

Programme SAHARA

Institut des Sciences de l'Environnement
Faculté des Sciences et Techniques
Université Cheikh Anta Diop
Dakar Sénégal
BP 45716 Dakar – Fann
Tel 221 33 825 1957
Fax 221 33 824 6025
E-mail Address ciniang@sentoo.sn



Rapport de contribution du Programme SAHARA à la campagne « Genre : Mon Agenda » de Femmes Africa Solidarité sur le thème du VIH/SIDA en Afrique

Présenté par :
Le programme SAHARA

Avril 2008

The SAHARA Resource Network Project is funded by DFID, CIDA (Canada), Ford Foundation and the Ministerie van Buitenlandse Zaken, The Netherlands and undertaken by the Human Sciences Research Council (SA) in partnership with TICH (Kenya) and Université Cheikh Anta Diop Dakar (Senegal)

PRESENTATION DU PROGRAMME SAHARA

SAHARA est un réseau créé pour initier, appuyer et utiliser la recherche en sciences sociales dans le but de prévenir les infections par le VIH/SIDA, de renforcer l'accès au traitement et à la prise en charge et de réduire les impacts de l'épidémie. SAHARA est un cadre destiné à développer des synergies pour une plus grande efficacité des actions et pour la conduite de recherches comparatives multi-sites et multi-pays. Le projet est mis en œuvre par le Human Sciences Research Council (Afrique du Sud) en partenariat avec l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal) et le Tropical Institute of Community Health (Kenya).

Le Programme SAHARA organise des conférences bisannuelles dont la première s'est déroulée en Afrique du Sud (Cape Town) en 2003, la deuxième en 2005 au Sénégal (Dakar) et la dernière conférence s'est tenue au Kenya (Kisumu) en 2007.

OBJECTIFS

Les objectifs de l'initiative de FAS (Femmes Africaine Solidarité) qui a abouti à la Campagne « Genre mon Agenda » pour la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique étaient :

- Mettre à la disposition des femmes séropositives et du personnel soignant féminin des traitements et services sociaux appropriés ;
- Faire promulguer des lois qui mettent fin à la discrimination contre les femmes vivant avec le VIH/SIDA et faire la promotion de la protection et de l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH ;
- Augmenter les postes budgétaires alloués aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

METHODOLOGIE

Les méthodes d'approche ont varié en fonction des activités. Pour la situation du VIH en Afrique, la revue documentaire a été la principale approche utilisée. Cette revue documentaire a consisté en une exploitation des publications et des rapports de l'ONUSIDA et de l'OMS sur les indicateurs du VIH/SIDA. Nous avons également consulté les enquêtes démographiques et de santé (EDS) des différents pays pour les données socio-comportementales. Il s'en est suivi une analyse documentaire qui a consisté à analyser les différentes études portant sur des thématiques différentes.

Quant à la revue systématique, il s'agissait de rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent les questions de santé en général ou des problèmes de santé spécifiques.

En ce qui concerne les ateliers de plaidoyer ou de sensibilisation, le principe de base fut de rassembler différents acteurs (leaders communautaires, parlementaires, chargés de programmes, bailleurs, ONG, associations, etc.) autour d'une discussion et de trouver des consensus. Ce fut un processus d'interaction et de partages entre différents acteurs.

ACTIONS

Les actions du Programme SAHARA (Social Aspects of HIV/AIDS Research and Alliance) en tant que participant à la Campagne « Genre mon Agenda » ont essentiellement consisté à participer à des prises de décisions, à la validation de programmes, à des plaidoyers, aux activités de sensibilisation, à des études de recherche, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation de la campagne. Ces actions ont été précisément les suivantes :

- Participation à des réunions sous-régionales avec des responsables de programme de haut niveau pour renforcer les structures nationales sur la prévention et la gestion du VIH/SIDA : *Le Think Tank avec ONUSIDA régions africaines de l'Ouest et du Centre, Décembre 2007*
- Participation à des missions de plaidoyer et de lobbying pour augmenter les postes budgétaires destinés aux femmes vivant avec le VIH/SIDA : *IDASA, Atelier de restitution des travaux sur les aspects politiques du VIH/SIDA, 2007*
- Sensibilisation des populations afin de combattre la propagation de la pandémie du VIH/SIDA : *Atelier avec les groupes vulnérables : Femmes vivant avec le VIH, Travailleuses du sexe et hommes ayant des rapport sexuels avec d'autres hommes, 2007*
- Développement d'un cadre de suivi et évaluation : *Evaluation des programmes MAP, IDA de la Banque Mondiale, 2008*
- Recherche sur les questions de stigmatisation et de risque au niveau des personnes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH/SIDA : **Etudes faites auprès de la population générale, des groupes à risque, 2007**
- Recherche sur le VIH/SIDA dans les secteurs d'activités professionnelles : **Etudes dans les entreprises, le secteur publique et le secteur informel avec le BIT (Bureau International du Travail), 2008**

SITUATION EN AFRIQUE

L'Afrique au sud du Sahara reste la région la plus affectée par le VIH dans le monde. Elle regroupe, à elle seule, près de 70% des personnes vivant avec le VIH, alors que sa population constitue à peine 10 % de celle du monde. Elle totalise, à elle seule, 25,8 millions de personnes vivant avec le VIH, soit plus de 60% des cas dans le monde.

Le VIH/SIDA est certainement l'épidémie qui a le plus sévèrement touché l'Afrique au cours de ces 2 dernières décennies. La situation du VIH en Afrique au sud du Sahara est nettement marquée par le nombre disproportionnel de femmes touchées : l'Afrique compte 13,1 million sur les 17 million de femmes vivant avec le VIH dans le monde. Globalement, celles-ci représentent 57% des infections touchant les adultes et, dans les tranches d'âge comprises entre 15 et 24 ans, le nombre de femmes touchées peut être jusqu'à 5 ou 6 fois plus élevé que le nombre d'hommes infectés.

D'autre part, selon les statistiques, la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes est supérieure à 10% dans 11 capitales et dépasse 20% dans 5 pays d'Afrique Australe (ONUSIDA, OMS, 2005).

L'Afrique compte également plus de 80 % des enfants infectés et 90 % des décès pédiatriques du SIDA. Elle a également le plus grand nombre annuel de nouvelles infections et de décès dus au SIDA (ONUSIDA 2004 ; ONUSIDA 2006).

Ainsi, l'épidémie affecte des secteurs névralgiques, les systèmes de santé, l'éducation, l'agriculture, l'industrie, la croissance économique et la cohésion sociale. Cependant, l'épidémie du VIH n'affecte pas uniformément toute l'Afrique au sud du Sahara : certaines régions ont globalement des prévalences moyennes plus élevées que d'autres : l'Afrique

australe a un taux moyen de prévalence du VIH estimé à 16 % et l’Afrique de l’Ouest et du Centre une prévalence moyenne de 4,5 %.

Si les statistiques de l’Afrique au sud du Sahara indiquent globalement une progression exponentielle du VIH depuis l’apparition de la pandémie, il y a tout de même certains pays (comme, par exemple, l’Ouganda, le Kenya, le Ghana, le Mali ou le Sénégal) qui connaissent des taux de prévalence faibles et stables, voire en net recul (ONUSIDA 2004).

En outre, l’Afrique se caractérise aussi par une grande diversité des situations et de l’évolution de l’épidémie : il y a des différences de prévalence nationale importante allant selon les estimations de moins de 1 % pour certains pays (Mauritanie, Sénégal) à plus de 10 % (République Centre Afrique) et environ 20% et plus (Swaziland, Afrique du Sud, Zimbabwe,), en passant par un taux de 5 % pour d’autres (Côte d’Ivoire).

A l’intérieur des pays eux-mêmes, des différences de prévalence existent entre les régions, les tranches d’âge, les catégories de sexe, les catégories socioprofessionnelles (par exemple, les travailleuses du sexe ont les prévalences les plus élevées) et les identités sexuelles (les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

Tableau 1 : Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) et les jeunes femmes et jeunes hommes (15-24 ans) dans les pays d’Afrique de l’Ouest

Pays	% HIV chez les adultes (15-49 ans)	% HIV chez les femmes (15-24 ans)	% HIV chez les hommes (15-24 ans)
Bénin	1,8	1,1	0,4
Burkina Faso	2,0	1,4	0,5
Côte d’Ivoire	7,1	5,1	1,7
Gambie	2,4	1,7	0,6
Ghana	2,3	1,3	0,2
Guinée	1,5	1,4	0,5
Guinée-Bissau	3,8	2,5	0,9
Mali	1,7	1,2	0,4
Mauritanie	0,7	0,5	0,2
Niger	1,1	0,8	0,2
Nigeria	3,9	2,7	0,9
Sénégal	0,9	0,6	0,2
Sierra Leone	1,6	1,1	0,4
Togo	3,2	2,2	0,8

Source : ONUSIDA, 2006

Le rapport mondial sur le VIH publié par ONUSIDA fait apparaître, pour la population adulte (15-24 ans), des différences importantes dans les taux de prévalence entre les pays dans les régions d’Afrique de l’Ouest. Les taux de prévalence les plus élevés sont ceux concernant la Côte d’Ivoire, le Nigeria et la Guinée Bissau. Ces différences concernant également les pourcentages entre les jeunes femmes et les jeunes hommes où l’on retrouve à chaque fois des taux les plus élevés chez les femmes.

Les courbes globales de baisse ou de stabilité dans les prévalences nationales cachent souvent des tendances à la « féminisation » de l’épidémie. Pour un pays comme le Sénégal, il y a actuellement, au niveau national, environ 1 homme (15-49 ans) vivant avec le VIH pour 2 femmes, alors qu’en 1987, il y avait 1 femme pour 9 hommes et en 1992, 3 femmes pour 7

hommes. Le taux de prévalence chez les femmes enceintes a aussi augmenté, passant de 1,2% en 2002 à 1,5% en 2003 (Bulletin Epidémiologique du VIH, 2004).

Tableau 2 : Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) et les jeunes femmes et jeunes hommes (15-24 ans) dans les pays d’Afrique centrale

Pays	% HIV chez les adultes (15-49 ans)	% HIV chez les femmes (15-24 ans)	% HIV chez les hommes (15-24 ans)
Cameroun	5,4	4,9	1,4
Congo	5,3	3,7	1,2
RD Congo,	3,2	2,2	0,8
Gabon	7,9	5,4	1,8
Guinée équatoriale	3,2	2,3	0,7
RCA	10,7	7,3	2,5
Tchad	3,5	2,2	0,9

Source : ONUSIDA, 2006

En ce qui concerne l’Afrique centrale, les estimations les plus élevées (pour ce qui concerne les adultes âgés de 15 à 24 ans) sont situées en République centrafricaine (avec une prévalence de 10,7%), les prévalences les moins élevées étant celles du Congo, du Tchad et de la Guinée Equatoriale. Ces différences sont aussi maintenues en ce qui concerne la prévalence du VIH chez les jeunes femmes et les jeunes hommes (15-24 ans).

Tableau 3 : Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-24 ans) et les jeunes femmes et jeunes hommes (15-24 ans) dans les pays d’Afrique (2005)

Pays	% HIV chez les adultes (15-49 ans)	% HIV chez les femmes (15-24 ans)	HIV chez les hommes (15-24 ans)
Afrique du Sud	18,8	14,8	4,5
Ouganda	6,7	5,0	2,3
Zimbabwe	20,1	14,7	4,4
Swaziland	33,4	22,7	7,7
Zambie	17,0	12,7	3,8
Kenya	6,1	5,2	1,0
Tanzanie	6,5	3,8	2,8

Source : ONUSIDA, 2006

Les taux de prévalence du VIH en Afrique Australe fait apparaître des similitudes importantes dans les sexes ratio : dans tous les pays, la prévalence chez les jeunes femmes est de plusieurs fois (environ 3 fois) plus élevée que chez les hommes de la même tranche d’âge.

Dans les pays les plus sévèrement touchés, l’espérance de vie a diminué, alors qu’elle y était en évolution constante avant l’épidémie du SIDA. On prévoit que, pour les pays comme le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe, l’espérance de vie pour les gens nés au cours de la prochaine décennie descendra à moins de 35 ans (UN Population division, 2003).

En somme et à travers les différents tableaux, cette féminisation montre des rapports de genre qui apparaissent comme étant l'un des principaux moteurs de l'épidémie du VIH en Afrique. Ils renvoient aux relations économiques, sociales ou politiques et de pouvoir entre l'homme et la femme et les significations qui leur sont associées. Ils impliquent les rôles et statuts et les constructions sociales autour de la masculinité et de la féminité. Au cours de ces dernières décennies, il y a eu beaucoup d'efforts qui ont été effectués pour construire des indicateurs de mesure des rapports de genre, en particulier, du statut de la femme dans la société.

Concernant les rapports de genre les études montrent que les rapports de violence, les procès de marginalisation et d'exclusion sociale à l'encontre des femmes affectent leur capacité à se protéger elles-mêmes contre les infections au VIH et à gérer leur accès aux traitements, en cas de survenue de la maladie

Les diverses formes de violence basées sur le genre sont aussi associées à l'augmentation de la vulnérabilité des femmes au VIH. En matière de lutte pour les droits des femmes ou pour le renforcement de leurs capacités des négociations sexuelles, il manque très souvent des études ethnographiques et des travaux de recherche action pour renforcer les patrimoines historiques culturels traditionnels.

Cependant, si des associations globales sont effectuées entre les rapports de genre et la vulnérabilité au VIH, il reste que très peu de choses sont connues sur les mécanismes, les flux et les processus par lesquels ces associations sont produites ou reproduites. On dispose aussi de trop peu de données sur les contextes de pauvreté ou de précarité dans lesquels se reproduisent ou sont amplifiées les inégalités de genre et leurs conséquences sur la vulnérabilité des femmes au VIH. L'analyse de genre devrait également aborder celle des représentations de soi articulées aux constructions de la masculinité et de la féminité, qui peuvent augmenter la vulnérabilité ou la transmission du VIH.

Cependant, il y a lieu de remarquer que, face au SIDA, la communauté internationale n'est pas restée sans réaction. En 2001, la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA (UNGASS) avait considéré le SIDA comme une menace majeure pour le développement et la sécurité du monde. La lutte contre le SIDA a été inscrite comme une priorité majeure dans les agendas des Chefs d'Etat, des gouvernements, de l'Union Africaine, du NEPAD et des organisations sous-régionales (CDEAO, SADEC, CEMAC, etc.). La plupart des pays africains ont entrepris de mettre en œuvre des stratégies nationales multisectorielles de prévention du VIH/SIDA.

L'accès au traitement a été amélioré grâce à plusieurs initiatives gouvernementales, privées ou de coopération internationale. Le Sénégal s'était singularisé en Afrique de l'Ouest par la rapidité de l'engagement politique et de la réponse contre le VIH. Il avait aussi, très tôt, mobilisé les organisations communautaires de base et mis en place un dialogue national ainsi que des stratégies d'implication des leaders religieux. Il a aussi été parmi les premiers pays africains, à opter pour la gratuité des ARV.

Dans le cadre de la législation, le Réseau des Parlementaires pour la Population et le Développement et le Fonds des Nations Unies pour le Développement de la Femme (UNIFEM) ont élaboré un projet de loi relatif au VIH/SIDA, en vue d'apporter une protection juridique de la population en général contre la pandémie. La loi type a été adoptée à Ndjaména en 2004 par le Forum des Parlementaires Africains et Arabes pour le Développement. Elle touche les 15 pays de la CEDEAO, en plus du Cameroun, du Tchad et de la Mauritanie.

Mais des problèmes structurels demeurent concernant l'accès au traitement (centralisation excessive, insuffisance de personnel, difficultés d'accès aux services de santé, coûts de la prise en charge des analyses biologiques, etc.). La couverture effective des ARV reste encore insuffisante, même si des efforts ont été effectués, si on s'en tient aux statistiques publiées par ONUSIDA.

Tableau 4: Couverture tri-thérapeutique anti-rétrovirale du VIH en Afrique de l'ouest

	Rapport UNGASS 2003	Rapport UNGASS 2005			3 sur 5 Décembre 2005	Enquête sur le taux couverture 2005
		% de personnes touchées par une infection avancée soumises à une tri-thérapie				
		Ensemble des personnes des deux sexes	hommes	Femmes		
Bénin	2.5 ²				33.0	32.7
Burkina Faso	1.4				24.0	8.9
Côte d'Ivoire	2.7	22.1	19.3	24.6	17.0	4.9
Gambie	6.3 ¹				10.0	1.2
Ghana	1.8	5.0	5.6	4.6	7.0	4.8
Guinée					9.0	9.4
Guinée-Bissau					1.0	
Libéria					3.0	
Mali	2.5 ¹⁴	11.0	16.8	8.1	32.0	
Mauritanie					40.0	
Niger					5.0	
Nigeria	1.5	735			7.0	5.7
Sénégal	<1.0				47.0	52.3
Sierra Leone	0.0 ¹				2.0	
Togo					29.0	19.6

Source : ONUSIDA, 2006

Comme on peut le constater, la couverture en ARV varie d'un pays à l'autre en Afrique de l'Ouest, avec les pourcentages les plus élevés au Sénégal (47.0), en Mauritanie (40.0) et au Bénin (33.0) et au Mali (32.0) ; les chiffres les plus faibles sont ceux concernant le Nigeria, le Ghana (7.0), le Libéria et la Sierra Leone (2.0).

Pour l'Afrique centrale, la couverture paraît globalement plus faible, selon les données des enquêtes, et très diverses, selon les estimations officielles.

Tableau 5: Couverture tri-thérapeutique anti-rétrovirale en Afrique centrale

	Rapport UNGASS 2003	Rapport UNGASS 2005			3 sur 5	Enquête
		% de personnes touchées par une infection avancée soumises à une tri-thérapie			Décembre 2005	sur le taux de couverture 2005
		Ensemble des personnes des deux sexes	hommes	Femmes	Estimation du taux de couverture, Décembre 2005	Estimation du taux de couverture
Cameroun	1.5 ³	17.8			22.0	3.8
Congo					17.0	
Gabon	0.0 ²	2.7			4.0	
République centrafricaine	<1.0 ³	4.2	4.4	4.0	3.0	
Tchad					17.0	4.7

Source : ONUSIDA, 2006

Les pourcentages les plus élevés sont ceux du Cameroun (22.0%), du Congo et du Tchad (17.0%) ; les plus faibles concernent le Gabon (4.0%) et la République Centrafricaine (3.0%). Les statistiques ne donnent pas d'indications sur la répartition par sexe, de sorte qu'on ne connaît pas la couverture chez les femmes.

Tableau 6: Couverture tri-thérapeutique anti-rétrovirale en Afrique Australe

	Rapport UNGASS 2003	Rapport UNGASS 2005			3 sur 5	Enquête sur le
		% de personnes touchées par une infection avancée soumises à une tri-thérapie			Décembre 2005	taux de couverture 2005
		Ensemble des personnes des deux sexes	Hommes	Femmes	Estimation du taux de couverture, Décembre 2005	Estimation du taux de couverture
Afrique du Sud	0.01	--	--		21,0	13,0
Ouganda	6,3	56,0	--		51,0	57,4
Swaziland	1,7	44,4	--	--	31,0	29,7
Zimbabwe	0.01	--	--		8,0	9,1
Kenya	3.0	19,7	--		24,0	17,0
Éthiopie	<1.0	7,1	8,2	6,2	7,0	7,7
Tanzanie	<1.0	--	--	--	7,0	--

Source : ONUSIDA, 2006

Au niveau de l'Afrique Australe, on note des taux de couverture assez importants, surtout en Ouganda avec une couverture de plus de la moitié de la population vivant avec le VIH/SIDA. Cependant, dans les pays à forte prévalence, tels que le Swaziland, l'Afrique du Sud, les taux de couverture sont relativement faibles.

Dans beaucoup de pays, les comportements sexuels paraissent ne changer que très lentement, eu égard à la vitesse de propagation de l'épidémie. Or il paraît évident que, si les tendances des nouvelles infections ne sont pas radicalement inversées, il sera de plus en plus difficile pour les Etats et le secteur privé de supporter les coûts de l'accès aux traitements ARV.

Tableau 7: Pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant une prophylaxie anti-rétrovirale

Pays	% recevant une prophylaxie ARV
Bénin	38.0
Burkina Faso	1.1
Côte d'Ivoire	4.3
Gambie	16.6
Ghana	1.3
Guinée	0.4
Mali	0.8
Nigeria	0.2
Sénégal	1.4
Togo	1.8
Cameroun	4.2
Gabon	0.7
Tchad	0.2
Afrique du Sud	14,6
Uganda	12,0
Zimbabwe	44
Kenya	9,3
Ethiopie	0,3

Source : ONUSIDA, 2006

Chez les femmes enceintes, le taux de couverture des ARV reste encore très faible. En Afrique, seulement 11% des PVVIH qui en ont besoin reçoivent les ARV, et seulement 5% des femmes enceintes ont accès aux services servant à protéger leurs enfants de l'infection par le VIH (USAID/ UNAIDS/ WHO/ UNICEF, 2004).

Par ailleurs, les programmes destinés aux femmes enceintes et aux mères séropositives semblent prendre très peu en charge les contextes sociaux et culturels dans lesquels celles-ci se trouvent. On signale fréquemment des cas de divorce, d'abandon ou de violence physique à la suite de l'annonce de la séropositivité de la femme ; des mères se sentent obligées d'allaiter leurs nouveau-nés par peur de la stigmatisation associée au lait artificiel désormais considéré comme indiquant une infection par le VIH/SIDA.

La couverture très faible des ARV pose des questions liées à l'accès aux services sociaux ou médicaux. Cet accès peut être limité par l'état des infrastructures, la qualité des services, les coûts et la couverture des services. Mais très souvent, ce ne sont pas les seuls facteurs qui entrent en ligne de compte. Des aspects culturels peuvent également affecter l'accès à ces services. Ainsi, la très grande faiblesse des succès (que l'on retrouve, à quelques degrés près, pratiquement partout en Afrique Sub-Saharienne) enregistrés par les programmes de prévention de la transmission mère-enfant sont aussi difficilement compréhensibles, si on ne tient pas compte des constructions culturelles de la grossesse et des attentes qui lui sont

associées, ainsi que des constructions culturelles de l'accouchement et des soins au nouveau-né. Ces constructions dépassent nettement le cadre individuel de la femme enceinte, pour se reproduire dans les contextes interpersonnels, familiaux, communautaires dans lesquels elle se trouve. Les dynamiques de changement de l'offre de service pour l'adapter à ces contextes semblent encore très lentes à se produire, alors que leur accélération pourrait aider à réduire la vulnérabilité au VIH.

D'un autre côté, la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH apparaissent généralement comme un thème d'étude des impacts de l'épidémie. Ici aussi, peu de travaux les envisagent comme facteurs de risque et de vulnérabilité. La stigmatisation relative au VIH/SIDA ne constitue pas seulement un obstacle pour l'accès au traitement et à la prise en charge, elle l'est également pour l'accès à la prévention.

L'école formelle intervient très peu dans l'éducation sexuelle, alors qu'elle participe à divers procès de déstructuration des modes traditionnels d'éducation et de contrôle sexuels. Dans le même temps, les parents ne seraient pas opposés à l'introduction de ce type d'éducation à l'école.

Comme autre problème, il s'agit de la réflexion sur les données socio-comportementales, qui soulève, par ailleurs, des questions méthodologiques concernant la fiabilité des instruments et la validité des processus de collecte. Souvent, on pose toujours les mêmes questions, alors que les répondants ont appris à donner des réponses « politiquement correctes », même si celles-ci ne sont pas valides. Ainsi, le préservatif est devenu, dans les discours et dans la recherche, un objet politiquement et socialement chargé ; on entend souvent dire, surtout par les jeunes : « avec tout ce tapage médiatique sur le SIDA, qui est fou pour admettre, devant un enquêteur, qu'il a eu des rapports sexuels sans préservatif ? ». Dans certains pays, on peut aussi noter que, chez les femmes âgées, la reconnaissance de l'utilisation du préservatif est souvent considérée comme indiquant un déficit de morale sexuelle, fréquemment associé à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dans le cadre du VIH/SIDA, ces réflexions, ainsi que les dynamiques et les processus qui leur sont associés, constituent des facteurs structureaux et sociétaux qui augmentent la vulnérabilité à l'infection.

Pour ce qui est des fonds alloués à la lutte contre le VIH/SIDA, la tendance est à une augmentation des budgets mis à la disposition des Etats dans le cadre de la riposte de l'épidémie. Les tableaux ci-dessous donnent un aperçu des fonds alloués sur les cinq ans (de 2001 à 2005) dans les pays africains. L'Afrique du Sud a reçu la plus grande quantité de fonds qui sont passés d'environ 100 million de dollars en 2001 à plus de 400 million de dollars en 2005.

Par contre, le Togo a eu moins d'un million de dollars par an, avec des fonds qui ont diminué en 2005.

Tableau 8: Montants des fonds, tirés de leurs propres ressources, dépensés par des Etats d’Afrique de l’Ouest dans la lutte contre le SIDA (Millions de dollars US) (2005)

Pays	Années				
	2001	2002	2003	2004	2005
Bénin	\$10.60	...
Burkina Faso	\$2.20	\$5.40	\$9.30	\$11.00	\$8.00
Cap-Vert
Côte d'Ivoire	\$1.80	\$5.20	\$5.80
Gambie		\$5.50	
Ghana	...	\$2.50	\$9.30	...	...
Guinée	\$0.20	\$0.20	\$0.30
Guinée-Bissau	\$0.50	\$0.50	\$0.50	\$0.50	
Libéria	\$0.10	...
Mali	\$3.50	...

Source : ONUSIDA, 2006

Tableau 9: Montants des fonds, tirés de leurs propres ressources, dépensés par certains Etats d’Afrique (Million de dollarsUS) (2005)

Pays	Années				
	2001	2002	2003	2004	2005
Nigeria	...	...	\$6.40	\$6.50	...
Sénégal	...	...	\$5.90	\$11.90	...
Togo	...	...	\$0.70	\$0.90	\$0.60
Nigeria	...	...	\$6.40	\$6.50	...
Sénégal	...	...	\$5.90	\$11.90	...
Afrique du Sud	\$79,50	\$121,20	\$219,20	\$340,50	\$446,50
Ouganda	--	--		\$18,80	--
Zimbabwe	--	--	\$6,30	\$9,90	\$12,10
Zambie	--	--	--	--	\$32,00
Swaziland	--	--	\$2,60	--	\$4,00
Kenya	--	\$22,10	\$33,10	\$33,20	--
Tanzanie	\$2,80	--	\$5,60	\$22,10	\$45,00

Sources: Report on the Global Aids Epidemic, UNGASS Country Report, 2006