



Assemblée générale

Distr. générale
2 avril 2019
Français
Original : anglais

Soixante-treizième session

Point 11 de l'ordre du jour

Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et des déclarations politiques sur le VIH/sida

Stimuler les ambitions mondiales de mettre fin à l'épidémie de sida après une décennie de progrès

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Un monde sans sida était presque unimaginable lorsque l'Assemblée générale tenait sa première session extraordinaire sur l'épidémie il y a 18 ans. Depuis lors, la détermination de la communauté internationale à vaincre l'une des plus grandes crises sanitaires de l'histoire a permis de réaliser des progrès remarquables. Au cours de la dernière décennie, le nombre de personnes vivant avec le VIH traitées a été multiplié par 5,5 ; les programmes de communication sur le changement des attitudes et de distribution de préservatifs ont permis de réduire l'incidence de l'infection à VIH dans divers milieux et de plus en plus de pays ont éliminé la transmission mère-enfant du VIH. À l'échelle mondiale, les décès causés par des maladies associées au sida dans toutes les tranches d'âge et les cas d'infection d'enfants par le VIH ont été réduits de presque la moitié, et les nouveaux cas d'infection chez les adultes ont diminué de 19 %.

Les progrès considérables réalisés dans la lutte contre cette épidémie ont poussé la communauté internationale à s'engager, dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à cette date. En 2016, l'Assemblée générale est convenue que pour atteindre cet objectif, il est impératif qu'il y ait une expansion rapide des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.

Il existe de nombreux défis, notamment la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH et des normes de genre négatives. Dans de nombreux pays, des lois et politiques empêchent les jeunes, les femmes, les populations clés (les usagers de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les transgenres, les détenus, les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), les peuples autochtones, les migrants et les



réfugiés d'accéder aux services de santé et de lutte contre le VIH. À l'échelle mondiale, le financement des initiatives de luttés contre le VIH a également été uniforme la plupart du temps au cours des cinq dernières années dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Toutefois, davantage de pays, toutes régions et tous niveaux de revenu confondus, ont une occasion à saisir pour se mettre sur la voie pour atteindre les cibles à l'horizon 2020 adoptées par l'Assemblée générale. Les entités des Nations Unies, y compris le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), renforcent leur soutien aux pays dans le cadre de la réforme de l'Organisation des Nations Unies.

La dynamique en faveur d'une couverture sanitaire universelle est une opportunité importante. L'un des principes fondamentaux de la couverture sanitaire universelle est de ne laisser personne de côté. Dans le contexte du VIH, pour ne laisser personne de côté, il faut des prestations de santé constituées d'un vaste ensemble de services de traitement du VIH dans les établissements de santé, des services de santé publique et de protection sociale supplémentaires financés par des fonds publics spéciaux et des changements structurels, pour permettre aux personnes vulnérables et marginalisées d'avoir accès aux services dont elles ont besoin.

Les États Membres sont instamment invités à adopter les recommandations ci-dessous pour stimuler la volonté politique, intensifier les mesures et donner l'élan nécessaire pour atteindre les cibles à l'horizon 2020 : a) redynamiser la prévention primaire du VIH ; b) diversifier le dépistage du VIH et différencier la prestation des soins de santé pour atteindre la cible 90-90-90 ; c) mettre en place un environnement juridique et politique favorable afin d'atteindre les populations marginalisées et vulnérables ; d) mobiliser des ressources additionnelles et les affecter là où elles sont le plus nécessaires ; e) soutenir les populations afin qu'elles puissent jouer leur rôle essentiel ; et f) intégrer un programme global de lutte contre le VIH dans la couverture sanitaire universelle.

I. Progrès réalisés en ce qui concerne les engagements pris dans la déclaration politique sur le VIH et le sida de 2016

1. La lutte contre le sida, qui est la plus grande action collective mondiale contre une maladie transmissible mortelle, a beaucoup évolué. Au début de l'épidémie, beaucoup de personnes à travers le monde fuyaient les personnes vivant avec le VIH. À cause de cet abandon, les infections à VIH et les décès liés au sida avaient atteint des niveaux critiques. Le militantisme de la société civile a changé les mentalités aux quatre coins du monde. Des ressources record ont été mobilisées, et des résultats jadis jugés impossibles à obtenir dans les pays à faible revenu y ont été globalement obtenus.

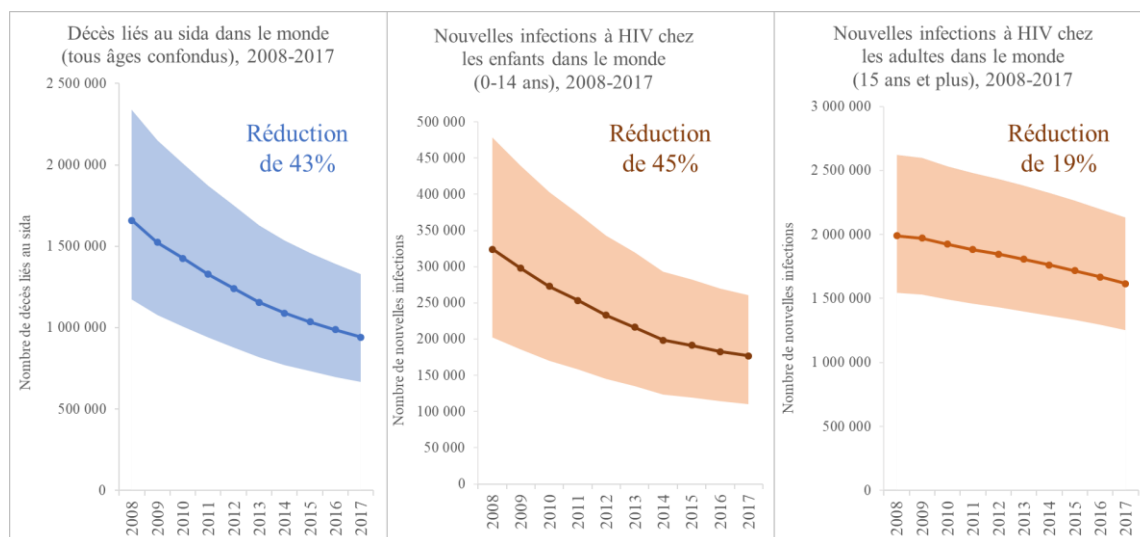
2. L'Assemblée générale a joué un rôle central dans ce changement en nouant périodiquement des engagements mondiaux ambitieux et en assurant le suivi des progrès accomplis. Après la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le développement visant à enrayer l'épidémie et à inverser sa tendance à l'horizon 2015, l'Assemblée a inclus dans les cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030 un engagement visant mettre fin à l'épidémie du sida en tant que menace pour la santé publique. En 2016, l'Assemblée a mis en place une stratégie « d'accélération » pour atteindre cet objectif. La stratégie préconise une intensification rapide des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH fondés sur des données factuelles à l'horizon 2020 afin de réduire de 90 % le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH et de décès liés au sida d'ici à 2030¹.

3. Trois années après l'adoption de la stratégie d'accélération, les rapports d'activité que les pays ont présentés à l'ONUSIDA ont montré qu'il s'agit d'une stratégie efficace. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, les régions les plus touchées par le sida, la hausse constante des financements nationaux et internationaux a favorisé une multiplication massive des programmes fondés sur des données factuelles et sur les droits de l'homme. Au cours de la dernière décennie (2008-2017), le taux de mortalité associée au sida dans ces régions a connu une baisse de 53 % et le nombre annuel de nouvelles infections à VIH a diminué de 36 %. Cette épidémie qui causait dans le passé la mort de plus d'un million de personnes par an dans ces régions y fait aujourd'hui moins de 400 000 victimes par an.

4. Dans d'autres régions du monde, notamment en Amérique latine, dans les Caraïbes, en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale, en Asie, dans le Pacifique, en Europe occidentale, en Europe centrale et en Amérique du Nord, l'expansion de l'étendue des services de dépistage et de traitement du VIH a permis de réduire de manière considérable les décès liés au sida au cours de la dernière décennie. Dans la plupart de ces régions, le nombre de nouvelles infections à VIH a également connu une baisse.

¹ Cette réduction de 90 % des nouveaux cas d'infection à VIH et des décès liés au sida, c'est par rapport aux chiffres de l'année de référence 2010.

Figure I
Décennie de progrès dans la lutte contre les décès liés au sida et les infections à VIH



Source : Estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2018.

5. Au cours de la dernière décennie, le nombre de décès dus à des maladies liées au sida (tous âges confondus) et le nombre de décès dus à des infections à VIH chez les enfants (0-14 ans) ont diminué de près de la moitié à l'échelle mondiale. Les progrès dans la prévention des nouvelles infections à VIH chez les adultes (15 ans et plus) ont été plus modestes, les nouvelles infections ayant diminué de 19 % dans le monde entre 2008 et 2017 (voir fig. I).

6. Ces progrès ont été obtenus grâce à la collecte et l'analyse de données provenant d'établissements de santé, de programmes de recherche, d'enquêtes sur les ménages, d'études spéciales sur des populations clés et d'autres sources. Ces données sont exploitées pour concentrer les ressources sur les lieux et les populations qui ont le plus besoin de services liés au VIH. Par exemple, au Nigéria, une récente enquête nationale sur les ménages a montré que le taux de prévalence du VIH chez les adultes (15 à 49 ans) était de 1,4 % en 2018, soit un taux nettement inférieur à celui des estimations précédentes, et que les femmes étaient touchées de manière disproportionnée par le VIH. Le taux de prévalence du VIH chez les femmes adultes était de 1,9 % dans le pays, tandis qu'il était de 0,9 % chez les hommes.

7. La recherche scientifique améliore également la prestation des services liés au VIH. Par exemple, un essai de prévention du VIH à grande échelle mené en Afrique du Sud et en Zambie entre 2013 et 2018 a montré que la prestation à domicile de services complets de santé et de lutte contre le VIH par des soignants des collectivités a permis de réduire de 20 % le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH dans la population par rapport aux soins de base courants prodigués par le groupe témoin de l'essai.

8. La recherche d'un vaccin et d'un remède contre le VIH se poursuit avec autant d'intensité. Deux candidats-vaccins sont actuellement expérimentés dans le cadre de vastes essais de phase 3 en Afrique, les premiers essais d'envergure depuis l'étude sur les vaccins menée en Thaïlande il y a une décennie. En 2019, la confirmation de la rémission à long terme d'une deuxième personne vivant avec le VIH qui a reçu une greffe de moelle osseuse redonne l'espoir de la possibilité de trouver un remède.

Cependant, cette procédure difficile et dangereuse n'est pas facilement extensible, et les techniques expérimentales dites « kick-and-kill » pour éliminer les réservoirs de VIH dans le corps humain n'ont pas encore porté leurs fruits. Les techniques d'édition de gènes s'avèrent prometteuses chez les modèles animaux.

9. Parmi les progrès plus pratiques dans le traitement du VIH, on peut citer la mise au point actuellement de formes injectables durables de médicaments antirétroviraux et l'introduction du dolutégravir dans les schémas thérapeutiques de première intention. Les schémas thérapeutiques à base de solutégravir sont mieux tolérés et moins susceptibles d'entraîner une interruption du traitement ; ils sont également associés à une inhibition de la réplication virale plus rapide et à une barrière de résistance génétique plus élevée. Des rapports faisant état d'éventuels effets secondaires graves pour le fœtus chez la femme enceinte lorsque le dolutégravir est utilisé au moment de la conception font l'objet de recherches supplémentaires. Entre-temps, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé aux soignants de communiquer aux femmes des informations sur les risques et les avantages du dolutégravir, d'améliorer leur accès aux contraceptifs modernes et d'offrir d'autres schémas thérapeutiques à celles qui prévoient de tomber enceintes.

Cible 90-90-90 : dépistage et traitement

10. D'après les estimations, 21,7 millions (19,1-22,6 millions) de personnes dans le monde recevaient des traitements antirétroviraux à la fin de 2017, soit 5,5 fois plus qu'il y a seulement dix ans. Des progrès tangibles et constants dans le traitement du VIH ont été accomplis grâce au rôle actif joué par les collectivités des populations touchées, à une ambition et une vision mondiales claires, à des investissements partagés entre les pays (tous niveaux de revenu confondus) et à la mise au point constante de nouvelles technologies et de meilleurs moyens de fournir aux personnes vivant avec le VIH des services de dépistage et de traitement (voir fig. II).

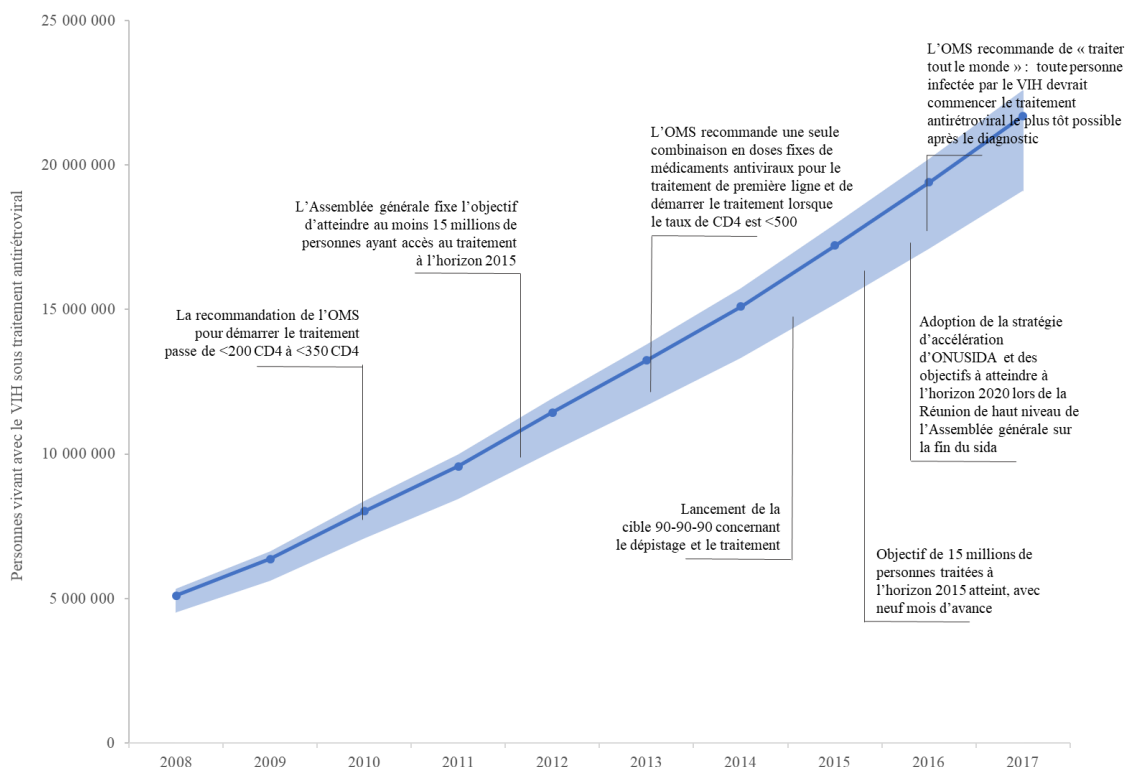
11. Ces dernières années, l'intensification du dépistage et du traitement du VIH a été sous-tendue par l'ambitieuse cible 90-90-90, qui consiste à faire en sorte que 90 % des personnes qui vivent avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90 % des personnes qui vivent avec le VIH et connaissent leur statut reçoivent une thérapie antirétrovirale et 90 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée d'ici à 2020. Cette cible met l'accent sur l'importance d'assurer le dépistage du VIH le plus tôt possible après l'infection, d'entamer immédiatement un traitement, de continuer les soins et de surveiller systématiquement la charge virale. Cette approche permet de maximiser l'inhibition de la réplication virale, ce qui protège les personnes vivant avec le VIH des maladies associées au sida et réduit considérablement le risque de transmission du virus à d'autres.

12. À la fin de 2017, à l'échelle mondiale, environ trois quarts des personnes vivant avec le VIH (de 55 à 92 %) connaissaient leur statut. Parmi ces personnes, 79 % (entre 59 % et plus de 95 %) avaient accès à un traitement antirétroviral et 81 % (entre 60 % et plus de 95 %) des personnes qui avaient accès à un traitement avaient une charge virale supprimée. Ces chiffres mondiaux cachent de grandes différences qui existent entre les régions et les pays.

13. Plusieurs pays à revenu intermédiaire, comme le Botswana, le Cambodge, l'Eswatini, le Lesotho et la Namibie, ont atteint ou presque atteint les objectifs de la cible 90-90-90. L'Europe occidentale, l'Europe centrale, l'Amérique du Nord, l'Afrique de l'Est, l'Afrique australe et l'Amérique latine semblent être sur la bonne voie pour atteindre ces objectifs. L'Asie, le Pacifique et les Caraïbes ont réalisé des progrès considérables mais ils devront accélérer leurs programmes de dépistage et de traitement pour atteindre les objectifs de la cible d'ici à 2020. En Europe orientale,

en Asie centrale, au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, l'étendue des traitements est extrêmement limitée.

Figure II
Événements marquants durant la période où il y a eu une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH (tous âges confondus) qui ont accès à une thérapie antirétrovirale, 2008-2017



Source : Estimations de l'ONUSIDA, 2018.

14. Les lacunes dans la connaissance du statut VIH sont en train d'être corrigées par les progrès réalisés en matière de dépistage du virus. Le dépistage de proximité permet d'atteindre les personnes qui vivent loin d'un établissement de santé, de fournir des services à des moments qui conviennent aux personnes courant un risque d'infection élevé et d'atténuer la stigmatisation et la discrimination. Le fait d'impliquer les adolescents et les populations clés par l'intermédiaire de travailleurs de proximité donne également de bons résultats. Les trousse d'auto-dépistage du VIH qui sont de plus en plus nombreuses permettent d'améliorer le dépistage du virus chez les jeunes, les hommes et les populations clés. Les préoccupations concernant les soins entre le diagnostic de confirmation et le démarrage du traitement après un auto-dépistage positif sont prises en considération avec l'auto-dépistage assisté par les pairs. Le dépistage de l'entourage, c'est-à-dire lorsqu'on aide les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives à faire passer le test à leurs partenaires sexuels, aux membres de leur famille et à d'autres personnes de leur foyer, s'est révélé être un moyen particulièrement efficace d'atteindre les personnes qui sont moins susceptibles de demander des services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique, comme les hommes et les enfants.

15. Le contrôle de la charge virale chez les personnes sous traitement est l'approche recommandée pour vérifier l'efficacité du traitement et déterminer si l'inhibition de

la réplication virale a eu lieu et si elle est durable, mais également pour diagnostiquer et confirmer l'échec du traitement. Le contrôle de la charge virale permet aux clients de mieux comprendre le traitement, de le contrôler et de le suivre scrupuleusement. Pour les soignants, il s'agit d'un moyen essentiel d'adapter les soins afin de permettre aux personnes ayant une charge virale supprimée de se rendre moins souvent aux établissements de santé, ce qui fait qu'une plus grande attention est portée aux patients dont la charge virale n'est pas supprimée. Le contrôle de la charge virale se fait de plus en plus. Dans certains pays à forte prévalence, l'intensification s'est faite à un rythme extraordinaire. Par exemple, en Ouganda, le nombre de districts ayant enregistré un taux de 90 % ou plus de contrôle de la charge virale est passé de 29 à 70 en une seule année et le nombre de districts ayant un taux inférieur à 80 % a baissé en passant de 53 à 22².

Éliminer la transmission mère-enfant du VIH

16. La réduction constante du nombre d'enfants qui contractent le VIH est un grand succès en matière de santé publique. À l'échelle mondiale, 1,6 million (1,0 million-2,4 millions) de nouveaux cas d'infection chez les enfants ont été évitées entre 2008 et 2017 (voir fig. III) : un résultat dû à une forte hausse du taux de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH ou dans le cadre d'une thérapie à vie, taux qui est passé de 25 % (19-31 %) en 2008 à 80 % (61->95 %) en 2017³. La hausse du nombre de femmes enceintes ayant fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis et du VIH et l'amélioration de l'accès à un traitement adéquat ont entraîné également une diminution du nombre de cas de syphilis congénitale qui est passé de 752 000 cas en 2012 à environ 683 000 cas en 2016. De plus en plus de pays à faible charge de morbidité ont atteint l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH ou de la syphilis. Parmi les pays à forte prévalence du VIH, l'Eswatini, le Malawi, la Namibie et le Zimbabwe ont réussi à réduire de manière considérable la transmission mère-enfant. Ces progrès montrent qu'il est possible de mettre fin au sida pédiatrique dans un avenir proche.

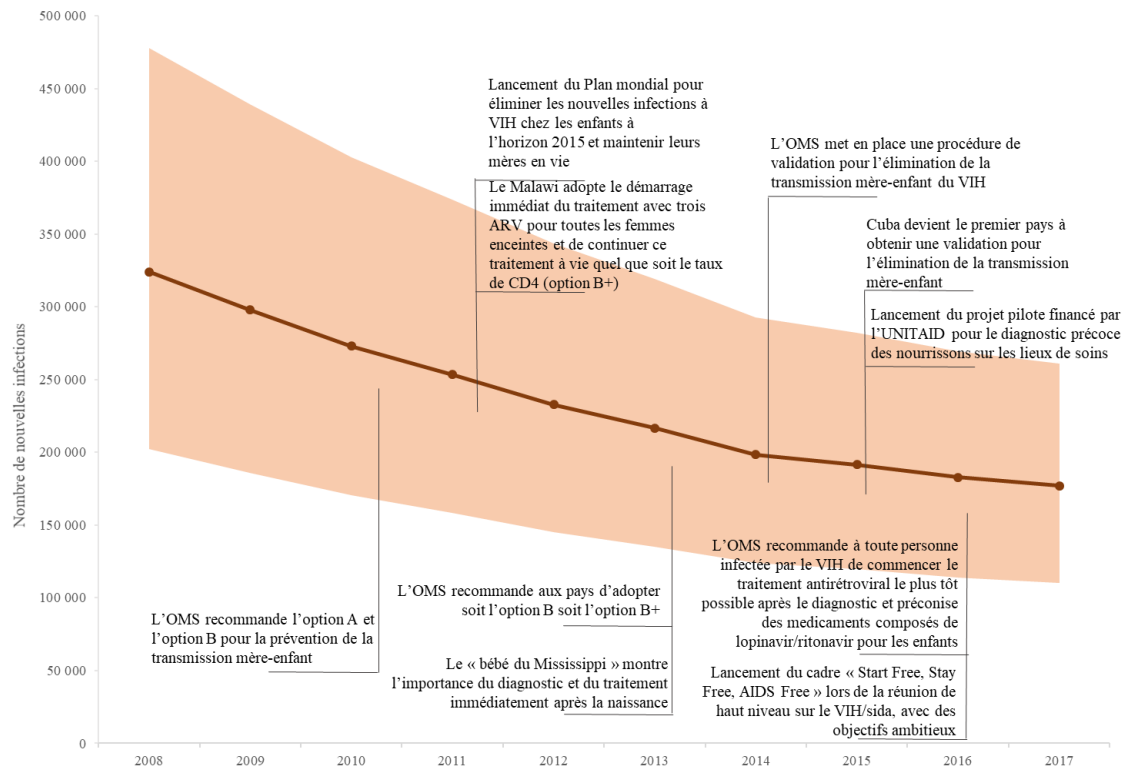
17. Pour les nourrissons exposés au VIH, les technologies de dépistage virologique sur les lieux de soins permettent d'obtenir des résultats plus rapides pour leur diagnostic, ce qui se traduit par une diminution de la discontinuité du suivi, un début de traitement plus soutenu avant l'affaiblissement du système immunitaire des nourrissons infectés et une diminution des décès liés au sida. Par exemple, au Mozambique, une thérapie antirétrovirale a été entamée dans les 60 jours suivant le prélèvement d'échantillon pour 89,7 % des nourrissons vivant avec le VIH qui ont été diagnostiqués avec des tests effectués sur les lieux de soins, contre 12,8 % pour les enfants ayant reçu un diagnostic précoce standard⁴.

² Ministère ougandais de la santé, Viral Load Dashboard. Disponible sur le site Web de Central Public Health Laboratories : <http://cphl.go.ug>.

³ L'estimation de la couverture pour 2008 ne prend pas en compte la névirapine à dose unique, qui était largement disponible à l'époque mais n'est plus recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en raison de son efficacité limitée.

⁴ Ilesh V. Jani *et al.*, « Effect of point-of-care early infant diagnosis on antiretroviral therapy initiation and retention of patients », *AIDS*, vol. 32, n° 11 (juillet 2018).

Figure III
Événements marquants durant la période où il y a eu une réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants (0-14 ans) avec une tendance vers l'élimination de la transmission mère-enfant, 2008-2017



Source : Estimations de l'ONUSIDA, 2018.

Abréviations : UNITAID = Facilité internationale d'achat de médicaments.

Prévention primaire du VIH

18. La prévention primaire du VIH est un élément central de la lutte contre le sida depuis le début de l'épidémie et demeure le fondement des efforts visant à atteindre les objectifs de réduction de l'infection d'ici à 2020 et 2030. Les programmes de communication visant à changer les comportements et de distribution de préservatifs ont permis de réduire l'incidence de l'infection à VIH dans de nombreux pays. Un récent examen systématique de 29 études a montré que la distribution de préservatifs dans les écoles conduit souvent à leur utilisation accrue et à une réduction des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes, sans toutefois entraîner des relations sexuelles prématurées ni une augmentation de l'activité sexuelle ou du nombre de partenaires sexuels⁵.

19. Une éducation sexuelle complète joue un rôle central dans la préparation des adolescents et des jeunes à une vie sûre, productive et épanouissante et constitue un élément important du programme de prévention du VIH chez les jeunes. Il a été démontré que les programmes d'éducation sexuelle à l'école contribuent à retarder le début des rapports sexuels, à réduire leur fréquence, à diminuer le nombre de

⁵ Eda Algur *et al.*, « A systematic global review of condom availability programs in high schools », *Journal of Adolescent Health*, vol. 64, n° 3 (mars 2019).

partenaires sexuels, à réduire la prise de risques, à accroître l'utilisation des préservatifs et à accroître le recours à la contraception chez les jeunes. Les faits montrent également qu'une éducation sexuelle complète contribue à d'autres résultats d'une importance cruciale, notamment des comportements respectueux de l'égalité entre les genres, la confiance en soi et l'identité personnelle⁶.

20. La réduction des risques, notamment la fourniture de matériel d'injection stérile, de traitements de substitution aux opiacés, de naloxone et d'autres éléments factuels de tous les services recommandés par l'ONUSIDA, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et l'OMS, a permis de réduire de manière considérable les infections à VIH et les surdoses mortelles dans les pays qui veillent à ce que ces services soient facilement accessibles aux usagers de drogues injectables.

21. La mise en service de nouvelles interventions de prévention biomédicale, notamment la circoncision médicale volontaire et la prophylaxie avant l'exposition (PrEP), s'est accélérée ces dernières années. En 2017, 4 millions de circoncisions médicales volontaires ont été effectuées dans 14 pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe à forte prévalence du VIH. La PrEP est largement disponible dans plusieurs villes d'Amérique du Nord, d'Europe occidentale et d'Australie, où elle contribue à réduire le nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La PrEP est de plus en plus accessible dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie, ainsi qu'au Brésil.

Vers l'élimination totale de la stigmatisation, de la discrimination et de la marginalisation

22. Au début de l'épidémie de sida, la stigmatisation et la discrimination généralisée à l'égard des personnes à haut risque d'infection à VIH et des personnes vivant avec le VIH freinaient presque la lutte contre la maladie. Même si les effets de ces échecs des premières années se font encore sentir, les efforts visant à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination entourant l'épidémie ont eu des résultats positifs mesurables. Une baisse constante de la stigmatisation liée au VIH a été observée dans les pays où de multiples enquêtes ont été menées. Par exemple, en Afrique de l'Est et en Afrique australe, le pourcentage de personnes indiquant qu'elles n'achèteraient pas de légumes à une personne séropositive est passé de 50,7 % sur la période 2000-2008 à 29,5 % sur la période 2009-2016.

23. Il a été démontré que le respect de l'état de droit par un pays est un facteur déterminant de la santé⁷. La Commission mondiale sur le VIH et le droit a produit des documents sur l'énorme potentiel du droit pour améliorer la vie des personnes vivant avec le VIH, ainsi que les préjudices causés lorsque la justice ne parvient pas à protéger les personnes contre la discrimination et les autres violations de leurs droits. Depuis que la Commission a publié son rapport en 2012, plus de 89 pays ont pris des mesures pour abroger ou réformer certaines de leurs lois. Certains ont abrogé des lois criminalisant le VIH, les relations homosexuelles et la possession de drogue, et d'autres ont promulgué des lois faisant progresser les droits en matière de procréation, l'éducation sexuelle et les droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH ou à risque d'une infection à VIH.

⁶ Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et OMS, *International Technical Guidance on Sexuality Education: an Evidence informed Approach*, éd. révisée (Paris, 2018).

⁷ Angela Maria Pinzon-Rondon *et al.*, « Association of rule of law and health outcomes: an ecological study », *BMJ Open*, vol. 5, n°10 (octobre 2015).

24. Depuis que l'Assemblée générale s'est engagée, en 2011, à éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH, 29 pays ont soit abrogé ces restrictions, soit précisé officiellement qu'ils ne pratiquaient aucune discrimination fondée sur le statut VIH. Seuls 20 pays ont dit qu'ils appliquaient de telles restrictions en 2017.

II. Lacunes critiques dans les services

25. Dans les régions où de vastes programmes fondés sur des données factuelles ont été répandus et où on a créé un environnement favorable à la fourniture de services aux personnes et aux zones qui en ont le plus besoin, des progrès considérables ont été réalisés. Cependant, la volonté d'éliminer effectivement le sida d'ici à 2030 n'est pas assez généralisée. Des régions entières sont à la traîne et, dans des dizaines de pays, l'épidémie s'aggrave.

26. Par exemple, en Europe orientale et en Asie centrale, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH a augmenté de 30 % depuis 2010 et, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, le nombre de décès dus à des maladies liées au sida a augmenté de 11 % sur la même période. Dans ces régions, les services axés sur les populations clés sont rares et les punitions sévères pour les relations homosexuelles, la consommation de drogues et le travail du sexe y sont, comme elles le sont dans d'autres régions, d'énormes obstacles aux rares services disponibles.

27. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, l'insuffisance de financements nationaux, la faiblesse des systèmes de santé, les frais formels et informels pour l'accès aux soins de santé, les situations humanitaires et les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination ont sapé les efforts visant à intensifier le dépistage et le traitement du VIH. Par conséquent, il y a d'énormes lacunes dans l'ensemble des services de dépistage et de traitement du VIH. Parmi toutes les personnes vivant avec le VIH dans la région en 2017, moins de la moitié (48 %) connaissaient leur statut VIH, seulement deux personnes sur cinq (40 %) avaient accès à une thérapie antirétrovirale et moins d'un tiers (29 %) avaient une charge virale supprimée. Dans toutes les régions, des services combinés de prévention primaire du VIH adaptés aux besoins des personnes les plus exposées au risque d'infection sont rarement fournis à une échelle adéquate et avec une intensité suffisante.

28. Lorsque les services de lutte contre le VIH sont difficilement accessibles – par exemple lorsque les populations doivent parcourir de longues distances pour se rendre dans une clinique, lorsque les heures d'ouverture des cliniques ne conviennent pas aux individus ou aux groupes ou lorsque le personnel des cliniques fait preuve de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés exposées au risque de VIH – leur utilisation a une tendance à la baisse. Les obstacles politiques et structurels, et le fait de ne pas appliquer systématiquement des programmes de prévention éprouvés à grande échelle ont privé les adolescentes, les jeunes femmes, les populations clés à risque élevé d'infection et les populations marginalisées de services de prévention du VIH. L'insécurité alimentaire, les coûts associés au dépistage du VIH et au contrôle de la charge virale, les autres coûts des soins de santé, les coûts de transport, la perte de revenu et les coûts d'opportunité conduisent à un démarrage tardif du traitement, à une faible observance thérapeutique et à une hausse des taux de mortalité associée au sida.

29. Les lacunes dans l'ensemble des services de dépistage et de traitement du VIH ont fait que plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde n'ont pas une charge virale supprimée, ce qui les rend vulnérables face aux maladies et à la mortalité associées au sida et augmente également le risque que ces personnes transmettent le virus à d'autres. La conscience du statut VIH, les taux de traitement

et d'inhibition de la réplication virale sont systématiquement plus faibles chez les enfants, les jeunes et les hommes, et la plupart des données indiquent une observance thérapeutique et une inhibition de la réplication virale moindres chez les professionnelles du sexe, les usagers de drogues injectables, les transgenres, les détenus, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Populations clés

30. Les populations clés sont largement ignorées par les responsables de l'élaboration des politiques de santé publique dans de nombreux pays, même si les données montrent que, en 2017, près de la moitié (47 %) des nouvelles infections à VIH dans le monde concernaient les populations clés et leurs partenaires sexuels. Par exemple, seuls quelques pays fournissent des services de réduction des risques à grande échelle. Des lois pénales et une application agressive de la loi sont à l'origine de discrimination, de harcèlement et de violence, font que les populations clés sont reléguées aux marges de la société et empêchent ces dernières d'avoir accès aux services de santé et aux services sociaux de base. Des lois et des politiques qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe existent encore dans plus de 68 pays, et au moins 17 pays criminalisent les personnes transgenres. Le travail du sexe est criminalisé dans plus de 116 pays, et les personnes qui commettent des crimes liés à la drogue sont toujours passibles de la peine de mort dans 33 pays. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés dans les établissements de santé sont considérées comme des obstacles majeurs à l'accès aux services de dépistage et de traitement du VIH, entraînant ainsi un diagnostic et un début de traitement tardifs, des interruptions de traitement et un risque accru de morbidité et de mortalité associées au sida.

31. La stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH restent à des niveaux inacceptables. Dans 22 pays ayant récemment fait l'objet d'enquêtes, 50,4 % (entre 17,6 et 76,0 %) des hommes et des femmes âgés de 15 à 49 ans faisaient preuve de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH, et 31,2 % (entre 7,3 et 58,8 %) des hommes et des femmes âgés de 15 à 49 ans déclaraient que les enfants vivant avec le VIH ne devraient pas pouvoir fréquenter les mêmes écoles que les enfants non infectés, malgré le risque de transmission du VIH quasi nul chez les enfants en milieu scolaire. La criminalisation trop extensive de la non-divulgaration, de l'exposition et de la transmission du VIH renforce les attitudes stigmatisantes et les comportements discriminatoires dans de nombreux pays. Dans une étude réalisée en 2018, l'ONUSIDA a constaté que 69 pays avaient des lois criminalisant la transmission, la non-divulgaration ou l'exposition du VIH. Dix-neuf autres pays ont indiqué que, même s'ils n'ont pas de lois spécifiques de ce type dans leur législation, des poursuites ont été engagées sur la base d'autres lois pénales.

Les jeunes, notamment les adolescentes et les jeunes femmes

32. En Afrique subsaharienne, du fait de la baisse de la mortalité infantile et des taux de fécondité actuellement élevés, les enfants et les jeunes adultes représentent une grande partie de la population totale. Cette « explosion de la jeunesse » ne s'accompagne pas toujours d'efforts de prévention du VIH équivalents. Au cours des 20 dernières années, les connaissances des jeunes n'ont pas évolué en matière de prévention du VIH. Des enquêtes effectuées à l'échelon national entre 2012 et 2017 ont révélé que seuls 34 % des jeunes hommes et 28 % des jeunes femmes (âgés de 15 à 24 ans) en Afrique subsaharienne avaient une connaissance de base sur les moyens de se protéger du VIH. Parmi les pays qui communiquent des données à l'ONUSIDA, 19 % n'ont toujours pas de politique d'éducation sexuelle complète

dans les écoles secondaires et 95 pays ont des lois exigeant le consentement des parents pour faire passer un test de dépistage du VIH à un adolescent. La baisse du financement des programmes de marketing social du préservatif par les pays et les donateurs, qui fait partie d'une baisse générale des fonds alloués à la prévention primaire, a une incidence sur l'accès aux préservatifs dans les pays à forte prévalence.

33. En Afrique subsaharienne, les taux d'infection à VIH continuent d'être élevés chez les adolescentes et les jeunes femmes, beaucoup d'entre elles devenant mères. En 2017, un quart des personnes ayant contracté le VIH étaient des adolescentes et des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans), alors qu'elles ne représentaient que 10 % de la population, et les maladies liées au sida étaient l'une des principales causes de mortalité chez les femmes et les filles en âge de procréation (15 à 49 ans). Une femme enceinte vivant avec le VIH sur cinq n'est pas diagnostiquée ou n'a pas accès à un traitement, et très peu de femmes enceintes et allaitantes continuent le traitement du VIH, 20 % des femmes qui commencent le traitement en Afrique subsaharienne abandonnent les soins avant l'accouchement. En outre, un nombre important de femmes contractent le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement et ne sont pas diagnostiquées à temps pour prévenir la transmission verticale.

Inégalité de genre

34. Les inégalités de genre et les normes préjudiciables aux femmes accroissent le risque d'infection à VIH chez les femmes, surtout chez les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne. L'accès limité à l'éducation, le manque d'autonomie économique et les rapports de force inégaux dans la famille et dans la société en général font que les femmes n'ont pas le contrôle de leur vie, ce qui restreint leur accès aux moyens de prévention du VIH et aux services de santé sexuelle et procréative et les expose à la violence conjugale et sexuelle ainsi qu'à un risque accru d'infection à VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles, de grossesses non désirées et de mortalité maternelle⁸. Les femmes qui sont victimes de violence au sein du couple sont 50 pour cent plus susceptibles de contracter le VIH que les autres⁹. Les rapports de pays montrent que les filles et les fils n'ont pas les mêmes droits successifs dans 39 pays du monde. Dans le cadre d'une étude menée en 2018, ONUSIDA a constaté que dans quatre pays, les femmes devaient avoir l'accord de leur époux ou de leur partenaire pour accéder aux services de santé sexuelle et procréative, et les données de la Banque mondiale montrent que seuls 78 pays ont expressément érigé en infraction le viol conjugal.

Populations marginalisées

35. La marginalisation des peuples autochtones, des migrants et des réfugiés expose ces personnes à des risques sanitaires accrus, notamment à un taux plus élevé de morbidité et de mortalité liées au sida. Des groupes autochtones du Brésil, du Canada, de l'Indonésie et de la République bolivarienne du Venezuela ont par exemple moins

⁸ Kristin L. Dunkle et Michelle R. Decker, « Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups », *American Journal of Reproductive Immunology*, vol. 69, n° s1 (février 2013) ; Frank Chirowa, Stephen Atwood et Marc Van der Putten, « Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub-Saharan Africa: a secondary data analysis », *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, vol. 5, n° 1 (2013).

⁹ Lori Heise et Elizabeth McGrory, eds., « Greentree II: violence against women and girls, and HIV », rapport de projet, consortium pour la recherche STRIVE, août 2016.

facilement accès aux soins de santé et risquent davantage de contracter le VIH et des maladies liées au sida^{10, 11, 12, 13}.

36. La migration peut entraîner des situations susceptibles d'augmenter le risque de contracter le VIH. La pauvreté, les conditions de travail relevant de l'exploitation, le refus d'accorder certaines prestations ou une forte prévalence de l'infection dans le lieu d'origine ou de destination (ou le long de l'itinéraire de transit) sont parmi les facteurs qui influent sur le risque de contracter le VIH, la tuberculose et d'autres infections auquel sont exposés les migrants. Divers facteurs entravent également l'accès des travailleurs migrants aux services de santé dont ils ont besoin, telles qu'une situation irrégulière, les barrières linguistiques et culturelles, les frais à la charge des patients, l'absence de politiques de santé tenant compte des migrants et l'inaccessibilité des services¹⁴. Cette vulnérabilité peut être exacerbée dans les pays appliquant des restrictions aux déplacements des personnes vivant avec le VIH, car ces restrictions découragent les migrants de recourir à des services de dépistage et de traitement du VIH.

37. Les réfugiés et les personnes déplacées peuvent se heurter aux mêmes obstacles s'agissant d'accéder aux soins de santé et à d'autres services sociaux. Les personnes qui n'ont pas les moyens de subvenir à leurs besoins risquent davantage d'être victimes de violence et d'exploitation sexuelles ou de se retrouver contre leur gré dans des situations qui les rendent vulnérables et marginalisées, ce qui peut gravement nuire à leur santé et à leur bien-être. Les réfugiés et les migrants peuvent également faire l'objet d'un dépistage obligatoire du VIH et de restrictions à la liberté de mouvement ou subir d'autres violations de leurs droits en cas de séropositivité. Les personnes vivant avec le VIH qui sont contraintes de fuir leur foyer risquent aussi très fortement de voir leur traitement perturbé et sont bien plus exposées à la morbidité et à la mortalité liées au sida. L'insécurité alimentaire dans les situations d'urgence peut également influencer sur l'observance thérapeutique et entraîner des comportements qui accroissent le risque d'infection à VIH, tels que les rapports sexuels monnayés.

38. Le nombre de personnes vivant avec le VIH touchées peut augmenter proportionnellement à la fréquence et à l'ampleur des situations d'urgence humanitaire. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, grâce à la modélisation effectuée avec l'aide du Programme alimentaire mondial, a estimé qu'il y avait 479 millions de personnes touchées par des situations d'urgence en 2016, contre 314 millions en 2013, et que le nombre de personnes vivant avec le VIH concernées par des situations d'urgence humanitaire était passé de 1,71 million à 2,57 millions.

Pauvreté et vulnérabilité

39. Le droit à la santé est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Soixante-dix ans après la signature de la Déclaration, dans des nations de tous revenus, ce niveau minimum de santé est souvent refusé aux plus

¹⁰ Adele Schwartz Benzaken *et al.*, « HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon », *International Journal for Equity in Health*, vol. 16, n° 92 (2017).

¹¹ A.C. Bourgeois *et al.*, « Le VIH au Canada – Rapport de surveillance, 2016 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 43, n° 12 (décembre 2017).

¹² Leslie Butt, « 'Living in HIV-land': mobility and seropositivity among highlands Papuan men », dans *From «Stone-Age» to «Real-Time»: Exploring Papuan Temporalities, Mobilities and Religiosities*, Martin Slama et Jerry Munro, éd. (Canberra, ANU Press, 2015).

¹³ Julian A. Villalba *et al.*, « HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns », *AIDS*, vol. 27, n° 11 (juillet 2013).

¹⁴ OMS, Bureau régional pour l'Europe, « Migration et santé dans la région européenne – Migration et santé : les principaux enjeux » (2016).

pauvres et aux plus vulnérables. La pauvreté augmente les risques de maladie et ne peut que s'aggraver si les frais médicaux sont à la charge du patient indigent. Les personnes démunies doivent consacrer une part proportionnellement beaucoup plus importante de leurs revenus aux soins de santé que les riches et ont moins de chances d'avoir une assurance maladie permettant d'éviter des dépenses de santé catastrophiques.

40. Les liens entre la pauvreté et l'infection à VIH sont complexes. Les personnes démunies ne sont pas nécessairement plus exposées au risque d'infection à VIH mais elles sont particulièrement touchées par les conséquences sanitaires, économiques et sociales d'une telle infection¹⁵. Par exemple, le niveau de revenu semble être une variable importante dans l'efficacité du traitement du VIH. En Afrique du Sud, les personnes vivant avec le VIH et se trouvant dans une situation socioéconomique précaire (du fait de leurs revenus, de leurs actifs ou de leur situation professionnelle) ont plus de 50 pour cent plus de chance de mourir de causes liées au VIH que les personnes vivant avec le VIH et jouissant d'un statut socioéconomique élevé¹⁶.

41. Les frais à la charge des patients et ceux qu'ils doivent avancer limitent l'accès aux soins de santé des personnes vivant avec le VIH¹⁷. Même si des médicaments antirétroviraux sont disponibles gratuitement, les coûts des examens diagnostiques, des consultations et des médicaments pour les infections opportunistes ont des répercussions considérables sur les personnes à faible revenu. Les frais à la charge des particuliers restreignent également l'accès aux services de santé de manière plus large parmi les plus vulnérables de la société¹⁸. Les frais remboursables constituent une part importante du total des dépenses de santé dans toutes les régions (voir fig. IV) et, dans certains pays à revenu faible et intermédiaire, représenteraient plus de 60 pour cent du total des dépenses de santé¹⁹.

¹⁵ Stuart Gillespie, Suneetha Kadiyala et Robert Greener, « Is poverty or wealth driving HIV transmission? », *AIDS*, vol. 21, supplément 7 (novembre 2007).

¹⁶ Charlotte Probst, Charles D.H. Parry et Jürgen Rehm, « Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 21, n° 7 (juillet 2016).

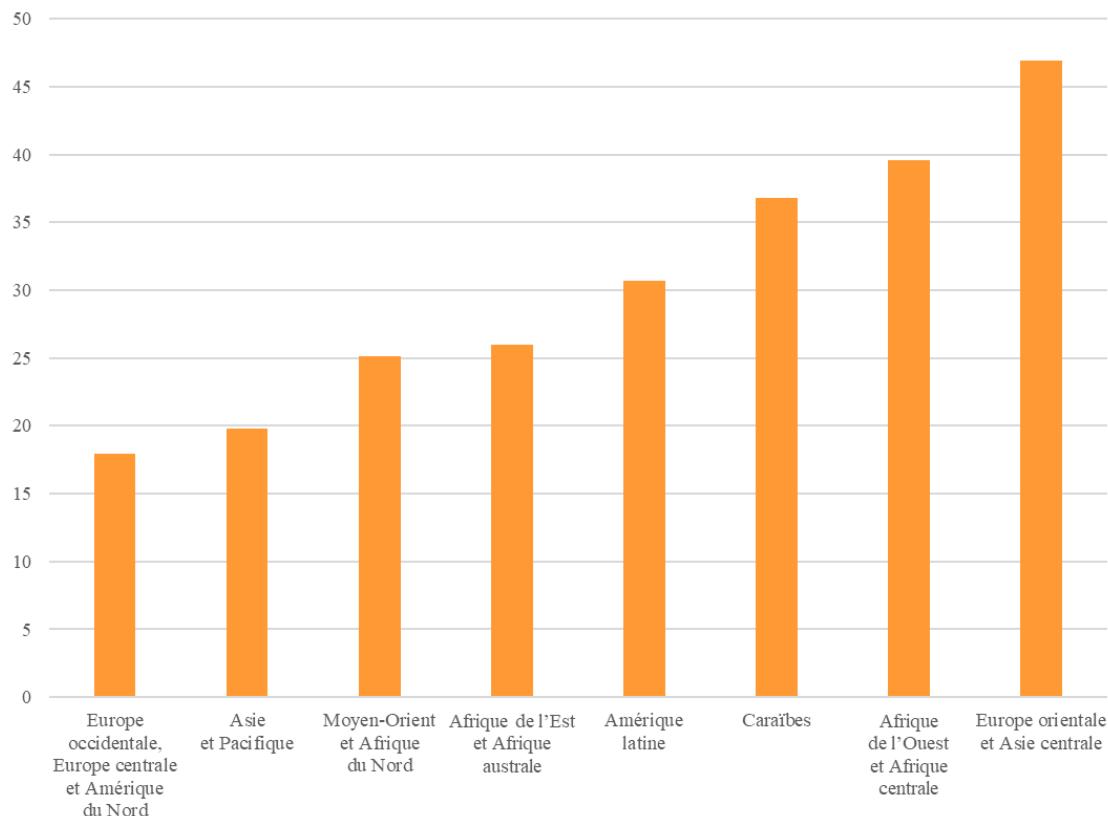
¹⁷ Shabnam Asghari *et al.*, « Challenges with access to healthcare from the perspective of patients living with HIV: a scoping review and framework synthesis », *AIDS Care*, vol. 30, n° 8 (2018).

¹⁸ Chris D. James *et al.*, « To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low- and middle-income countries », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 5, n° 3 (septembre 2006) ; Mylene Lagarde et Natasha Palmer, « Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people », document d'orientation élaboré en vue du dialogue international sur l'action fondée sur des données factuelles aux fins de la réalisation des objectifs de santé dans les pays en développement, Khon Kaen (Thaïlande) (décembre 2006).

¹⁹ Organisation de coopération et de développement économiques, « Universal Health Coverage: facts and figures », décembre 2018.

Figure IV
**Frais à avancer par les ménages en pourcentage du total des dépenses de santé
 (moyenne régionale), 2015**

(Pourcentage)



Source : Base de données mondiale de l'OMS sur les dépenses de santé. Disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/fr> (consultée le 1^{er} juin 2018).

Accès insuffisant aux innovations récentes

42. Dans la plupart des régions, les nouvelles technologies de diagnostic ne sont toujours pas très répandues. Parmi les pays qui ont communiqué en 2018 des informations sur les modalités de dépistage du VIH disponibles à ONUSIDA, seuls 32 pays permettaient à des prestataires non professionnels de procéder à des tests de dépistage du VIH, 14 offraient des moyens d'autodépistage et 18 des tests de dépistage à domicile. Une aide à la notification aux partenaires est plus couramment offerte, 54 des 140 pays ayant soumis un rapport indiquant que des prestataires qualifiés pouvaient aider les personnes récemment diagnostiquées à faire connaître leur statut VIH à leurs partenaires avant de proposer le dépistage du VIH à ces derniers (voir fig. V).

43. La charge virale reste peu mesurée dans de nombreuses régions du monde. Sur les 79 pays qui ont communiqué des données à ONUSIDA en 2017, un quart ont indiqué que moins de la moitié des personnes sous traitement avaient fait chaque année un test de mesure de la charge virale dans le plasma.

44. L'objectif mondial est que, d'ici à 2020, 3 millions de personnes prennent la PrEP, mais les progrès ont été lents. On estime que le nombre de personnes ayant

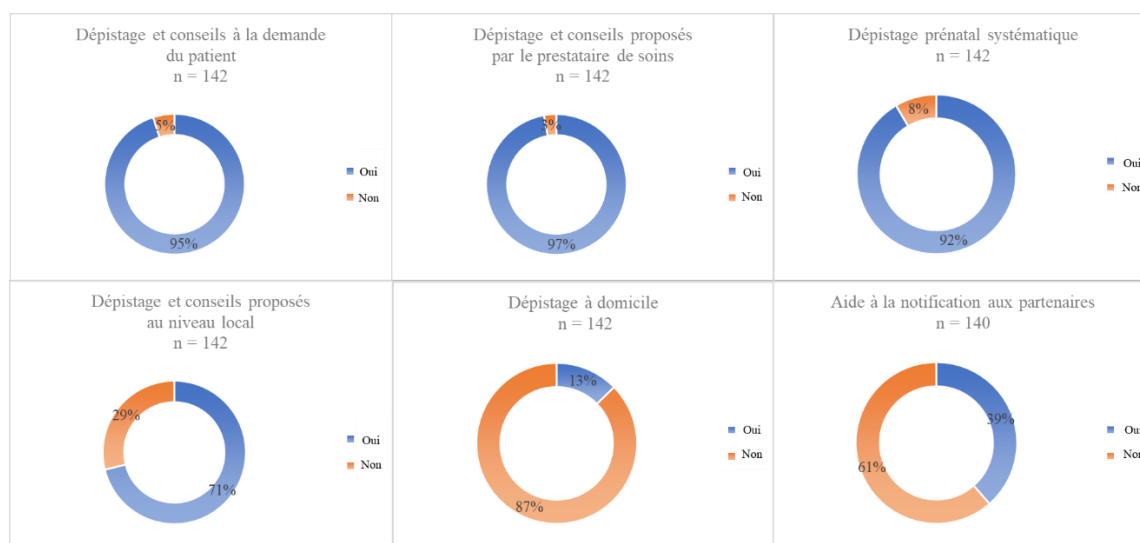
déjà commencé la PrEP était d'environ 350 000 à la mi-2018, les deux tiers de ces personnes résidant aux États-Unis d'Amérique.

Manque d'investissements

45. Après plus de 10 ans de croissance, le financement des mesures de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a commencé à stagner en 2009 dans un contexte de crise économique mondiale. Alors que les marchés financiers se stabilisaient et que l'on craignait que la lutte contre l'une des plus grandes menaces sanitaires ne s'essouffle, l'Assemblée générale a approuvé l'augmentation des investissements dans les pays à revenu faible et intermédiaire sur cinq ans, l'objectif étant que ces investissements atteignent 26 milliards de dollars par an d'ici à 2020, soit le montant estimatif dont ces pays devraient avoir besoin pour atteindre les cibles définies dans la stratégie d'accélération de la riposte établie dans le document de 2016 intitulé « Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 ».

Figure V

Pourcentage de pays déclarant offrir différents types de services de dépistage du VIH, à l'échelle mondiale en 2018



Source : OMS, 2018.

Abréviation : n = nombre de pays qui ont communiqué des données.

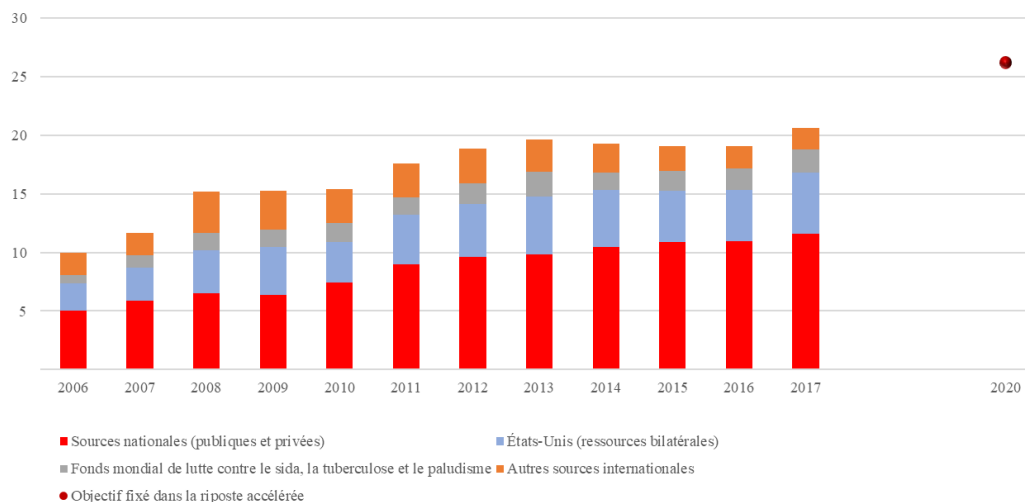
46. Entre 2012 et 2016, le montant total du financement des mesures de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire a stagné. Dans le cadre de cette tendance générale, l'augmentation régulière des investissements nationaux a été contrebalancée par la baisse des fonds versés par les donateurs. En 2017, ces fonds ont de nouveau augmenté, ce qui, associé à la hausse continue des investissements nationaux, a permis d'accroître les dépenses, qui ont alors atteint 20,6 milliards de dollars (en dollars constants des États-Unis de 2016), soit environ 80 pour cent de l'objectif fixé pour 2020 concernant les pays à revenu faible ou intermédiaire (voir fig. VI). La prolongation récente, aux États-Unis, du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida est un engagement bienvenu de la part du plus grand fournisseur de l'appui international à la lutte mondiale contre le sida. Cependant, de nouveaux engagements de la part des donateurs et au niveau des pays sont nécessaires pour atteindre l'objectif fixé pour 2020 en matière d'investissements. La sixième

conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui se tiendra en octobre 2019, est essentielle pour obtenir de nouveaux engagements de la part des donateurs pour la période 2020-2022 et stimuler de nouveaux investissements nationaux.

Figure VI

Ressources consacrées à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par source de financement (2000-2017), et objectif pour 2020

(En milliards de dollars constants des États-Unis)



Source : Estimations des ressources disponibles et des besoins établies par ONUSIDA, 2018.

Note : Les estimations concernant les pays à revenu faible et intermédiaire sont fondées sur le classement par niveau de revenus établi par la Banque mondiale en 2015. Tous les montants sont exprimés en dollars constants des États-Unis de 2016.

Sortir la question du sida de son isolement

47. La lutte contre le sida ne peut se faire de façon isolée. La nature du VIH, tant son mode de transmission que son mode d'action sur le système immunitaire, exige des mesures axées sur l'être humain, globales et multisectorielles visant à réduire les risques découlant de multiples difficultés sanitaires et sociales et à remédier aux différents problèmes médicaux dont souffrent les personnes vivant avec le VIH. Par exemple, si elles ont le papillomavirus humain, les femmes vivant avec le VIH ont quatre à cinq fois plus de chance de souffrir d'un cancer invasif du col de l'utérus que les femmes qui ne sont pas infectées par le VIH²⁰. La tuberculose est la principale cause évitable de décès chez les personnes vivant avec le VIH, environ 300 000 d'entre elles (entre 270 000 et 340 000) étant mortes de la tuberculose en 2017²¹. En 2016, plus de la moitié des usagers de drogues injectables vivaient avec l'hépatite C et un usager sur huit avec le VIH. Parmi les personnes séropositives qui consomment des drogues injectables, quatre personnes sur cinq souffraient ou avaient souffert de l'hépatite C et 7 pour cent l'hépatite B²².

²⁰ Sheri A. Denslow *et al.*, « Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: a systematic global review », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 25, n° 3 (mars 2014).

²¹ OMS, « HIV-associated tuberculosis », fiche d'information, 2018.

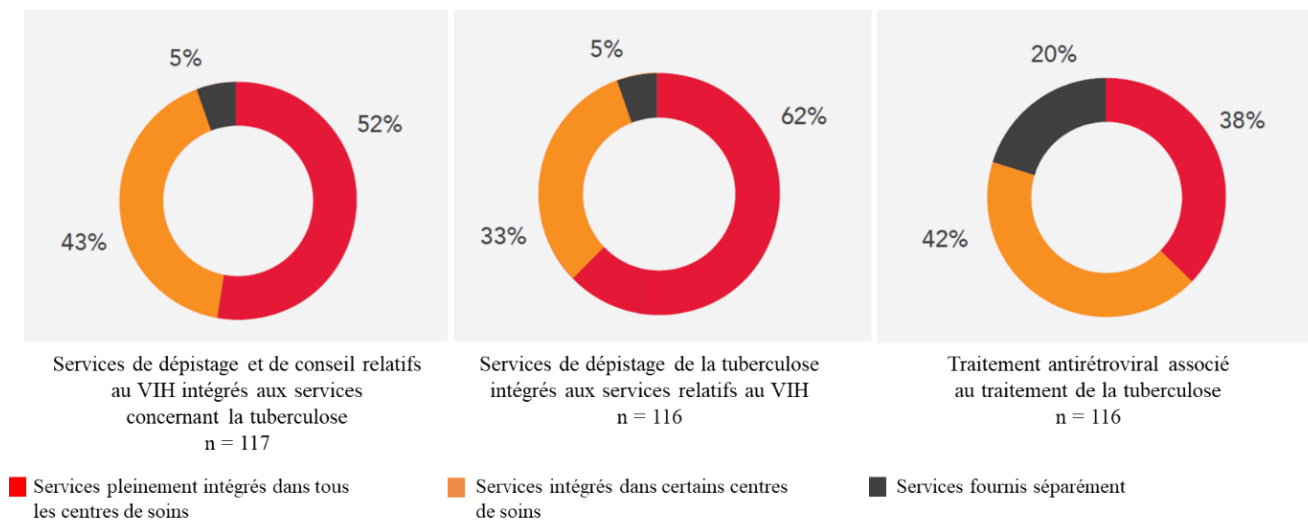
²² OMS, *Global Hepatitis Report, 2017* (Genève, 2017).

48. Malgré les avantages évidents qu'il y a à combiner les services relatifs à la tuberculose et ceux relatifs aux VIH, cette stratégie est loin d'être universelle. Sur les 117 pays qui ont communiqué des données à ONUSIDA à la fin de 2017, environ la moitié avaient intégré les services de conseil et de dépistage relatifs aux VIH aux services offerts concernant la tuberculose et un peu plus du tiers avaient pleinement associé le traitement des deux infections (voir fig. VII). L'OMS a estimé que la moitié des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose en 2017 ne savaient pas qu'elles avaient la tuberculose et n'étaient donc pas traitées pour cette dernière. Lorsqu'un diagnostic est retardé, le risque de mortalité est accru, en particulier en cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante.

49. L'évolution des technologies moléculaires signifie qu'il est de plus en plus possible de diagnostiquer rapidement différentes maladies à l'aide de plateformes uniques. Ces plateformes permettent aux systèmes de santé nationaux de réaliser des gains d'efficacité d'ordre technique et financier, tout en élargissant l'accès aux soins et en contribuant à sauver des vies²³. Les services couvrant plusieurs maladies peuvent également favoriser le dépistage systématique du VIH dans le cadre d'un bilan de santé et aider à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, car il est plus difficile de déduire le statut VIH d'une personne qui se rend dans un centre de soins intégrés²⁴.

Figure VII

Pourcentage de pays déclarant offrir des services intégrés de lutte contre le VIH et la tuberculose, à l'échelle mondiale en 2017



Source : ONUSIDA, Instrument relatif aux politiques et engagements nationaux (2017).

Abréviation : n = nombre de pays qui ont communiqué des données.

²³ OMS, « WHO advises on the use of multidisease testing devices for TB, HIV and hepatitis » (22 juin 2017) ; OMS, Programme mondial de lutte contre la tuberculose et du Département du VIH/sida, « Éléments à prendre en considération pour l'adoption et l'utilisation de dispositifs de dépistage conjoint des maladies au sein de réseaux de laboratoires intégrés », note d'information (juin 2017).

²⁴ Baotran N.Vo *et al.*, « Patient satisfaction with integrated HIV and antenatal care services in rural Kenya », *AIDS Care*, vol. 24, n° 11 (2012) ; Population Council, « Assessing the benefits of integrated HIV and reproductive health services: the Integra Initiative ».

III. Passage à la couverture sanitaire universelle : ne laisser personne de côté

50. Les efforts visant à éliminer la menace que le sida représente pour la santé publique, à concrétiser les autres engagements pris en matière de santé dans le cadre des objectifs de développement durable et à faire respecter le droit inaliénable à la santé de chacun consacré il y a 71 ans s'appuient tous largement sur les progrès accomplis vers un objectif en particulier : la couverture sanitaire universelle.

51. Le mouvement croissant en faveur de la couverture sanitaire universelle a pour but de veiller à ce que toutes les personnes aient accès aux services de santé de qualité dont elles ont besoin et de protéger toutes les personnes contre les risques qui menacent la santé publique et contre l'appauvrissement pour cause de maladie, que ce soit en raison de frais médicaux à avancer par les particuliers ou d'une perte de revenu lorsqu'un membre de la famille tombe malade. L'accès universel, à un coût abordable, à des services de santé de haute qualité contribuera aussi grandement à éliminer la pauvreté extrême d'ici à 2030.

52. Le principe central de la couverture sanitaire universelle est de ne laisser personne de côté. Ce principe est au fondement de la lutte contre le VIH depuis plus d'une décennie. Les inégalités qui suscitent les appels au respect de ce précepte sont intimement liées. Le VIH est la quatrième cause de décès dans les pays à faible revenu et la deuxième cause de décès en Afrique subsaharienne²⁵. Afin que personne ne soit laissé de côté, il faut mettre en place des prestations de santé comprenant un ensemble complet de services relatifs au VIH, des services de santé publique et de protection sociale supplémentaires financés par des fonds publics spéciaux et des changements structurels, de façon à ce que les personnes vulnérables et marginalisées aient accès aux services dont elles ont besoin.

53. Les prestations de santé au cœur de la couverture sanitaire universelle devraient comprendre des services relatifs aux VIH offerts dans les établissements de santé, tels que le dépistage et le traitement du VIH chez l'adulte et l'enfant, la prévention de la transmission mère-enfant, la PrEP et la circoncision médicale volontaire. Les plateformes de couverture sanitaire universelle peuvent également faciliter les efforts déjà entrepris pour intégrer les services relatifs aux VIH aux services de santé maternelle et infantile, aux services de santé sexuelle et procréative, à la prévention et au traitement de la tuberculose, de l'hépatite, des infections sexuellement transmissibles et des maladies non transmissibles, à la vaccination contre le virus du papillome humain et aux services de réduction des risques.

54. En outre, la couverture sanitaire universelle devrait recevoir des fonds consacrés à la santé publique ou à la protection sociale afin de financer d'autres services essentiels fournis par toute une série de secteurs, tels que la promotion du préservatif, les interventions visant à faire évoluer les comportements, l'éducation sexuelle complète, les initiatives en faveur des droits de la personne, les mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et les services de proximité destinés aux populations clés.

55. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire gravement touchés par le VIH, où les services relatifs au VIH représentent un fort pourcentage du montant total des dépenses de santé, les ressources nationales peuvent ne pas suffire à financer un ensemble complet de services à moyen terme. Même dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où l'épidémie est peu active, le coût du traitement à vie du VIH peut mettre à rude épreuve les mécanismes nationaux de financement de la santé. Les pays

²⁵ OMS, « Global health estimates 2016: estimated deaths by cause and region, 2000 and 2016 ».

qui passent à une couverture sanitaire universelle auront besoin du soutien des donateurs et ceux qui en bénéficient devront consolider les systèmes sous-jacents, tels que ceux concernant les informations sur la santé et la gestion des finances publiques, afin de renforcer la confiance de la population et des donateurs dans les dispositifs nationaux de financement de la santé.

IV. Réalisation des objectifs mondiaux : une plus grande volonté politique est nécessaire

56. Les obstacles à l'élimination du sida sont multiples et varient d'un pays à l'autre (et même à l'intérieur des pays) compte tenu de la diversité des lois, des politiques, des coutumes et des pratiques. Ces obstacles peuvent parfois sembler insurmontables lorsque les pays s'attaquent à des priorités concurrentes et manquent de ressources. Toutefois, les données factuelles sont claires : des environnements favorables ont été mis en place et des cibles définies dans la stratégie d'accélération de la riposte ont été atteintes dans des circonstances diverses, que ce soit au niveau épidémique ou au niveau des revenus. Lorsque ces cibles sont atteintes, on observe une baisse régulière du nombre d'infections à VIH et de décès liés au sida.

57. Si l'on veut éliminer la menace que représente le sida pour la santé publique d'ici à 2030, il faut trouver la volonté politique de relever ces défis et d'atteindre les objectifs fixés pour 2020 dans bien davantage de pays, de toutes les régions et de tous les niveaux de revenu. En revanche, tolérer le statu quo ne ferait, au mieux, que prolonger l'épidémie et, au pire, entraînerait une reprise de la crise. Le nombre toujours élevé de nouvelles infections à VIH chez les adultes signifie qu'une population croissante de personnes vivant avec le VIH a besoin d'un traitement antirétroviral à vie. La charge des soins imposée aux systèmes de santé augmente chaque année.

58. Diverses initiatives sont actuellement menées pour aider les pays à s'acquitter de leurs engagements, en particulier dans les domaines de la lutte contre le VIH qui sont à la traîne. Elles sont prises dans le cadre plus large de la réforme de l'ONU, qui vise à favoriser une utilisation plus efficace des ressources et à améliorer la capacité du système des Nations Unies de s'acquitter de ses mandats et d'aider les pays à exécuter le Programme 2030. ONUSIDA, un programme conjoint de 11 entités des Nations Unies, a affiné son modèle unique dans le sens des réformes plus globales de l'ONU.

59. La Coalition mondiale pour la prévention de l'infection à VIH, composée d'États Membres, de donateurs, d'organisations de la société civile et d'agents d'exécution, cherche à accélérer la baisse des infections à VIH chez les adultes, qui ne progresse que lentement. Une initiative de partenariat public-privé du Fonds des Nations Unies pour la population a pour objet d'élargir la promotion et la distribution de préservatifs à but lucratif dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en attirant une plus grande attention sur les obstacles rencontrés par le secteur privé, tels que les impôts élevés, les droits de douane et le manque de clarté des règlements.

60. Demandant qu'un lien soit établi entre la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et les interventions relatives au VIH, une vaste coalition d'organismes des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales internationales préconise 10 stratégies clés pour défendre la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et mettre en place les services requis en ce qui concerne le VIH. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, le programme « 2gether 4 SRHR » (« Ensemble pour la santé et les droits en matière de sexualité et

de procréation ») s'emploie à accroître la prestation de services intégrés dans 10 pays où la prévalence du VIH est forte.

61. En 2018, en réponse à la nécessité de donner aux jeunes les moyens de se protéger grâce à des informations exactes sur la prévention du VIH, la sexualité et la santé sexuelle et procréative, en particulier dans les régions à forte prévalence, une version révisée des Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle soulignant l'importance d'une éducation sexuelle complète dans les écoles a été publiée.

62. Un nouveau partenariat mondial pour l'action visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH a été lancé en 2018 et un certain nombre de pays se sont déjà engagés à prendre des mesures dans ce domaine. L'initiative Start Free, Stay Free, AIDS Free promeut un ensemble d'interventions fondées sur les droits de la personne en vue de mettre fin à la menace que le sida représente pour la santé des enfants, l'accent étant mis sur 23 pays comptant un nombre important d'enfants, d'adolescents et de jeunes femmes vivant avec le VIH²⁶.

63. Plus de 300 villes dans le monde ont rejoint le réseau « Les villes s'engagent » (Fast-Track Cities initiative), qui a pour objet de grouper les efforts de ces zones urbaines en vue d'atteindre la cible 90-90-90, d'accroître l'utilisation de services intégrés de prévention du VIH et d'éliminer totalement les effets néfastes de la stigmatisation et de la discrimination. La première conférence internationale du réseau se tiendra à Londres en septembre 2019, cinq ans après le lancement de l'initiative, et aura pour objet de résoudre certains problèmes transversaux et de partager les meilleures pratiques.

V. Recommandations

64. Des progrès remarquables ont été réalisés dans la lutte contre l'épidémie de VIH mais ils sont inégaux. Des dizaines de pays et des régions entières risquent de ne pas atteindre les cibles fixées pour 2020 dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2016. Les États Membres sont instamment priés d'adopter les recommandations ci-après de façon à maintenir la volonté politique, à stimuler l'action et à créer l'élan nécessaire pour atteindre les cibles définies pour 2020 par l'Assemblée générale et mettre fin à la menace pour la santé publique que représente le sida, d'ici à 2030.

Recommandation 1 : redynamiser la prévention primaire du VIH

65. La Coalition mondiale pour la prévention de l'infection à VIH a élaboré la feuille de route 2020 pour la prévention de l'infection à VIH²⁷, un programme commun qui exige des pays qu'ils fixent des objectifs en matière de prévention aux niveaux national et infranational et renforcent la prévention primaire du VIH. Depuis que la Coalition a été constituée en 2017, de nouvelles coalitions nationales de prévention ont été créées et des stratégies nationales de prévention ont été redéfinies dans de nombreux pays très touchés par le VIH. Ces stratégies doivent être rapidement concrétisées par des mesures nationales.

²⁶ Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

²⁷ Disponible à l'adresse suivante : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_fr.pdf.

Recommandation 2 : diversifier le dépistage du VIH et différencier la prestation des soins de santé pour atteindre la cible 90-90-90

66. D'après l'expérience des pays qui ont atteint la cible 90-90-90, diverses méthodes de dépistage du VIH (notamment le dépistage à l'initiative des professionnels de la santé, le dépistage de proximité, la sensibilisation par les pairs, le dépistage de l'entourage et l'autodépistage) sont nécessaires pour atteindre l'objectif tendant à ce que 90 pour cent des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH. Une fois le VIH diagnostiqué, il faut mettre en place un traitement antirétroviral immédiat, une aide à l'observance thérapeutique et des examens réguliers de la charge virale pour que 90 pour cent des personnes diagnostiquées suivent un traitement et 90 pour cent des personnes sous traitement atteignent un niveau de charge virale indétectable. Il est prouvé que la prestation différenciée de soins de santé, y compris le transfert des tâches des médecins aux infirmiers et des infirmiers aux travailleurs sanitaires des collectivités, permet d'atteindre un grand nombre de personnes dans des environnements qui disposent de peu de ressources humaines consacrées à la santé.

Recommandation 3 : mettre en place un environnement juridique et politique favorable afin d'atteindre les populations marginalisées et vulnérables

67. Il faut agir pour satisfaire les besoins des groupes marginalisés et vulnérables, notamment des populations clés qui présentent un haut risque d'infection du VIH, en matière de santé et de VIH. La Commission mondiale sur le VIH et le droit a précisé les mesures qui devraient être prises pour garantir des réponses en matière de santé efficaces, durables et en adéquation avec les obligations universelles relatives aux droits de la personne²⁸.

Recommandation 4 : mobiliser des ressources additionnelles et les affecter là où elles sont le plus nécessaires

68. Au moins 14 milliards de dollars sont demandés au titre du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour la période 2020-2022. Il est primordial de réunir l'intégralité de ce montant, bien qu'il soit encore insuffisant pour permettre au monde d'éliminer la menace que le sida représente pour la santé publique d'ici à 2030. Les donateurs et les pays doivent continuer à accroître les ressources qu'ils consacrent au VIH afin d'atteindre le niveau élevé de couverture des services demandé dans la Déclaration politique de 2016. Des gains d'efficacité sont également nécessaires. Les ressources nationales et celles versées par les donateurs devraient être consacrées à des services fondés sur des données factuelles et axés sur les personnes et les endroits qui en ont le plus besoin, en utilisant une approche tenant compte du lieu et de la population et reposant sur la collecte de données détaillées.

Recommandation 5 : soutenir les populations afin qu'elles puissent jouer leur rôle essentiel

69. La mobilisation exceptionnelle de la société civile a permis de mener une lutte tout aussi exceptionnelle contre le VIH à l'échelle mondiale, et la participation de la société civile à la prestation de services essentiels est indispensable si l'on veut parvenir à un niveau de couverture élevé. Les associations locales de personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les femmes, les adolescents et les jeunes en général devraient contribuer à la conception, à l'exécution et au suivi des programmes sanitaires et sociaux, notamment à la mise en place de systèmes visant à établir une

²⁸ Les 30 recommandations formulées par la Commission mondiale sur le VIH et le droit figurent dans son supplément de 2018 intitulé *Risques, droits et santé*.

couverture sanitaire universelle. La présence de femmes à des postes de direction et de décision est primordiale. Des mécanismes nationaux et locaux de passation de marchés à caractère social sont nécessaires pour que les associations locales reçoivent des fonds publics consacrés à la prestation de services.

Recommandation 6 : intégrer un programme global de lutte contre le VIH dans la couverture sanitaire universelle

70. La réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la couverture sanitaire universelle, qui se tiendra en septembre 2019, sera l'occasion d'intégrer un programme global de lutte contre le VIH dans la couverture sanitaire universelle. Des mesures de lutte contre le VIH fondées sur des données factuelles devraient faire partie intégrante de prestations de santé complètes, des campagnes de santé publique, de l'enseignement public et des programmes de protection sociale. Des systèmes de gestion des finances publiques solides et transparents sont requis pour garantir une utilisation efficace des ressources nationales et de celles provenant de donateurs.
