innovations dont l'approche multisectorielle, le financement des coûts opérationnels et récurrents, une programmation flexible, des procédures simplifiées et une attribution directe de financements à la société civile. Ces activités ont provoqué une

multiplication rapide des initiatives VIH en Afrique. Aujourd'hui, la plupart des gouvernements sont dotés de programmes d'investissement et la Banque a financé plus de 50.000 sous projets de la société civile.⁵ Le financement de projets VIH/SIDA par la Banque a également augmenté de façon régulière dans la plupart des autres régions de la Banque.

La Banque a en outre développé de nouveaux outils et méthodes pour affermir son soutien à la lutte contre le VIH/SIDA. Afin de cibler des groupes que les programmes nationaux ne peuvent atteindre, la Banque a commencé à financer des projets VIH/SIDA sous-régionaux dans les Caraïbes, en Amérique centrale, en Asie centrale et en Afrique. De plus, la Banque a aussi intégré le VIH/SIDA aux activités d'autres secteurs, tels que les transports ou l'éducation, et elle a adopté le principe que des mesures spécifiques anti-VIH doivent être incluses dans les projets où des risques de transmission du VIH existent. Pour aider les pays éligibles pour un financement de l'AID, mais dont l'endettement est très élevé, le financement de leurs projets de VIH/SIDA est effectué sur la base de dons.

La Banque a été l'une des principales sources de soutien disponibles pour aider la mise en œuvre des projets. Elle a réaffirmé son engagement à accroître son soutien dans le cadre de la répartition des tâches entre les organismes internationaux agréés au sein de la Cellule mondiale de réflexion (GTT). Elle a aidé les pays à renforcer leurs programmes en leur fournissant une assistance technique portant sur les domaines traditionnellement faibles tels que ceux de la gestion financière et des décaissements, de la passation des marchés et du suivi et de l'évaluation. Ce soutien a permis d'attribuer des ressources à un nombre jamais égalé auparavant de parties prenantes et de renforcer la capacité des pays à mener des programmes financés par d'autres bailleurs de fonds. À l'intérieur de la Banque, des services spécialisés VIH/SIDA ont été créés dans les régions Afrique et en Asie du sud, ainsi que dans le Réseau du développement humain (HDN) et, récemment, au sein de la Société financière internationale, de l'Institut de la Banque mondiale et du service juri-

dique. Une Équipe pour accélérer la mise en œuvre des projets VIH/SIDA a aussi été formée. Tous ces services ont une même mission, qui est d'assurer un soutien rapide et régulier aux équipes de projets et aux clients. Certaines de ces unités ont pris en charge la responsabilité de diffuser les enseignements tirés des projets en cours, permettant ainsi aux nouveaux projets de bénéficier des expériences passées. Ces unités ont également contribué à créer des nouvelles directives opérationnelles afin de simplifier les procédures et la mise en œuvre des projets.

Un bilan mitigé

Dans l'ensemble, le bilan de l'action de la Banque est mitigé. En ce qui concerne les projets, certaines opérations ont réussi, mais beaucoup d'autres ont échoué. Les raisons de ces échecs sont très variables. Certains projets ont souffert d'une mauvaise conception ou d'avoir été insuffisamment analysés avant d'être approuvés ; d'autres n'ont pas progressé du fait d'un manque d'intérêt de la part des gouvernements ; et d'autres ont été sapés par un cadre stratégique de lutte anti-SIDA trop faible.⁶ D'autres projets n'ont pas produit les résultats attendus du fait d'une mauvaise gestion, ou parce que les gouvernements ont été réticents à concéder aux organismes de mise en œuvre la flexibilité permise par les financements de la Banque. De nombreux projets reposaient sur une base technique solide, mais ils ont flanché lors de la mise en œuvre, minés par de mauvaises relations intergouvernementales, une capacité institutionnelle limitée ou une appropriation faible du projet par les plus hautes instances gouvernementales. Certains projets ont réussi à atteindre les objectifs qu'ils s'étaient fixés, mais ils étaient conçus à trop petite échelle pour avoir un effet tangible sur l'épidémie sévissant dans le pays. Du fait d'une négligence généralisée en matière de suivi et d'évaluation, en particulier d'évaluation d'impact, de nombreuses occasions de tirer des enseignements des projets ont été perdues.

Le soutien de la Banque pour la mise en œuvre a permis aux pays d'améliorer leur architecture fiduciaire en ce qui concerne la gestion financière, le décaissement des

L'impact global du soutien de la Banque à la riposte au VIH/SIDA dans 67 pays est mitigé, positif dans certains cas, faible dans d'autres

La Banque mondiale a un rôle distinct et des responsabilités spécifiques et détient des atouts très particuliers à opposer à l'épidémie

fonds et l'approvisionnement de biens et services, mais le soutien de la Banque n'a pas été aussi efficace dans deux autres domaines essentiels: la planification stratégique et le suivi et l'évaluation. Rares ont été les pays qui ont su développer un cadre stratégique réel de lutte contre le VIH/SIDA fondé sur des données actualisées et spécifiques aux conditions locales de l'épidémie, et plus rares encore ont été les pays qui ont formulé des plans de mise en œuvre viables, comprenant une estimation de leur coût, et qui aient été approuvés par les bailleurs de fonds nationaux, en particulier les ministères des Finances et de la Planification. Afin de remédier à ces lacunes, la Banque entend accentuer sa collaboration avec les autres partenaires de l'ONUSIDA pour aider les pays à créer un processus de planification stratégique systématique, global et participatif, qui s'inscrirait dans un cadre de développement d'ensemble, y compris les DSRP.

Aucun pays, donateur ou partenaire — et cela inclut la Banque — n'a réussi à apporter un soutien satisfaisant aux programmes de suivi et d'évaluation. De ce fait, rares sont les pays qui ont établi un système national de S&E adéquat. Les projets d'échelle nationale comprennent rarement une évaluation potentielle de l'impact. Des milliards de dollars étant en jeu, l'amélioration du suivi et de l'évaluation est devenue hautement prioritaire. À ce stade de la riposte à l'épidémie, nous n'avons plus d'excuses pour ne pas savoir si les activités engagées pour lutter contre le SIDA sont ou non efficaces et comment.

Les avantages comparatifs de la Banque

Bien que de nombreuses institutions mondiales aient rejoint la lutte contre le SIDA, la Banque mondiale continue à tenir un rôle distinct et à assumer certaines responsabilités spécifiques, qui sont particulièrement importantes pour les partenaires de la Banque. En tant que le plus important fournisseur d'aide au développement et dépositaire important du résultat d'études et de recherche économique, la Banque détient des atouts très particuliers pour lutter contre l'épidémie. Ils sont résumés ci-dessous :

Plaidoyer et accès

- La Banque a accès aux principaux décideurs, y compris dans les domaines de la finance, ce qui est indispensable pour donner à la lutte contre le VIH/SIDA la dimension nécessaire et la mettre au cœur de l'ordre du jour du développement, à l'échelle mondiale comme dans chaque pays intéressé.

Une perspective à plus long terme et plus indépendante

- Moins entravée par les politiques électorales nationales et les cycles budgétaires que les autres principaux bailleurs de fonds, la Banque peut adopter des mesures plus durables et de long terme face à l'épidémie.
- Les financements de la Banque sont à plus long terme, plus flexibles et reflètent davantage les aspirations des gouvernements des pays.
- Les lacunes en ressources humaines — obstacle principal à la multiplication rapide d'interventions prometteuses dans les pays les plus touchés — peuvent être palliées par des investissements intersectoriels à long terme, une approche particulièrement bien adaptée à l'aide que la Banque peut offrir.

Champ d'action intersectoriel et multinational

- L'action de la Banque s'étend sur l'ensemble des secteurs et des ministères gouvernementaux, de la santé à l'éducation, du transport à la défense, ce qui lui permet d'intercéder et d'influencer tous les acteurs essentiels, et non seulement ceux du SIDA.
- La Banque, dans certains pays, demeure le seul bailleur de fonds conséquent pour ce qui est du VIH/SIDA. La Banque peut ainsi débloquer des fonds aux pays qui ne peuvent obtenir d'autres financements.
- La relation privilégiée de la Banque avec le FMI et son rôle pivot dans la planification nationale de développement dans les pays à revenus faibles lui permettent de lier la planification VIH/SIDA à la planification du développement et d'assurer ainsi que les programmes de développement prennent en compte l'épidémie. Elle est également bien placée pour aider les ministères des Fi-

nances et de la Planification à mieux cerner l'épidémie.

- La Banque peut facilement financer des projets à objectifs multiples.

Capacité à fournir concomitamment des financements, de l'analyse et une assistance technique

- La Banque offre un accès aux financements très concessionnels de l'AID, dans certains cas directement alloués aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA. L'aide financière s'accompagne d'un travail d'analyse, de dialogues sur les politiques et d'une capacité de concertation multisectorielle.
- La Banque peut apporter une assistance technique pour développer une planification stratégique multisectorielle destinée à favoriser l'allocation rationnelle des ressources.
- La Banque dispose d'une expertise unique en ce qui concerne : (i) la mise en œuvre de programmes dans une grande diversité de pays et au sein de tous les secteurs économiques et sociaux les plus importants; et (ii) la mise en place d'une architecture fiduciaire flexible pour la gestion budgétaire et autres systèmes de passation des marchés qui étayent la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA, et ceci en collaboration avec les gouvernements, la société civile et le secteur privé depuis le niveau des communautés locales jusqu'au niveau national.
- La très vaste expertise analytique de la Banque, en particulier en matière d'économie du développement, lui donne une compétence particulière pour étudier la dynamique VIH/SIDA — pauvreté — inégalités entre les sexes et développement, et pour formuler et analyser l'impact des programmes de grande envergure, multisectoriels et à composantes multiples.

Conjugués, ces atouts permettent à la Banque de jouer un rôle essentiel dans l'élaboration d'une riposte efficace et de longue durée à l'épidémie. Grâce à cela, la Banque se trouve dans une position unique, qui lui permet de conseiller les gouvernements et autres partenaires quant à l'importance à accorder aux initiatives VIH dans le cadre des politiques de développement propres à un pays.

Différences et similitudes entre les régions

Un grand nombre des défis cités plus hauts sont communs à de nombreux pays et régions. Mais chaque région, chaque pays même, présente de grandes différences en termes de l'épidémie, de riposte nationale et d'obstacles à l'efficacité des actions. C'est pour cela que les stratégies régionales de la Banque sont individuellement adaptées aux problèmes et besoins spécifiques de chaque région.⁷

Dans les **États africains** qui ont un taux de prévalence élevé et des épidémies généralisées, l'impact économique et social du SIDA est très important. Il se manifeste par une pauvreté accrue, des millions d'orphelins et des pertes de productivité et de compétences, alors que celles-ci sont déjà peu nombreuses. Les insuffisances de mise en œuvre et de financements sont importantes, et les diverses exigences des bailleurs de fonds pèsent lourdement sur des gestionnaires débordés. Les besoins insatisfaits en termes de traitements et de soins sont énormes alors que les actions de prévention doivent rester prioritaires pour la grande majorité non infectée de la population. Étant donné l'attention accrue portée au développement de l'Afrique, le VIH/SIDA tient donc une place prépondérante du fait de son effet dévastateur sur le développement de ce continent.

L'épidémie revêt des formes très diverses à travers la région **Asie de l'Est et Pacifique** et les ripostes gouvernementales sont de ce fait très variées. Ainsi, des mesures décisives ont été prises en Thaïlande, au Cambodge et dans les Philippines, résultant en un bilan positif en termes de prévention de nouvelles infections, tandis que certains pays font encore preuve d'hésitation et d'engagement politique trop faible. D'autres complications importantes demeurent, notamment les difficultés rencontrées pour mobiliser une action multisectorielle et créer l'environnement juridique nécessaire pour permettre une action efficace ciblant les groupes à risques ; une surveillance insuffisante des groupes à risque ; des taux élevés de tuberculose ; et des comportements so-

Les stratégies régionales de la Banque sont individuellement adaptées aux problèmes et besoins diversifiés et spécifiques

Différences et similitudes entre les régions

	AFR	AEP	EEAC	ALC	MENA	AS
Situation VIH/SIDA						
Taux de prévalence adulte 2004	7,4	0,1	0,8	0,6/2,3*	0,3	0,6
PVS (millions)	25,4	1,1	1,4	2,1	0,5	7,1
Principaux goulets d'étranglement/problèmes						
Programme national non stratégique, mal ciblé	X	X	X	X	X	X
Manque d'harmonisation entre les donateurs	X	X	X	X	X	X
Pénurie de capacité de mise en oeuvre	X			X		X
Systèmes de santé surchargés	X	X	X	X*		X
Données de surveillance inadéquates	X	X	X	X	X	X
Trop peu de suivi et d'évaluation	X	X	X	X		X
Déni « Pas chez nous »		X		X	X	X
Opprobre — CDI, TS, HSH	X	X	X	X	X	X
Prévalence forte et en augmentation chez les CDI		X	X			
* Caraïbes						
Source : ONUSIDA Décembre 2004 (pour les taux de prévalence et le nombre de PVS)						

ciaux en évolution qui accroissent la vulnérabilité à l'infection.

En **Europe de l'Est et Asie centrale**, la prévalence demeure relativement faible, mais l'épidémie progresse rapidement, en particulier parmi les jeunes, car la consommation de drogues injectables est le principal facteur de transmission du virus dans de nombreux pays. La recrudescence de la tuberculose en fait une épidémie parallèle dans certains pays, car les individus séropositifs y sont particulièrement vulnérables. De plus en plus de jeunes femmes sont infectées, ce qui semble indiquer une augmentation de la transmission hétérosexuelle.

Des taux de prévalence VIH beaucoup plus élevés ont été enregistrés dans certains pays des **Caraïbes** que dans le reste de la région **Amérique latine**, ce qui rend ce groupe de pays très hétérogène. Certains des pays à taux de prévalence faible n'en font pas assez dans le domaine de la prévention, et le financement des programmes est demeuré faible et mal ciblé dans de nombreux pays. Bien que la plupart des gouvernements des Caraïbes aient commencé à réagir, les bailleurs de fonds tendent à surestimer leur capacité de mise en oeuvre. Un manque d'appropriation nationale des programmes entrave aussi les progrès de mise en oeuvre.

Bien que les taux de prévalence soient généralement faibles dans une grande partie de **l'Asie du Sud**, un grand nombre d'individus

sont infectés en Inde et de nombreuses populations sont vulnérabilisées par des facteurs structureaux et sociaux-économiques parmi lesquels figurent la pauvreté et l'analphabétisme, un déni général, l'opprobre et la discrimination contre les PVS, le statut d'infériorité des femmes et des taux élevés de commerce sexuel. Les fortes augmentations de VIH enregistrées récemment parmi certains groupes à risques, et la population adulte dans certains états indiens, sont très préoccupantes. Bien que de réels efforts de prévention aient été faits, l'accès aux soins et aux traitements demeure très faible. Il faudrait donc améliorer le ciblage, la couverture et la qualité des services. Les faiblesses institutionnelles et de gouvernance au sein des programmes de lutte anti-SIDA et des services de santé demeurent des défis majeurs.

De nombreux pays au **Moyen-Orient et en Afrique du Nord** ne connaissent même pas la situation réelle du VIH chez eux due au manque de données. La prévalence est faible parmi la population générale, mais semble être en augmentation rapide dans certains groupes à haut risque pour lesquels des données sont disponibles. Un fort opprobre social reste attaché aux groupes à haut risque où le VIH apparaît d'abord de façon typique (consommateurs de drogues injectables, travailleurs de l'industrie du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), mais peu de programmes sont conçus pour répondre à leurs besoins existants. La vulnérabilité à l'épidémie est exa-

cerbée par les migrations, le taux de chômage élevé parmi les jeunes, les conflits et les problèmes de sécurité qui compliquent la mise en œuvre des programmes, et les tabous culturels, qui interdisent de parler de questions sexuelles, et donc maintiennent les gens dans l'ignorance sur le VIH/SIDA.

En tenant compte des différences et des similitudes entre les pays et les régions, ce Programme global complète et soutient les stratégies régionales, et cible ses actions prioritaires sur les obstacles et goulots d'étranglement communs.

Notes

1. Données de la Banque mondiale préparées le 30 avril 2005 par le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA, Banque mondiale. Washington, DC. Ces données comprennent le détail des sommes engagées dans les projets de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que les

composantes VIH/SIDA de plus de 1 million de dollars comprises dans les projets d'autres secteurs, selon des informations fournies par les Chefs d'équipe des projets. Les données sur les opérations de prêts SIDA, enregistrées dans la banque de données diffèrent du fait que certaines composantes des projets VIH/SIDA peuvent être comptabilisées sous d'autres critères tels que genre, population, systèmes de santé etc., et du fait que l'encodage des composantes VIH/SIDA peut différer de l'information obtenue directement des projets.

2. Banque mondiale 2005. *Committing to Results: Improving the Effectiveness of AIDS Assistance.*

3. Banque mondiale 2005.

4. Banque mondiale 2005.

5. Banque mondiale Octobre, 2004. Données internes de suivi des projets *ACTAfrica*.

6. Banque mondiale 2005.

7. Voir Annexe 1 pour un résumé des stratégies régionales et www.worldbank.org/aids pour les documents en entier.

PARTIE 2

LE PROGRAMME GLOBAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DE LA BANQUE MONDIALE

La Banque, par ce Programme global de lutte contre le VIH/SIDA, s'engage à soutenir une riposte plus musclée et plus globale dans cinq domaines intégrés qui reflètent : les besoins des pays ; le mandat, la capacité et l'avantage comparatif de la Banque ; les conclusions des évaluations du travail de la Banque en matière de SIDA ; et l'adhésion de la Banque aux « Trois principes » qui appellent à un cadre national commun, un organisme national commun de coordination de la riposte et un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national. En plus du soutien financier, technique et analytique inhérent aux six plans stratégiques régionaux de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque et des actions menées pour incorporer le SIDA au sein de secteurs autres que celui de la santé, certaines activités visent à compléter et soutenir le travail opérationnel régional. Les actions prioritaires ont été établies d'un commun accord suite à des discussions entre les unités régionales VIH/SIDA, les administrateurs, les chefs d'équipes des projets au sein de la Banque et les parties prenantes externes à la Banque.

Les domaines d'action agréés sont :

- Soutien au **renforcement des stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA**, afin de garantir que celles-ci ont bien hiérarchisé leurs priorités, qu'elles reposent sur les résultats de la recherche et des études analytiques et qu'elles s'intègrent dans une planification de développement d'ensemble ;
 - **Financement** continu et durable des programmes nationaux et régionaux de lutte contre le VIH/SIDA et pour le renforcement des systèmes de santé, afin d'appuyer des ripostes au VIH/SIDA efficaces, d'échelle et de portée suffisantes ;
 - **Mise en oeuvre accélérée** destinée à augmenter la portée et la qualité des activités prioritaires ;
 - Renforcement des **systèmes de suivi et d'évaluation à l'échelon national** et des programmes nationaux de lutte contre le SIDA afin que ceux-ci puissent être évalués et améliorés ;
 - Génération de connaissances, évaluation de l'effet des programmes, et études analytiques pour améliorer les résultats des programmes.
- Ces domaines sont étroitement liés. Pour renforcer les plans stratégiques, il faut améliorer les systèmes de suivi et d'évaluation et les études analytiques, ce qui permettra de mieux orienter les nouveaux financements. La mise en oeuvre accélérée requiert des partenariats plus performants. Des systèmes renforcés de suivi et d'évaluation à l'échelon national et une programmation étayée par les résultats de la recherche doivent reposer sur un travail analytique rigoureux, qui lui-même requiert des données plus complètes et actualisées provenant des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation.
- Les principes fondamentaux sur lesquels ce Programme global a été conçu sont les suivants:
- L'objectif des activités de la Banque en matière de VIH/SIDA est d'aider les pays clients à réduire le nombre de nouvelles infections et à traiter et soigner les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.
 - Le programme VIH/SIDA de la Banque doit avoir l'envergure nécessaire pour avoir un impact substantiel sur l'épidémie VIH/SIDA et sur ses conséquences.

L'appui de la Banque se veut global, à grande échelle, flexible, basé sur des éléments probants, complémentaire, coordonné et aligné

L'objectif est que les plans nationaux soient stratégiques, fondés sur des éléments concrets, hiérarchisés dans leurs priorités et chiffrés, et que leurs cibles, leurs échéanciers et les responsabilités soient clairs

- Les activités de la Banque doivent avoir un fondement solide, découlant de la recherche et des études analytiques.
- Les interventions de la Banque doivent faire preuve de flexibilité, qui est essentielle pour faire face à des besoins qui diffèrent selon les lieux et pour modifier les programmes face à de nouveaux éléments.
- Les ressources de la Banque serviront à compléter les financements des autres bailleurs de fonds et les ressources des pays et à appuyer les efforts de la Cellule mondiale de réflexion (GTT) visant à renforcer la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux.
- L'action de la Banque favorisera les domaines dans lesquels elle détient le plus d'avantages comparatifs et peut apporter le plus de valeur ajoutée. Ces atouts comprennent la capacité d'agir au sein de différents secteurs, d'investir à long terme pour consolider les systèmes de santé ou d'avoir accès à un large éventail de décideurs, dont les responsables des finances publiques, de la planification et de la macroéconomie. Ils découlent aussi de l'expérience acquise par la Banque en ce qui concerne les approches participatives visant à autonomiser les communautés ; de son savoir-faire considérable et des enseignements retirés de la préparation et de la mise en œuvre des programmes.
- Les partenariats sont essentiels pour mener à bien une riposte VIH/SIDA concertée et harmonisée et alignée sur les systèmes nationaux.

Renforcer une riposte stratégique et aux priorités bien définies

L'examen à mi-parcours du MAP comme l'évaluation de l'OED ont insisté sur l'importance d'avoir une planification stratégique à l'échelon national.¹ Selon la division des tâches proposée par la Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux (GTT), la Banque, le PNUD et l'ONUSIDA ont reçu pour mission d'aider les pays à améliorer la formulation et la mise en œuvre de leurs plans stratégiques. L'examen à mi-parcours du MAP ainsi que

l'évaluation de l'OED ont révélé que, dans la plupart des cas, les États n'ont pas su intégrer la lutte anti-SIDA dans leurs DSRP et autres plans nationaux, ou dans leurs procédures budgétaires. Cette étude a noté que nombre de gouvernements se sont dotés de plans stratégiques nationaux de lutte contre le SIDA, ce qui a permis d'affermir l'engagement des gouvernements, d'élargir leur riposte et de susciter une plus grande implication des parties prenantes. Cependant, ces plans nationaux ne constituent pas de réels outils stratégiques, permettant d'orienter et de hiérarchiser les actions prioritaires. En effet, la plupart des plans ne prennent pas en compte les données récentes épidémiologiques et ne reposent pas sur une analyse rigoureuse de l'efficacité comparée des interventions. Il n'est donc pas surprenant de constater que les plans forment en fait une liste d'interventions, qui n'est pas suffisamment sélective, et dont les objectifs ne sont pas clairement énoncés. Les coûts des programmes sont, soit non établis, soit établis de manière aléatoire. Et finalement, il est rarement indiqué quels sont les acteurs et quels rôles vont-ils jouer dans la mise en œuvre des stratégies.

La Banque, en collaboration avec le PNUD et autres partenaires et sous l'égide du programme d'action de la Cellule mondiale de réflexion (GTT) a pris l'engagement d'aider les pays à formuler des plans stratégiques nationaux comprenant : une base épidémiologique solide et des approches bien étayées par l'analyse; des objectifs et des cibles bien définis ; des priorités explicites ; une planification systématique ; des échéanciers clairement établis ; des plans de suivi et d'évaluation et d'utilisation des connaissances; une identification claire des organismes chargés de la mise en œuvre et leurs fonctions ; des estimations détaillées des coûts des programmes ; un plan d'action pour mobiliser des financements ; et une analyse des ressources humaines et institutionnelles nécessaires à une action efficace.

Les activités suivantes serviront à renforcer la planification stratégique :

- élaborer des directives concrètes pour obtenir une planification efficace, straté-

gique et aux priorités bien hiérarchisées, capable d'orienter la programmation des actions axées sur les résultats

- identifier les meilleurs exemples de planifications stratégiques nationales bien conçues
- offrir des formations en planification stratégique et éduquer personnel et consultants de la Banque, partenaires du développement et homologues nationaux en planification stratégique multi-sectorielle
- fournir une assistance technique pour la planification stratégique nationale
- appuyer la formation de réseaux de professionnels nationaux de santé, ce qui permettra aux gouvernements de développer et de partager leur expertise nationale en matière de planification stratégique.
- renforcer les liens entre l'acquisition de connaissances et les évaluations d'impact et la définition des priorités d'intervention et la conception de programmes
- soutenir et encourager les pays à préparer des analyses de synthèse, à analyser les données épidémiologiques et les changements de comportement et à identifier les priorités, afin d'affiner la planification stratégique

Il est indispensable que le VIH/SIDA soit intégré aux plans stratégiques nationaux de développement. Les régions et le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA (GHAP) continueront à collaborer — avec leurs collègues du réseau PREM de la Banque mondiale, leurs homologues nationaux dans les pays, le FMI et autres partenaires internationaux tels que le PNUD et le Secrétariat de l'ONUSIDA — pour que la planification VIH/SIDA fasse partie de la planification nationale de développement et de financement, en particulier des DSRP, des Stratégies d'aide aux pays (SAP) et des Cadres de dépenses à moyen terme (CDMT). Une dimension VIH/SIDA sera rajoutée aux directives opérationnelles des DSRP et aux critères des évaluations conjointes pour les DSRP (JSA) dans les pays où les taux de VIH sont élevés ou en croissance rapide. L'Équipe d'appui au suivi et à l'évaluation de la lutte contre le SIDA au niveau mondial (GAMET) accroîtra ses services analytiques et consultatifs pour

aider les principales parties prenantes (en particulier les ministères des Finances et de la Planification et les équipes-pays de la Banque) à donner aux interventions VIH/SIDA une place prioritaire dans les DSRP et CDMT. Les SAP devraient expliquer : (i) pourquoi certaines interventions ont été incluses ou non dans la riposte nationale contre le SIDA ; et, si cela est pertinent, (ii) comment les projets d'investissement ou les prêts d'ajustement structurels de la Banque contribueront aux objectifs nationaux en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

Avoir en place des plans nationaux rigoureux et véritablement stratégiques permettra de mettre en œuvre des interventions contre le SIDA, qui seront efficaces, coordonnées et concertées. Ainsi, complétés par les activités qui seront poursuivies dans les autres domaines du Programme global de lutte contre le VIH/SIDA, ces plans peuvent contribuer à faire aboutir les efforts de la Banque pour enrayer la transmission de nouvelles infections et accroître les années de vie saine des personnes atteintes du SIDA.

Financer les ripostes nationales et régionales au VIH/SIDA et renforcer les systèmes de santé

Financements de la Banque pour lutter contre le VIH/SIDA

La Banque restera, avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose, le programme du gouvernement des Etats-Unis et celui du Royaume-Uni (DFID) et des autres partenaires financiers, l'un des principaux bailleurs de fonds de la lutte mondiale contre le SIDA. Le rôle financier de la Banque reflètera de plus en plus sa flexibilité accrue en ce qui concerne les pays et le champ des activités qu'elle peut financer. Ainsi, la Banque devrait-elle continuer à constituer l'une des principales sources de financements de la riposte anti-VIH/SIDA dans de nombreux pays aux revenus les plus faibles, membres de l'AID, en particulier ceux d'Afrique centrale et occidentale qui n'ont qu'un accès limité à d'autres sources de financements pour lutter contre l'épidé-

Les financements SIDA de la Banque reflèteront de plus en plus sa flexibilité accrue, tant quant aux pays qu'au champ des activités qu'elle peut financer

mie. La Banque peut également prêter aux pays à revenus intermédiaires — éligibles à un financement de la BIRD — qui n'ont pas accès à d'autres sources de financements. Elle a démontré qu'elle pouvait développer des programmes dans les pays sortant de conflits, souvent avec plus de célérité que les autres sources de financement. Sa capacité à financer des programmes régionaux lui permet aussi de soutenir des actions de lutte contre le VIH/SIDA dans des pays ne pouvant bénéficier de financement, et de financer des projets couvrant plusieurs pays frontaliers. Du fait que les financements de la Banque sont pluriannuels et prévus à l'avance, les pays peuvent ainsi assurer la pérennité de leurs programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

En ce qui concerne les pays, la Banque financera les composantes des programmes anti-VIH/SIDA que d'autres bailleurs de fonds ne peuvent financer efficacement. Parmi ces composantes figurent les coûts institutionnels et opérationnels à long terme, des activités controversées comme les programmes de distribution de seringues stériles pour réduire les risques de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, et les préservatifs pour réduire le risque de transmission du VIH parmi les travailleurs sexuels et leurs clients. Les procédures de la Banque en matière de passation de marchés, qui exigent que les produits soient achetés au moindre coût de façon concurrentielle, peuvent aussi réduire les coûts des interventions des autres sources de financements.

La Banque continuera à soutenir les efforts nationaux visant à ce que les interventions de prévention et de traitements soient formulées sur la base des informations existantes concernant la qualité et les résultats de la recherche. Pour ce qui est de la prévention, la Banque tiendra compte du fait que les risques épidémiologiques varient d'une population à l'autre ou au sein d'une même population, et d'une tranche d'âge à l'autre comme au sein d'une même tranche d'âge. La Banque encouragera les pays à lutter contre le double problème tuberculose/VIH, en particulier en Afrique subsaharienne, en Europe de l'Est et en Asie centrale.

La capacité de la Banque à financer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays clients dépend de la volonté de ces derniers à emprunter. Au cours des trois années à venir, la Banque espère financer de nouveaux programmes VIH/SIDA dans les États suivants (soit sous forme de projets spécifiques VIH/SIDA, soit dans le cadre d'une aide plus générale) : Albanie, Argentine, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Tchad, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Inde, Kenya, République Kirghiz, Madagascar, Mali (par le biais d'un projet transport), Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Suriname, Togo, Ouganda, Zambie, et des projets plurinationaux dans le Couloir routier international Abidjan-Lagos et dans les pays du Mercosur.

Le financement concessionnel, mobilisé dans le cadre de AID14 pour une période de trois ans, ne comprend pas de ressources spécifiques pour la lutte contre le VIH/SIDA, et l'éligibilité à des dons (plutôt qu'à des crédits remboursables) a été modifiée de manière à prendre en compte l'endettement de chaque pays.² Les pays n'ayant pas accès à un financement de l'AID sous forme de dons seront probablement moins disposés à solliciter une aide financière AID sous forme de prêts pour financer leur programmes VIH/SIDA que ce n'était le cas au cours des trois années précédentes, lorsque les financements de l'AID étaient attribués exclusivement sous forme de dons.

Renforcer les systèmes de santé et la capacité en matière de prestations de services

Le VIH/SIDA pèse très lourd sur le secteur de la santé, car il se traduit par une demande accrue de services de prévention et de traitement alors que le secteur éprouve déjà de grandes difficultés à offrir des prestations sanitaires de qualité et à l'échelle désirée dans de nombreux pays. C'est pour cette raison que les interventions de la Banque dans le domaine de la santé doivent viser principalement à renforcer les systèmes de prestations de services. Que ce soit dans le cadre des programmes de lutte anti-SIDA, et/ou sous forme d'un soutien plus général au secteur de la santé, la Banque continuera donc

à financer et à appuyer le renforcement des systèmes sanitaires et leur capacité à fournir des prestations.

Selon ce que décideront les gouvernements, de nouveaux financements au secteur de la santé pourraient être attribués dans les trois années à venir en Afrique au Burundi, au Cameroun, en République démocratique du Congo, en Côte d'Ivoire, en Gambie, au Ghana, au Lesotho, à Madagascar, au Mali, en Mauritanie, au Niger et en Zambie; dans la région Asie de l'Est-Pacifique au Cambodge, en Indonésie, en République populaire démocratique du Laos, aux Philippines, à Timor Leste et au Vietnam; en Europe et Asie centrale en Albanie, en Azerbaïdjan, en Croatie, en République Kirghiz, en Moldavie, en Pologne, au Tadjikistan, en Turquie et en Ukraine; en Amérique latine au Brésil, en Colombie, en Équateur, à Panama, au Paraguay, au Pérou, en Uruguay et au Venezuela, ainsi qu'en Inde, au Liban et en Cisjordanie et Gaza.

Plusieurs aspects clés des systèmes de santé devraient faire l'objet d'une attention particulière :

- Afin de renforcer la **capacité des pouvoirs publics à remplir des fonctions essentielles de santé publique**, la Banque, en collaboration avec des institutions spécialisées, interviendra dans des domaines communs à plusieurs secteurs, mais directement liés au VIH/SIDA, en particulier : (i) l'élaboration de politique de la santé concernant les maladies et l'offre de services ayant des effets externes positifs ; (ii) la surveillance épidémiologique, notification et réponse ; (iii) la mise en place de normes et de réglementations pour les secteurs privé et public et les organisations de la société civile ; (iv) le renforcement des institutions locales de santé publique et d'épidémiologie ; (v) l'analyse des inégalités dans les résultats dues à des disparités sociales et géographiques, qui pourraient être compensées par des prestations à des coûts raisonnables et des modifications comportementales des individus et des ménages ; et (vi) le renforcement des possibilités de modification des comportements résultant d'une meilleure information.

- **Personnels de santé** : Mise à jour des compétences et offrir une formation VIH/SIDA à un nombre accru de personnel de santé à tous les niveaux, et rechercher de meilleures incitations pour retenir et déployer le personnel là où les besoins sont les plus pressants.
- La Banque fournira des financements et des services-conseils aux pays afin de renforcer les systèmes de gestion de fourniture de produits pharmaceutiques et autres produits médicaux, la gestion financière et les passations de marchés, les systèmes d'information de gestion sanitaire et les systèmes de gestion des déchets sanitaires.
- Modernisation des **centres de soins**, de l'infrastructure des laboratoires médicaux et des services afin d'augmenter la capacité diagnostique.
- Élaboration de mesures incitatives pour améliorer les résultats dans le secteur de la santé, et ceci en collaboration avec certains pays ; en cas de succès, cette approche pourrait être étendue à d'autres pays.

La Banque cherchera, avec ses partenaires, à identifier des approches et des mesures communes pour renforcer certains aspects fondamentaux des systèmes de santé. Elle poursuivra le travail effectué par la Cellule mondiale de réflexion, le Forum de haut niveau, la Joint Learning Initiative, le Global Health Council et l'Assemblée mondiale de la santé, visant à renforcer certains aspects fondamentaux des systèmes et prestations sanitaires à l'échelon national et dans le contexte d'un cadre macroéconomique durable.

Soutenir une riposte VIH/SIDA plus musclée dans d'autres secteurs clés.

La Banque cherche en coopération avec les pays clients et avec les principaux partenaires à mettre en place une riposte au VIH/SIDA qui soit plus musclée dans certains secteurs et domaines clés (y compris le secteur de la santé), en particulier ceux qui concernent l'éducation, le droit, l'égalité des sexes, la jeunesse, les transports, l'infrastructure et le secteur privé. L'unité GHAP et les autres personnels de la Banque mondiale, qui travaillent sur le SIDA, soutiendront et

Le renforcement des systèmes et prestations sanitaires constitue un volet essentiel des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et du soutien d'ensemble au secteur de la santé

L'intégration de mesures efficaces de lutte contre le VIH/SIDA dans des secteurs clés autres que celui de la santé sera poursuivie

encourageront l'intégration des interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans les autres activités sectorielles de la Banque.

Dans le **secteur de l'éducation**, le Programme pour la santé scolaire du Groupe HDNED de la Banque continuera, à la demande des régions, à soutenir les efforts de l'Afrique, des régions Amérique Latine et Caraïbes et Asie du Sud pour accélérer et augmenter la riposte de l'éducation à l'épidémie VIH/SIDA. Cet appui sera offert dans le cadre des programmes d'éducation nationale et dans le contexte des mesures prises pour atteindre les OMD et les objectifs de l'Éducation pour tous. À l'échelon national, il s'agit de mettre en œuvre des activités dans les écoles et les communautés, et, à l'échelon régional, de renforcer le leadership et le transfert des connaissances. L'accent est mis sur la prévention — en particulier pour les filles — et sur l'éducation des orphelins et enfants vulnérables, et la riposte contre le VIH/SIDA est abordée à tous les niveaux éducatifs. Il s'agit particulièrement d'aider le secteur de l'éducation à valoriser non seulement les ressources dont il dispose, mais aussi les fonds spécifiquement destinés à la lutte contre le VIH/SIDA. Les exemples de succès dans les programmes scolaires de prévention et dans les programmes destinés à améliorer l'accès à l'éducation, ainsi que le rôle pédagogique des enseignants dans la lutte contre le VIH/SIDA, seront documentés et largement diffusés. Ce travail bénéficie des efforts conjugués du groupe de travail de l'Équipe inter-agences pour l'éducation de l'ONUSIDA pour accélérer la riposte du secteur de l'éducation au fléau VIH/SIDA.

Transports et infrastructure : Tous les contrats de construction passés avec la Banque devraient inclure des activités VIH/SIDA telles que la distribution de préservatifs, IEC ou traitements. Les exemples de succès seront identifiés et diffusés afin d'aider les entreprises à mettre en œuvre ces activités de façon efficace. Le secteur des transports, en liaison avec GHAP et le secteur de la santé, élaborera un plan d'action visant à mettre en place une riposte plus dynamique dans toutes les régions de la Banque. En Inde et en Afrique, les activités VIH/SIDA seront incorporées à tous les nou-

veaux projets de transport et d'infrastructure, et rajoutées à des projets existants en Afrique au cours des examens à mi-parcours. En Afrique occidentale, on a pu commencer à tirer du projet VIH/SIDA pour le couloir de transport Abidjan-Lagos des enseignements utiles, potentiellement applicables à d'autres projets, tels que le nouveau projet VIH/SIDA pour un couloir de transport en Afrique australe. Dans les pays anglophones et francophones, les activités du Groupe Transport Afrique de la Banque ont pour objectif d'aider les ministères de transport à développer des mesures contre le VIH/SIDA pour les travailleurs de l'industrie des transports, formuler des plans de mise en œuvre et créer des réseaux locaux de diffusion et partage d'information et de conseils.

Le **secteur urbain** continuera à aider les collectivités locales, et ceci de plusieurs façons consistant en: (1) soutien aux services opérationnels urbains pour intégrer des mesures anti-VIH/SIDA dans leurs politiques sectorielles et leurs projets ; (2) distribution de matériel pédagogique et d'outils améliorés et actualisés aux collectivités locales ; (3) efforts pour s'assurer que l'élaboration et la mise en œuvre de programmes VIH/SIDA multisectoriels reposent sur des actions décentralisées et des interventions menées par les collectivités locales ; et (4) soutien à tout travail analytique pertinent y compris l'analyse de l'impact du VIH/SIDA sur le secteur urbain. En outre, la Banque continuera à coordonner son action avec celle de ses partenaires et à partager avec eux les exemples de succès, les connaissances acquises et les conseils pratiques.

Dans le **secteur juridique**, le travail consistera principalement à : (i) chercher les moyens juridiques de mieux protéger les PVVS de la discrimination ainsi que les orphelins et les enfants vulnérabilisés par le SIDA ; et (ii) fournir une assistance conseil sur les questions de droits de la propriété intellectuelle (brevets) et sur les lois du commerce international relatives aux produits pharmaceutiques (en particulier les médicaments ARV génériques).

En ce qui concerne les **aspects liés à l'égalité des sexes** dans le VIH/SIDA, le

Groupe sur la Parité entre les sexes et le développement (PRMGE) du réseau PREM de la Banque poursuivra ses travaux analytiques et opérationnels pour intégrer une dimension paritaire aux politiques et aux opérations de VIH/SIDA, prenant en compte le nouveau guide opérationnel sur l'inégalité entre les sexes et le VIH/SIDA (« *Operational Guide on Gender and HIV/AIDS* »).³ Le but recherché est de collaborer avec des associations de magistrats et d'avocates ainsi qu'avec des organismes gouvernementaux et des associations dans le but de renforcer la capacité des institutions et des experts législatifs, judiciaires, médicaux et sanitaires à prendre en compte les dimensions juridiques et paritaires du VIH/SIDA. Les sujets abordés comprendront la capacité du cadre juridique en vigueur à tenir compte de la condition particulière des femmes en ce qui concerne les droits coutumiers, les prescriptions religieuses, le droit foncier, les droits de succession et de propriété, le droit de la famille, et les droits de la femme dans le contexte d'agressions sexuelles. Seront abordés également les liens entre le VIH/SIDA et les conflits, la reconstruction post-conflit et le trafic des femmes et des filles.

Accélérer la mise en oeuvre

La Cellule mondiale de réflexion (GTT) juge primordial que pour réussir à accélérer et étayer la riposte mondiale à l'épidémie, il est nécessaire d'améliorer la mise en oeuvre à l'échelon national et inciter les bailleurs de fonds à renforcer leur coordination et à harmoniser leurs programmes. Il est possible de réduire considérablement l'écart entre les objectifs des programmes et leurs résultats si États et bailleurs de fonds adoptent des mesures et des procédures exceptionnelles, à la mesure du défi inégalé que représente cette épidémie ; et si les principales parties prenantes publiques et privées et la société civile accélèrent la mise en oeuvre de leurs programmes et la rendent plus efficace, plus performante et plus transparente. Même si l'instrument le plus souple et le moins bureaucratique de la Banque — le MAP Afrique — débourse environ 90% des montants prévus, ce qui est supérieur à la moyenne des prêts accordés par la Banque,

ce rythme ne suffit pourtant pas à faire face aux défis de prévention, de prise en charge et traitements et d'atténuation d'impact. La Banque, dans le cadre de la répartition du travail entre organismes convenue via le GTT, a réaffirmé son engagement à privilégier l'amélioration de la mise en oeuvre.

Pour stimuler et renforcer la mise en oeuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la Banque :

- Continuera à apporter une aide financière et technique aux gouvernements au moyen de prêts et de dons du Fonds de développement institutionnel (FDI), et ce pour renforcer la capacité et les systèmes, développer les ressources humaines, l'infrastructure et les équipements et financer sur le moyen terme les coûts opérationnels et administratifs essentiels de leurs programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.
- Continuera à appuyer un partenariat mondial pour la fourniture en médicaments ARV et le renforcement de la gestion logistique, en proposant, entre autres, des ateliers de formation à l'échelon régional et national.
- En se basant sur son expérience et sur ce qu'elle a appris, la Banque continuera à simplifier les procédures opérationnelles et les directives pour les projets VIH/SIDA et à encourager les pays à adopter des mesures de mise en oeuvre exceptionnelles (telles que la sous-traitance de la gestion fiduciaire).
- L'unité GHAP poursuivra sa collaboration avec les régions pour garantir que l'aide à la supervision des projets anti-SIDA est suffisante, et il recherchera des fonds fiduciaires supplémentaires qui financeront le soutien additionnel nécessaire pour que la mise en oeuvre des programmes reste flexible, souple et modifiable, en accord avec l'approche qui caractérise les projets MAP.
- L'équipe de la Banque pour l'accélération de la mise en oeuvre (IAT), composée de personnels clés provenant de divers services internes travaillant avec l'OPCS et les chefs d'équipe de projets, cherchera à identifier où et comment les politiques de la Banque peuvent être simplifiées pour faciliter l'exécution des MAP. Cette

Les efforts en cours et à venir favoriseront une mise en oeuvre des programmes VIH/SIDA plus rapide, plus efficace, plus performante et plus transparente

équipe, qui sera renforcée par diverses compétences puisées sur l'ensemble des services de la Banque, deviendra un Service consultatif de mise en œuvre pour la lutte contre le SIDA (IAS), en liaison avec les pays et les équipes-projets de la Banque, en particulier pour ce qui concerne la planification, la budgétisation, l'élaboration des programmes, la gestion financière, les décaissements et passations de marchés, le suivi des dépenses et l'expansion des programmes des secteurs privé et public et de la société civile. Les travaux de l'IAT et d'ACTAfrica se verront ainsi élargis, ce qui permettra d'aborder une nouvelle phase. Au lieu de se limiter à vérifier que les procédures et règlements de la Banque ont été respectés, une attention particulière sera accordée à la manière dont les politiques et procédures de la Banque sont effectivement mises en œuvre sur le terrain, et un effort particulier sera effectué, en conjuguant les efforts des équipes de la Banque à ceux de leurs homologues dans les pays pour améliorer les résultats obtenus. A cet effet, un éventail de moyens sera utilisé comprenant la publication de documents aux niveaux national, régional et mondial, la création d'ateliers régionaux de formation, l'organisation de missions offrant des services conseils portant sur la mise en œuvre des programmes nationaux, et l'élaboration de directives opérationnelles pour la Banque, et éventuellement pour les autres bailleurs de fonds.

- Le secteur privé et les organismes à but non lucratif, les groupes de la société civile, les communautés et les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont les principaux partenaires aux niveaux des pays. Les régions et GHAP continueront à favoriser la participation active du secteur privé et des organismes de la société civile, y compris les groupes confessionnels, pour multiplier et gérer les programmes de lutte contre le VIH. Selon les besoins spécifiques des pays, les actions envisagées pourraient comprendre: (i) un soutien pour modifier le cadre contractuel existant (par exemple, le cadre juridique ou l'immatriculation des ONG) afin de permettre aux ONGs d'accroître leurs interventions ; (ii) des trans-

ferts conditionnels en espèces aux communautés pour les aider à prendre en charge les personnes les plus affectées par l'épidémie ; (iii) le maintien de l'accès élargi au financement MAP des projets et autres aides financières dans le cadre de procédures qui tiennent en compte les résultats obtenus, et qui soient transparentes et respectent les règles de passation de marchés ; (iv) un encouragement donné aux gouvernements afin qu'ils favorisent une plus grande diversité dans les systèmes de prestations de services de santé ; (iv) un travail direct sur le terrain avec les commissions nationales de lutte contre le SIDA, les ministères, les bailleurs de fonds, les syndicats, les associations patronales, les groupes de la société civile dont les groupes confessionnels et les communautés locales, et ceci, afin de créer des mécanismes institutionnels et d'encourager des partenariats de lutte contre le VIH/SIDA.

- GHAP et les services régionaux de la Banque assembleront les nouveaux enseignements tirés des mises en œuvre les plus réussies en matière de lutte contre le VIH/SIDA. GHAP en assurera la diffusion massive et de façon facilement accessible. Il aidera également les unités régionales de la Banque à constituer des réseaux internationaux de professionnels nationaux de santé couvrant les pays, et ce pour échanger et partager des expériences, des connaissances et des conseils pratiques portant sur des questions opérationnelles d'ordre général, l'architecture fiduciaire et des thèmes programmatiques spécifiques. Ces efforts étayeront l'engagement du GTT à améliorer la mise en œuvre des « Trois principes ».

La mise en œuvre accélérée des projets et programmes de lutte contre le VIH/SIDA — en particulier la prise en charge et le traitement des personnes infectées—nécessite des systèmes de santé solides. Le travail plus général du Groupe Santé, nutrition et population de la Banque (HDN), visant à renforcer les systèmes de santé, est donc capital. GHAP recherchera les occasions de collaborer avec le Groupe HNP et les services pertinents de l'OMS pour amplifier et soutenir ce travail.

Renforcer un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national et des programmes fondés sur les résultats de la recherche et de l'analyse

Les ressources allouées à la lutte contre le SIDA ont enregistré une augmentation rapide au cours des dernières années, passant de 300 millions de dollars en 1996 à 8 milliards de dollars en 2005.⁴ Comme l'a souligné le GTT, il est essentiel que les ressources disponibles soient correctement utilisées, ce qui donne aux systèmes nationaux de suivi et d'évaluation une responsabilité jusqu'à ce jour inégale. L'amélioration de la performance des systèmes nationaux nécessite un effort poursuivi à long terme de renforcement des institutions et de développement de systèmes, en particulier dans les pays où la capacité et les ressources humaines du secteur public sont restreintes, défi encore plus difficile à relever du fait de la pauvreté et de la mortalité due au SIDA.

De nombreux pays ont mis en place certains éléments de suivi et d'évaluation du VIH/SIDA, mais rares sont ceux qui disposent de systèmes de S&E d'ensemble, capables de suivre à la fois l'évolution de l'épidémie et la riposte que l'État y oppose et d'utiliser les données obtenues pour améliorer leurs programmes. Un programme global de S&E doit comprendre les éléments suivants :

- Un système général de S&E à l'échelon national, doté d'un organigramme qui indique la manière dont les données seront transmises depuis chaque composante et chaque niveau du système jusqu'à une banque de données unique à l'échelon national.
- Une surveillance biologique (de la sérologie VIH) pour aider les pays à établir une surveillance VIH selon les normes internationales de référence, et qui soit de qualité, régulière, crédible, abordable financièrement et couvrant l'ensemble de la population et les groupes vulnérables.
- Une surveillance comportementale et sociale pour aider les pays à établir une surveillance des comportements clés au sein de la population générale et des

groupes prioritaires. Celle-ci devrait être adaptée aux normes internationales de référence⁵ ; elle devrait être de qualité, régulière, crédible et abordable financièrement. Ensemble, la surveillance biologique et la surveillance comportementale forment un système de surveillance de seconde génération au sein duquel les données comportementales et biologiques sont examinées de concert pour une élucidation réciproque et une appréhension plus complète de l'épidémie et des facteurs comportementaux qui y contribuent.

- Une surveillance des centres de santé destinée à évaluer en continu la couverture et la qualité des soins de santé VIH les plus importants.
- La recherche, pour répondre aux principales questions de prévention, de soins et traitements SIDA.
- Un suivi des activités des programmes, afin d'aider les gouvernements à tenir à jour un inventaire des activités et prestations en matière de VIH/SIDA. L'objectif visé est que tous les partenaires de la mise en œuvre fassent des rapports réguliers, suivant un format déterminé. Ces rapports permettront aux coordinateurs des programmes de lutte contre le VIH/SIDA d'évaluer de façon continue l'ampleur et la qualité des principales interventions et d'identifier et corriger les lacunes et insuffisances dans les meilleurs délais.
- Un suivi financier, pour permettre aux gouvernements d'effectuer un suivi des dépenses, des coûts des prestations et de corroborer les rapports d'activité des programmes.
- Une évaluation de l'impact des programmes afin de guider l'allocation des ressources et des efforts.

Le GTT a récemment réitéré la responsabilité incombant à la Banque de renforcer, en collaboration avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, les systèmes de suivi et d'évaluation à l'échelon national.⁶ Pour ce faire, la Banque a créé l'Équipe d'appui au suivi et à l'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau mondial (GAMET), chargée d'aider les pays. En partenariat avec les coparrains de l'ONUSIDA et autres partenaires participants aux Groupe de référence du suivi et de l'évaluation (MERG), GAMET continuera à

Des systèmes de suivi et d'évaluation performants surveillent l'évolution de l'épidémie et des ripostes nationales, tout en étayant les décisions visant à améliorer l'impact des programmes

appuyer le S&E à travers les activités suivantes :

- Elaborer des directives pour les systèmes nationaux de S&E et y apporter des révisions régulières.
- Préparer des notes, résumant les meilleurs exemples de S&E montrant des interventions nationales aux résultats prometteurs.
- Co-faciliter des formations S&E à l'échelon mondial, national et régional.
- Poursuivre la mise en place d'une équipe unifiée, inter-agences, composée de spécialistes internationaux du suivi et de l'évaluation, et destinée à fournir, sur le terrain, une aide au suivi et à l'évaluation concrète et intensive.

L'Équipe d'appui au suivi et à l'évaluation de la lutte contre le SIDA au niveau mondial (GAMET) apporte une aide pratique sur le terrain

L'équipe d'aide aux pays, dans le cadre de sa mission de terrain, entreprendra les activités suivantes pour développer les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation :

- Effectuer des missions de support technique, coordonnées entre les agences, pour mieux cerner les besoins et les priorités en termes de suivi et d'évaluation.
- Développer, de manière harmonisée et participative, des cadres de suivi et d'évaluation dotés d'indicateurs à l'échelon national.
- Collaborer avec les pays et les partenaires afin de : (i) développer des plans d'action détaillés, indiquant les mesures essentielles à mettre en place pour renforcer la surveillance biologique et comportementale et la surveillance des centres de soins ; (ii) améliorer les études d'impact ; et (iii) développer les systèmes de suivi des dépenses et des programmes.
- Formations conjointes des responsables et partenaires de mise en œuvre nationaux en matière de VIH/SIDA ; et
- Travailler en collaboration afin que l'aide fournie soit adaptée à chaque cas spécifique, y compris en matière de diagnostics et de résolution de problèmes, en tirant profit des compétences complémentaires des principaux partenaires du développement.

À travers ces activités, le GHAP et ses partenaires uniront leurs forces pour aider un nombre toujours croissant de pays à développer des systèmes de suivi et d'évaluation

d'ensemble, détaillés et performants. Les personnels techniques d'autres organismes, chargés eux aussi de renforcer la capacité des États en matière de S&E, contribueront à la réalisation collective de cet aspect spécifique des « Trois principes » à l'échelon national.

La Banque et ses partenaires aideront aussi les gouvernements à utiliser leurs systèmes de suivi et d'évaluation pour formuler des programmes de prévention, de soins et de traitements, qui soient efficaces et prennent en compte les résultats de la recherche et de l'analyse économique. Rares sont les pays qui basent leurs programmes sur une analyse rigoureuse des dynamiques de transmission du VIH à l'échelon national ou qui entreprennent des évaluations d'impact sérieuses. De nombreux rapports soulignent que les programmes nationaux devraient être plus sélectifs et mieux étayés. En renforçant les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation comme il a été expliqué ci-dessus et en intensifiant le travail analytique comme il est mentionné ci-dessous, la Banque, avec le concours d'instituts techniques spécialisés et de recherche, aidera les pays à mettre en œuvre des approches stratégiques sur la base de données recueillies et d'enseignements concrets. Ainsi l'impact des investissements dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA s'en trouvera amplifié.

L'Économiste en chef du réseau du développement humain de la Banque dirige une équipe qui offre des services de conseil et une aide technique pour le personnel interne de la Banque. L'objectif est de promouvoir la recherche, identifier les meilleurs exemples d'intervention et évaluer l'impact des projets que la Banque finance afin de comprendre ce qui marche ou ne marche pas, et pourquoi. GHAP et les régions encourageront les chefs des projets VIH/SIDA à tirer profit de ces activités et documenteront et diffuseront les meilleurs exemples d'intervention et les résultats des évaluations.

Acquérir et transférer les connaissances, évaluation de l'impact et analyse

Il reste beaucoup à apprendre sur certains aspects de l'épidémie. Un travail d'analyse

spécifique à chacun des pays doit précéder les décisions importantes en matière de politiques ou de programmes. Le travail analytique prévu par les plans de travail nationaux ou régionaux portera sur des questions clés spécifiques au pays. GHAP appuiera un travail analytique couvrant plusieurs pays et secteurs portant sur les domaines prioritaires et collaborera avec DEC, PREM, le FMI et autres chercheurs, en particulier ceux qui sont très présents dans les pays clients. En collaboration avec des agences techniques spécialisées, la Banque parrainera ou effectuera des travaux de recherche opérationnelle sur des questions clés concernant les traitements antirétroviraux à grande échelle dans les pays dont les ressources sont limitées, y compris la qualité, l'efficacité, l'impact et les résultats des traitements et les comportements à risque des personnes sous traitements ARV.

Acquisition des connaissances et évaluations d'impact sur ce qui marche

La riposte internationale au VIH/SIDA devra se monter beaucoup plus vigoureuse pour parvenir à freiner la transmission et à prendre en charge les personnes atteintes ou affectées par le virus. À ce jour, nous ne disposons que d'éléments insuffisants pour déterminer ce qui « marche » sur des questions aussi diverses que la manière de combattre les maladies contagieuses dans les groupes à comportement à risque élevé ou sur la façon d'assurer l'accès aux soins dans des communautés pauvres. De ce fait, les décisions en matière de planification stratégique nationale et d'allocation de fonds de la part des donateurs sont souvent prises sans être étayées par une étude analytique sérieuse.

La Banque mondiale, par l'attention qu'elle porte au développement à long terme, est particulièrement bien placée pour jouer un rôle directeur en offrant des services de conseils et des programmes élaborés sur la base des résultats des études analytiques et de la recherche. Grâce à ses activités de prêts et autres activités telles que les études économiques et sectorielles, elle est en mesure d'établir un processus méthodique et continu d'acquisition et de transfert des connaissances, et de les appliquer à la conception des

programmes. Un tel processus systématique permettra aux pouvoirs publics, à la Banque et à ses partenaires de développement à monter des programmes de lutte contre le VIH/SIDA de mieux en mieux conçus. Pour ce faire, la Banque procédera à :

- **Des évaluations d'impact des programmes de développement.** La Banque, de part son financement de projets VIH/SIDA, soutient la mise en œuvre de programmes dans plus de 70 pays. Elle se servira donc de cette infrastructure de projets déjà existante pour évaluer l'impact de ses interventions. À cette fin, GHAP mobilisera des fonds fiduciaires pour assurer aux chefs des équipes des projets des ressources supplémentaires et une assistance technique.
- **Des évaluations prospectives des nouveaux projets VIH/SIDA.** Le moment quand les évaluations prospectives sont effectuées est crucial, car celles-ci doivent être conçues et les bases de données recueillies avant la mise en œuvre du projet. Un groupe consultatif sera formé pour apporter son expertise scientifique et formuler des recommandations quant à l'élaboration des évaluations prospectives des nouveaux projets VIH/SIDA.

Activités analytiques et consultatives

Le travail analytique régional et spécifique à chaque pays, qui est envisagé, couvre les domaines suivants :

- **Analyses de l'épidémie et de la réponse nationale concernant le VIH/SIDA aux Maldives et en Afghanistan**
- **Analyse des options de traitements au Népal, au Bhoutan et en Thaïlande**
- **Évaluation des différentes stratégies préventives au Bangladesh, au Pakistan et aux Bahamas ; évaluations comparatives des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA russes et ukrainiens ; évaluation de la campagne publique d'information VIH/SIDA en Russie.**
- **Estimations de l'impact économique du VIH/SIDA ou des liens avec la pauvreté en Argentine, en Inde, en Jamaïque et à Grenade**
- **Étude des populations mobiles aux Caraïbes et en Amérique centrale**

De nouvelles analyses transnationales et transsectorielles amélioreront notre compréhension de ce qui marche

- **Analyse des dépenses VIH/SIDA** en Inde, en Chine et au Cambodge
- **Évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA des collectivités locales, des communautés ou des ONG** : en Afrique (collectivités locales) et en Ethiopie (communautés), et aux Caraïbes (ONG et secteur privé)
- **Évaluation du cadre juridique et réglementaire** (dont les effets des accords commerciaux) concernant les produits pharmaceutiques, la discrimination contre les PVVS, le système de protection sociale des orphelins du SIDA en Afrique, aux Caraïbes et en Amérique centrale et certains pays d'Asie du Sud
- **Mise en application des « Trois principes »**, en collaboration avec l'OMS, le DFID, l'Agence suédoise de développement international et l'ONUSIDA en Russie
- **Analyse des systèmes de santé, des prestations de services par le secteur de la santé ou du cadre institutionnelle** en Argentine, en Azerbaïdjan, en Bulgarie, au Burundi, en Indonésie, en Jordanie, à Madagascar, à Maurice, au Népal, au Nigeria, à Oman
- **Analyse des contraintes de mise en œuvre** aux Caraïbes.

De nouvelles analyses couvrant des sujets communs à plusieurs secteurs ou pays seront financées ou entreprises par GHAP, DEC, PREM, HDNED, LEGVP et autres unités de la Banque. Ils devraient porter sur les sujets suivants :

- **Analyse des liens entre la pauvreté, la dimension de genre et le VIH**, y compris l'interaction probable entre les programmes VIH et les efforts plus généraux de réduction de la pauvreté ; ainsi que l'impact à long terme du VIH et de la hausse de mortalité. Ce travail consistera à déterminer dans quelle mesure les dépenses publiques pour les traitements, la prise en charge et l'atténuation d'impact en matière de VIH/SIDA parviennent jusqu'aux personnes les plus démunies et comment échafauder des mécanismes pour améliorer le ciblage.
- **Analyse des implications économiques et budgétaires et de l'impact fiscal du VIH**, en particulier en ce qui

concerne l'impact du VIH sur les dépenses et les recettes budgétaires, ainsi que sur la performance économique et sur le marché du travail pour la main d'œuvre qualifiée dans les secteurs publics et privés, notamment ceux de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et de la fonction publique. Le coût des programmes sera aussi estimé. GHAP pourra proposer des fonds additionnels à certains secteurs clés de la Banque (comme l'éducation ou la protection sociale) pour analyser l'impact du VIH/SIDA dans certains secteurs et envisager des mesures d'atténuation d'impact.

- **Analyse des choix éventuels en matière de politiques et de programmes**, y compris la manière de s'assurer qu'une attention suffisante soit portée à la prévention, aux soins et traitements et à l'atténuation des effets de l'épidémie ; les implications à court terme et à long terme des programmes de lutte contre le VIH/SIDA ; les coûts et avantages spécifiques des différentes approches ; les choix éventuels entre la qualité et le prix des services ; et les ressources nécessaires pour accroître les diagnostics et traitements disponibles. Ces études contribueront, à l'échelon national, aux débats sur les politiques et aux prises de décisions.
- **Analyse des facteurs institutionnels et structurels qui affectent l'efficacité des programmes et des interventions des organismes du secteur public**, dont la décentralisation, les politiques de ressources humaines, la capacité institutionnelle à fournir des services et les moyens de fourniture (que ce soit dans le public, le privé ou la société civile par exemple), et les incitations du marché.
- **Les enseignements tirés de l'expérience de terrain**, y compris : (i) l'analyse des effets du soutien de la Banque sur les prestations de services et sur la performance des entités responsables de certains programmes VIH/SIDA dont la mise en œuvre dépend des systèmes de santé ; (ii) la comparaison de différents programmes en termes d'efficacité ; et (iii) l'évaluation des efforts de coordination et d'harmonisation des donateurs, en particulier à l'échelon national.

Partage, diffusion et mise en pratique des connaissances

Les résultats de la recherche et les nouveaux enseignements tirés de l'expérience doivent être diffusés le plus rapidement et le plus largement possible afin qu'ils puissent être intégrés dans les décisions programmatiques. Des mesures supplémentaires seront prises pour donner la plus grande diffusion possible aux résultats des analyses et des programmes ou projets, et cibler les utilisateurs potentiels lors de la préparation et la mise en œuvre des programmes. Conférences et séminaires, revues, bulletins, listes d'internet ou d'associations seront utilisés au maximum comme moyens de diffusion et de communication. Séminaires de haut niveau, conférences et débats seront organisés en fonction des besoins pour présenter les résultats de la recherche, les nouvelles orientations de la lutte contre le VIH/SIDA, les meilleurs exemples d'intervention, et les enseignements tirés de l'expérience en ce qui concerne les sujets de controverse et les questions affectant plusieurs secteurs soulevées par les programmes de prévention et de soins et traitements VIH/SIDA.

La Banque développera et instaurera à **l'intention de son personnel interne un programme de formation** en matière d'épidémiologie VIH/SIDA. Cette formation mettra l'accent sur la base analytique, qui doit étayer les prises de décisions lors de l'élaboration des programmes, sur le choix d'indicateurs de suivi et d'évaluation pertinents, sur les « Trois principes » et sur la manière dont les membres du personnel de la Banque peuvent contribuer à réaliser la vision des pays dans lesquels ils travaillent.

Le **site Web SIDA** de la Banque sera amélioré et permettra d'obtenir rapidement, facilement et de manière conviviale des informations sur les projets VIH/SIDA financés par la Banque, ainsi que les rapports, études, manuels, ou autres documents de la Banque concernant le VIH/SIDA. Ce « remaniement » du site Web permettra aux utilisateurs de se renseigner sur le travail effectué par la Banque dans le domaine du VIH/SIDA. Les rapports de synthèse VIH/SIDA des pays mentionnés plus haut seront publiés et accessibles sur le site, et

une nouvelle série de publication sur le VIH/SIDA permettra d'accélérer la diffusion des nouvelles analyses. La Banque facilitera cet accès en traduisant ce matériel en un grand nombre de langues.

En collaboration avec l'ONUSIDA, une **nouvelle série de notes et de précis** illustrant certains exemples du travail accompli en matière de VIH/SIDA sera développée pour communiquer les expériences et informations opérationnelles utiles.⁷ Ces notes permettront de diffuser rapidement les leçons tirées des expériences nationales et transnationales. Y figureront des exemples du travail de GAMET sur le suivi et l'évaluation, des exemples réussis du travail accompli par et avec les associations locales et les ONG; des exemples réussis de programmes scolaires de prévention VIH et des mesures prises pour assurer aux orphelins du SIDA l'accès à l'école; et des exemples réussis de coordination et d'harmonisation des activités des donateurs à l'échelon national.

De nouvelles **directives** à développer puis publier auront trait aux sujets suivants :

- Préparation des projets VIH/SIDA dans les pays sortant de conflits
- Aspects juridiques du VIH/SIDA (principalement à l'usage interne de la Banque)
- Protection juridique pour les orphelins du SIDA ou les enfants vulnérabilisés par le VIH/SIDA (principalement à l'intention des gouvernements)
- Directives expliquant l'effet des nouvelles lois indiennes en matière de brevets sur les médicaments VIH/SIDA.

La Banque continuera à faciliter les échanges d'information entre les pays, et ce en créant des réseaux de professionnels nationaux de santé et en arrangeant des dialogues « Sud-Sud » sur des sujets mutuellement importants, comme la réunion prévue entre le Pakistan, l'Afghanistan et l'Iran sur la réduction des préjudices et les groupes à haut risque. Parmi les autres efforts similaires appuyés par la Banque, on peut citer les visites de coopération technique et les rencontres organisées par vidéo entre la Moldavie, l'Ukraine, la Russie et le Brésil ; les accords de « jumelage » entre des organismes régionaux de lutte contre le VIH/SIDA aux Ca-

Les résultats de la recherche et les leçons de l'expérience doivent être diffusés le plus rapidement et le plus largement possible pour étayer les décisions

raïbes et en Asie centrale, et entre le bureau d'entreprises de Russie et celui du Brésil concernant le VIH/SIDA et la branche européenne du Global Business Council.

Un travail à réaliser en commun

Le GTT a souligné que, si l'on veut arriver à freiner la transmission du VIH et atteindre les objectifs internationaux en matière de VIH/SIDA énoncés dans les OMD et lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies à Genève, il faut, pour que les ripostes à l'épidémie à l'échelon pays soient coordonnées et harmonisées, suffisamment amples, bien ciblées et de bonne qualité, que ces dernières reposent sur des partenariats robustes. De tels partenariats de travail à l'échelon national sont également indispensables à la réalisation des « Trois principes », dont l'importance a été réitérée dans le communiqué du G8 à Gleneagles.

Au sein de la Banque, le Programme global de lutte contre le VIH/SIDA continuera à collaborer étroitement avec les régions afin que les stratégies régionales et la stratégie globale de la Banque soient bien coordonnées, complémentaires et reflètent une bonne répartition des responsabilités entre elles. GHAP intensifiera sa coopération avec le réseau PREM, afin de renforcer l'analyse économique de l'épidémie et ses liens avec la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et la vulnérabilité. Avec le Fonds monétaire, la Banque aidera les pays à intégrer le VIH/SIDA dans leur planification budgétaire, y compris les cadres de dépenses à moyen terme et les DSRP. GHAP travaillera en étroite collaboration avec le Groupe Santé, nutrition et population de la Banque mondiale, qui, du fait qu'il pilote les efforts entrepris pour renforcer les systèmes de santé, les prestations sanitaires et les budgets santé, a un rôle crucial dans la mise en œuvre d'interventions qui déterminent la capacité de riposte contre le VIH/SIDA des États. Le travail effectué en commun avec le Groupe Éducation sera poursuivi afin de promouvoir des actions plus amples et plus efficaces du secteur de l'éducation et de faire la synthèse des travaux et de les approfondir davantage.

GHAP continuera également à travailler avec le service juridique et le Groupe Parité des femmes. Il poursuivra également ses efforts avec le bureau technique du secteur des transports dans le but d'intégrer le VIH/SIDA aux activités transports ainsi qu'avec le Groupe éducation, pour mieux comprendre comment la Banque peut collaborer le plus efficacement possible avec les institutions et les chefs religieux en matière de VIH/SIDA. GHAP et les régions poursuivront aussi leur étroite collaboration avec la Société financière internationale, et ce dans le but de renforcer la lutte du secteur privé contre le VIH/SIDA. L'Institut de la Banque mondiale continuera à offrir des programmes de formation au personnel de la Banque et aux pays clients dans les domaines prioritaires, en particulier en gestion de programmes, et fourniture et gestion des médicaments ARV.

Les nombreux partenaires de la Banque mondiale comprennent le Secrétariat de l'ONUSIDA et autres coparrains, les grands organismes financiers internationaux, les PVVS et autres groupes de la société civile et du secteur privé. Le partenariat entre la Banque, l'ONUSIDA et les autres coparrains demeure primordial, particulièrement compte tenu des actions conjointes récemment convenues dans le cadre du GTT. La Banque, au sein de la famille de l'ONUSIDA, porte la responsabilité officielle de l'analyse économique et du développement des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. Elle est aussi reconnue pour son rôle directeur dans les domaines de la planification stratégique et du renforcement des institutions et de la mise en œuvre des programmes, qui font partie des domaines prioritaires de ce Programme d'action global.⁸

En ce qui concerne la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH/SIDA, une abondante liste d'articles et rapports confirme que la Banque doit maintenir son action pour faire croître l'engagement et le rôle des communautés en matière de prévention, de soins et de traitements. La Banque renforcera donc ses partenariats et continuera à offrir un financement, par l'intermédiaire des structures nationales, à tous les échelons de la société civile, y compris les

Les partenariats aux échelons mondial et national permettront de réaliser la vision des « Trois principes » et de garantir que l'aide est coordonnée, harmonisée et efficace

La société civile et les communautés jouent un rôle décisif dans la riposte au SIDA

La société civile joue un rôle fondamental dans la plaidoirie contre le SIDA, stimulant les pays à intensifier la prévention et les programmes de soins et traitements. Quand les communautés sont fortement mobilisées, l'opprobre est moindre, le silence du déni est brisé, l'individu prend conscience du risque qu'il encourt et l'épidémie devient ressentie comme un phénomène proche. **Les normes sociales de la communauté et les comportements individuels se trouvent alors modifiés d'une manière qui conduit à diminuer** le taux de transmission du VIH. De plus, la société civile et les partenaires locaux peuvent être d'un secours précieux dans la **mise en oeuvre** des activités anti-SIDA, que l'épidémie soit concentrée ou généralisée, et peuvent contribuer à mener des interventions efficaces parmi les groupes marginalisés à haut risque et à taux très élevé de séropositivité.

Dans le cas par exemple du Brésil, où l'épidémie est concentrée, des membres vulnérables de la communauté ont joué un rôle important en mobilisant des interventions de prévention, de soins et traitements visant les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les travailleurs sexuels. En Ouganda, où l'épidémie est généralisée, la mobilisation de la communauté et des chefs spirituels a été déterminante pour réduire l'opprobre, accroître le dialogue portant sur le SIDA, faire prendre aux individus conscience des risques encourus, modifier les normes de la communauté et promouvoir des comportements sexuels plus responsables. En Thaïlande et ailleurs, la société civile et les partenaires locaux ont démontré leur capacité à convaincre les personnes atteintes du SIDA de se mettre sous traitement antirétroviral et d'adhérer aux schémas thérapeutiques.

organisations non gouvernementales, les groupes confessionnels, les associations locales, et les universités et chercheurs locaux.

La Banque renforcera aussi ses partenariats avec le secteur privé pour convaincre celui-ci d'apporter un concours supplémentaire à la riposte contre le VIH/SIDA et de mettre son expertise et sa capacité au service de ce combat. Le secteur privé, du fait de son omniprésence, peut également être d'une grande utilité pour accroître l'accès de la population aux services essentiels de prévention, de soins et de traitements. Cependant, les objectifs du secteur privé peuvent diverger de ceux du secteur public. Il faut donc que les partenariats public-privé soient bien structurés et tirent profit de synergies possibles.

La perspective d'ensemble

Ayant reconnu qu'une approche radicalement nouvelle était nécessaire, la Banque, au tournant de ce nouveau millénaire, a lancé le MAP, programme innovateur destiné à soutenir une riposte rapide, agressive, substantielle et soutenue contre l'épidémie dans le plus grand nombre possible de pays. De

nombreuses leçons ont été retirées de cette expérience, et elles sont reflétées dans les actions prioritaires de ce programme. Il est important maintenant de maintenir le dynamisme existant, car des millions de vies et les gains et perspectives de développement de nombreux pays sont en jeu. En Afrique par exemple, il est absolument évident que le VIH/SIDA a freiné et parfois même inversé les progrès réalisés pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Les OMD fixent au monde l'objectif d'enrayer et inverser l'épidémie d'ici 2015.⁹ *La Déclaration d'engagement* sur le VIH/SIDA — adoptée à l'unanimité par les pays membres des Nations Unies lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA en 2001 — comprend un ensemble d'objectifs concrets, devant être exécutés dans des délais précis, et destinés à susciter des ripostes robustes à l'épidémie aux échelons mondial, national et régional.¹⁰ Le Programme global d'action de la Banque reflète et accentue l'engagement de la Banque à soutenir les pouvoirs publics et les programmes nationaux dans leurs efforts visant à atteindre ces objectifs importants.

La société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi le secteur privé et les organismes à but non lucratif ont tous des rôles clés à jouer

Objectifs du Millénaire pour le développement	Progrès de l'Afrique	Effets du VIH/SIDA
Réduire la pauvreté/la faim	Stagne, au mieux	Importants
Éducation primaire universelle	Ralentit	Modérés
Égalité entre les sexes	Ralentit	Importants
Mortalité infantile et juvénile	Empire	Importants
Santé maternelle	Empire	Importants
Lutte contre le SIDA & maladies	Empire	Importants
Durabilité de l'environnement	Comme prévu	Minime
Améliorer les partenariats mondiaux	Comme prévu	Favorable

La lutte contre le VIH/SIDA est entrée dans une ère nouvelle. Depuis que le virus a été identifié, il y a 24 ans de cela, nos connaissances en matière d'épidémiologie, de prévention, de soins et de traitements ont beaucoup évolué. La récente et énorme augmentation de financements nous donne aujourd'hui de nouvelles possibilités d'utiliser nos connaissances accumulées, et ce sur une échelle sans précédent. Le VIH/SIDA, hier un problème sanitaire, est aujourd'hui perçu comme une menace affectant le développement économique et social d'ensemble des pays. La lutte contre le VIH/SIDA, qui était au départ conçue comme une mesure d'urgence est devenue un engagement à long terme. Les quelques organismes qui luttaient seuls contre le VIH/SIDA ont été aujourd'hui rejoints par nombre d'autres institutions, mais toutes les forces et les ressources disponibles sont désespérément nécessaires. Mais, pour que les pays disposent d'une aide qui soit efficace, il faut, plutôt que d'inonder les pays sous des flots d'exigences contradictoires, que les efforts faits soient harmonisés et coordonnés.

Le Programme global d'action incarne l'engagement de la Banque mondiale à collaborer avec ses collègues, ses partenaires et les pays clients, à faire tout son possible, aussi bien que possible, pour prévenir de nouvelles infections et soigner et traiter les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA, et ce, sous la conduite dans chaque pays d'un cadre national commun, d'un organisme national commun de coordination de lutte contre le VIH/SIDA et d'un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national.

Notes

1. Banque mondiale. Octobre, 2004. Interim Review of the Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa., et Banque mondiale. 2005.

Committing to Results: Improving the Effectiveness of HIV/AIDS Assistance.

2. Les modifications des critères de financements (100% subvention, 50% subvention/50% crédit, ou 100% crédit) ont été résumées dans une note à l'intention du personnel de la Banque mondiale en mars 2005 : "Summary of IDA14 Policies for Operational Staff". Les ressources AID14 pour des dons ont augmenté de 20% par rapport à AID13. L'effet net en ce qui concerne les dons disponibles pour le VIH/SIDA demeure incertain, bien qu'il soit prévu qu'environ 30% de tous les financements AID14 soient sous forme de dons. Seuls les 81 pays les plus pauvres, où le revenu national brut per personne est inférieur à 895 dollars, sont éligibles aux financements AID; ces modifications n'affectent pas les financements de la Banque aux conditions BIRD auxquels sont éligibles les pays à revenu supérieur. Pour plus d'informations, voir : www.worldbank.org/IDA.

3. Integrating Gender Issues into HIV/AIDS, An Operational Guide. 2004, Groupe Parité entre les sexes et développement (PREM), Banque mondiale. http://www.worldbank.org/afr/aids/map/Gender_and_HIV-AIDS_Guide_Nov-04.pdf.

4. ONUSIDA. 2004. Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA.

5. Les comportements clés devant être surveillés sont : âge de début d'activité sexuelle, partenaires multiples, commerce sexuel et utilisation de préservatifs.

6. ONUSIDA. 8 avril 2002. *Convening Agencies: Role and Responsibilities*. Genève: ONUSIDA.

7. Ces derniers viendraient compléter la collection de l'ONUSIDA "Best Practice".

8. ONUSIDA. 8 avril 2002. *Convening Agencies: Role and Responsibilities*.

9. Assemblée générale des Nations Unies 2000. "Déclaration du Millénaire des Nations Unies." [www.un.org/].

10. Assemblée générale des Nations Unies 2001. "Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA." New York.

Matrice 1 : Programme global de lutte contre le VIH/SIDA — Matrice des objectifs, des actions, de l'échéancier et de la responsabilité financière

Objectif	Actions spécifiques	Échéancier	Responsabilité financière	
Domaine d'action : Aider les pays à renforcer leur planification nationale, bien budgétisée et aux priorités bien hiérarchisées comme convenu par le GTT				
Les pays développent des plans nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, bien budgétisés et bien hiérarchisés en termes de priorités	Développer des directives pratiques pour une planification efficace, stratégique et hiérarchisée en termes de priorités.	EF06	GHAP, ONUSIDA	
	Résumer les meilleurs exemples de planification stratégique nationale efficace.	EF06-EF08	GHAP, Régions	
	Développer des formations en planification stratégique et former les homologues nationaux, le personnel de la Banque, les partenaires du développement et les consultants en planification stratégique.	EF06-EF08	GHAP, WBI	
	Fournir une assistance technique à la planification stratégique nationale.	EF06-EF08	GHAP, Régions	
	Soutenir la création d'un réseau des professionnels nationaux de santé pour permettre aux clients de développer et mettre en commun leur expertise nationale de planification stratégique.	EF06-EF08	GHAP, Régions	
	Renforcer les liens entre l'acquisition de connaissances et l'évaluation d'impact pour de meilleures hiérarchisations des priorités et élaboration de programmes.	EF06-EF08	GHAP, Régions, DEC	
	Aider les pays à faire des rapports de synthèse, à analyser leurs épidémies et les ripostes optimales, et ce pour une planification stratégique plus étayée.	EF06-EF08	GHAP, Régions	
	Le VIH/SIDA est mieux intégré dans la planification nationale de développement	Adjoindre le VIH/SIDA aux Directives opérationnelles des DSRP et aux critères des Évaluations conjointes (JSA) pour les DSRP des pays qui ont des taux de VIH élevés ou en croissance rapide.	EF06	PNUD, OPCS, PREM, GHAP, HDNHE
Élargir le mandat de la GAMET pour qu'elle puisse aider les pays à donner au VIH/SIDA la priorité nécessaire dans leurs DSRP.		EF06-EF08	ONUSIDA, PNUD, GHAP, GAMET	
Incorporer le VIH/SIDA aux directives et procédures pour la préparation des cadres de dépenses à moyen terme.		EF06-EF07	GHAP, PREM, FMI, PNUD, HDNHE	
Augmenter la capacité des ministères de la Santé et des Finances à réviser les politiques macroéconomiques susceptibles d'entraver l'expansion rapide des activités VIH/SIDA.		EF06-EF08	WBI, PNUD	
Mobiliser les décideurs de haut niveau à plaider en faveur de la riposte au VIH/SIDA.		EF06-EF08	Régions, HDNHE, WBI, PNUD, ONUSIDA	
Si besoin est, les SAP doivent expliquer pourquoi la lutte contre le VIH/SIDA reçoit ou non un soutien et comment le programme de la Banque contribuera à aider les pays à atteindre leurs objectifs VIH/SIDA.		EF06-EF08	OPCS, PREM, GHAP, PNUD	
Domaine d'action : Financer les programmes VIH/SIDA nationaux et régionaux et le renforcement du secteur de la santé				
La Banque demeure l'une des principales sources de financement de la lutte contre le VIH/SIDA et l'une des plus flexibles.		Accorder des prêts et des aides financières aux pays et aux régions pour la riposte au VIH/SIDA.	EF06-EF08	Régions, GFATM et autres principaux financeurs, GHAP
	Fournir des financements et un soutien à long terme pour le renforcement des systèmes de santé.	EF06-EF08	Régions, HDNHE, OMS, GHAP	
Les systèmes de santé sont renforcés, en particulier leurs capacités de prévention et l'accès aux soins et traitements VIH/SIDA	Faire avancer, par des actions concrètes, l'œuvre déjà accomplie par le Forum de haut niveau et par les autres initiatives mondiales pour renforcer les systèmes de santé.	EF06-EF08	HDNHE, Régions, partenaires, GHAP	
	Éducation : renforcer les programmes scolaires de santé en Afrique, Asie du Sud, et Amérique Latine et Caraïbes ; diffuser les meilleurs exemples de programmes scolaires de prévention et de programmes visant à améliorer l'accès à l'école des orphelins du VIH/SIDA et le rôle pédagogique des enseignants sur le VIH/SIDA ; coordonner avec les partenaires et experts locaux.	EF06-EF08	HDNED (à la demande des Régions), UNESCO, GHAP	
	Transports et infrastructure : déterminer comment intégrer le VIH/SIDA dans les activités du secteur des transports de la Banque, inclure des activités VIH/SIDA dans les nouveaux projets transports et infrastructure en Inde et en Afrique et dans les projets en cours en Afrique lors des examens à mi-parcours. Collaborer avec les responsables des politiques de transport dans les pays d'Afrique anglophones et francophones pour élaborer des mesures et des plans de mise en œuvre VIH/SIDA. Préparer le projet du couloir routier international contre le VIH/SIDA en Afrique australe. Incorporer l'IEC et la distribution de préservatifs dans les contrats de constructions financés par la Banque.	EF06-EF08	AFTTR, SASHD et SASEI, Bureau sectoriel des transports, GHAP	
	Urbain : continuer le travail en cours de soutien à la riposte VIH/SIDA des collectivités locales, y compris le développement et la modernisation des outils de formation pour les municipalités ; soutenir les services opérationnels de la Banque pour leur permettre d'incorporer la riposte VIH/SIDA au travail d'urbanisme et d'impliquer les collectivités locales dans les programmes VIH/SIDA ; et travailler en collaboration avec les partenaires externes pour partager les connaissances acquises, les meilleurs exemples d'interventions et des conseils pratiques.	EF06-EF08	TUDUR, régions, Commission technique des services urbains, partenaires clés dont Alliances des villes, GHAP	

Objectif	Actions spécifiques	Échéancier	Responsabilité financière
	Droit et inégalité entre les sexes : organisation de dialogues, préparation de directives opérationnelles et formation des professionnels du droit, de la justice, de la médecine et de La santé pour améliorer leur capacité à prendre en compte les aspects juridiques, liés au VIH/SIDA, et importants pour l'égalité des sexes.	EF06-EF08	Groupe thématique Droit et égalité, ≤ GHAP, ONUSIDA
	Juridique : évaluer les lois et recommander comment elles pourraient être améliorées pour protéger les PVVS et les orphelins. Donner des conseils juridiques sur les brevets et le commerce international des ARV.	EF06-EF08	LEGVP, Régions, GHAP, ONUSIDA
Domaine d'action : Soutenir la mise en œuvre accélérée des programmes			
Les projets et programmes VIH/SIDA sont exécutés correctement et respectent les délais de décaissements	Fournir une assistance financière et technique au moyen de prêts, de dons du FDI, de séminaires et de formations pour améliorer la capacité institutionnelle et les systèmes des pays à mettre en œuvre les plans nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.	EF06-EF08	GHAP, Régions, WBI, GIST, OMS
	Garantir un budget suffisant pour la supervision des projets VIH/SIDA, et mobiliser des ressources fiduciaires pour offrir un soutien supplémentaire à la mise en œuvre.	EF06-EF08	GHAP, Régions, ONUSIDA
	Maintenir le soutien au partenariat mondial sur la passation des marchés ARV et le renforcement des capacités de gestion logistique.	EF06-EF08	WBI, GHAP, OMS, UNICEF
	Renforcer l'action de l'Équipe pour la mise en œuvre accélérée et celle d'ACTAfrica en mettant en place un service-conseil pour la mise en œuvre de la lutte contre le VIH/SIDA à l'échelon global de la Banque (IAS). Cette équipe travaillera en collaboration avec les pays et les chefs des projets de la Banque en vue d'améliorer davantage la planification, la budgétisation, la conception des programmes, la gestion financière, les décaissements et passations de marchés et les dispositifs de contrôle des dépenses.	EF06	GHAP, WBI, GIST, Régions
	Sur la base des connaissances, de l'expérience et des besoins, poursuivre la simplification des procédures opérationnelles et des directives des projets VIH/SIDA, et encourager les pays à mettre en place des procédures innovatrices pour accélérer et optimiser la mise en œuvre.	EF06-EF08	GHAP, Régions, OPCS, GIST
Le secteur privé, les organisations de la société civile, les ONG et les communautés jouent un rôle déterminant dans la riposte au VIH/SIDA	Les actions varient selon les besoins des pays et peuvent signifier : (i) soutenir les changements de politiques ; (ii) établir et financer des procédures transparentes et basées sur les résultats pour faire parvenir les fonds aux communautés locales ; (iii) encourager les pouvoirs publics à travailler davantage avec d'autres systèmes de prestations de service ; (iv) travailler sur le terrain pour mettre en place des dispositifs et dynamiser les partenariats de lutte contre le VIH/SIDA.	EF06-EF08	GHAP, Régions, partenaires, SFI et ONUSIDA
Les meilleurs exemples de programmes sont regroupés et largement diffusés, ce qui influence la mise en œuvre	Utiliser les réseaux de professionnels nationaux de santé pour échanger des expériences, des connaissances, et des conseils pratiques portant sur des questions opérationnelles d'ordre général, sur l'architecture fiduciaire et certains thèmes programmatiques spécifiques.	EF06-EF08	GHAP, Régions, ONUSIDA
Domaine d'action : Renforcer les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation et les ripostes basées sur des éléments concrets			
Les pays se dotent de la capacité de faire le suivi et l'évaluation de leurs programmes, de mettre en place des systèmes performants de S&E et d'utiliser les données des S&E pour la planification des programmes	Elaborer des directives pour les systèmes nationaux de S&E et y apporter des révisions régulières.	EF06-EF08	GAMET, ONUSIDA GFATM, PEPFAR
	Résumer les meilleurs exemples de S&E.	EF06-EF08	GHAP, Régions, ONUSIDA
	Organiser des formations S&E aux échelons mondial, national et régional.	EF06-EF08	GHAP, Régions, WBI, ONUSIDA, GFATM, PEPFAR
	Accomplir les tâches allouées par le GTT avec les partenaires clés pour harmoniser et renforcer les systèmes nationaux de S&E.	EF06-EF08	GHAP/GAMET, ONUSIDA
	Continuer à monter et former une équipe mondiale, comprenant la participation coordonnée de plusieurs organismes et composée de spécialistes internationaux du suivi et de l'évaluation, afin de fournir, sur le terrain, une aide au suivi et à l'évaluation concrète et intensive.	EF06-EF08	GHAP/GAMET, ONUSIDA
	Former des spécialistes S&E dans chaque pays, renforcer la capacité nationale et réduire graduellement les besoins de recours fournis par l'équipe mondiale.	EF06-EF08	GAMET/CST, ONUSIDA, GFATM, PEPFAR
Domaine d'action : Acquisition et transfert des connaissances, évaluations d'impact et études analytiques, pour améliorer la performance des programmes			
Acquisition de connaissances et évaluations d'impact	Faire des évaluations opérationnelles, de résultats et d'impact des programmes VIH/SIDA et établir un système pour faire des évaluations prospectives des nouveaux projets VIH/SIDA.	EF06-EF08	Régions, DEC, GAMET, HDN Économiste en chef, ONUSIDA, URGE
De nouvelles études analytiques dans les domaines prioritaires sont effectuées	Collaborer avec les groupes DEC et PREM, le FMI et les chercheurs qui ont une bonne connaissance des pays pour définir et réaliser de nouvelles analyses dans des domaines couvrant plusieurs secteurs et pays.	EF06-EF08	PREM, DEC, FMI, URGE, GHAP, chercheurs

Objectif	Actions spécifiques	Échéancier	Responsabilité financière
Les conclusions de la recherche et les enseignements tirés de l'expérience sont rendus facilement accessibles et sont largement partagés	Diffuser rapports et autres documents en utilisant tous les moyens disponibles.	EF06-EF08	GHAP
	Améliorer et enrichir continuellement le site Web de la Banque consacré au VIH/SIDA, afin de permettre l'accès rapide et facile à tous les rapports, documents, manuels etc. de la Banque concernant le VIH/SIDA.	EF06-EF08	GHAP
	Créer une nouvelle série de publications comprenant: (i) des rapports concis et des notes sur le travail VIH/SIDA sur le terrain ; et (ii) des rapports d'analyse sur le VIH/SIDA. Publier les documents de synthèse des pays sur le VIH/SIDA.	EF06-EF08	GHAP
	Organiser des séminaires de haut niveau, des conférences et débats pour discuter des controverses actuelles et des sujets communs à plusieurs secteurs et pays et concernant la prévention, les soins et les traitements VIH/SIDA	EF06-EF08	GHAP, WBI et partenaires
Collaboration étroite avec les partenaires pour parvenir à une riposte contre le VIH/SIDA concertée et harmonisée, conforme à la vision de le GTT			
GHAP, régions et autres services de la Banque collaborent étroitement pour augmenter l'impact de la Banque dans la lutte contre le VIH/SIDA	Travailler en étroite collaboration avec les régions, soutenir leurs stratégies VIH/SIDA et leurs programmes de travail.	EF06-EF08	GHAP, Régions
	Travailler en étroite collaboration avec le PREM et DEC sur l'analyse économique, les liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et la vulnérabilité ; avec HNP sur les systèmes et prestations de santé et le financement des dépenses. Poursuivre le travail en cours concernant la formation avec l'Institut de la Banque mondiale et les initiatives du secteur privé avec la SFI.	EF06-EF08	GHAP, HDNHE, PREM, DEC, WBI, SFI, URGE
	Développer de nouvelles actions de lutte contre le VIH/SIDA avec les secteurs de l'éducation, des transports, de l'urbanisme et autres.	EF06-EF08	GHAP, HDNED, Unités des transports et de l'urbanisme, partenaires et autres éventuellement
La participation de la Banque dans des partenariats externes contribue à une riposte mondiale plus efficace et complète et/ou renforce la lutte de la Banque contre le VIH/SIDA.	Remplir les objectifs assignés en tant que coparrain de l'ONUSIDA et lors des réunions du conseil d'administration et des comités du GFATM. Poursuivre le travail dans le cadre d'autres partenariats externes, en restant sélectif pour garantir une valeur ajoutée.	EF06-EF08	GHAP

ANNEXE 1 : STRATÉGIES RÉGIONALES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET INITIATIVES DE LA SFI ET DE L'INSTITUT DE LA BANQUE MONDIALE

La lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale se traduit principalement par ses activités de prêts, d'études analytiques et les dialogues sur les politiques menées par les six régions. Cette annexe résume les stratégies régionales ou plans opérationnels des régions ainsi que les programmes de lutte contre le SIDA de la SFI et de l'Institut de la Banque mondiale.

Afrique (AFR)

La stratégie de la région Afrique de 1999, « *Intensification de l'action contre le SIDA en Afrique : Répondre à une crise de développement* »,¹ note les lacunes de l'action de la Banque face à la progression acharnée de l'épidémie en Afrique et l'impact désastreux de cette dernière sur le développement. Elle affirme que le VIH/SIDA doit dorénavant figurer au cœur du programme de développement de la Banque en Afrique et appelle les dirigeants africains, la société civile et le secteur privé à placer la lutte contre le VIH/SIDA au cœur de leurs programmes.

Cette stratégie repose sur quatre piliers principaux :

- 1 Plaidoyers pour que le VIH/SIDA soit reconnu comme un enjeu crucial de développement et pour que les moyens engagés pour intensifier la riposte soient accrus et durablement maintenus ;
- 2 Augmentation des ressources financières et techniques mis à la disposition des partenaires africains et des équipes-pays de la Banque afin que des activités de lutte contre le VIH/SIDA puissent être intégrées à tous les secteurs ;
- 3 Ciblage de la prévention à la fois sur l'ensemble de la population et sur des

groupes spécifiques, et activités pour élargir les soins et les traitements VIH/SIDA; et

- 4 Banque de connaissances enrichie, à jour sur les tendances épidémiologiques, les impacts anticipés et les interventions prouvées efficaces, afin que les pays puissent concevoir et gérer leurs programmes de prévention, de soins et de traitements sur la base des meilleurs exemples de programmes.

Pour ce faire, la Région Afrique a créé une Équipe plurisectorielle pour la campagne contre le SIDA en Afrique, ACTAfrica, dont la mission est de fournir une aide opérationnelle dans tous les secteurs. Le rôle d'ACTAfrica consiste entre autres : (i) aider les équipes-pays de la Banque à mobiliser les dirigeants africains et la société civile, et le secteur privé à intensifier leurs actions de lutte contre le VIH/SIDA ; (ii) adapter les projets existants pour y inclure des éléments VIH/SIDA chaque fois que cela est possible, aider au développement de nouveaux projets consacrés exclusivement au VIH/SIDA et inclure des mesures d'atténuation des effets du SIDA dans les autres projets selon la nécessité ; et (iii) aider les équipes-pays de la Banque à inclure le VIH/SIDA dans leurs stratégies d'aide-pays.

Au moment où la stratégie régionale pour l'Afrique avait été développée, les opérations de prêts de la Banque et les études économiques et sectorielles pour le VIH/SIDA étaient peu nombreuses, de nombreux gouvernements hésitaient à prendre des mesures contre l'épidémie et peu de gouvernements disposaient des ressources et de la capacité institutionnelle nécessaire.

L'ONUSIDA venait d'être créé, et, si la Banque figurait parmi les coparrains, elle

n'était pas aussi active qu'elle aurait pu l'être.

Cette stratégie a été innovante dans la mesure où elle indiquait la priorité qu'il fallait accorder au VIH/SIDA dans les programmes de développement de la Banque en Afrique subsaharienne. Son originalité résidait également dans le fait qu'elle préconisait : (i) des approches multisectorielles et que la coordination des programmes nationaux de contrôle du SIDA n'incombait pas aux ministères de la Santé ; (ii) des programmes de financements flexibles et sans échéance prédéterminée, élaborés en commun et contrôlés par les pays ; et (iii) des dispositifs innovants pour acheminer les ressources jusqu'au secteur privé, à la société civile et aux communautés. Un processus d'apprentissage par expérience, permettant d'adapter et d'améliorer la mise en œuvre, faisait partie intégrante de ces efforts innovants et intensifs.

Depuis que le premier programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque a été approuvé en l'an 2000, celle-ci a engagé 1,2 milliards de dollars dans 29 pays et 4 projets sous-régionaux en Afrique. De cette somme, environ 440 millions de dollars ont été versés, dont 40% directement aux organismes de mise en œuvre dans les secteurs public et privé, à la société civile et aux communautés locales pour 30.000 sous-projets. En 2002, la réglementation des projets a été modifiée pour permettre que la lutte contre le VIH/SIDA soit financée par des dons à 100% dans les pays dont les projets sont financés entièrement par l'AID, et jusqu'à 25% dans les pays recevant un financement à la fois de l'AID et de la BIRD. La lutte contre le VIH/SIDA a également été déclarée prioritaire en ce qui concerne les dons du FDI, ce qui permet à la Banque d'attribuer jusqu'à 500.000 dollars pour le renforcement des capacités dans les pays AID et BIRD.

Selon l'examen à mi-parcours du MAP en 2004,² ce dernier devait aller plus loin pour : (i) réaliser les objectifs des « Trois principes » d'un cadre national commun, d'un organisme national commun de coordination de la riposte et d'un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national ;

(ii) aider les gouvernements à développer des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA plus robustes ; (iii) contribuer à améliorer la gouvernance et la transparence financière ; (iv) intégrer des mesures incitatives pour améliorer la performance ; (v) soutenir des projets bien différenciés en tant que donateur de dernier recours ; et (vi) mieux répondre aux besoins du secteur de la santé. La Banque a également été appelée à améliorer sa performance et sa capacité à apporter un soutien technique aux projets MAP, en particulier dans les domaines du S&E, de la communication et de la conception institutionnelle des projets. Conjuguées aux mesures de riposte de la région Afrique et d'ACTAfrica, les recommandations principales de l'examen à mi-parcours ont concouru à orienter ce Programme global d'action de lutte contre le VIH/SIDA.

Les objectifs de résultats à court et moyen terme comprennent :

- Opérations de prêts : Les projets MAP de la seconde génération devraient être mis en œuvre au Ghana et en Éthiopie dans un avenir proche, et ils sont en cours de préparation au Kenya et en Érythrée. Un deuxième projet MAP sera probablement nécessaire dans les pays suivants : Nigeria, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Madagascar, Sierra Leone, Ouganda, Sénégal, Guinée Bissau, Zambie, Niger et Guinée. La supervision des programmes sera hautement prioritaire.
- Services analytiques et consultatifs : les dialogues sur les politiques et les études analytiques seront intégrés à la supervision et à la préparation des projets. Une étude de la lutte contre le VIH/SIDA menée par les communautés locales est en cours en Éthiopie.

Amérique latine et caraïbes (LAC)

La Banque, en 2001, finançait trois projets VIH/SIDA dans la région Amérique latine-Caraïbes : un projet de lutte contre le VIH/SIDA au Brésil approuvé en 2003, un projet santé et maladies en Argentine approuvé en 1997, un projet santé en Haïti qui comprenait des activités VIH/SIDA, et une

petite initiative régionale Amérique latine-Caraïbes qui était en voie d'être intégrée dans le soutien technique régional de l'ONUSIDA.

Consciente qu'il fallait intensifier la riposte, la Banque a élaboré une stratégie pour les Caraïbes, où l'épidémie était à un stade plus avancé que dans les autres pays de la région.³ Cette stratégie proposait cinq mesures destinées à intensifier les activités des gouvernements: (i) accroître l'engagement et la volonté des pouvoirs publics à financer la lutte contre le VIH/SIDA ; (ii) multiplier les activités de prévention aux niveaux national et communal en se servant des systèmes de communication pour introduire des modifications comportementales parmi la population ; faciliter l'accès aux conseils et tests volontaires (CTV), aux préservatifs et aux traitements contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ; garantir l'approvisionnement en sang sûr et réduire les transmissions mère à enfant ; (iii) augmenter l'échelle des activités de prise en charge aux niveaux national et communal ; (iv) soutenir la recherche liée au VIH/SIDA à l'échelon national; et (v) renforcer les ripostes nationales à l'épidémie dans les Caraïbes.

La Banque, pour mettre cette stratégie en place, a approuvé en 2001 un programme plurinational de lutte contre le SIDA pour les Caraïbes consistant de prêts évolutifs (Adaptable Lending Program) à hauteur de 155 millions de dollars. Depuis, 117,6 millions de dollars ont été engagés pour neuf programmes nationaux et un projet régional par le biais de l'approche multisectorielle élaborée dans cette stratégie.

Des projets régionaux VIH/SIDA sont également en cours au Brésil, où le montant total des prêts pour lutter contre l'épidémie, avec un troisième prêt accordé en 2003, s'élève dorénavant à 425 millions de dollars.⁴ Plusieurs projets santé et autres en Argentine, au Venezuela, en Honduras, au Mexique et à El Salvador comportent des volets importants de financements pour la lutte contre le VIH/SIDA. Ces projets suivent essentiellement une stratégie similaire : activités de prévention mises en œuvre par des ONG et par les pouvoirs publics, prestations de ser-

vices pour les patients atteints du SIDA, développement institutionnel, et suivi et évaluation. Un don pour la lutte contre le VIH/SIDA de 8 millions de dollars a également été approuvé en mars 2005 pour un projet de renforcement des capacités en Amérique centrale (El Salvador, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama).

En 2003, la région a publié deux rapports sur l'évolution de l'épidémie et des ripostes nationales et a suggéré des mesures prioritaires. Selon le rapport intitulé « *HIV/AIDS in Latin America : The Challenges Ahead* »,⁵ si l'épidémie n'a pas encore atteint un stade généralisé dans la plus grande partie de l'Amérique latine, il semble pourtant que, dans certains pays, elle soit en train de se propager hors des groupes à hauts risques (CDI et HSH) et de gagner la population générale. Ce document souligne que l'épidémie pourrait fort bien se généraliser à moins que des mesures préventives énergiques et appropriées ne soient prises très rapidement. Les actions prioritaires recommandées dans les milieux faiblement endémiques sont les suivantes : (i) mesures énergiques pour enrayer la propagation du virus au sein des groupes à hauts risques ; (ii) surveillance épidémiologique ; et (iii) soins et prise en charge des personnes atteintes par le VIH/SIDA.

« *HIV/AIDS in Central America : An Overview of the Epidemic and Priorities for Prevention* » fait état du travail et des conclusions de trois ateliers-pays (en Honduras, à Panama et au Guatemala) au cours desquels des équipes d'experts locaux et internationaux ont cherché à connaître, grâce à un nouvel outil de modélisation conçu pour aider à la planification stratégique, quel serait l'impact probable des interventions sur les nouvelles infections dans le cas où les ressources seraient allouées de façon différente. Dans chacun des trois pays, il s'est avéré que les interventions les plus rentables seraient le marketing social des préservatifs, la distribution gratuite de préservatifs aux groupes à haut risque, de l'IEC pour les groupes à haut risque dont les HSH, les travailleurs sexuels et les détenus ; et les conseils et tests volontaires. La prévention des nouvelles infections parmi les groupes à haut risque est d'autant plus

contraignante que ces derniers sont difficiles à atteindre, accentuant par là même la nécessité de concevoir des moyens d'interventions moins traditionnels. La modélisation a démontré que les taux de financements existants étaient insuffisants et mal ciblés. Une étude similaire portant sur l'Argentine — *“Optimizing the allocation of resources among HIV/AIDS prevention interventions in Argentina”* — a été publiée en 2005.

La région projette de développer, en 2005, une nouvelle stratégie de lutte contre le VIH/SIDA destinée à amplifier les mesures de ripostes précédentes en tenant compte du caractère diversifié de l'épidémie au sein des différentes régions et à l'intérieur même des pays ; des besoins spécifiques des pays à faible taux de prévalence où l'épidémie est concentrée dans de petits groupes de population à hauts risques ; de la nécessité pour la Banque d'offrir une aide différenciée du fait que les pays à revenus intermédiaires pourraient avoir davantage besoin d'assistance technique que financière; et enfin de l'évolution rapide des financements disponibles.

Les objectifs de résultats à court et moyen terme comprennent :

- Opérations de prêts : la région cherchera à tirer parti des possibilités de financement des projets et programmes sous-régionaux de lutte contre le VIH/SIDA qui offrent des économies d'échelle, et d'autre part à renforcer la capacité des systèmes de santé. Un effort particulier sera fait pour intensifier la mise en œuvre des projets existants dans les Caraïbes. Un projet santé en Argentine (EF06) comprendra un volet VIH/SIDA. La région pourrait également envisager de soutenir les mesures de riposte engagées en Dominique et au Surinam.
- Services analytiques et consultatifs : les dialogues sur les politiques à mener se poursuivront dans le cadre de la supervision des projets et durant les phases de conception et d'élaboration de nouvelles stratégies régionales VIH/SIDA. Le rapport récemment publié sur l'application du modèle coûts-avantages ABC d'allocation des ressources en Argentine sera discuté avec le gouvernement. Ce modèle

sera également utilisé pour effectuer des études similaires dans d'autres pays de la région. Parmi les autres travaux analytiques et consultatifs envisagés, on peut citer : une évaluation des faiblesses de mise en œuvre des projets financés par la Banque et autres bailleurs de fonds dans les Caraïbes ; une analyse de la lutte contre le VIH/SIDA du secteur public (en particulier celle du secteur du tourisme) ; une évaluation des interventions ciblant les populations mobiles ; une évaluation des avantages que présente le recours aux ONG et aux communautés locales pour intervenir sur des populations cibles. De plus, des études analytiques seront menées dans le cadre des deux projets régionaux de lutte contre le VIH/SIDA pour les Caraïbes et l'Amérique centrale. Ces analyses porteront sur les aspects suivants : liens entre le VIH/SIDA et la pauvreté dans les Caraïbes (études de cas sur la Jamaïque et Grenade) ; enseignements VIH/SIDA tirés du programme des Bahamas ; facteurs de risques de transmission VIH parmi les populations mobiles ; et une évaluation des brevets pharmaceutiques et des régimes d'enregistrement dans les pays de la communauté des Caraïbes (CARICOM). Le projet régional Amérique centrale appuiera une étude du cadre juridique VIH/SIDA portant sur les droits de la personne, l'intégration des traitements et la réglementation des produits pharmaceutiques et de laboratoire. Le Réseau mondial pour l'enseignement à distance a prévu deux séminaires d'échange de vues pour l'exercice 06 afin de discuter de la coopération régionale et de l'éventualité d'une nouvelle opération régionale dans les pays du Mercosur (Chili, Argentine, Bolivie, Brésil, Paraguay et Uruguay).

- Accélération de la riposte au SIDA dans certains secteurs : la région LAC projette de renforcer la riposte multisectorielle à l'épidémie. Un dispositif a déjà été mis en place pour renforcer le rôle du secteur de l'éducation dans les Caraïbes. Il s'agira là d'une collaboration entre l'équipe VIH/SIDA Éducation de l'unité de gestion Caraïbes, le Groupe Éducation du Réseau du développement humain, l'UNESCO, le Secrétariat du partenariat panaméricain de lutte contre le VIH/SIDA

(PANCAP) et les autres membres du PANCAP.

- Renforcement des capacités : La région LAC, dans le cadre de ses deux projets régionaux, continuera à fournir une assistance technique dans un certain nombre de domaines transsectoriels portant sur : suivi et évaluation, aspects juridiques et réglementaires ; et renforcement de la riposte au sein du secteur de l'éducation.
- Coordination des donateurs/partenariats : La région continuera de travailler au renforcement de la collaboration entre les donateurs bilatéraux et les organismes multilatéraux dont : l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS/OMS) ; la Banque interaméricaine de développement, le Fonds mondial et la Fondation Clinton. La région continuera également à participer aux partenariats régionaux et à fournir une assistance technique pour le renforcement des organismes régionaux dont le Partenariat Pan-caraïbe du CARICOM contre le VIH/SIDA et le Secrétariat Centraméricain pour l'intégration sociale.

Europe et asie centrale (EAC)

La stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA de 2003⁶ met l'accent sur la progression rapide des épidémies du VIH/SIDA et de la tuberculose dans certaines parties de la région, menaçant d'ébranler la croissance économique, d'accroître les dépenses de santé et d'aggraver le nombre de personnes à prendre en charge. Les plus lourdement touchés par l'infection sont les jeunes, surtout les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs de l'industrie du sexe et les populations mobiles. Selon les estimations de cette stratégie, il est impératif de réduire les risques d'infection, en particulier au sein « des principaux agents de transmission à hauts risques et des populations passerelles » et de soutenir des programmes de prévention ciblés et non discriminants à bien plus grande échelle que la plupart des projets pilotes existants.

Cette stratégie concrétise l'engagement de la Banque à mobiliser la volonté publique et sociale pour combattre la double épidémie de VIH/SIDA et de tuberculose qui sévit dans la région. Elle met l'accent sur l'aide à

octroyer aux pays pour leur permettre de réunir et d'utiliser des informations essentielles pour la conception, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes, y compris : surveillance épidémiologique et comportementale comme base efficace de prévention ; identification des interventions les plus rentables et les plus efficaces à prévenir de nouvelles infections ; estimation et projection de l'impact social et économique du VIH/SIDA et de la tuberculose et des ressources nécessaires pour la prévention et le traitement.

Cette stratégie place la prévention de nouvelles infections en tête des priorités de l'action VIH/SIDA de la Banque dans la région. Les actions définies comme essentielles sont les suivantes : programmes pour prévenir la transmission du virus entre les travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients ; réduction des risques parmi les consommateurs de drogues injectables ; interventions pour les détenus et anciens détenus ; et meilleure surveillance des banques de sang ; elle vise à garantir une prise en charge et des prestations de soins abordables et de bonne qualité pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cependant, elle souligne que l'utilisation des ARV devrait être assujettie à des évaluations par des experts internationaux et à l'amélioration des systèmes de santé pour en garantir la qualité et réduire les risques d'émergence de nouvelles formes du virus qui seraient pharmaco-résistantes. Elle propose que la Banque renforce les capacités nationales à mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose à grande échelle.

Au moment où la stratégie EAC a été élaborée, la Banque venait d'achever une étude de la lutte contre le VIH/SIDA en Géorgie ainsi que des études sous-régionales portant sur la Pologne et les Etats baltes, et l'Europe du Sud-est. Une étude sous-régionale était aussi en cours (et est aujourd'hui achevée) en Asie centrale. En 2003, la Banque a également cofinancé, avec l'ONUSIDA deux études régionales, dont un inventaire des ressources disponibles pour les programmes contre le VIH/SIDA dans la région. Les opérations de prêts de la Banque financent aujourd'hui des programmes VIH/SIDA en Ukraine, en Russie, en Moldavie ainsi qu'un

nouveau projet régional de lutte contre le VIH/SIDA en Asie centrale. Des projets financés par des dons existent pour la Moldavie et l'Asie centrale.

Les objectifs de résultats pour les 2 à 3 prochaines années comprennent :

- Opérations de prêts : supervision des programmes en Moldavie, Russie, Ukraine et Asie centrale. Les nouvelles opérations en Azerbaïdjan et en Albanie comprendront des activités destinées à renforcer le secteur de la santé, y compris la capacité à lutter contre le VIH/SIDA.
- Services analytiques et consultatifs : Les études analytiques et des dialogues sur les politiques porteront principalement sur : la tuberculose et le VIH/SIDA en Asie centrale ; une évaluation régionale de l'épidémie en Europe du Sud-est ; en Russie, une évaluation des brevets et des régimes d'enregistrement pour les médicaments ARV et des campagnes publiques d'information sur le VIH/SIDA, et enfin une évaluation comparative des programmes russe et ukrainien de lutte contre le VIH/SIDA.
- Renforcement des capacités : la région EAC soutiendra les partenariats, les jumelages et les visites de coopération technique, les conférences et autres activités destinées à étayer la mise en œuvre des programmes dans les pays de la région (en particulier ceux qui partagent un langage commun), ainsi qu'entre des pays de cette région et le Brésil, entre les organismes régionaux de lutte contre le VIH/SIDA d'Asie centrale et des Caraïbes et enfin entre les Bureaux d'entreprises pour la lutte contre le VIH/SIDA en Russie, au Brésil et en Europe.
- Coordination entre les donateurs : la région EAC collaborera avec l'OMS, l'ONUSIDA, le DFID et l'Agence suédoise pour le développement international portant sur l'évaluation des interventions et l'identification des activités destinées à mettre les « Trois principes » en application en Russie.

Asie du sud (AS)

La région de l'Asie du Sud, du fait de sa grande densité démographique, figure en

seconde position quant au grand nombre de nouvelles infections annuelles, et ce, malgré son faible taux général de prévalence VIH. L'épidémie revêt des formes très variables d'un pays à l'autre. Elle est généralisée⁷ dans certaines zones géographiques et concentrée⁸ dans d'autres. La prévalence de comportements à risque dans la région est importante. Le commerce sexuel non protégé reste en tête des comportements à risques, mais le VIH se propage parmi les CDI et les HSH. Le plan régional d'activités VIH/SIDA estime qu'il est encore possible d'empêcher la généralisation des épidémies pour l'instant concentrées, et qu'il est urgent d'aider les pays à exécuter à grande échelle leurs programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.⁹

L'approche stratégique adoptée par la région souligne : (i) l'importance de promouvoir des programmes de prévention vigoureux et ciblés et d'agir sur un ensemble de facteurs, dans tous les secteurs, pour modifier les attitudes, renforcer les comportements responsables et déstigmatiser le VIH/SIDA ; et (ii) utiliser des approches spécifiques à chaque pays, selon la forme que l'épidémie y adopte et en tenant compte du taux élevé de risque et de vulnérabilité dans l'ensemble de la région. Elle reconnaît également qu'il est indispensable d'harmoniser et de coordonner les activités des donateurs, et que, étant donné la conjoncture fluctuante des aides financières, la contribution de la Banque doit être stratégique.

Les objectifs de résultats du programme de travail sur trois ans en cours comprennent :

- Opérations de prêts : les programmes nationaux seront renforcés et élargis en Inde, au Bangladesh, au Bhoutan,¹⁰ au Sri Lanka et au Pakistan et leur supervision améliorée.
- Services consultatifs et analytiques : des dialogues sur les politiques seront engagés en Afghanistan et aux Maldives. Au Sri Lanka et au Népal, des options et plans de traitements seront développés.
- Renforcement des capacités : la prévention VIH/SIDA sera incorporée à l'éducation et aux transports, aux opérations des secteurs privé et du développement rural, et des systèmes de surveillance et de S&E

de seconde génération développés dans tous les pays.

- Coordination des donateurs : Des partenariats avec le Fonds mondial et la Fondation Gates seront établis et la collaboration de la Banque avec les partenaires des Nations Unies sera renforcée.

Une équipe régionale plurisectorielle a été créée pour apporter une aide à la mise en œuvre de ces objectifs et un coordinateur du programme régional de lutte contre le SIDA est en poste depuis janvier 2005.

Asie orientale et pacifique (AEP)

La note de stratégie « Addressing HIV/AIDS in East Asia and the Pacific » (2004) indique que l'épidémie de la région la plus peuplée du monde revêt différentes formes.¹¹ Elle décrit les enseignements tirés des tentatives, réussies ou non, faites pour enrayer l'épidémie dans la région. Elle souligne que, même devant des engagements très forts, il y a eu une insuffisance de financements de la part des gouvernements publics de leur lutte contre le VIH/SIDA, ce qui a laissé à la Banque et aux autres organismes de développement un rôle prépondérant. Suite à l'apparition de nouvelles sources externes de financement, il semble probable que la Banque sera moins sollicitée pour de nouveaux prêts, mais qu'il lui reste un rôle important à jouer dans la mobilisation des ressources, et qu'elle sera plutôt appelée à effectuer des études analytiques, offrir des services-conseils et des programmes de formation, renforcer les programmes multisectoriels, et ceci en étant peut-être un bailleur de fonds de dernier recours.

Selon la note de stratégie, tous les pays, pour lutter contre l'épidémie, sont confrontés aux cinq défis clés suivants : (i) engagement politique et appui multisectoriel ; (ii) surveillance de la santé publique et suivi et évaluation ; (iii) prévention ; (iv) soins, prise en charge et traitement ; et (v) prestations de services de santé. Elle propose donc que des stratégies propres à chaque pays soient développées afin de répondre à ces défis, tenant compte de leurs besoins et de la forme que revêt l'épidémie, et que des plans stratégiques nationaux de lutte contre le

VIH/SIDA soient élaborés par les pouvoirs publics et que des stratégies d'aide aux pays soient développées par la Banque. Des notes de stratégies VIH/SIDA pour chaque pays détailleront des plans de travail, flexibles et innovants, qui combinent études analytiques et services-conseils, opérations de prêts et activités régionales dans les cinq domaines clés cités ci-dessus.

La stratégie régionale décrit les mesures essentielles qui doivent être prises pour relever les défis mentionnés. Des campagnes de sensibilisation et de mobilisation du public pourront renforcer l'engagement politique et le soutien apporté à un grand nombre de secteurs. Des méthodes modernes de surveillance de la santé publique devront être utilisées pour obtenir des données concernant le nombre de personnes qui s'adonnent à des comportements à risque et les groupes avec lesquels ces personnes interagissent. Il faudra pour cela effectuer des sondages de comportement réguliers ainsi que des recherches sur les comportements sexuels et la consommation de stupéfiants, ce qui nécessite un renforcement des capacités locales. Les systèmes de suivi et d'évaluation sont indispensables pour réunir des données sur les interventions à des fins de prévention et de soins, de prise en charge et de traitement.

Des interventions de prévention à plus grande échelle doivent être mises en place, maintenues et renforcées sur la base d'une bonne connaissance des conditions locales. Pour permettre aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA d'avoir accès à un ensemble de prestations de soins, de prise en charge et de traitement, il faut également que les directives et règlements gouvernant l'action des secteurs public et privé soient améliorés, et que des études analytiques soient menées pour comprendre comment administrer au mieux des traitements ARV au sein de systèmes de santé relativement faibles. Le renforcement des systèmes de santé et de la capacité d'absorption dans l'ensemble des pouvoirs publics sont donc tous deux essentiels à la mise en œuvre de campagnes préventives réussies.

Le montant total régional des opérations de prêts pour la lutte contre le VIH/SIDA s'élève

à 138 millions de dollars, qui ont financés dix projets dans le domaine de la santé et deux projets consacrés exclusivement à lutte contre le VIH/SIDA (Indonésie et Vietnam).¹² Parmi les projets aujourd'hui en cours d'exécution, on peut citer : un projet ciblé sur quatre provinces en Chine — Fujian, Guangxi, Shanxi et Xinjiang (25 millions de dollars), un projet pour l'approvisionnement en sang sûr au Vietnam (47,5 millions de dollars) et le Projet vietnamien de lutte contre le VIH/SIDA, nouvellement approuvé (35 millions de dollars), et une aide pour les ARV dans le cadre d'un programme santé au Cambodge.

Les activités prévues à l'avenir comprennent :

- Opérations de prêts : Les efforts porteront sur la mise en œuvre vigoureuse du portefeuille existant et sur la préparation de nouveaux projets VIH/SIDA, en fonction de la demande des pays.
- Services consultatifs et analytiques : Les nouveaux travaux analytiques menés en Chine étudient les politiques possibles pour combattre l'épidémie nationale. En Papouasie Nouvelle Guinée, une stratégie commune de lutte contre le VIH/SIDA est en cours d'élaboration, dans le cadre d'une stratégie d'ensemble de développement humain, en collaboration avec AusAID (Agence australienne de développement international) et la BAD (Banque asiatique de développement). En Thaïlande, une analyse récemment achevée sur les politiques qui pourraient être adoptées pour traiter les infections tout en favorisant la prévention sera suivie par plusieurs activités connexes. Au Vietnam et en PNG, des activités de transfert des connaissances sont prévues. Des propositions pour de nouveaux travaux analytiques sont en cours de discussion avec les autorités indonésiennes.
- Renforcement des capacités : Au Vietnam, une grande attention est portée au suivi et à l'évaluation en étroite collaboration avec d'autres partenaires, et ce, dans le cadre du projet de prévention VIH nouvellement approuvé. Les opérations de prêts au Vietnam et en Chine comprennent aussi des mesures pour le renforcement des capacités, qui figure également

dans tous les travaux d'analyse mentionnés ci-dessus.

- Coordination des donateurs : La région continuera à renforcer la collaboration avec les autres partenaires principaux de la région, tels que l'ONUSIDA, AusAID, la BAD et les Nations Unies. Comme le souligne la stratégie régionale, cet aspect est l'un des éléments essentiels de l'approche.

Moyen-orient et Afrique du nord (MENA)

La stratégie de la région MENA¹³ souligne que, bien que la prévalence adulte dans la région soit estimée à 0,3% et semble concentrée dans les groupes à hauts risques tels que les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs sexuels et les détenus, l'absence de données de surveillance fiables sur ces groupes laisse planer des doutes sur les taux réels d'infection qui y sévissent. Elle rappelle que faible prévalence ne signifie pas faible risque d'épidémie. Malgré les valeurs sociales et culturelles qui ont contribué à freiner la propagation rapide de l'épidémie du VIH/SIDA dans les pays du MENA, de nombreux points de vulnérabilité existent susceptibles d'accélérer la transmission : migrations d'envergure ; silence et opprobre ; conflits civils et problèmes de sécurité qui pourraient affecter la capacité de réaction des pouvoirs publics ; et une large population de jeunes dont beaucoup sont au chômage.

Cette stratégie appelle à des actions décisives dans quatre domaines : (i) établir un système fiable de surveillance afin d'identifier les groupes les plus vulnérables et de les soutenir en priorité ; (ii) adopter des mesures de santé publique énergiques et efficaces en termes de coûts pour enrayer la transmission du VIH/SIDA, et cibler les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, les travailleurs de l'industrie du sexe, les détenus, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les jeunes ; (iii) amplifier les campagnes publiques d'information et d'éducation et accroître le discours public sur le VIH/SIDA ; et (iv) promouvoir la coopération entre les autorités publiques et la société civile pour enrôler tous les éche-

lons de la société dans la lutte préventive et accroître l'efficacité des programmes.

Quatre domaines ont été identifiés dans lesquels la Banque est en mesure d'aider les pays de la région MENA à prévenir l'épidémie et améliorer l'accès à l'information sur le VIH/SIDA :

- Obtenir l'engagement des dirigeants politiques, des décideurs et des principales parties prenantes à sensibiliser le public et à accroître la priorité donnée aux programmes de prévention VIH/SIDA dans les programmes nationaux de développement.
- Soutenir la modernisation des systèmes de surveillance et renforcer la recherche et l'évaluation des facteurs épidémiologiques, économiques et comportementaux de l'épidémie VIH/SIDA.
- Soutenir le développement de programmes et stratégies de lutte contre le VIH/SIDA à l'échelon national, sur la base des conditions et contextes épidémiologiques, sociaux et économiques spécifiques du pays concerné.
- Soutenir le renforcement des capacités et le transfert des connaissances pour une gestion globale des programmes VIH/SIDA.

La Banque, dans la région, finance un projet VIH/SIDA, à savoir le Projet djiboutien de contrôle du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, par un don de 12 millions de dollars destiné à renforcer les institutions, améliorer la prévention et soutenir les initiatives des communautés locales. A cela s'ajoute le Projet djiboutien de réhabilitation du couloir routier international (approuvé en 2000), qui comprend aussi des activités de VIH/SIDA. La Banque a également appuyé le développement de plans nationaux de lutte contre le SIDA au Maroc et au Liban ; elle a organisé des ateliers régionaux de sensibilisation et elle a mené des activités de plaidoyer concernant l'importance de la lutte contre le SIDA.

Les objectifs de résultats pour les prochaines années comprennent :

- Opérations de prêts : Aucun prêt spécifiquement destiné à la lutte contre le

VIH/SIDA n'est prévu à cette heure, mais des programmes de préventions VIH/SIDA seront incorporés dans des nouveaux projets de prêts qui comportent de nombreuses activités gérées par les communautés locales ou des ONG (tels que le Fonds social égyptien, le projet irakien de développement local et le projet population au Yémen). La région MENA prévoit également d'identifier des composantes et activités d'investissement spécifiques liées à la prévention du VIH/SIDA ainsi que certains services sanitaires et sociaux de haute priorité, qui devraient être intégrés dans les nouvelles opérations de prêts pour l'éducation, la santé et la protection sociale.

- Appui technique régional : (i) les activités de plaidoyer et de création de partenariats pour la prévention du VIH/SIDA comprendront le lancement de la Stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA, un suivi consultatif avec les principaux partenaires, et l'identification et préparation des investissements prioritaires et des analyses que la Banque, en partenariat avec d'autres parties prenantes dont le Fonds mondial, doit entreprendre ; (ii) un programme interrégional de prévention VIH/SIDA parmi les groupes à haut risque, qui sera mené en coopération avec les régions Asie du Sud et Europe-Asie centrale pour les pays qui sont frontaliers avec l'Afghanistan et qui pâtissent de l'augmentation rapide du trafic de drogues et de la consommation de drogues injectables. Dans un premier temps, il a été proposé qu'une conférence soit organisée à Téhéran en 2006 pour chercher des solutions au trafic de drogue, à la toxicomanie et à la propagation du VIH/SIDA en Afghanistan, au Pakistan, en Iran, au Tadjikistan et en Ouzbékistan.
- Renforcement des capacités : Dans le cadre d'un nouveau projet financé par un don du FDI pour le Liban, les projets VIH/SIDA menés par les ONG recevront la priorité. Des dons (JSDF ou FDI) seront sollicités pour financer des projets de renforcement des capacités locales qui viendront compléter les activités du Fonds mondial, et ce dans certains pays de la région (sélectionnés sur la base de leur degré de préparation et de volonté poli-

tique) pour les EF07-EF08. Les activités de renforcement des capacités seront identifiées suite aux recommandations de la coopération technique sur les plaidoyers et les partenariats.

Programme « leadership » sur le SIDA de l'institut de la Banque mondiale

Le nouveau programme de lutte contre le SIDA à l'intention des dirigeants, le « Leadership Program on AIDS », appuie les efforts de la Banque de renforcer ses opérations de prêts et ses études analytiques portant sur le VIH/SIDA et il s'emploie à combler des lacunes de leadership et de formation, qui sont souvent négligées en dépit de leur importance. Ce programme porte sur : le renforcement des capacités des pays, y compris les institutions locales, en vue de renforcer la mise en œuvre des programmes ; le transfert des connaissances et des meilleurs exemples de programme nationaux et inter pays ; l'utilisation de la technologie pour une sensibilisation de masse et un transfert des connaissances. A cet effet, il cible un large éventail de parties prenantes dont les décideurs et les experts techniques dans les ministères et autres institutions publiques ; les équipes nationales des DSRP ; les responsables locaux et les représentants des ONG ; les gestionnaires du secteur privé ; le personnel interne des organismes internationaux, le personnel des programmes VIH/SIDA ainsi que les formateurs et universitaires. Plus de la moitié des activités de l'Institut de la Banque mondiale sont formulées et mises en œuvre avec ses partenaires dans les pays. L'Institut a ainsi passé des accords de partenariats officiels avec près de 200 organismes qui dispensent expertise, formation, équipements, personnel, financements et autres composantes.

Afin de satisfaire à la demande des pays, l'Institut de la Banque mondiale, au cours des 3 à 5 années à venir, cherchera à consolider les capacités de mise en œuvre des programmes VIH/SIDA, et ce : (i) en améliorant les capacités de gestion du secteur public et des organisations de la société civile pour parer aux carences actuelles de planification, de gestion et de mise en

œuvre ; (ii) en poursuivant sa collaboration avec l'OMS, l'ONUSIDA, le Fonds mondial et PEPFAR afin d'harmoniser les efforts de fourniture en médicaments ARV et autres produits à l'échelon national ; (iii) en continuant à organiser des séminaires de formation sur la fourniture et la gestion des produits aux niveaux régional et national ; (iv) en renforçant la capacité technique des gestionnaires de programmes en diffusant les connaissances concrètes d'un pays à l'autre ; (v) en incitant les décideurs de haut niveau à plaider pour la lutte contre le VIH/SIDA ; et (vi) en renforçant la capacité des hauts fonctionnaires des ministères de la Santé et des Finances à modifier les politiques macroéconomiques susceptibles de freiner la mise à échelle rapide des activités VIH/SIDA.

Le monde des affaires et le VIH : La SFI contre le SIDA

Les entreprises ne sont pas épargnées par l'épidémie du VIH, qui frappe leur personnel, ce qui a des conséquences directes sur leurs profits. Les conséquences de l'épidémie se manifestent sous la forme d'une augmentation des frais médicaux et des coûts d'assurances santé, des indemnités de décès et des frais funéraires, de nouvelles embauches et des besoins en matière de formation provoqués par la perte d'employés atteints par la maladie, ainsi que par un taux d'absentéisme élevé et des renouvellements de personnel fréquents, une productivité réduite, un mauvais moral et une base de clientèle amoindrie.

La Société financière internationale, la branche du Groupe de la Banque mondiale chargée de promouvoir les investissements du secteur privé, reconnaît que l'épidémie du VIH/SIDA constitue un problème commercial aussi bien qu'humanitaire ou de développement. Depuis 2000, le programme SIDA de la SFI — la SFI contre le SIDA — a cherché à accroître et surtout à accélérer le rôle du secteur privé dans la lutte contre l'épidémie. Ce programme a affiné son approche et ses outils, et il a collaboré avec plus de 30 entreprises clientes, dont 25 en Afrique subsaharienne. Des entreprises dans les Caraïbes et en Asie du Sud y ont également participé.

Ce programme restera prioritairement axé sur l'Afrique. Il envisage d'intensifier les activités en cours (tâche facilitée par une augmentation des effectifs de la SFI sur le continent) et de lancer un programme innovant destiné aux petites et moyennes entreprises.

La SFI contre le SIDA agit dans quatre domaines :

1 Sensibilisation de masse : La SFI contre le SIDA aide les clients de la SFI à analyser et reconnaître le préjudice que l'épidémie peut porter à leurs entreprises, donnant ainsi une dimension commerciale à la riposte. Ce travail se poursuivra dans les pays africains puis s'élargira à des pays d'autres régions, dont l'Inde, la Russie et la Chine. De nouveaux outils sont conçus et mis en œuvre, et une stratégie de communication oriente les activités de manière à démontrer comment les entreprises privées peuvent contribuer à combattre les défis que pose le VIH/SIDA.

2 Encadrement : Les entreprises, une fois qu'elles ont compris le préjudice que peut leur causer le VIH/SIDA, ne savent généralement pas par où commencer. La SFI contre le SIDA, par une interaction individuelle avec les entreprises, aide ces dernières à faire face à la crise en concevant et en mettant en œuvre des programmes d'éducation et de prévention VIH/SIDA. Des mesures de prise en charge sont également mises en place pour le personnel de ces entreprises et/ou pour les communautés au sein desquelles elles fonctionnent. Cette assistance sur demande devrait être élargie à d'autres entreprises à l'avenir.

La SFI contre le SIDA, au cours de l'année à venir, pilotera un outil de suivi et d'évaluation plus systématique, et au plus près du client, avec certains d'entre eux en Afrique subsaharienne. Cet outil permettra aux clients de mesurer le succès des activités et des interventions et de baser les décisions relatives à leurs programmes d'entreprise de lutte contre le VIH/SIDA sur des éléments concrets.

3 Formation : La SFI contre le SIDA mettra en place un programme de formation sur 3 ans en Afrique pour les PME, qui peuvent être aussi touchées par l'épidémie

que les grandes compagnies. Un ensemble d'outils et d'approches est en cours d'élaboration, ce qui permettra d'élargir substantiellement le champ d'accès au secteur privé. La formation de formateurs locaux et d'ONG spécialisées dans la formation sera également renforcée dans le cadre de cette stratégie, ce qui devrait permettre aux PME d'agir plus efficacement contre le VIH/SIDA. Ce programme a été développé en coopération avec le programme de Partenariats pour le développement du secteur privé en Afrique (PEP Afrique) de la SFI et sera géré conjointement avec PEP Afrique d'octobre 2005 à septembre 2008.

4 Financements : Une collaboration étroite avec la CCF (Corporate Citizenship Facility) de la SFI a permis au programme la SFI contre le SIDA de mobiliser des fonds additionnels en partageant les coûts pour les clients dont les besoins se justifient réellement. Des financements seront fournis aux clients susceptibles de servir de modèle dans un secteur spécifique, tel que le tourisme, ou une zone géographique ou pays donné, comme le Nigeria. Ces exemples serviront à illustrer ce qui est connu et peut être appliqué par d'autres clients de la SFI, et ils contribueront à enrichir l'ensemble des connaissances acquises dans ce domaine. La collaboration avec la CCF devrait être maintenue, mais il est possible que, si besoin est, une antenne de la SFI contre le SIDA soit créée dans le futur.

Le programme la SFI contre le SIDA a renforcé sa coopération avec les autres unités SIDA de la Banque, pour chercher des moyens d'établir des partenariats concrets, comme par exemple au Kenya, afin de promouvoir conjointement le rôle des entreprises privées au sein du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, et pour mettre en œuvre des activités coordonnées. Le travail fait conjointement avec l'Institut de la Banque mondiale en Afrique et en Inde fournit un autre exemple de cette coopération qui devrait s'intensifier davantage à l'avenir.

L'Inde fera l'objet d'une attention considérable dans les prochaines années. Le secteur privé indien ne s'est engagé que de façon

dispersée dans la lutte contre le VIH/SIDA. Suite à l'évaluation de la SFI sur la manière dont elle pourrait mieux servir ses clients et contribuer à la riposte indienne à l'épidémie, la SFI contre le SIDA et le service Asie du Sud de la SFI ont lancé en 2005 un programme destiné à améliorer la capacité des clients à agir pro-activement contre le VIH/SIDA et ce, dans trois domaines possibles :

- Lieux de travail — en menant des campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA, en favorisant la prévention dans toutes les activités de l'entreprise, et en élargissant les programmes d'éducation à tous leurs groupes et partenaires dans la chaîne d'approvisionnement ;
- Dispensaires d'entreprise — en formant du personnel médical et clinique au VIH/SIDA et aux infections sexuellement transmissibles (IST), par exemple, en ce qui concerne les modes de transmission, la prévention (une attention particulière devant être donnée aux précautions universelles liées aux infections VIH en milieu clinique), les compétences socio-psychologiques de base, la gestion syndromique des IST, les infections opportunistes liées au VIH/SIDA et les traitements antirétroviraux ;
- Leurs communautés — en soutenant ou en élargissant les campagnes de sensibilisation et de prévention dans le cadre de toutes leurs activités, en particulier, celles concernant les travailleurs saisonniers et les associations de camionneurs avec lesquels les entreprises font affaire.

Ce projet est financé par la CCF de l'EF05 à l'EF07 : les clients peuvent soumettre des propositions de projets sur une, deux ou les trois composantes ci-dessus, la SFI prenant en charge les coûts éligibles jusqu'à hauteur de 50% pendant 18 mois. L'objectif est d'impliquer environ cinq grandes sociétés dans ce programme et de développer la capacité des organisations locales à jouer un rôle d'intermédiaire dans le renforcement des capacités locales, ce qui permettrait que ce projet soit ensuite étendu à des entreprises plus modestes ou aux PME de la chaîne d'approvisionnement des plus gros clients. Les clients de la SFI déjà impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA comprennent

Apollo Tyres, Ambuja Cement, L&T, Usha Martin et Ashok Leyland.

www.ifc.org/ifcagainstaids

Notes

1. "Intensification de l'action contre le SIDA en Afrique : Répondre à une crise de développement." Washington, DC : Région Afrique, Banque mondiale 1999.
2. Banque mondiale. 2004. *Interim Review of the MAP* (Examen à mi-parcours du MAP).
3. Banque mondiale. 2001. *HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options*. Washington, DC.
4. Cela comprend 225,05 millions de dollars engagés sous forme de trois projets SIDA ainsi que des financements pour des activités VIH/SIDA dans d'autres projets.
5. Garcia-Abreu, Anabela, Isabel Nogueira et Karen Cowgill. 2003. *HIV/AIDS in Latin America: The Challenges Ahead*. Document de discussion du Groupe HNP, Washington, DC: Banque mondiale.
6. "Prévenir les crises liées au SIDA en Europe orientale et en Asie centrale" 2003, Région Europe orientale et Asie centrale, Banque mondiale.
7. Généralisée : plus de 1% de prévalence chez les patientes dans les cliniques prénatales.
8. Concentrées: plus de 5% parmi les patients MST et autres groupes qui se livrent à des comportements risqués comme les travailleurs sexuels ou les consommateurs de drogues injectables.
9. Unité sectorielle de développement Asie du Sud. (2004). Plan opérationnel VIH/SIDA, Asie du Sud EF04-EF06.
10. Le premier projet VIH/SIDA pour le Bhoutan fut financé par un don en 2004.
11. Borowitz, Michael, Wiley, Elizabeth, Sadaah, Fadia et Enis Baris. Décembre 2003. *Responding to HIV/AIDS in the East Asia and Pacific Region: A Strategy Note for the World Bank*. Document de discussion du Groupe HNP, Washington, DC: Banque mondiale.
12. Données de prêts fournies par la Région Asie de l'Est et Pacifique, et qui peuvent être différentes de celles de la banque de données de la "Business Warehouse" du fait d'encodages différents.
13. La Banque mondiale. 2005. Preventing the Spread of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The World Bank Regional Strategy. Washington, DC.

ANNEXE 2 : DONNÉES VIH/SIDA À L'ÉCHELON NATIONAL

Table des estimations et données VIH et SIDA dans chaque pays, à la fin 2003 (ONUSIDA, Juillet 2004)

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants fin 2003		Adultes et enfants fin 2001		Adultes (15-49) fin 2003	
	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)
Total mondial	37.800.000	[34.600.000 - 42.300.000]	34.900.000	[32.000.000 - 39.000.000]	35.700.000	[32.700.000 - 39.800.000]
Afrique subsaharienne	25.000.000	[23.100.000 - 27.900.000]	23.800.000	[22.000.000 - 26.600.000]	23.100.000	[21.400.000 - 25.700.000]
Angola	240.000	[97.000 - 600.000]	220.000	[86.000 - 550.000]	220.000	[88.000 - 540.000]
Bénin	68.000	[38.000 - 120.000]	65.000	[36.000 - 110.000]	62.000	[35.000 - 110.000]
Botswana *	350.000	[330.000 - 380.000]	350.000	[330.000 - 380.000]	330.000	[310.000 - 340.000]
Burkina Faso *	300.000	[190.000 - 470.000]	280.000	[180.000 - 440.000]	270.000	[170.000 - 420.000]
Burundi	250.000	[170.000 - 370.000]	240.000	[160.000 - 360.000]	220.000	[150.000 - 320.000]
Cameroun *	560.000	[390.000 - 810.000]	530.000	[370.000 - 770.000]	520.000	[360.000 - 740.000]
République Centrafricaine	260.000	[160.000 - 410.000]	250.000	[150.000 - 400.000]	240.000	[150.000 - 380.000]
Tchad	200.000	[130.000 - 300.000]	190.000	[120.000 - 290.000]	180.000	[120.000 - 270.000]
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo. République du	90.000	[39.000 - 200.000]	90.000	[39.000 - 200.000]	80.000	[34.000 - 180.000]
Côte d'Ivoire	570.000	[390.000 - 820.000]	510.000	[350.000 - 740.000]	530.000	[370.000 - 750.000]
Rép. démocratique du Congo **	1.100.000	[450.000 - 2.600.000]	1.100.000	[430.000 - 2.500.000]	1.000.000	[410.000 - 2.400.000]
Djibouti	9.100	[2.300 - 24.000]	8.100	[2.400 - 23.000]	8.400	[2.100 - 21.000]
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Érythrée	60.000	[21.000 - 170.000]	61.000	[22.000 - 160.000]	55.000	[19.000 - 150.000]
Éthiopie	1.500.000	[950.000 - 2.300.000]	1.300.000	[820.000 - 2.000.000]	1.400.000	[890.000 - 2.100.000]
Gabon	48.000	[24.000 - 91.000]	39.000	[19.000 - 78.000]	45.000	[23.000 - 86.000]
Gambie	6.800	[1.800 - 24.000]	6.700	[1.800 - 24.000]	6.300	[1.700 - 23.000]
Ghana *	350.000	[210.000 - 560.000]	330.000	[200.000 - 540.000]	320.000	[200.000 - 520.000]
Guinée *	140.000	[51.000 - 360.000]	110.000	[40.000 - 310.000]	130.000	[48.000 - 330.000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...
Kenya	1.200.000	[820.000 - 1.700.000]	1.300.000	[890.000 - 1.800.000]	1.100.000	[760.000 - 1.600.000]
Lesotho *	320.000	[290.000 - 360.000]	320.000	[290.000 - 360.000]	300.000	[270.000 - 330.000]
Liberia	100.000	[47.000 - 220.000]	86.000	[37.000 - 190.000]	96.000	[44.000 - 200.000]
Madagascar	140.000	[68.000 - 250.000]	100.000	[50.000 - 180.000]	130.000	[66.000 - 220.000]
Malawi *	900.000	[700.000 - 1.100.000]	850.000	[660.000 - 1.100.000]	810.000	[650.000 - 1.000.000]
Mali	140.000	[44.000 - 420.000]	130.000	[40.000 - 390.000]	120.000	[40.000 - 380.000]
Mauritanie	9.500	[4.500 - 17.000]	6.300	[3.000 - 11.000]	8.900	[4.400 - 15.000]
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mozambique	1.300.000	[980.000 - 1.700.000]	1.200.000	[930.000 - 1.600.000]	1.200.000	[910.000 - 1.500.000]
Namibie	210.000	[180.000 - 250.000]	200.000	[170.000 - 230.000]	200.000	[170.000 - 230.000]
Niger	70.000	[36.000 - 130.000]	56.000	[28.000 - 110.000]	64.000	[34.000 - 120.000]
Nigeria	3.600.000	[2.400.000 - 5.400.000]	3.400.000	[2.200.000 - 5.000.000]	3.300.000	[2.200.000 - 4.900.000]
Rwanda *	250.000	[170.000 - 380.000]	240.000	[160.000 - 360.000]	230.000	[150.000 - 350.000]
Sénégal *	44.000	[22.000 - 89.000]	40.000	[20.000 - 81.000]	41.000	[21.000 - 83.000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud*	5.300.000	[4.500.000 - 6.200.000]	5.000.000	[4.200.000 - 5.900.000]	5.100.000	[4.300.000 - 5.900.000]
Swaziland **	220.000	[210.000 - 230.000]	210.000	[190.000 - 220.000]	200.000	[190.000 - 210.000]
Togo	110.000	[67.000 - 170.000]	100.000	[65.000 - 160.000]	96.000	[61.000 - 150.000]
Ouganda *	530.000	[350.000 - 880.000]	620.000	[420.000 - 980.000]	450.000	[300.000 - 730.000]
Tanzanie *	1.600.000	[1.200.000 - 2.300.000]	1.600.000	[1.100.000 - 2.200.000]	1.500.000	[1.100.000 - 2.000.000]
Zambie	920.000	[730.000 - 1.100.000]	890.000	[710.000 - 1.100.000]	830.000	[680.000 - 1.000.000]
Zimbabwe	1.800.000	[1.500.000 - 2.000.000]	1.700.000	[1.500.000 - 2.000.000]	1.600.000	[1.400.000 - 1.900.000]
Asie de l'Est	900.000	[450.000 - 1.500.000]	680.000	[340.000 - 1.100.000]	900.000	[450.000 - 1.500.000]
Chine	840.000	[430.000 - 1.500.000]	660.000	[320.000 - 1.100.000]	830.000	[430.000 - 1.400.000]
Hong Kong AS	2.600	[1.300 - 4.400]	2.700	[1.300 - 4.400]	2.600	[1.300 - 4.300]
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	12.000	[5.700 - 19.000]	12.000	[5.800 - 20.000]	12.000	[5.700 - 19.000]
Mongolie	<500	[<1.000]	<200	[<400]	<500	[<1.000]
République de Corée	8.300	[2.700 - 16.000]	5.600	[1.800 - 11.000]	8.300	[2.700 - 16.000]
Océanie	32.000	[21.000 - 46.000]	24.000	[16.000 - 35.000]	31.000	[21.000 - 45.000]
Australie	14.000	[6.800 - 22.000]	12.000	[6.000 - 20.000]	14.000	[6.600 - 22.000]
Fiji	600	[200 - 1.300]	<500	[<1.000]	600	[200 - 1.200]
Nouvelle-Zélande	1.400	[480 - 2.800]	1.200	[420 - 2.400]	1.400	[500 - 2.800]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	16.000	[7.800 - 28.000]	10.000	[4.900 - 17.000]	16.000	[7.700 - 26.000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants fin 2003		Adultes et enfants fin 2001		Adultes (15-49) fin 2003	
	Estimation	(Estimation basse- estimation haute)	Estimation	(Estimation basse- estimation haute)	Estimation	(Estimation basse- estimation haute)
Asie du Sud et Asie du Sud-est	6.500.000	[4.100.000 - 9.600.000]	5.900.000	[3.700.000 - 8.700.000]	6.300.000	[4.000.000 - 9.300.000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...
Bangladesh **	...	[2.500 - 15.000]	...	[2.200 - 13.000]	...	[2.400 - 15.000]
Bhutan	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	<200	[<400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Cambodge	170.000	[100.000 - 290.000]	170.000	[100.000 - 270.000]	170.000	[99.000 - 280.000]
Inde	5.100.000	[2.500.000 - 8.500.000]	3.970.000	[2.100.000 - 7.100.000]	5.000.000	[2.500.000 - 8.200.000]
Indonésie	110.000	[53.000 - 180.000]	58.000	[28.000 - 95.000]	110.000	[53.000 - 180.000]
Iran (République islamique d')	31.000	[10.000 - 61.000]	18.000	[6.000 - 36.000]	31.000	[10.000 - 60.000]
Laos, Rép. dém. pop.	1.700	[600 - 3.600]	800	[300 - 1.600]	1.700	[550 - 3.300]
Malaisie	52.000	[25.000 - 86.000]	42.000	[20.000 - 70.000]	51.000	[25.000 - 84.000]
Maldives	...	...	...	...	...	...
Myanmar **	330.000	[170.000 - 620.000]	280.000	[150.000 - 510.000]	320.000	[170.000 - 610.000]
Népal	61.000	[29.000 - 110.000]	45.000	[22.000 - 78.000]	60.000	[29.000 - 98.000]
Pakistan	74.000	[24.000 - 150.000]	63.000	[21.000 - 130.000]	73.000	[24.000 - 140.000]
Philippines	9.000	[3.000 - 18.000]	4.400	[1.400 - 8.700]	8.900	[2.900 - 18.000]
Singapour	4.100	[1.300 - 8.000]	3.400	[1.100 - 6.700]	4.100	[1.300 - 8.000]
Sri Lanka	3.500	[1.200 - 6.900]	2.200	[700 - 4.300]	3.500	[1.100 - 6.800]
Thaïlande	570.000	[310.000 - 1.000.000]	630.000	[360.000 - 1.100.000]	560.000	[310.000 - 1.000.000]
Vietnam	220.000	[110.000 - 360.000]	150.000	[75.000 - 250.000]	200.000	[100.000 - 350.000]
Europe orientale et Asie centrale	1.300.000	[860.000 - 1.900.000]	890.000	[570.000 - 1.300.000]	1.300.000	[850.000 - 1.900.000]
Arménie	2.600	[1.200 - 4.300]	2.000	[990 - 3.400]	2.500	[1.200 - 4.100]
Azerbaïdjan	1.400	[500 - 2.800]	...	...	1.400	[500 - 2.800]
Belarus	...	[12.000 - 42.000]	...	[10.000 - 39.000]	...	[12.000 - 40.000]
Bosnie-Herzégovine	900	[300 - 1.800]	...	...	900	[300 - 1.800]
Bulgarie	<500	[<1.000]	...	...	<500	[<1.000]
Croatie	<200	[<400]	...	...	<200	[<400]
République Tchèque	2.500	[800 - 4.900]	2.100	[750 - 4.700]	2.500	[820 - 4.900]
Estonie	7.800	[2.600 - 15.000]	5.100	[1.700 - 10.000]	7.700	[2.500 - 15.000]
Géorgie	3.000	[2.000 - 12.000]	1.500	[660 - 4.000]	3.000	[2.000 - 12.000]
Hongrie	2.800	[900 - 5.500]	...	...	2.800	[900 - 5.500]
Kazakhstan	16.500	[5.800 - 35.000]	10.400	[5.000 - 30.000]	16.400	[5.700 - 34.000]
Kirghizstan	3.900	[1.500 - 8.000]	1.500	[700 - 4.000]	3.900	[1.500 - 8.000]
Lettonie	7.600	[3.700 - 12.000]	6.000	[2.900 - 9.800]	7.500	[3.700 - 12.000]
Lituanie	1.300	[400 - 2.600]	1.100	[400 - 2.200]	1.300	[400 - 2.600]
Pologne	14.000	[6.900 - 23.000]	...	...	14.000	[6.900 - 23.000]
Moldavie	5.500	[2.700 - 9.000]	...	...	5.500	[2.700 - 9.000]
Roumanie	6.500	[4.800 - 8.900]	4.000	[4.000 - 4.000]	2.500	[800 - 4.900]
Fédération de Russie	860.000	[420.000 - 1.400.000]	530.000	[260.000 - 870.000]	860.000	[420.000 - 1.400.000]
Slovaquie	<200	[<400]	...	...	<200	[<400]
Tadjikistan	<200	[<400]	...	...	<200	[<400]
Turkménistan	<200	[<400]	...	...	<200	[<400]
Ukraine	360.000	[180.000 - 590.000]	300.000	[150.000 - 490.000]	360.000	[170.000 - 580.000]
Ouzbékistan	11.000	[4.900 - 30.000]	3.000	[1.900 - 12.000]	11.000	[4.900 - 29.000]
Europe occidentale	580.000	[460.000 - 730.000]	540.000	[430.000 - 690.000]	570.000	[450.000 - 720.000]
Albanie	...	...	...	...	...	...
Autriche	10.000	[5.000 - 16.000]	10.000	[4.900 - 16.000]	10.000	[4.900 - 16.000]
Belgique	10.000	[5.300 - 17.000]	8.400	[4.300 - 14.000]	10.000	[4.900 - 16.000]
Danemark	5.000	[2.500 - 8.200]	4.600	[2.300 - 7.600]	5.000	[2.500 - 8.200]
Finlande	1.500	[500 - 3.000]	1.200	[400 - 2.400]	1.500	[500 - 3.000]
France	120.000	[60.000 - 200.000]	110.000	[56.000 - 190.000]	120.000	[59.000 - 200.000]
Allemagne	43.000	[21.000 - 71.000]	41.000	[20.000 - 68.000]	43.000	[21.000 - 71.000]
Grèce	9.100	[4.500 - 15.000]	8.900	[4.400 - 14.000]	9.000	[4.400 - 15.000]
Islande	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	<200	[<400]
Irlande	2.800	[1.100 - 5.300]	2.400	[800 - 4.900]	2.600	[900 - 5.100]
Italie	140.000	[67.000 - 220.000]	130.000	[65.000 - 210.000]	140.000	[66.000 - 220.000]
Luxembourg	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]
Malte	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]
Pays-Bas	19.000	[9.500 - 31.000]	17.000	[8.500 - 28.000]	19.000	[9.300 - 31.000]
Norvège	2.100	[700 - 4.000]	1.900	[600 - 3.600]	2.000	[700 - 3.900]
Portugal	22.000	[11.000 - 36.000]	21.000	[11.000 - 35.000]	22.000	[11.000 - 35.000]
Serbie et Monténégro	10.000	[3.400 - 20.000]	10.000	[3.400 - 20.000]	10.000	[3.300 - 20.000]
Slovénie	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]
Espagne	140.000	[67.000 - 220.000]	130.000	[65.000 - 210.000]	130.000	[66.000 - 220.000]
Suède	3.600	[1.200 - 6.900]	3.400	[1.100 - 6.600]	3.500	[1.200 - 6.900]
Suisse	13.000	[6.500 - 21.000]	12.000	[6.000 - 20.000]	13.000	[6.400 - 21.000]
Macédoine, FYR	<200	[<400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Royaume-Uni	51.000	[25.000 - 82.000]	43.000	[21.000 - 69.000]	47.000	[24.000 - 81.000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Pays	Adultes et enfants fin 2003		Adultes et enfants fin 2001		Adultes (15-49) fin 2003	
	Estimation	(Estimation basse- estimation haute)	Estimation	(Estimation basse- estimation haute)	Estimation	(Estimation basse- estimation haute)
Afrique du Nord & Moyen-Orient	480.000	[200.000 - 1.400.000]	340.000	[130.000 - 910.000]	460.000	[190.000 - 1.300.000]
Algérie	9.100	[3.000 - 18.000]	6.800	[2.200 - 14.000]	9.000	[3.000 - 18.000]
Bahreïn	<600	[200 - 1.100]	<500	[<1.000]	<600	[200 - 1.100]
Chypre	...	...	...	...	...	...
Égypte	12.000	[5.000 - 31.000]	11.000	[3.600 - 22.000]	12.000	[5.000 - 30.000]
Irak	<500	[<1.000]	...	...	<500	[<1.000]
Israël	3.000	[1.500 - 4.900]	...	...	3.000	[1.500 - 4.900]
Jordanie	600	[<1.000]	600	[<1.000]	<500	[<1.000]
Koweït	...	...	...	...	...	...
Liban	2.800	[700 - 4.100]	2.000	[400 - 2.500]	2.800	[700 - 4.000]
Libye	10.000	[3.300 - 20.000]	...	...	10.000	[3.300 - 20.000]
Maroc	15.000	[5.000 - 30.000]	...	...	15.000	[5.000 - 30.000]
Oman	1.300	[500 - 3.000]	1.000	[300 - 2.100]	1.300	[500 - 2.900]
Qatar	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Soudan	400.000	[120.000 - 1.300.000]	320.000	[110.000 - 890.000]	380.000	[120.000 - 1.200.000]
Syrie	<500	[300 - 2.100]	...	...	<500	[300 - 2.100]
Tunisie	1.000	[400 - 2.400]	600	[200 - 1.200]	1.000	[400 - 2.300]
Turquie	...	...	...	...	...	...
Émirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
République du Yémen	12.000	[4.000 - 24.000]	...	...	12.000	[4.000 - 24.000]
Amérique du Nord	1.000.000	[520.000 - 1.600.000]	950.000	[490.000 - 1.500.000]	990.000	[510.000 - 1.600.000]
Canada	56.000	[26.000 - 86.000]	49.000	[24.000 - 79.000]	55.000	[25.000 - 85.000]
États-Unis d'Amérique	950.000	[470.000 - 1.600.000]	900.000	[450.000 - 1.500.000]	940.000	[460.000 - 1.500.000]
Caraïbes	430.000	[270.000 - 760.000]	400.000	[270.000 - 650.000]	410.000	[260.000 - 720.000]
Bahamas	5.600	[3.200 - 8.700]	5.200	[3.300 - 8.300]	5.200	[3.100 - 8.400]
Barbade	2.500	[700 - 9.200]	2.500	[800 - 7.300]	2.500	[700 - 9.100]
Cuba	3.300	[1.100 - 6.600]	3.200	[1.100 - 6.500]	3.300	[1.100 - 6.400]
République dominicaine	88.000	[48.000 - 160.000]	90.000	[52.000 - 150.000]	85.000	[47.000 - 150.000]
Haïti	280.000	[120.000 - 600.000]	260.000	[130.000 - 500.000]	260.000	[120.000 - 560.000]
Jamaïque	22.000	[11.000 - 41.000]	15.000	[7.700 - 28.000]	21.000	[11.000 - 40.000]
Trinité-et-Tobago	29.000	[11.000 - 74.000]	26.000	[11.000 - 59.000]	28.000	[10.000 - 72.000]
Amérique latine	1.600.000	[1.200.000 - 2.100.000]	1.400.000	[1.100.000 - 1.800.000]	1.600.000	[1.200.000 - 2.000.000]
Argentine	130.000	[61.000 - 210.000]	120.000	[59.000 - 200.000]	120.000	[61.000 - 200.000]
Belize	3.600	[1.200 - 10.000]	2.900	[1.100 - 7.200]	3.500	[1.200 - 9.800]
Bolivie	4.900	[1.600 - 11.000]	4.200	[1.300 - 9.000]	4.800	[1.600 - 9.400]
Brésil	660.000	[320.000 - 1.100.000]	630.000	[310.000 - 1.000.000]	650.000	[320.000 - 1.100.000]
Chili	26.000	[13.000 - 44.000]	25.000	[12.000 - 42.000]	26.000	[13.000 - 43.000]
Colombie	190.000	[90.000 - 310.000]	130.000	[61.000 - 210.000]	180.000	[90.000 - 300.000]
Costa Rica	12.000	[6.000 - 21.000]	11.000	[5.500 - 19.000]	12.000	[6.000 - 20.000]
Équateur	21.000	[10.000 - 38.000]	20.000	[9.700 - 36.000]	20.000	[10.000 - 34.000]
El Salvador	29.000	[14.000 - 50.000]	24.000	[12.000 - 43.000]	28.000	[14.000 - 46.000]
Guatemala	78.000	[38.000 - 130.000]	69.000	[34.000 - 110.000]	74.000	[36.000 - 120.000]
Guyana *	11.000	[3.500 - 35.000]	11.000	[4.300 - 30.000]	11.000	[3.300 - 33.000]
Honduras	63.000	[35.000 - 110.000]	51.000	[29.000 - 90.000]	59.000	[33.000 - 100.000]
Mexico	160.000	[78.000 - 260.000]	150.000	[74.000 - 250.000]	160.000	[78.000 - 260.000]
Nicaragua	6.400	[3.100 - 12.000]	5.800	[2.700 - 10.000]	6.200	[3.000 - 10.000]
Panama	16.000	[7.700 - 26.000]	11.000	[5.500 - 19.000]	15.000	[7.500 - 25.000]
Paraguay	15.000	[7.300 - 25.000]	10.000	[5.000 - 17.000]	15.000	[7.300 - 24.000]
Pérou	82.000	[40.000 - 140.000]	53.000	[26.000 - 88.000]	80.000	[39.000 - 130.000]
Suriname	5.200	[1.400 - 18.000]	4.100	[1.300 - 13.000]	5.000	[1.400 - 18.000]
Uruguay	6.000	[2.800 - 9.700]	5.600	[2.700 - 9.500]	5.800	[2.800 - 9.400]
Venezuela, R.B. de	110.000	[47.000 - 170.000]	73.000	[35.000 - 120.000]	100.000	[47.000 - 160.000]
Total mondial	37.800.000	[34.600.000 - 42.300.000]	34.900.000	[32.000.000 - 39.000.000]	35.700.000	[32.700.000 - 39.800.000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Adultes (15-49) fin 2001		Taux (%) adultes (15-49) fin 2003		Taux (%) adultes (15-49) fin 2001		Femmes (15-49) fin 2003	
	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)
Total mondial	32.900.000	[30.200.000 - 36.700.000]	1,1	[1,0 - 1,2]	1,0	[0,9 - 1,1]	17.000.000	[15.800.000 - 18.800.000]
Afrique subsaharienne	22.000.000	[20.400.000 - 24.500.000]	7,5	[6,9 - 8,3]	7,6	[7,0 - 8,5]	13.100.000	[12.200.000 - 14.600.000]
Angola	200.000	[78.000 - 490.000]	3,9	[1,6 - 9,4]	3,7	[1,5 - 9,1]	130.000	[50.000 - 300.000]
Bénin	59.000	[34.000 - 100.000]	1,9	[1,1 - 3,3]	1,9	[1,1 - 3,4]	35.000	[20.000 - 62.000]
Botswana *	330.000	[320.000 - 340.000]	37,3	[35,5 - 39,1]	38,0	[36,3 - 39,7]	190.000	[180.000 - 190.000]
Burkina Faso *	250.000	[160.000 - 390.000]	4,2	[2,7 - 6,5]	4,2	[2,7 - 6,5]	150.000	[98.000 - 240.000]
Burundi	220.000	[150.000 - 310.000]	6,0	[4,1 - 8,8]	6,2	[4,3 - 9,0]	130.000	[85.000 - 180.000]
Cameroun *	500.000	[350.000 - 700.000]	6,9	[4,8 - 9,1]	7,0	[4,9 - 9,9]	290.000	[200.000 - 420.000]
République Centrafricaine	230.000	[140.000 - 360.000]	13,5	[8,3 - 21,2]	13,5	[8,3 - 21,2]	130.000	[83.000 - 210.000]
Tchad	170.000	[110.000 - 260.000]	4,8	[3,1 - 7,2]	4,9	[3,2 - 7,4]	100.000	[66.000 - 150.000]
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo. République of	80.000	[35.000 - 170.000]	4,9	[2,1 - 11,0]	5,3	[2,3 - 11,5]	45.000	[19.000 - 100.000]
Côte d'Ivoire	480.000	[330.000 - 680.000]	7,0	[4,9 - 10,0]	6,7	[4,7 - 9,6]	300.000	[210.000 - 420.000]
Dem, République of Congo **	950.000	[390.000 - 2.200.000]	4,2	[1,7 - 9,9]	4,2	[1,7 - 10,0]	570.000	[230.000 - 1.300.000]
Djibouti	7.500	[2.200 - 21.000]	2,9	[0,7 - 7,5]	2,8	[0,8 - 7,9]	4.700	[1.200 - 12.000]
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...
Érythrée	55.000	[20.000 - 150.000]	2,7	[0,9 - 7,3]	2,8	[1,0 - 7,6]	31.000	[11.000 - 85.000]
Éthiopie	1.200.000	[760.000 - 1.900.000]	4,4	[2,8 - 6,7]	4,1	[2,6 - 6,3]	770.000	[500.000 - 1.200.000]
Gabon	37.000	[18.000 - 73.000]	8,1	[4,1 - 15,3]	6,9	[3,3 - 13,7]	26.000	[13.000 - 48.000]
Gambie	6.300	[1.700 - 22.000]	1,2	[0,3 - 4,2]	1,2	[0,3 - 4,3]	3.600	[970 - 13.000]
Ghana *	310.000	[190.000 - 500.000]	3,1	[1,9 - 5,0]	3,1	[1,9 - 5,1]	180.000	[110.000 - 300.000]
Guinée *	100.000	[37.000 - 280.000]	3,2	[1,2 - 8,2]	2,8	[1,0 - 7,5]	72.000	[27.000 - 190.000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	1.200.000	[830.000 - 1.600.000]	6,7	[4,7 - 9,6]	8,0	[5,8 - 11,1]	720.000	[500.000 - 1.000.000]
Lesotho *	300.000	[270.000 - 330.000]	28,9	[26,3 - 31,7]	29,6	[27,0 - 32,3]	170.000	[150.000 - 190.000]
Liberia	80.000	[35.000 - 180.000]	5,9	[2,7 - 12,4]	5,1	[2,2 - 11,3]	54.000	[25.000 - 110.000]
Madagascar	98.000	[48.000 - 160.000]	1,7	[0,8 - 2,7]	1,3	[0,6 - 2,1]	76.000	[37.000 - 120.000]
Malawi *	770.000	[610.000 - 960.000]	14,2	[11,3 - 17,7]	14,3	[11,4 - 17,9]	460.000	[370.000 - 570.000]
Mali	120.000	[37.000 - 350.000]	1,9	[0,6 - 5,9]	1,9	[0,6 - 5,8]	71.000	[23.000 - 210.000]
Mauritanie	5.900	[2.900 - 9.700]	0,6	[0,3 - 1,1]	0,5	[0,2 - 0,7]	5.100	[2.500 - 8.300]
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	1.100.000	[870.000 - 1.500.000]	12,2	[9,4 - 15,7]	12,1	[9,4 - 15,6]	670.000	[520.000 - 860.000]
Namibie	190.000	[160.000 - 220.000]	21,3	[18,2 - 24,7]	21,3	[18,2 - 24,7]	110.000	[94.000 - 130.000]
Niger	51.000	[26.000 - 98.000]	1,2	[0,7 - 2,3]	1,1	[0,5 - 2,0]	36.000	[19.000 - 68.000]
Nigeria	3.100.000	[2.100.000 - 4.600.000]	5,4	[3,6 - 8,0]	5,5	[3,7 - 8,1]	1.900.000	[1.200.000 - 2.700.000]
Rwanda *	220.000	[140.000 - 320.000]	5,1	[3,4 - 7,6]	5,1	[3,4 - 7,6]	130.000	[86.000 - 200.000]
Sénégal *	38.000	[19.000 - 76.000]	0,8	[0,4 - 1,7]	0,8	[0,4 - 1,6]	23.000	[12.000 - 47.000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud *	4.800.000	[4.100.000 - 5.600.000]	21,5	[18,5 - 24,9]	20,9	[17,8 - 24,3]	2.900.000	[2.500.000 - 3.300.000]
Swaziland **	190.000	[180.000 - 200.000]	38,8	[37,2 - 40,4]	38,2	[36,5 - 39,8]	110.000	[110.000 - 120.000]
Togo	94.000	[61.000 - 140.000]	4,1	[2,7 - 6,4]	4,3	[2,8 - 6,6]	54.000	[35.000 - 84.000]
Ouganda *	520.000	[370.000 - 810.000]	4,1	[2,8 - 6,6]	5,1	[3,5 - 7,9]	270.000	[170.000 - 410.000]
Tanzanie *	1.400.000	[1.100.000 - 2.000.000]	8,8	[6,4 - 11,9]	9,0	[6,6 - 12,2]	840.000	[610.000 - 1.100.000]
Zambie	800.000	[660.000 - 970.000]	16,5	[13,5 - 20,0]	16,7	[13,6 - 20,2]	470.000	[380.000 - 570.000]
Zimbabwe	1.600.000	[1.400.000 - 1.800.000]	24,6	[21,7 - 27,8]	24,9	[22,0 - 28,1]	930.000	[820.000 - 1.000.000]
Asie de l'Est	670.000	[340.000 - 1.100.000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	200.000	[100.000 - 320.000]
Chine	650.000	[320.000 - 1.100.000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	190.000	[95.000 - 320.000]
Hong Kong AS	2.600	[1.300 - 4.300]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	900	[400 - 1.400]
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	12.000	[5.800 - 19.000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	2.900	[1.400 - 4.800]
Mongolie	<200	[<400]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<200	[<400]
République of Corée	5.600	[1.800 - 11.000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	900	[300 - 1.800]
Océanie	24.000	[16.000 - 34.000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	6.100	[3.600 - 9.200]
Australie	12.000	[5.900 - 20.000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	1.000	[500 - 1.600]
Fiji	500	[200 - 900]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<200	[<400]
Nouvelle-Zélande	1.200	[400 - 2.400]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	<200	[<400]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10.000	[4.900 - 16.000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,4	[0,2 - 0,7]	4.800	[2.400 - 7.900]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Adultes (15-49) fin 2001		Taux (%) adultes (15-49) fin 2003		Taux (%) adultes (15-49) fin 2001		Femmes (15-49) fin 2003	
	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	estimation haute)	Estimation	estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)
Asie du Sud et Asie du Sud-Est	5.800.000	[3.700.000 - 8.400.000]	0,6	[0,4 - 0,9]	0,6	[0,4 - 0,9]	1.800.000	[1.200.000 - 2.700.000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh **	...	[2.200 - 13.000]	...	[<0,2]	...	[<0,2]	...	[400 - 2.500]
Bhutan	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	<200	[<400]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<200	[<400]
Cambodge	160.000	[100.000 - 260.000]	2,6	[1,5 - 4,4]	2,7	[1,7 - 4,3]	51.000	[31.000 - 86.000]
Inde	3.800.000	[2.100.000 - 6.900.000]	0,9	[0,5 - 1,5]	0,8	[0,4 - 1,3]	1.900.000	[710.000 - 2.400.000]
Indonésie	57.000	[28.000 - 94.000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[<0,2]	15.000	[7.100 - 24.000]
Iran (République islamique d')	18.000	[6.000 - 36.000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[<0,2]	3.800	[1.200 - 7.400]
Laos, Rép. dem. pop.	800	[300 - 1.500]	0,1	[<0,2]	<0,1	<0,2	<500	[<1.000]
Malaisie	41.000	[20.000 - 68.000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,6]	8.500	[4.100 - 14.000]
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar **	270.000	[140.000 - 500.000]	1,2	[0,6 - 2,2]	1,0	[0,6 - 1,9]	97.000	[51.000 - 180.000]
Népal	44.000	[22.000 - 72.000]	0,5	[0,3 - 0,9]	0,4	[0,2 - 0,6]	16.000	[7.200 - 24.000]
Pakistan	62.000	[20.000 - 120.000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	8.900	[3.000 - 18.000]
Philippines	4.300	[1.400 - 8.500]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	2.000	[700 - 4.000]
Singapour	3.400	[1.100 - 6.600]	0,2	[0,1 - 0,5]	0,2	[0,1 - 0,4]	1.000	[300 - 2.000]
Sri Lanka	2.200	[700 - 4.300]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	600	[200 - 1.200]
Thaïlande	620.000	[360.000 - 1.100.000]	1,5	[0,8 - 2,8]	1,7	[1,0 - 2,9]	200.000	[110.000 - 370.000]
Vietnam	150.000	[75.000 - 250.000]	0,4	[0,2 - 0,8]	0,3	[0,2 - 0,6]	65.000	[31.000 - 110.000]
Europe orientale et Asie centrale	880.000	[570.000 - 1.300.000]	0,6	[0,4 - 0,9]	0,4	[0,3 - 0,6]	440.000	[280.000 - 650.000]
Arménie	2.000	[1.000 - 3.300]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	900	[400 - 1.400]
Azerbaïdjan	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Belarus	...	[10.000 - 38.000]	...	[0,2 - 0,8]	...	[0,2 - 0,7]	...	[3.100 - 14.000]
Bosnie-Herzégovine	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Croatie	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
République Tchèque	2.100	[750 - 4.700]	0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	800	[300 - 1.700]
Estonie	5.000	[1.700 - 9.900]	1,1	[0,4 - 2,1]	0,7	[0,2 - 1,3]	2.600	[900 - 5.200]
Géorgie	1.500	[700 - 3.900]	0,1	[0,1 - 0,4]	<0,1	[<0,2]	1.000	[700 - 4.000]
Hongrie	...	...	0,1	[0,0 - 0,2]	...	...	...	...
Kazakhstan	10.300	[5.000 - 30.000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[<0,2]	5.500	[2.000 - 12.000]
Kirghizstan	1.500	[700 - 4.000]	0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<800	[<1.500]
Lettonie	5.900	[2.900 - 9.700]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,5	[0,2 - 0,8]	2.500	[1.200 - 4.100]
Lituanie	1.100	[400 - 2.200]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	<500	[<1.000]
Pologne	...	...	0,1	[0,1 - 0,2]	...	...	...	...
Moldavie	...	...	0,2	[0,1 - 0,3]	...	...	...	...
Roumanie	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Fédération de Russie	530.000	[260.000 - 870.000]	1,1	[0,6 - 1,9]	0,7	[0,3 - 1,2]	290.000	[140.000 - 480.000]
Slovaquie	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Ukraine	300.000	[150.000 - 490.000]	1,4	[0,7 - 2,3]	1,2	[0,6 - 1,9]	120.000	[59.000 - 200.000]
Ouzbékistan	3.000	[1.900 - 11.000]	0,1	[0,0 - 0,2]	<0,1	<0,2	3.700	[1.700 - 9.900]
Europe occidentale	540.000	[420.000 - 680.000]	0,3	[0,2 - 0,4]	0,3	[0,2 - 0,4]	150.000	[110.000 - 190.000]
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	9.900	[4.900 - 16.000]	0,3	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,4]	2.200	[1.100 - 3.600]
Belgique	8.100	[4.000 - 13.000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	3.500	[1.700 - 5.700]
Danemark	4.600	[2.300 - 7.500]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	900	[400 - 1.500]
Finlande	1.200	[400 - 2.400]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	<500	[<1.000]
France	110.000	[55.000 - 180.000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,6]	32.000	[16.000 - 52.000]
Allemagne	41.000	[20.000 - 67.000]	0,1	[0,1 - 0,2]	0,1	[0,1 - 0,2]	9.500	[4.700 - 16.000]
Grèce	8.800	[4.300 - 14.000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	1.800	[900 - 3.000]
Islande	<200	[<400]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	<200	[<400]
Irlande	2.200	[700 - 4.300]	0,1	[0,0 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	800	[300 - 1.500]
Italie	130.000	[64.000 - 210.000]	0,5	[0,2 - 0,8]	0,5	[0,2 - 0,8]	45.000	[22.000 - 74.000]
Luxembourg	<500	[<1.000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,3]	...	...
Malte	<500	[<1.000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	...	...
Pays-Bas	17.000	[8.300 - 28.000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,3]	3.800	[1.900 - 6.200]
Norvège	1.800	[600 - 3.500]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1.000]
Portugal	21.000	[10.000 - 34.000]	0,4	[0,2 - 0,7]	0,4	[0,2 - 0,7]	4.300	[2.100 - 7.100]
Serbie et Monténégro	10.000	[3.300 - 20.000]	0,2	[0,1 - 0,4]	0,2	[0,1 - 0,4]	2.000	[700 - 3.900]
Slovénie	<500	[<1.000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	...	...
Espagne	130.000	[64.000 - 210.000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	27.000	[13.000 - 44.000]
Suède	3.300	[1.100 - 6.500]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	900	[300 - 1.800]
Suisse	12.000	[5.900 - 20.000]	0,4	[0,2 - 0,6]	0,4	[0,2 - 0,6]	3.900	[1.900 - 6.400]
Macédoine FYR	<200	[<400]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	...	...
Royaume-Uni	39.000	[20.000 - 68.000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	14.000	[7.100 - 24.000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Adultes (15-49) fin 2001		Taux (%) adultes (15-49) fin 2003		Taux (%) adultes (15-49) fin 2001		Femmes (15-49) fin 2003	
	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)
Afrique du Nord & Moyen-Orient	320.000	[130.000 - 860.000]	0,2	[0,1 - 0,6]	0,2	[0,1 - 0,5]	220.000	[70.000 - 690.000]
Algérie	6.800	[2.200 - 13.000]	0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	1.400	[500 - 2.700]
Bahreïn	<500	[<1.000]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1.000]
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...
Égypte	11.000	[3.600 - 21.000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	1.600	[500 - 3.200]
Irak	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	...	...
Israël	...	...	0,1	[0,1 - 0,2]	...	...	...	...
Jordanie	<500	[<1.000]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	2.000	[400 - 2.400]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[<0,2]	<500	[<1.000]
Libye	...	...	0,3	[0,1 - 0,6]	...	...	...	...
Maroc	...	...	0,1	[0,0 - 0,2]	...	...	...	...
Oman	1.000	[300 - 2.000]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	<500	[<1.000]
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	300.000	[100.000 - 840.000]	2,3	[0,7 - 7,2]	1,9	[0,7 - 5,2]	220.000	[66.000 - 690.000]
Syrie	...	...	<0,1	[<0,2]	...	...	<200	[<1.000]
Tunisie	500	[200 - 1.100]	<0,1	[<0,2]	<0,1	[<0,2]	<500	[<1.000]
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Émirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...
République du Yémen	...	...	0,1	[0,0 - 0,2]	...	...	...	...
Amérique du Nord	940.000	[480.000 - 1.500.000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,6	[0,3 - 1,0]	250.000	[130.000 - 400.000]
Canada	48.000	[24.000 - 79.000]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	13.000	[6.400 - 21.000]
États-Unis d'Amérique	890.000	[440.000 - 1.500.000]	0,6	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	240.000	[120.000 - 390.000]
Caraïbes	380.000	[260.000 - 610.000]	2,3	[1,4 - 4,1]	2,2	[1,5 - 3,5]	200.000	[120.000 - 370.000]
Bahamas	4.900	[3.200 - 8.000]	3,0	[1,8 - 4,9]	3,0	[1,9 - 4,8]	2.500	[1.500 - 4.200]
Barbade	2.500	[800 - 7.300]	1,5	[0,4 - 5,4]	1,5	[0,5 - 4,4]	800	[200 - 3.100]
Cuba	3.200	[1.100 - 6.300]	0,1	[<0,2]	0,1	[<0,2]	1.100	[400 - 2.100]
République dominicaine	87.000	[51.000 - 150.000]	1,7	[0,9 - 3,0]	1,8	[1,1 - 3,1]	23.000	[13.000 - 41.000]
Haïti	240.000	[130.000 - 460.000]	5,6	[2,5 - 11,9]	5,5	[2,8 - 10,4]	150.000	[66.000 - 320.000]
Jamaïque	14.000	[7.500 - 27.000]	1,2	[0,6 - 2,2]	0,8	[0,4 - 1,6]	10.000	[5.500 - 20.000]
Trinité-et-Tobago	26.000	[11.000 - 57.000]	3,2	[1,2 - 8,3]	3,0	[1,3 - 6,8]	14.000	[5.200 - 36.000]
Amérique latine	1.400.000	[1.000.000 - 1.800.000]	0,6	[0,5 - 0,8]	0,5	[0,4 - 0,7]	560.000	[420.000 - 730.000]
Argentine	120.000	[59.000 - 200.000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,7	[0,3 - 1,1]	24.000	[12.000 - 39.000]
Belize	2.800	[1.100 - 6.900]	2,4	[0,8 - 6,9]	2,1	[0,8 - 5,2]	1.300	[400 - 3.600]
Bolivie	4.000	[1.300 - 7.900]	0,1	[0,0 - 0,2]	0,1	[0,0 - 0,2]	1.300	[400 - 2.500]
Brésil	620.000	[300.000 - 1.000.000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,1]	240.000	[120.000 - 400.000]
Chili	25.000	[12.000 - 41.000]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	8.700	[4.300 - 14.000]
Colombie	120.000	[61.000 - 200.000]	0,7	[0,4 - 1,2]	0,5	[0,3 - 0,8]	62.000	[30.000 - 100.000]
Costa Rica	11.000	[5.400 - 18.000]	0,6	[0,3 - 1,0]	0,6	[0,3 - 0,9]	4.000	[2.000 - 6.600]
Équateur	19.000	[9.500 - 32.000]	0,3	[0,1 - 0,5]	0,3	[0,1 - 0,5]	6.800	[3.400 - 11.000]
El Salvador	24.000	[12.000 - 39.000]	0,7	[0,3 - 1,1]	0,6	[0,3 - 1,0]	9.600	[4.700 - 16.000]
Guatemala	65.000	[32.000 - 110.000]	1,1	[0,6 - 1,8]	1,1	[0,5 - 1,7]	31.000	[15.000 - 51.000]
Guyana *	11.000	[4.000 - 28.000]	2,5	[0,8 - 7,7]	2,5	[0,9 - 6,4]	6.100	[1.900 - 19.000]
Honduras	48.000	[27.000 - 84.000]	1,8	[1,0 - 3,2]	1,6	[0,9 - 2,8]	33.000	[19.000 - 59.000]
Mexico	150.000	[74.000 - 250.000]	0,3	[0,1 - 0,4]	0,3	[0,1 - 0,4]	53.000	[26.000 - 87.000]
Nicaragua	5.500	[2.700 - 9.100]	0,2	[0,1 - 0,3]	0,2	[0,1 - 0,3]	2.100	[1.000 - 3.400]
Panama	11.000	[5.400 - 18.000]	0,9	[0,5 - 1,5]	0,7	[0,3 - 1,1]	6.200	[3.100 - 10.000]
Paraguay	10.000	[5.000 - 17.000]	0,5	[0,2 - 0,8]	0,4	[0,2 - 0,6]	3.900	[1.900 - 6.400]
Pérou	51.000	[25.000 - 84.000]	0,5	[0,3 - 0,9]	0,4	[0,2 - 0,6]	27.000	[13.000 - 44.000]
Suriname	4.000	[1.300 - 12.000]	1,7	[0,5 - 5,8]	1,3	[0,4 - 4,1]	1.700	[500 - 6.100]
Uruguay	5.500	[2.700 - 9.100]	0,3	[0,2 - 0,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	1.900	[900 - 3.200]
Venezuela, R. B. de	71.000	[35.000 - 120.000]	0,7	[0,4 - 1,2]	0,6	[0,3 - 0,9]	32.000	[16.000 - 53.000]
Total mondial	32.900.000	[30.200.000 - 36.700.000]	1,1	[1,0 - 1,2]	1,0	[0,9 - 1,1]	17.000.000	[15.800.000 - 18.800.000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Femmes (15-49) fin 2001		Enfants (0-14) fin 2003		Enfants (0-14) fin 2001	
	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)
Total mondial	15.700.000	[14.600.000 - 17.400.000]	2.100.000	[1.900.000 - 2.500.000]	2.000.000	[1.800.000 - 2.300.000]
Afrique subsaharienne	12.500.000	[11.600.000 - 13.900.000]	1.900.000	[1.700.000 - 2.200.000]	1.800.000	[1.600.000 - 2.100.000]
Angola	110.000	[44.000 - 280.000]	23.000	[8.600 - 61.000]	20.000	[7.500 - 54.000]
Bénin	34.000	[19.000 - 59.000]	5.700	[2.900 - 11.000]	5.100	[2.600 - 10.000]
Botswana *	190.000	[180.000 - 190.000]	25.000	[17.000 - 36.000]	22.000	[15.000 - 33.000]
Burkina Faso *	140.000	[91.000 - 220.000]	31.000	[18.000 - 56.000]	31.000	[18.000 - 56.000]
Burundi	120.000	[84.000 - 180.000]	27.000	[16.000 - 45.000]	26.000	[15.000 - 44.000]
Cameroun *	280.000	[200.000 - 400.000]	43.000	[26.000 - 72.000]	39.000	[23.000 - 64.000]
République Centrafricaine	130.000	[80.000 - 200.000]	21.000	[11.000 - 38.000]	19.000	[10.000 - 35.000]
Tchad	97.000	[64.000 - 150.000]	18.000	[10.000 - 32.000]	16.000	[9.400 - 29.000]
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo, République of	45.000	[20.000 - 99.000]	10.000	[4.200 - 26.000]	11.000	[4.400 - 26.000]
Côte d'Ivoire	270.000	[190.000 - 380.000]	40.000	[24.000 - 67.000]	38.000	[23.000 - 64.000]
Dem, République of Congo **	540.000	[220.000 - 1.300.000]	110.000	[42.000 - 280.000]	100.000	[40.000 - 270.000]
Djibouti	4.200	[1.200 - 12.000]	680	[210 - 2.400]	570	[200 - 2.300]
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Érythrée	31.000	[11.000 - 84.000]	5.600	[1.900 - 17.000]	5.400	[1.800 - 16.000]
Éthiopie	670.000	[430.000 - 1.000.000]	120.000	[69.000 - 220.000]	110.000	[60.000 - 190.000]
Gabon	21.000	[10.000 - 41.000]	2.500	[1.200 - 5.300]	2.000	[900 - 4.400]
Gambie	3.500	[1.000 - 12.000]	500	[100 - 1.900]	<500	[<1.600]
Ghana *	170.000	[110.000 - 280.000]	24.000	[9.600 - 36.000]	22.000	[12.000 - 41.000]
Guinée *	59.000	[21.000 - 160.000]	9.200	[3.300 - 26.000]	7.300	[2.500 - 22.000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...
Kenya	750.000	[540.000 - 1.000.000]	100.000	[61.000 - 170.000]	100.000	[63.000 - 170.000]
Lesotho *	170.000	[150.000 - 180.000]	22.000	[15.000 - 32.000]	20.000	[13.000 - 29.000]
Liberia	45.000	[20.000 - 99.000]	8.000	[3.400 - 19.000]	6.400	[2.600 - 16.000]
Madagascar	55.000	[27.000 - 91.000]	8.600	[2.500 - 30.000]	6.000	[1.600 - 22.000]
Malawi *	440.000	[350.000 - 540.000]	83.000	[54.000 - 130.000]	77.000	[50.000 - 120.000]
Mali	65.000	[21.000 - 200.000]	13.000	[3.900 - 42.000]	12.000	[3.500 - 38.000]
Mauritanie	3.300	[1.600 - 5.500]	...	...	...	...
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mozambique	640.000	[490.000 - 820.000]	99.000	[63.000 - 160.000]	87.000	[55.000 - 140.000]
Namibie	100.000	[90.000 - 120.000]	15.000	[10.000 - 22.000]	12.000	[8.200 - 18.000]
Niger	29.000	[15.000 - 56.000]	5.900	[2.800 - 12.000]	4.500	[2.100 - 9.700]
Nigeria	1.800.000	[1.200.000 - 2.600.000]	290.000	[170.000 - 500.000]	260.000	[150.000 - 450.000]
Rwanda *	120.000	[81.000 - 180.000]	22.000	[12.000 - 37.000]	20.000	[12.000 - 35.000]
Sénégal *	21.000	[10.000 - 43.000]	3.100	[1.400 - 6.800]	2.700	[1.200 - 5.900]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud *	2.700.000	[2.300.000 - 3.200.000]	230.000	[150.000 - 340.000]	190.000	[130.000 - 280.000]
Swaziland **	110.000	[100.000 - 110.000]	16.000	[11.000 - 23.000]	14.000	[9.400 - 20.000]
Togo	53.000	[34.000 - 82.000]	9.300	[5.200 - 17.000]	8.700	[4.900 - 15.000]
Ouganda *	310.000	[210.000 - 460.000]	84.000	[46.000 - 150.000]	97.000	[54.000 - 160.000]
Tanzanie *	820.000	[600.000 - 1.100.000]	140.000	[85.000 - 230.000]	130.000	[83.000 - 220.000]
Zambie	450.000	[370.000 - 550.000]	85.000	[56.000 - 130.000]	84.000	[55.000 - 130.000]
Zimbabwe	900.000	[790.000 - 1.000.000]	120.000	[84.000 - 180.000]	120.000	[83.000 - 180.000]
Asie de l'Est	140.000	[69.000 - 220.000]	7.700	[2.700 - 22.000]	5.300	[1.800 - 16.000]
Chine	130.000	[65.000 - 220.000]	...	...	...	...
Hong Kong AS	800	[400 - 1.300]	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...
Japon	2.700	[1.300 - 4.500]	...	...	...	...
Mongolie	<200	[<400]	...	...	...	...
République of Corée	600	[200 - 1.100]	...	...	...	...
Océanie	4.000	[2.400 - 5.900]	600	[<2.000]	400	[<1.200]
Australie	800	[400 - 1.300]	...	...	...	...
Fiji	<200	[<400]	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	<200	[<400]	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2.900	[1.400 - 4.800]	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Femmes (15-49) fin 2001		Enfants (0-14) fin 2003		Enfants (0-14) fin 2001	
	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)
Asie du Sud et Asie du Sud-Est	1.600.000	[1.000.000 - 2.300.000]	160.000	[91.000 - 300.000]	130.000	[77.000 - 260.000]
Afghanistan	...	...	...	...	...	...
Bangladesh **	...	[300 - 2.100]	...	...	...	...
Bhutan	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	<200	[<400]	...	...	...	...
Cambodge	48.000	[30.000 - 77.000]	7.300	[3.800 - 14.000]	6.400	[3.500 - 12.000]
Inde	1.500.000	[570.000 - 1.900.000]	120.000	[55.000 - 260.000]	100.000	[45.000 - 220.000]
Indonésie	6.900	[3.400 - 11.000]	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	1.900	[600 - 3.800]	...	...	...	...
Laos, Rép. dem. pop.	<200	[<400]	...	...	...	...
Malaisie	6.300	[3.100 - 10.000]	...	...	...	...
Maldives	...	...	...	...	...	...
Myanmar **	78.000	[42.000 - 140.000]	7.600	[3.600 - 16.000]	5.700	[2.800 - 12.000]
Népal	9.100	[4.500 - 15.000]	...	...	...	...
Pakistan	4.300	[1.400 - 8.500]	...	...	...	...
Philippines	900	[300 - 1.800]	...	...	...	...
Singapour	800	[300 - 1.500]	...	...	...	...
Sri Lanka	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Thaïlande	200.000	[110.000 - 340.000]	12.000	[5.700 - 24.000]	12.000	[6.200 - 23.000]
Vietnam	41.000	[21.000 - 69.000]	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	280.000	[180.000 - 410.000]	8.100	[6.600 - 12.000]	7.000	[5.800 - 9.700]
Arménie	700	[300 - 1.100]	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	...	...	...	...	...
Belarus	...	[2.800 - 12.000]	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...
République Tchèque	750	[300 - 1.600]	...	...	...	...
Estonie	1.600	[500 - 3.200]	...	...	...	...
Géorgie	<600	[200 - 1.300]	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	3.500	[1.000 - 7.000]	...	...	...	...
Kirghizstan	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Lettonie	1.900	[900 - 3.100]	...	...	...	...
Lituanie	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...
Moldavie	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	170.000	[85.000 - 280.000]	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...
Ukraine	96.000	[47.000 - 160.000]	...	...	...	...
Ouzbékistan	1.000	[600 - 3.600]	...	...	...	...
Europe occidentale	130.000	[100.000 - 170.000]	6.200	[4.900 - 7.900]	5.800	[4.600 - 7.400]
Albanie	...	...	...	...	...	...
Autriche	2.200	[1.100 - 3.600]	...	...	...	...
Belgique	2.900	[1.400 - 4.800]	...	...	...	...
Danemark	800	[400 - 1.300]	...	...	...	...
Finlande	<500	[<1.000]	...	...	...	...
France	30.000	[15.000 - 49.000]	...	...	...	...
Allemagne	8.100	[4.000 - 13.000]	...	...	...	...
Grèce	1.800	[900 - 3.000]	...	...	...	...
Islande	<200	[<400]	...	...	...	...
Irlande	700	[200 - 1.300]	...	...	...	...
Italie	42.000	[21.000 - 69.000]	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...
Malte	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	3.300	[1.600 - 5.400]	...	...	...	...
Norvège	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Portugal	4.200	[2.100 - 6.900]	...	...	...	...
Serbie et Monténégro	2.000	[700 - 3.900]	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...
Espagne	26.000	[13.000 - 43.000]	...	...	...	...
Suède	900	[300 - 1.700]	...	...	...	...
Suisse	3.600	[1.800 - 5.900]	...	...	...	...
Macédoine FYR	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni	11.000	[5.500 - 19.000]	...	...	...	...

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Femmes (15-49) fin 2001		Enfants (0-14) fin 2003		Enfants (0-14) fin 2001	
	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)
Afrique du Nord & Moyen-Orient	170.000	[62.000 - 480.000]	21.000	[6.300 - 72.000]	16.000	[5.400 - 48.000]
Algérie	800	[300 - 1.600]	...	...	...	...
Bahreïn	<200	[<400]	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...
Égypte	1.200	[400 - 2.300]	...	...	...	...
Irak	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...
Liban	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Libye	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...
Oman	<200	[<400]	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...
Soudan	170.000	[59.000 - 470.000]	21.000	[6.000 - 72.000]	16.000	[5.200 - 48.000]
Syrie	...	...	...	...	...	...
Tunisie	<200	[<400]	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...
Émirats arabes unis	...	...	...	...	...	...
République du Yémen	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	190.000	[100.000 - 310.000]	11.000	[5.600 - 17.300]	11.000	[5.500 - 17.200]
Canada	12.000	[5.900 - 20.000]	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	180.000	[88.000 - 300.000]	...	...	...	...
Caraïbes	180.000	[120.000 - 310.000]	22.000	[11.000 - 48.000]	22.000	[12.000 - 42.000]
Bahamas	2.500	[1.600 - 4.000]	<200	[<400]	<200	[<400]
Barbade	800	[300 - 2.400]	<200	[<400]	<200	[<400]
Cuba	1.000	[300 - 2.000]	...	...	...	...
République dominicaine	23.000	[13.000 - 39.000]	2.200	[1.100 - 4.400]	2.100	[1.100 - 4.100]
Haïti	140.000	[71.000 - 260.000]	19.000	[7.900 - 45.000]	18.000	[8.700 - 39.000]
Jamaïque	7.200	[3.700 - 14.000]	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]
Trinité-et-Tobago	13.000	[5.600 - 28.000]	700	[300 - 2.100]	600	[300 - 1.500]
Amérique latine	480.000	[360.000 - 640.000]	25.000	[20.000 - 41.000]	24.000	[19.000 - 40.000]
Argentine	23.000	[11.000 - 37.000]	...	...	...	...
Belize	1.000	[400 - 2.500]	<200	[<400]	<200	[<400]
Bolivie	1.100	[300 - 2.100]	...	...	...	...
Brésil	230.000	[110.000 - 380.000]	...	...	...	...
Chili	8.000	[3.900 - 13.000]	...	...	...	...
Colombie	40.000	[20.000 - 65.000]	...	...	...	...
Costa Rica	3.500	[1.700 - 5.700]	...	...	...	...
Équateur	6.200	[3.000 - 10.000]	...	...	...	...
El Salvador	7.700	[3.800 - 13.000]	...	...	...	...
Guatemala	27.000	[13.000 - 45.000]	...	...	...	...
Guyana *	6.100	[2.300 - 16.000]	600	[200 - 2.000]	700	[200 - 1.900]
Honduras	27.000	[15.000 - 47.000]	3.900	[2.000 - 7.800]	3.200	[1.600 - 6.200]
Mexico	49.000	[24.000 - 80.000]	...	...	...	...
Nicaragua	1.800	[900 - 2.900]	...	...	...	...
Panama	4.100	[2.000 - 6.700]	...	...	...	...
Paraguay	2.700	[1.300 - 4.400]	...	...	...	...
Pérou	16.000	[8.000 - 27.000]	...	...	...	...
Suriname	1.300	[400 - 3.900]	<200	[<800]	<200	[<800]
Uruguay	1.800	[900 - 2.900]	...	...	...	...
Venezuela. Rép. bolivarienne de	23.000	[11.000 - 37.000]	...	...	...	...
Total mondial	15.700.000	[14.600.000 - 17.400.000]	2.100.000	[1.900.000 - 2.500.000]	2.000.000	[1.800.000 - 2.300.000]

Pays	2. Décès dus au SIDA				3. Orphelins du SIDA			
	Décès adultes et enfants fin 2003		Décès adultes et enfants fin 2001		Orphelins (0-17), vivant encore 2003		Orphelins (0-17), vivants en 2001	
	(Estimation basse-estimation haute)		(Estimation basse-estimation haute)		(Estimation basse-estimation haute)		(Estimation basse-estimation haute)	
	Estimation		Estimation		Estimation		Estimation	
		[2.600.000 -		[2.300.000 -		[13.000.000 -		[10.000.000 -
Total mondial	2.900.000	3.300.000]	2.500.000	2.800.000]	15.000.000	18.000.000]	11.500.000	14.000.000]
Afrique subsaharienne	2.200.000	2.500.000]	1.900.000	2.200.000]	12.100.000	13.400.000]	9.600.000	10.700.000]
Angola	21.000	[9.600 - 45.000]	18.000	[8.500 - 40.000]	110.000	[74.000 - 160.000]	87.000	[58.000 - 120.000]
Bénin	5.800	[3.400 - 10.000]	4.900	[2.800 - 8.600]	34.000	[23.000 - 48.000]	25.000	[17.000 - 36.000]
Botswana *	33.000	[25.000 - 43.000]	28.000	[21.000 - 37.000]	120.000	[84.000 - 180.000]	95.000	[63.000 - 140.000]
Burkina Faso *	29.000	[18.000 - 47.000]	30.000	[19.000 - 48.000]	260.000	[180.000 - 370.000]	240.000	[160.000 - 340.000]
Burundi	25.000	[16.000 - 39.000]	25.000	[16.000 - 38.000]	200.000	[130.000 - 280.000]	170.000	[120.000 - 250.000]
Cameroun *	49.000	[32.000 - 74.000]	41.000	[26.000 - 63.000]	240.000	[160.000 - 340.000]	170.000	[110.000 - 240.000]
République Centrafricaine	23.000	[13.000 - 40.000]	20.000	[12.000 - 35.000]	110.000	[77.000 - 160.000]	90.000	[60.000 - 130.000]
Tchad	18.000	[11.000 - 28.000]	16.000	[9.900 - 25.000]	96.000	[64.000 - 140.000]	73.000	[49.000 - 100.000]
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo, République of	9.700	[4.900 - 20.000]	10.000	[5.100 - 20.000]	97.000	[65.000 - 140.000]	87.000	[59.000 - 120.000]
Côte d'Ivoire	47.000	[30.000 - 72.000]	43.000	[28.000 - 66.000]	310.000	[200.000 - 440.000]	270.000	[180.000 - 390.000]
Dem, République of Congo **	100.000	[50.000 - 220.000]	100.000	[48.000 - 210.000]	770.000	[520.000 - 1.100.000]	680.000	[450.000 - 970.000]
Djibouti	690	[320 - 1.900]	550	[300 - 1.800]	5.000	[3.400 - 7.200]	4.100	[2.700 - 5.800]
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...
Érythrée	6.300	[2.900 - 14.000]	5.800	[2.700 - 13.000]	39.000	[26.000 - 55.000]	28.000	[19.000 - 41.000]
Éthiopie	120.000	[74.000 - 190.000]	100.000	[58.000 - 180.000]	720.000	[480.000 - 1.000.000]	560.000	[370.000 - 790.000]
Gabon	3.000	[1.500 - 5.700]	2.200	[1.100 - 4.500]	14.000	[9.300 - 20.000]	10.000	[6.900 - 15.000]
Gambie	600	[200 - 1.500]	<500	[<1.200]	2.000	[1.500 - 3.200]	1.500	[990 - 2.100]
Ghana *	30.000	[18.000 - 49.000]	26.000	[16.000 - 42.000]	170.000	[120.000 - 250.000]	140.000	[91.000 - 190.000]
Guinée *	9.000	[4.000 - 20.000]	6.900	[3.000 - 16.000]	35.000	[23.000 - 50.000]	25.000	[17.000 - 35.000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	150.000	[89.000 - 200.000]	140.000	[87.000 - 190.000]	650.000	[430.000 - 930.000]	500.000	[340.000 - 720.000]
Lesotho *	29.000	[22.000 - 39.000]	24.000	[18.000 - 33.000]	100.000	[68.000 - 150.000]	68.000	[46.000 - 97.000]
Liberia	7.200	[3.500 - 15.000]	5.900	[2.800 - 12.000]	36.000	[24.000 - 52.000]	28.000	[19.000 - 40.000]
Madagascar	7.500	[3.200 - 16.000]	4.900	[2.100 - 11.000]	30.000	[20.000 - 42.000]	18.000	[12.000 - 25.000]
Malawi *	84.000	[58.000 - 120.000]	75.000	[52.000 - 110.000]	500.000	[330.000 - 710.000]	390.000	[260.000 - 560.000]
Mali	12.000	[5.100 - 29.000]	11.000	[4.500 - 26.000]	75.000	[50.000 - 110.000]	59.000	[40.000 - 85.000]
Mauritanie	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	2.000	[1.100 - 2.300]	1.000	[700 - 1.400]
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	110.000	[74.000 - 160.000]	89.000	[60.000 - 130.000]	470.000	[310.000 - 670.000]	330.000	[220.000 - 470.000]
Namibie	16.000	[11.000 - 22.000]	11.000	[7.900 - 16.000]	57.000	[38.000 - 81.000]	33.000	[22.000 - 48.000]
Niger	4.800	[2.300 - 9.800]	3.600	[1.700 - 7.600]	24.000	[16.000 - 35.000]	16.000	[11.000 - 23.000]
Nigeria	310.000	[200.000 - 490.000]	260.000	[160.000 - 410.000]	1.800.000	[1.200.000 - 2.600.000]	1.300.000	[890.000 - 1.900.000]
Rwanda *	22.000	[14.000 - 36.000]	21.000	[14.000 - 34.000]	160.000	[110.000 - 240.000]	160.000	[110.000 - 230.000]
Sénégal *	3.500	[1.900 - 6.500]	2.800	[1.500 - 5.300]	17.000	[12.000 - 25.000]	12.000	[8.200 - 18.000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud *	370.000	[270.000 - 520.000]	270.000	[190.000 - 390.000]	1.100.000	[710.000 - 1.500.000]	660.000	[440.000 - 940.000]
Swaziland **	17.000	[13.000 - 23.000]	13.000	[9.900 - 18.000]	65.000	[43.000 - 93.000]	44.000	[30.000 - 63.000]
Togo	10.000	[6.400 - 16.000]	8.900	[5.600 - 14.000]	54.000	[36.000 - 77.000]	37.000	[25.000 - 53.000]
Ouganda *	78.000	[54.000 - 120.000]	94.000	[66.000 - 140.000]	940.000	[630.000 - 1.400.000]	910.000	[610.000 - 1.300.000]
Tanzanie *	160.000	[110.000 - 230.000]	150.000	[98.000 - 220.000]	980.000	[660.000 - 1.400.000]	790.000	[530.000 - 1.100.000]
Zambie	89.000	[63.000 - 130.000]	88.000	[62.000 - 120.000]	630.000	[420.000 - 910.000]	570.000	[380.000 - 810.000]
Zimbabwe	170.000	[130.000 - 230.000]	160.000	[120.000 - 220.000]	980.000	[660.000 - 1.400.000]	830.000	[560.000 - 1.200.000]
Asie de l'Est	44.000	[22.000 - 75.000]	31.000	[15.000 - 52.000]				
Chine	44.000	[21.000 - 75.000]	30.000	[15.000 - 51.000]	...	...	...	...
Hong Kong AS	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Mongolie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
République of Corée	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Océanie	700	[<1.300]	400	[<800]				
Australie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Fiji	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	600	[200 - 1.200]	<500	[<1.000]	...	...	...	...

2. Décès dus au SIDA

3. Orphelins du SIDA

Pays	Décès adultes et enfants fin 2003		Décès adultes et enfants fin 2001		Orphelins (0-17), vivant encore 2003		Orphelins (0-17), vivants en 2001	
	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)	Estimation	(Estimation basse-estimation haute)
Asie du Sud et Asie du Sud-Est	460.000	[290.000 - 700.000]	390.000	[240.000 - 590.000]				
Afghanistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bangladesh **	...	[<400]	...	[<400]	...	...	...	...
Bhutan	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunei Darussalam	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Cambodge	15.000	[9.100 - 25.000]	13.000	[7.800 - 21.000]	...	...	...	...
Inde	...	...	...	...	...	...	...	...
Indonésie	2.400	[1.100 - 4.100]	600	[300 - 1.000]	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	800	[300 - 1.600]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Laos, Rép. dem. pop.	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Malaisie	2.000	[1.000 - 3.600]	1.500	[700 - 2.900]	...	...	...	...
Maldives	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar **	20.000	[11.000 - 35.000]	14.000	[7.800 - 26.000]	...	...	...	...
Népal	3.100	[1.000 - 6.400]	2.000	[900 - 4.200]	...	...	...	...
Pakistan	4.900	[1.600 - 11.000]	3.900	[1.300 - 8.500]	...	...	...	...
Philippines	<500	[<1.000]	<200	[<400]	...	...	...	...
Singapour	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Sri Lanka	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Thaïlande	58.000	[34.000 - 97.000]	58.000	[34.000 - 96.000]	...	...	...	...
Vietnam	9.000	[4.500 - 16.000]	5.000	[3.000 - 9.100]	...	...	...	...
Europe orientale et Asie centrale	49.000	[32.000 - 71.000]	31.000	[21.000 - 45.000]				
Arménie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	...	...	...	...	...	...	...
Belarus	...	[900 - 3.300]	...	[800 - 3.000]	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...
Croatie	...	...	...	...	...	...	...	...
République Tchèque	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Géorgie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Hongrie	...	...	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Kirghizstan	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Lettonie	<500	[<1.000]	<200	[<400]	...	...	...	...
Lituanie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...
Moldavie	...	...	...	...	...	...	...	...
Roumanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	20.000	[9.600 - 33.000]	14.000	[7.000 - 24.000]	...	...	...	...
Ouzbékistan	<500	[<1.000]	<200	[<400]	...	...	...	...
Europe occidentale	6.000	[<8000]	6.000	[<8000]				
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Belgique	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Danemark	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Finlande	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
France	<1.000	[<2.000]	<1.000	[<2.000]	...	...	...	...
Allemagne	<1.000	[<2.000]	<1.000	[<2.000]	...	...	...	...
Grèce	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Islande	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Irlande	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Italie	<1000	[<2.000]	<1000	[<2.000]	...	...	...	...
Luxembourg	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Malte	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Pays-Bas	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Norvège	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Portugal	<1000	[<2.000]	<1000	[<2.000]	...	...	...	...
Serbie et Monténégro	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Slovénie	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Espagne	<1000	[<2.000]	<1000	[<2.000]	...	...	...	...
Suède	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Suisse	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Macédoine FYR	<100	[<200]	<100	[<200]	...	...	...	...
Royaume-Uni	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	...	...	...	...

Pays	2. Décès dus au SIDA				3. Orphelins du SIDA			
	Décès adultes et enfants fin 2003		Décès adultes et enfants fin 2001		Orphelins (0-17), vivant encore 2003		Orphelins (0-17), vivants en 2001	
	(Estimation basse-estimation haute)		(Estimation basse-estimation haute)		(Estimation basse-estimation haute)		(Estimation basse-estimation haute)	
	Estimation		Estimation		Estimation		Estimation	
Afrique du Nord & Moyen-Orient	24.000	[9.900 - 62.000]	17.000	[7.500 - 40.000]				
Algérie	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Bahreïn	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...
Égypte	700	[200 - 1.600]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Irak	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Libye	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	23.000	[8.700 - 61.000]	16.000	[6.800 - 39.000]	...	...	...	...
Syrie	<200	[<400]	...	...	...	...	...	...
Tunisie	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Émirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...
République du Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord	16.000	[8.300 - 25.000]	16.000	[8.300 - 25.000]				
Canada	1.500	[740 - 2.500]	1.500	[740 - 2.500]	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	14.000	[6.900 - 23.000]	14.000	[6.900 - 23.000]	...	...	...	...
Caraïbes	35.000	[23.000 - 59.000]	32.000	[22.000 - 50.000]				
Bahamas	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Barbade	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Cuba	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
République dominicaine	7.900	[4.700 - 13.000]	7.000	[4.200 - 12.000]	...	...	...	...
Haïti	24.000	[12.000 - 47.000]	22.000	[13.000 - 40.000]	...	...	...	...
Jamaïque	900	[500 - 1.600]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	1.900	[900 - 4.100]	1.500	[800 - 2.900]	...	...	...	...
Amérique latine	84.000	[65.000 - 110.000]	63.000	[50.000 - 81.000]				
Argentine	1.500 ***	[1.400 - 3.000] ***	1.500 ***	[1.400 - 3.000] ***	...	...	...	...
Belize	<200	[<400]	<200	[<400]	...	...	...	...
Bolivie	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Bésil	15.000 ***	[14.000 - 22.000] ***	14.600 ***	[13.000 - 20.000] ***	...	...	...	...
Chili	1.400	[700 - 2.500]	800	[400 - 1.500]	...	...	...	...
Colombie	3.600 ***	[2.200 - 6.000] ***	3.300 ***	[2.000 - 5.800] ***	...	...	...	...
Costa Rica	900	[400 - 1.600]	800	[400 - 1.400]	...	...	...	...
Équateur	1.700	[800 - 3.600]	1.600	[700 - 3.200]	...	...	...	...
El Salvador	2.200	[1.000 - 4.100]	2.000	[1.000 - 3.800]	...	...	...	...
Guatemala	5.800	[2.900 - 10.000]	4.900	[2.400 - 8.400]	...	...	...	...
Guyana *	1.100	[500 - 2.600]	1.300	[600 - 2.700]	...	...	...	...
Honduras	4.100	[2.300 - 7.200]	3.100	[1.700 - 5.500]	...	...	...	...
Mexico	5.000 ***	[4.500 - 10.000] ***	4.200 ***	[4.000 - 9.000] ***	...	...	...	...
Nicaragua	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Panama	<500	[<1.000]	<200	[<400]	...	...	...	...
Paraguay	600	[300 - 1.000]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Pérou	4.200	[2.100 - 7.300]	3.700	[1.800 - 6.400]	...	...	...	...
Suriname	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Uruguay	<500	[<1.000]	<500	[<1.000]	...	...	...	...
Venezuela. Rép. bolivarienne de	4.100	[1.900 - 8.000]	2.600	[1.200 - 5.300]	...	...	...	...
Total mondial	2.900.000	[2.600.000 - 3.300.000]	2.500.000	[2.300.000 - 2.800.000]				

**4. Taux de prévalence VIH
(%) chez les jeunes
(15-24 ans) femmes
enceintes dans la capitale**

**5. Taux de prévalence VIH (%) dans les
groupes à comportements à hauts risques dans la capitale**

**6. Indicateurs des
connaissances
et de comportements
Savent qu'une
personne qui semble
en bonne santé peut
être atteinte du virus
du SIDA (%) (15-24)**

Pays	Année	Moyenne	Consommateurs de drogues injectables		Travailleurs de l'industrie du sexe		Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes		Savent qu'une personne qui semble en bonne santé peut être atteinte du virus du SIDA (%) (15-24)	
			Année	Moyenne	Année	Moyenne	Année	Moyenne	Année	Moyenne	Femmes	Hommes
Total mondial										
Afrique subsaharienne										
Angola	...	...	...	...	2002	33,3	...	...	...	...
Bénin	2002	2,3	...	...	2001	60,5	...	...	56	69
Botswana *	2003	32,9	...	...	...	...	...	...	81	76
Burkina Faso *	2002	2,3	...	...	...	...	...	...	42 v	64 v
Burundi	2002	13,6	...	...	...	...	...	...	66	...
Cameroun *	2002	7,0	...	...	...	...	...	...	57	63
République Centrafricaine	2002	14,0	...	...	...	...	...	...	46	...
Tchad	2003	4,8	...	...	...	...	...	...	28	...
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...	55	...
Congo. République of	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	2002	5,2	...	...	...	...	...	...	64	67
Dem, République of Congo **	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...	46	...
Érythrée	...	...	...	...	...	...	...	...	79	...
Éthiopie	2003	11,7	...	...	...	...	...	...	39	54
Gabon	...	...	...	...	...	...	...	...	72	81
Gambie	...	...	...	...	...	...	...	...	53	...
Ghana *	2003	3,9	...	...	...	...	...	...	71	77
Guinée *	...	...	...	...	2001	39,7	...	...	60	56
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...	31	...
Kenya	...	...	...	...	2000	25,5	...	...	74	80
Lesotho *	2003	27,8	...	...	...	...	...	...	46	...
Liberia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	...	...	...	...	2001	0,2	...	...	27	...
Malawi *	2003	18,0	...	...	...	...	...	...	84	89
Mali	2003	2,2	...	...	2000	21,0	...	...	46	59
Mauritanie	...	...	...	...	...	...	...	...	30	39
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	2002	14,7	...	...	...	...	...	...	62	71
Namibie	...	...	...	...	...	...	...	...	82	87
Niger	...	...	...	...	...	...	...	...	37	41
Nigeria	2003	4,2	...	...	...	...	...	...	45	51
Rwanda *	2002	11,6	...	...	...	...	...	...	64	69
Sénégal *	2002	1,1	...	...	2002	14,2	...	...	46	...
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...	35	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	13	...
Afrique du Sud *	2002	24,0	...	...	...	...	...	...	54	...
Swaziland **	2002	39,0	...	...	...	...	...	...	81	...
Togo	2003	9,1	...	...	...	...	...	...	66	73
Ouganda *	2001	10,0	...	...	...	...	...	...	76	83
Tanzanie *	2002	7,0	...	...	...	...	...	...	65	68
Zambie	2002	22,1	...	...	...	...	...	...	74	73
Zimbabwe	...	...	...	...	...	...	...	...	74	83
Asie de l'Est										
Chine	...	...	2000	0,0	2000	0,2	...	...	...	...
Hong Kong AS	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	2000	2,9	...	...
Mongolie	...	...	...	...	...	...	...	...	57	...
République of Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Océanie										
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fiji	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	2000	16,0	...	...	...	...

Pays	4. Taux de prévalence VIH (%) chez les jeunes (15-24 ans) femmes enceintes dans la capitale		5. Taux de prévalence VIH (%) dans les groupes à comportements à hauts risques dans la capitale						6. Indicateurs des connaissances et de comportements Savent qu'une personne qui semble en bonne santé peut être atteinte du virus du SIDA (%) (15-24)	
	Année	Moyenne	Consommateurs de drogues injectables		Travailleurs de l'industrie du sexe		Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes		Femmes	Hommes
			Année	Moyenne	Année	Moyenne	Année	Moyenne		
Asie du Sud et Asie du Sud-Est										
Afghanistan
Bangladesh **	1999	2,5	2000	20,0	1999	0,3	...	...
Bhutan
Brunei Darussalam
Cambodge	2002	18,5	...	...	62	...
Inde	2002	7,2	...	...	...	...	...	...
Indonésie	2001	0,0	...	...	32	...
Iran (République islamique d')
Laos, Rép. dem. pop.	2001	1,1	...	...	...	...
Malaisie
Maldives
Myanmar **	2000	37,1	2000	26,0	...	...	...	...
Népal	2000	50,0	2002	17,0	...	...	...	...
Pakistan
Philippines	67	...
Singapour
Sri Lanka
Thaïlande	2002	53,7	2002	2,6	...	...	...	...
Vietnam	2001	22,3	2001	11,5	...	...	63	...
Europe orientale et Asie centrale										
Arménie	1999	7,5	...	...	53	48
Azerbaïdjan	35	...
Belarus
Bosnie-Herzégovine	74	...
Bulgarie
Croatie
République Tchèque
Estonie
Géorgie
Hongrie	2000	2,2	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	2002	0,0	...	...	...	...	63 x	73 x
Kirghizstan
Lettonie	2002	17,3	...	...	...	...	...	...
Lituanie	2001	0,5	...	...	...	...
Pologne
Moldavie	79	...
Roumanie	70	77
Fédération de Russie	2002	3,0	...	...	...	...
Slovaquie
Tadjikistan	8	...
Turkménistan	42	...
Ukraine	78	...
Ouzbékistan	41	...
Europe occidentale										
Albanie	40	...
Autriche
Belgique
Danemark
Finlande
France
Allemagne
Grèce
Islande
Irlande
Italie
Luxembourg
Malte
Pays-Bas
Norvège
Portugal
Serbie et Monténégro
Slovénie	1999	1,7	...	...
Espagne
Suède
Suisse
Macédoine FYR
Royaume-Uni

**4. Taux de prévalence VIH
(%) chez les jeunes
(15-24 ans) femmes
enceintes dans la capitale**

**5. Taux de prévalence VIH (%) dans les
groupes à comportements à hauts risques dans la capitale**

**6. Indicateurs des
connaissances
et de comportements
Savent qu'une
personne qui semble
en bonne santé peut
être atteinte du virus
du SIDA (%) (15-24)**

Pays	4. Taux de prévalence VIH (%) chez les jeunes (15-24 ans) femmes enceintes dans la capitale		5. Taux de prévalence VIH (%) dans les groupes à comportements à hauts risques dans la capitale				6. Indicateurs des connaissances et de comportements Savent qu'une personne qui semble en bonne santé peut être atteinte du virus du SIDA (%) (15-24)			
	Année	Moyenne	Consommateurs de drogues injectables		Travailleurs de l'industrie du sexe		Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes		Femmes	Hommes
	Année	Moyenne	Année	Moyenne	Année	Moyenne	Année	Moyenne		
Afrique du Nord & Moyen-Orient										
Algérie
Bahreïn
Chypre
Égypte
Irak
Israël
Jordanie
Koweït
Liban
Libye
Maroc
Oman
Qatar
Arabie saoudite
Soudan
Syrie
Tunisie
Turquie
Émirats arabes unis
République du Yémen
Amérique du Nord										
Canada
États-Unis d'Amérique
Caraïbes										
Bahamas
Barbade
Cuba	91	...
République dominicaine	1999	3,5	...	...	92	91
Haïti	68	78
Jamaïque
Trinité-et-Tobago	95	...
Amérique latine										
Argentine	2001	44,3	...	...	2001	24,3	...	...
Belize
Bolivie	64	74
Brésil
Chili
Colombie	82	...
Costa Rica
Équateur	2002	14,0	...	...	58 w	...
El Salvador	2002	4,0	2002	17,7	68	...
Guatemala	2002	3,3	2002	11,5	...	...
Guyana *	84	...
Honduras	2002	8,1	2002	8,2	81	90
Mexico	1999	0,3	...	...	...	...
Nicaragua	2002	0,0	2002	9,3	73 z	...
Panama	2002	1,8	2002	10,6	...	...
Paraguay
Pérou	2002	22,0	72	...
Suriname	70	...
Uruguay
Venezuela. Rép. bolivarienne de	78	...
Total mondial										

6. Indicateurs des connaissances et de comportements

Pays	Peuvent identifier deux méthodes de prévention et rejeter trois idées fausses (%) (15-24)		Ont eu des rapports sexuels avant 15 ans (%) (15-19)		Ont admis des rapports sexuels à plus hauts risques au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Ont utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle à plus hauts risques. parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels à plus hauts risques au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Année
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
	Total mondial								
Afrique subsaharienne									
Angola	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bénin	8	14	16	24	36	90	19	34	2001 d
Botswana *	40	33	...	...	...	...	75 x	88 x	2001 b
Burkina Faso *	...	...	12	8	19	82	41	55	1999 d
Burundi	24	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Cameroun *	16 c,x	...	26	18	41	86	16	31	1998 d
République Centrafricaine	5	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Tchad	5	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Comores	10	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Congo. République of	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Côte d'Ivoire	16 c,x	...	22	14	51	91	25	56	1998 d
Dem, République of Congo **	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	4	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Érythrée	...	...	9	...	...	...	...	...	2002 d
Éthiopie	...	...	14	5	7	64	17	30	2000 d
Gabon	24	22	24	48	53	75	33	48	2000 d
Gambie	15	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Ghana *	...	...	7	4	...	...	...	...	1998 d
Guinée *	...	...	27	20	23	92	17	32	1999 d
Guinée-Bissau	8	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Kenya	26 c,x	...	15	32	39	92	14	43	1998 d
Lesotho *	18	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Liberia	...	...	32	12	...	...	...	...	1999 d
Madagascar	...	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Malawi *	34	41	17	29	17	71	32	38	2000 d
Mali	9	15	26	11	18	85	14	30	2001 d
Mauritanie	...	...	13	2	...	...	...	...	2000 d
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	...	...	...	...	...	...	...	...	2001 e
Namibie	31	41	10	31	80	85	48	69	2000 d
Niger	5 c,x	...	28	10	4	56	7	30	1998 d
Nigeria	...	...	16	8	...	...	...	...	1999 d
Rwanda *	23	20	3	...	10	42	23	55	2000 d
Sénégal *	...	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Sierra Leone	16	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Somalie	0	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Afrique du Sud *	20	...	9	...	...	...	20	...	1998 d
Swaziland **	27	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Togo	20 c,x	...	20	...	51	89	22	41	1998 d
Ouganda *	28	40	14	16	22	59	44	62	2000 d
Tanzanie *	26	29	15	24	40	87	21	31	1999 d
Zambie	31	33	18	27	19	50	33	42	2001 d
Zimbabwe	...	...	3	6	20	82	42	69	1999 d
Asie de l'Est									
Chine	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Hong Kong AS	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rép. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	32	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
République of Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Océanie									
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fiji	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	...	...	...	...	...

6. Indicateurs des connaissances et de comportements

Pays	Peuvent identifier deux méthodes de prévention et rejeter trois idées fausses (%) (15-24)		Ont eu des rapports sexuels avant 15 ans (%) (15-19)		Ont admis des rapports sexuels à plus hauts risques au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Ont utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle à plus hauts risques. parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels à plus hauts risques au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Année
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
	Asie du Sud et Asie du Sud-Est								
Afghanistan
Bangladesh **
Bhutan
Brunei Darussalam
Cambodge	37	...	1	...	1	...	...	...	2000 d
Inde	21 x	17 x	...	...	2	12	51	59	2001 a
Indonésie	7	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Iran (République islamique d')
Laos, Rép. dem. pop.
Malaisie
Maldives
Myanmar **
Népal	9	20	...	...	...	...	2001 d
Pakistan
Philippines	1 d,v	...	...	...	...	...	2000 c
Singapour
Sri Lanka
Thaïlande
Vietnam	25	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Europe orientale et Asie centrale									
Arménie	7	8	1	1	0	69	0	44	2000 d
Azerbaïdjan	2	...	1 f,y	...	...	...	...	...	2000 c
Belarus
Bosnie-Herzégovine	2000 c
Bulgarie
Croatie
République Tchèque
Estonie
Géorgie	3	...	...	...	...	...	1999 f
Hongrie
Kazakhstan	1	6	27	78	32	65	1999 d
Kirghizstan
Lettonie
Lituanie
Pologne
Moldavie	19	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Roumanie	3	12	...	...	...	...	1999 f
Fédération de Russie
Slovaquie
Tadjikistan	2000 c
Turkménistan	0	...	...	...	...	...	2000 d
Ukraine	2000 c
Ouzbékistan	3	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Europe occidentale									
Albanie	0	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Autriche
Belgique
Danemark
Finlande
France
Allemagne
Grèce
Islande
Irlande
Italie
Luxembourg
Malte
Pays-Bas
Norvège
Portugal
Serbie et Monténégro
Slovénie
Espagne
Suède
Suisse
Macédoine FYR
Royaume-Uni

6. Indicateurs des connaissances et de comportements

Pays	Peuvent identifier deux méthodes de prévention et rejeter trois idées fausses (%) (15-24)		Ont eu des rapports sexuels avant 15 ans (%) (15-19)		Ont admis des rapports sexuels à plus hauts risques au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Ont utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle à plus hauts risques. parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels à plus hauts risques au cours de l'année écoulée (%) (15-24)		Année
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
	Afrique du Nord & Moyen-Orient								
Algérie	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Égypte	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Irak	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Libye	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Syrie	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	0	...	...	...	...	1998 d
Émirats arabes unis	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République du Yémen	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amérique du Nord									
Canada	...	...	...	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Caraïbes									
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Barbade	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	52	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
République dominicaine	...	...	13	18	16	49	...	...	2002 d
Haïti	14	24	12	28	59	93	19	30	2000 d
Jamaïque	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	33	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Amérique latine									
Argentine	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie	22 c,x	...	5	15	...	...	...	...	1998 d
Brésil	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chili	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombie	...	...	10	...	49	...	29	...	2000 d
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Équateur	...	...	7	...	...	...	...	...	2001 f
El Salvador	...	...	...	...	...	...	...	...	1998 f
Guatemala	...	...	7	15	...	...	...	...	2002 f
Guyana *	36	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Honduras	...	...	13	19	...	...	...	...	2001 f
Mexico	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	...	...	11	...	10	...	17	...	2001 d
Panama	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pérou	...	...	5	...	29	...	19	...	2000 d
Suriname	27	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Uruguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela. Rép. bolivarienne de	...	...	...	...	...	...	...	...	2000 c
Total mondial									

... Aucune estimation n'a été faite dans les cas où les données disponibles sur les six dernières années étaient insuffisantes.

* Une enquête statistique pour mesurer la prévalence VIH auprès de la population sera menée dans un avenir proche.

** Les données résultant d'une nouvelle surveillance récemment menée étaient encore indisponibles pour pouvoir être incluses dans le processus d'estimation.

*** Les estimations et les fourchettes d'estimations ont été renseignées au moyen de données de l'état civil.

a. Enquêtes statistiques sur les comportements (FH[U31]).

b. Enquête d'impact du SIDA au Botswana ([U32]2001).

c. Enquête en grappes à indicateurs multiples (UNICEF[U33]).

d. Enquête statistique démographique et sanitaire.

e. Enquête statistique sur la santé reproductive et les comportements sexuels des jeunes et des adolescents au Mozambique (INJAD, 2001[U34]).

f. Enquête statistique sur la santé reproductive (CDC[U35]).

v. Enquête statistique menée en 1999.

w. Enquête statistique menée en 1999.

x. Enquête statistique menée en 2000.

y. Enquête statistique menée en 2001.

z. Enquête statistique menée en 2002.

Source : ONUSIDA, 2004 Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA, ONUSIDA, Genève.

