



**Conseil économique
et social**

Distr.
GÉNÉRALE

OPA/AC.33/5
17 juin 2002

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

UNITÉ DE COORDINATION DES ACTIVITÉS OPÉRATIONNELLES
PREMIER FORUM RÉGIONAL POUR LA JEUNESSE:

«SÉCURITÉ, OPPORTUNITÉS ET PROSPÉRITÉ»

Genève, 26-28 août 2002

**L'épidémie de VIH/sida dans la région de la CEE-ONU :
Allons-nous vers une catastrophe ?**
(Note du secrétariat)

Vu la probabilité grandissante de voir le VIH/sida se répandre dans la population et compte tenu des conséquences économiques et sociales désastreuses que pourrait avoir une telle épidémie, l'Assemblée générale des Nations Unies a tenu une session extraordinaire du 25 au 27 juin 2001, «afin d'examiner, sous tous ses aspects, le problème du virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) et de s'y attaquer, ainsi que de susciter un engagement mondial en faveur du renforcement de la coordination et de l'intensification des efforts déployés aux niveaux national, régional et international pour lutter contre ce fléau sur tous les fronts¹». Toutes les entités des Nations Unies, y compris les commissions régionales, ont été invitées «à participer activement aux activités préparatoires et à se faire représenter au plus haut niveau à la session extraordinaire²».

Situation actuelle dans la région

Amérique du Nord et Europe occidentale

Récemment encore, la région de la CEE-ONU était considérée comme relativement sûre et en mesure de maîtriser le VIH/sida. Les pays où les premiers cas de VIH avaient été détectés avaient aussitôt entrepris d'informer le public et les groupes présentant des risques élevés au sujet de la maladie et des mesures de prévention qui pouvaient être prises, et cette

démarche paraissait devoir être couronnée de succès. Elle avait fait baisser le nombre de nouveaux cas de contamination et suscitait une modification des schémas de comportement, notamment en amenant la population en général et surtout les jeunes à se préoccuper davantage de la sécurité dans le domaine des relations sexuelles. En Suisse, par exemple, le pourcentage de garçons de 17 ans ayant commencé à avoir une activité sexuelle a été ramené de 65 % en 1985 à 54 % en 1997.³ Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, plus de 60 % des jeunes déclarent avoir utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel. Dans l'ensemble des pays d'Europe occidentale, 80 % des personnes âgées de 17 à 30 ans optent résolument pour la sécurité dans le domaine des relations sexuelles, ce qui diminue le risque d'infection.⁴ Toutefois, il semble que cette tendance soit en train de s'inverser. À la fin de 2001, le nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH/sida était de 560 000 en Europe occidentale et de 940 000 en Amérique du Nord (États-Unis et Canada), et l'on estimait à 30 000 et 45 000 respectivement le nombre de cas de nouvelle infection à VIH en 2001 (voir tableau).⁵

Estimations concernant le VIH/sida au 31 décembre 2001

Pays ***	Nombre total de personnes infectées par le VIH/sida			
	Adultes et enfants	Adultes (%)	Femmes (15-49 ans) (%)	Enfants** (0-14 ans)
Europe orientale et Asie centrale	1 000 000	0,50	20 00	15 000
Arménie	< 500	0,01	<100	<100
Azerbaïdjan	<500	<0,01	<100	<100
Bélarus	14 000	0,28	3,500	<100
Bosnie-Herzégovine	...	0,04	...	...
Bulgarie	...	0,01	...	...
Croatie	350	0,02	<100	<100
République tchèque	2 200	0,04	500	<100
Estonie	<500	0,04	<100	<100
Géorgie	<500	<0,01	<100	<100
Hongrie	2 500	0,05	270	<100
Kazakhstan	3 500	0,04	<100	<100
Kirghizistan	<100	<0,01	<100	<100
Lettonie	1 250	0,11	250	<100
Lituanie	<500	0,02	<100	<100
Pologne	13 000*	0,07	...	...
République de Moldova	4 500	0,20	1 000	100
Roumanie	7 000	0,02	750	5 000
Fédération de Russie	130 000	0,18	32 000	1 800
Slovaquie	400	<0,01	<100	<100
Tadjikistan	<100	<0,01	<100	<100
Turkménistan	<100	0,01	<100	<100
Ukraine	240 000	0,96	70 000	7 500
Ouzbékistan	<100	<0,01	<100	<100
Europe occidentale	560 000	0,30	25,00	4 100

Pays ***	Nombre total de personnes infectées par le VIH/sida			
	Adultes et enfants	Adultes (%)	Femmes (15-49 ans) (%)	Enfants** (0-14 ans)
Albanie	<100*	<0,01	...	...
Autriche	9 000	0,23	2 000	<100
Belgique	7 700	0,15	2 600	300
Danemark	4 300	0,17	900	<100
Finlande	1 100	0,05	300	<100
France	130 000	0,44	35 000	1 000
Allemagne	37 000	0,10	7 400	500
Grèce	8 000	0,16	1 600	<100
Islande	200	0,14	<100	<100
Irlande	2 200	0,10	600	170
Italie	95 000	0,35	30 000	700
Luxembourg	330*	0,16	...	...
Malte	220*	0,12	...	...
Pays-Bas	15 000	0,19	3 000	100
Norvège	1 600	0,07	360	<100
Amérique du Nord	940 000	0,60	20,00	11 000
Canada	49 000	0,30	5 600	500
Etats-Unis	850 000	0,61	170 000	10 000*

* Adultes (15-49 ans) ** À la fin de 1999 *** Données par pays établies à la fin de 1999

Source : ONUSIDA. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida: juin 2000, ISBN: 92-9173-000-9; Le point sur l'épidémie du sida, décembre 2001.

D'après certaines études récentes, on a noté en 2000 une augmentation de 33 % des cas de VIH en Allemagne, après une période de cinq ans pendant laquelle le taux d'infection avait été relativement peu élevé.⁶ Au Royaume-Uni, on a noté une augmentation de l'ordre de 7 % en 2000.⁷ Ce qu'il y a de plus inquiétant, c'est l'augmentation de cas de VIH/sida relevée chez les femmes et les jeunes.

Selon une analyse récente de surveillance et des études prospectives par cohorte publiées aux États-Unis de 1981 à 2000, on relève au cours des 15 dernières années un pourcentage croissant de femmes parmi les personnes infectées par le VIH. En 1999, elles ont constitué 32 % des nouveaux

cas de VIH diagnostiqués, dont 38 % ont été imputés à une transmission hétérosexuelle.⁸ En 1986, on relevait aux États-Unis un cas de sida chez les femmes sur 15 cas. En 1999, le rapport était de 1 sur 5, soit 18 % du nombre total de cas. Dans la moitié de ces cas, on n'a relevé aucun facteur de risque, ce qui laisse supposer que l'infection est intervenue à la suite d'un contact hétérosexuel.

Au 31 décembre 1999, on a signalé aux États-Unis 733 374 cas de sida et 430 441 décès liés au sida, **depuis l'apparition du premier cas à la fin des années 70**. Le sida est devenu la cinquième cause de décès chez l'ensemble des adultes américains âgés de 25 à 44 ans. Parmi les afro-américains de ce même groupe d'âge, le sida est la première cause de décès chez les hommes et la deuxième cause chez les femmes.⁹

Des études récentes font apparaître au cours des dernières années une tendance croissante dans certains sous-groupes de la population aux États-Unis et en Europe occidentale à renoncer à des schémas établis de relations sexuelles ne présentant pas de danger au profit de relations sexuelles à risques.¹⁰ Cette tendance a été observée non seulement chez les jeunes appartenant à ces groupes, mais également chez les moins jeunes. Dans une certaine mesure, cela peut s'expliquer par la façon dont ces groupes réagissent à une meilleure accessibilité et disponibilité de divers traitements de maladies opportunistes liées au sida, en particulier les médicaments antirétroviraux, et donc par l'idée erronée que l'on pourrait désormais gérer le sida.

On note que les jeunes sont malheureusement de moins en moins informés de la nature réelle de la maladie et des mesures permettant d'éviter de la contracter. L'ignorance en matière de prévention est imputable en partie à l'insuffisance des efforts déployés pour prévenir le VIH dans les nouvelles générations de jeunes, en particulier ceux qui appartiennent aux groupes les plus exposés et les plus défavorisés.

D'après une analyse des données de surveillance provenant de 25 États des États-Unis dotés de systèmes intégrés de comptabilisation des cas de VIH et de sida, les jeunes (âgés de 13 à 24 ans) ont représenté pour la période allant de janvier 1996 à juin 1999 un pourcentage beaucoup plus élevé de cas de VIH (13 %) que de cas de sida (3 %). Ces données montrent qu'alors même que l'incidence du sida (le nombre de nouveaux cas diagnostiqués pendant une période donnée) a diminué, il n'y a pas eu une diminution comparable du nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les jeunes. Les chercheurs estiment que les cas d'infection à VIH diagnostiqués dans le groupe d'âge des 13 à 24 ans sont révélateurs des tendances générales concernant l'incidence du VIH, ce groupe d'âge ayant récemment adopté des comportements à risque élevé. D'après les rapports provenant de 32 États des États-Unis en 1999, les femmes ont constitué près de la moitié (49 %) des cas de VIH dans ce groupe d'âge.¹¹

Europe centrale et orientale et Asie centrale

La situation s'est encore plus fortement dégradée dans les pays en transition et, en particulier, dans les Nouveaux États indépendants, où l'on est passé de la quasi-absence de cas de VIH/sida dans les années 80 à un total qui atteignait à la fin de 2001 1 000 000 de personnes infectées. Dans cette dernière région, la maladie a connu une progression inquiétante en 2000-2001, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants ayant été estimé à 250 000, soit l'augmentation la plus forte dans le monde entier.¹²

En outre, l'augmentation du nombre de consommateurs de drogues injectables et la propagation de cette forme de toxicomanie chez les prostituées ont accru de façon alarmante le risque de voir le VIH se transmettre à la population en général par voie de contacts hétérosexuels. En Russie, par exemple, le nombre total de nouveaux cas de VIH comptabilisés chaque année a augmenté, passant de 23 cas en 1987 à 67 774 en 2000, quelque 90 % de tous ces cas étant imputés à la consommation de drogues injectables.¹³

En Russie, tout comme en Ukraine ou au Moldova, on compte 1 % de consommateurs de drogues injectables, cette proportion pouvant atteindre dans certaines villes jusqu'à 5 % de la population totale. Dans certaines villes de Russie où cette forme de toxicomanie est la plus répandue, comme à Kaliningrad ou Saint-Pétersbourg, le taux d'infection à VIH est également particulièrement élevé et ne cesse d'augmenter. Tout porte à croire que l'infection à VIH s'est propagée dans d'autres régions. Des cas de VIH ont été enregistrés dans les «oblasts» de Ryasan, Kemerovo, Samara, Perm, Sverdlovsk, Orenbourg et Saint-Pétersbourg. La prévalence la plus élevée de VIH (nombre total de cas de VIH par 100 000 habitants) a été relevée dans les oblasts d'Irkoutsk (301), Kaliningrad (286,5) et Moscou (106,5).¹⁴

La même évolution a été observée en Ukraine, au Bélarus et dans la République de Moldova, où la plupart des cas de VIH sont liés à la drogue et où tout porte à croire que le VIH continue de se propager.¹⁵

Tout comme aux États-Unis, les nouveaux cas de séropositivité relevés dans les Nouveaux États indépendants concernaient une très forte proportion de jeunes. En Fédération de Russie, par exemple, cette proportion est de 75 % pour 2000. La proportion de femmes séropositives est également à la hausse. Dans les années 80, le rapport femmes-hommes dans tous les nouveaux cas de VIH diagnostiqués en Russie était de 1:4; ces dernières années, il est passé à 1:2.

En Asie centrale, la République kirghize (région d'Osh) et le Kazakhstan (Temirtau) ont connu récemment une pandémie d'infection à VIH liée à l'injection de drogues.¹⁶ En République kirghize, selon des estimations officielles, le nombre total de toxicomanes est passé de 741 à près de 4 000 en 2000, ce qui augmente le risque potentiel de propagation du VIH.¹⁷

Dans les États baltes, la prévalence du VIH chez les toxicomanes est également particulièrement élevée, surtout dans les villes portuaires comme Narva (Estonie). Aussi l'Estonie a-t-elle connu une hausse que l'on peut qualifier d'exponentielle des cas d'infection à VIH, qui sont passés de 9 en 1999 à 390 en 2000.¹⁸

Encore les chiffres mentionnés plus haut pourraient-ils ne pas rendre compte de toute l'ampleur de la propagation du VIH chez les toxicomanes, seul un faible pourcentage des membres de ce groupe tout particulièrement exposé ayant subi un test de dépistage. De plus, on fait parfois subir ce test à des toxicomanes qui n'utilisent pas de seringue et qui sont moins exposés, et on exclut les séropositifs, ce qui fait baisser le nombre total.

En Europe centrale et du Sud-Est, on a relevé un taux de prévalence se situant entre 40 et 50 % chez les toxicomanes de quelques grandes villes, comme Szczecin (Pologne) et Belgrade (Yougoslavie). Dans les autres pays de ces deux sous-régions, les taux se sont maintenus à des niveaux relativement faibles jusqu'à ce jour.

Comment expliquer l'échec apparent des mesures préventives ?

Selon des rapports officiels, la plupart des pays de la région de la CEE-ONU ont déployé un vaste éventail de mesures préventives pour enrayer l'infection et se préserver de la maladie. Toutefois, comme indiqué plus haut, ces mesures paraissent passer à côté de certains sous-groupes de la population, notamment les jeunes, et ne sont pas parvenues à empêcher la propagation du VIH.

Une des raisons de cet échec serait la stigmatisation sociale dont certains comportements, comme l'homosexualité masculine et la toxicomanie, seraient frappés dans de nombreux pays. Jusqu'il y a peu, ces comportements étaient considérés dans certains pays comme une infraction pénale et étaient punissables à ce titre. Cela explique pourquoi les personnes appartenant à ces groupes répugnaient à se faire soigner et pourquoi les organismes publics et les organisations non gouvernementales qui montaient des campagnes de prévention du VIH/sida n'atteignaient pas ces personnes. Dans d'autres pays, la société rejetait catégoriquement toute idée de fournir une aide publique à ces groupes, ce qui avait pour effet d'entraîner une augmentation du nombre de toxicomanes et du taux d'infection à VIH.

La tragédie de l'Afrique, où l'on continue de se heurter à un refus d'ordre culturel de prendre acte de l'existence de comportements socialement indésirables, montre qu'une telle attitude est un luxe dans les circonstances actuelles et qu'elle compromet la survie même des nations exposées. Par ailleurs, comme cela ressort de certaines études récentes, dans certains pays en transition, la toxicomanie et la pauvreté se sont souvent conjuguées pour entraîner des individus des deux sexes à se prostituer, fournissant ainsi un terrain idéal pour la propagation de l'infection dans la population.¹⁹

Le phénomène de la toxicomanie, qui est une des principales causes de la propagation du VIH dans de nombreux pays de la région de la CEE-ONU, en particulier dans les pays en transition, est avant toute chose une manifestation du désir de s'évader hors de la réalité sociale. Nombre de sociétés pour lesquelles les toxicomanes sont des déviants sociaux devraient oser se demander à elles-mêmes pourquoi tant de personnes, surtout des jeunes, tentent ainsi de s'évader de la réalité. Serait-ce que la réalité que de telles sociétés offrent aux jeunes générations est loin d'être parfaite, avec son lot d'hypocrisie, de violence, d'abus, d'indifférence, de cruauté, de haine, d'égoïsme, de pauvreté, de cupidité, pour ne pas en dire plus ? N'est-ce pas tout cela qui détourne les jeunes des valeurs professées par la société ?

L'augmentation de la consommation de drogues, tout comme la fabrication et le trafic de drogues dans des régions appauvries sont imputables, sous de nombreux rapports, à des phénomènes que les pays en transition ont connus ces dix dernières années, à savoir des guerres civiles, des conflits ethniques, l'appauvrissement rapide des familles et de communautés tout entières, la polarisation sociale, les déplacements sur une grande échelle, l'effondrement d'institutions sociales de base et la criminalisation.

La carte géographique de la consommation de drogues coïncide avec la carte du déclin économique régional dans les pays en transition, où les régions en déclin sont touchées par un chômage massif, la pauvreté et la délinquance. On prétend que, dans certaines de ces régions, les licenciements massifs sont souvent allés de pair avec la fourniture de drogues aux travailleurs touchés et que celle-ci aurait été organisée par les chefs d'entreprise. L'évolution observée

récemment dans de nombreux pays en transition et qui amène à abandonner les drogues opiacées maison au profit de drogues plus élaborées, comme les psychotoniques du genre des amphétamines dont la fabrication exige un savoir-faire et une maîtrise technologiques, suppose l'existence d'organisations capables d'organiser la production et des réseaux de distribution transfrontières.

La chute brutale des revenus et le creusement des disparités sociales qu'ont connus de nombreux pays en transition ont profondément marqué les vieux et les jeunes. De nombreuses familles se sont trouvées incapables de fournir encore un appui et des soins à leurs enfants, notamment une éducation. Dans tous les pays en transition, c'est chez les jeunes parents que l'incidence de la pauvreté est la plus marquée. Quant aux établissements d'enseignement, faute de deniers publics combien indispensables, ils ont été largement privatisés, officiellement ou de fait, ce qui les a amenés à opérer une discrimination de plus en plus poussée en faveur des enfants de familles à revenu élevé. De ce fait, il y a un nombre croissant d'enfants et d'adolescents non scolarisés, qui ne fréquentent pas l'école ou qui ont abandonné leurs études, cependant que le travail des enfants et autres formes d'exploitation de ceux-ci se développent.

Depuis 1989, les inscriptions d'élèves dans l'enseignement général et dans l'enseignement professionnel ont diminué de près de 40 % en Europe du Sud-Est et de 13 à 14 % dans les Nouveaux États indépendants, en Russie, en Ukraine et au Bélarus. La réduction la plus forte du taux d'inscription dans l'enseignement secondaire a été observée au Turkménistan (une réduction de plus de 27 % pour les garçons et de 8 % pour les filles) et en Géorgie (14 % pour les garçons et près de 20 % pour les filles).²⁰ On estime qu'en 2000, dans les pays en transition, plus de 20 millions d'adolescents âgés de 15 à 25 ans sur un total de 65 millions d'adolescents faisant partie de ce groupe d'âge ne fréquentaient pas l'école et n'avaient pas d'emploi, sans compter les 10 millions d'adolescents qui étaient demandeurs d'emploi.²¹

Dans beaucoup de pays, alors que le nombre total de jeunes demandeurs d'emploi ne cesse d'augmenter, leur accès à des possibilités d'emploi a été rendu de plus en plus compliqué par le fait que le réservoir d'emplois se tarit et que le rythme de création d'emplois dans le secteur de l'économie structurée se ralentit. À ces facteurs est venue s'ajouter une accentuation de la discrimination fondée sur l'âge. Cette situation est attestée par le fait que le taux de chômage observé chez les jeunes n'a cessé d'être plus élevé que la moyenne nationale. Le creusement des inégalités sociales et l'absence prolongée de perspective d'emploi dans le secteur de l'économie structurée se sont conjugués pour créer un environnement déprimant dans lequel beaucoup de jeunes entrevoient un avenir sombre, ce qui provoque des déviances sociales de différents types, y compris la consommation de drogues.

Dans les pays à revenu élevé, la demande de drogues chez les jeunes augmente depuis tout un temps déjà. L'Europe occidentale vient tout de suite après les États-Unis en tête du marché mondial des drogues. À bien des égards, les jeunes adultes de ce groupe de pays rencontrent, lorsqu'ils se présentent sur le marché du travail, des obstacles analogues à ceux que rencontrent les jeunes de leur âge dans les pays en transition. En outre, ils subissent à tout moment le bombardement médiatique d'une publicité et de moyens de communication de masse qui leur proposent des images de vainqueurs. Certains jeunes adultes, qui se sentent incapables de correspondre à ces images et de justifier les attentes de leur famille, s'abandonnent à la toxicomanie.

Des éléments toujours plus nombreux donnent à penser qu'il existe un lien entre la violence accrue qui s'exerce à l'égard des femmes, des enfants et des adolescents, en particulier la prostitution forcée, et la propagation du VIH. Dans de nombreux pays en transition, la prostitution des jeunes des deux sexes, en particulier dans les zones métropolitaines et les régions qui souffrent de la récession économique, se développe rapidement. Historiquement, il existe une corrélation étroite entre, d'une part, un comportement qui pousse à se prostituer et, d'autre part, la situation économique et la possibilité d'avoir accès à des sources de revenu, la prostitution marquant une tendance à la diminution lorsque la prospérité augmente. Les difficultés économiques actuelles, l'absence d'une véritable protection sociale et la paupérisation ont considérablement accru la vulnérabilité des jeunes, surtout dans les pays les plus touchés.

De plus, la détérioration de la situation économique et sociale a également eu pour effet de plonger un nombre croissant de familles dans la détresse, ce qui compromet gravement leur capacité de socialiser leurs enfants et de les protéger. De ce fait, la criminalisation et la victimisation des jeunes sont montées en flèche dans de nombreux pays en transition.

En outre, cette situation a coïncidé avec le développement d'un comportement de prédateur chez les adultes, qui se manifeste par le viol, la prostitution forcée et le trafic de femmes et d'enfants. L'exploitation sexuelle des femmes, des enfants et des adolescents est devenue un commerce illicite rentable dans de nombreux pays, voire florissant dans certains pays en transition. Comme les femmes et les jeunes sont rarement en mesure de négocier les conditions dans lesquelles la prestation de leurs services sexuels sera assurée, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH, est habituellement impossible, ce qui renforce considérablement le risque de l'infection à VIH, comme l'atteste l'expérience de l'Asie du Sud-Est ou de l'Afrique.²² Deux études confirment que c'est également le cas dans des pays de la région de la CEE-ONU.²³ Cependant, une grande partie de ces personnes, marginalisées qu'elles sont, ne bénéficient pas des campagnes de prévention du VIH et sont ignorées des institutions de santé publique.

Le trafic transfrontière de femmes et d'enfants aux fins de prostitution préoccupe aujourd'hui la communauté internationale, non seulement parce qu'il constitue une forme contemporaine d'esclavage, mais aussi parce qu'il favorise la propagation du VIH à travers le monde. Selon certaines estimations, chaque année plus de 250 000 femmes et enfants font l'objet d'un trafic à partir de la Russie, des Nouveaux États indépendants et de l'Europe orientale vers l'Europe occidentale, le Moyen-Orient, le Japon, le Canada et les États-Unis. D'après les procès-verbaux dressés par la police lors d'arrestations opérées dans les États membres de la CEE-ONU, y compris les États-Unis et le Canada, des femmes, en particulier des adolescentes, avaient été vendues pour pas moins de 16 000 dollars chacune à des propriétaires de maisons de prostitution.²⁴

Sous l'effet, en partie, de l'épidémie de VIH/sida, un peu partout dans le monde les clients se sont tournés vers la prostitution infantile. Dans les pays riches, des hommes d'âge mûr, qui craignaient d'être contaminés par le VIH/sida, se sont tournés vers la prostitution infantile, estimant que le risque d'infection y était beaucoup moins élevé que du côté de la prostitution des adultes.

On ne dispose malheureusement pas de données qui permettraient de savoir combien de femmes et d'enfants victimes de ce trafic au départ de pays en transition ont pu retourner dans leur pays d'origine, combien sont devenus séropositifs et dans quelle mesure il est possible de faire des

généralisations. Il est indéniable cependant que si l'on entend enrayer la propagation du VIH dans la région de la CEE-ONU, il faut lutter contre la prostitution et le trafic de personnes à travers toute la région.

On notera également que ceux qui se livrent à l'exploitation de la prostitution détournent de plus en plus l'Internet pour y faire la publicité, à l'échelle mondiale, de leur commerce illicite ou pour recruter de nouvelles victimes, en particulier des enfants. Il faut donc absolument s'attacher à réglementer les activités qui se déploient sur la Toile et veiller au respect de pareille réglementation.

Comment relever le défi ?

On peut déduire des observations formulées ci-dessus que des situations différentes dans les deux parties de la région de la CEE-ONU appellent également des réponses différentes. En Amérique du Nord et en Europe occidentale, il est urgent de continuer d'aller de l'avant, avec une nouvelle vigueur, dans la voie qui a précédemment si bien réussi. En Europe centrale et orientale et en Asie centrale, il faut se hâter, tant qu'il en est temps encore, de saisir le moment propice pour enrayer l'épidémie qui risque de revêtir une tout autre ampleur et d'avoir un impact socioéconomique infiniment plus catastrophique que tout ce que l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale ont connu jusqu'ici. Il faut mettre en œuvre les trois priorités stratégiques convenues entre les organismes des Nations Unies et les organismes bilatéraux, les ONG internationales et autres parties prenantes clefs, à savoir : i) Faire en sorte que les efforts déployés pour prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues injectables atteignent au moins 60 % de ce public; ii) Renforcer la prévention de l'infection transmise sexuellement et les soins fournis à ceux qui en sont victimes; iii) Mettre au point des programmes intégrés de santé, de développement et de protection pour les jeunes, surtout pour les groupes plus exposés. En outre, il faut concevoir une stratégie de prévention à long terme, qui s'attaque aux causes fondamentales (dont certaines ont été mises en lumière plus haut) qui rendent les gens, en particulier les jeunes, vulnérables à l'infection à VIH.

S'ils veulent réduire la vulnérabilité des enfants et des adolescents, certains pays vont peut-être devoir remanier profondément leurs programmes de protection de la famille. Et il faudra également concevoir une démarche englobante pour combler les disparités sociales par le biais de divers programmes de soutien public aux petites et moyennes entreprises et aux travailleurs indépendants, notamment des programmes pour les jeunes. Par ailleurs, beaucoup de pays en transition sont loin d'avoir épuisé leur vivier d'entrepreneurs. Ils doivent permettre aux masses d'avoir le meilleur accès possible au marché et commencer par supprimer les obstacles qui s'y opposent.

Il est dangereux pour les pays vieillissants de continuer à ignorer le fait qu'une si grande partie de leur jeunesse est privée de sécurité, de justice et de tout avenir et que tant de leurs enfants sont abandonnés ou victimes de mauvais traitements. On peut faire valoir à cet égard, outre des arguments moraux, d'autres arguments, purement économiques. Faute de prendre la mesure de la gravité de la situation et d'adopter les mesures requises en temps utile, on risque de voir le VIH se propager à un tel point que certains pays de la région de la CEE-ONU ne seront plus en mesure de l'enrayer. Comme l'atteste l'expérience de certains pays africains, la moitié de la population active pourrait y laisser la vie, et il ne resterait que des vieillards et des enfants livrés à eux-mêmes.

Sur le plan économique, le coût du traitement du sida pourrait absorber de 60 à 70 % du budget de la santé, comme cela ressort des projections disponibles pour le Kenya et le Zimbabwe.²⁵ Un autre défi économique qui se présentera consistera à subvenir aux besoins des enfants et des vieillards qui auront survécu à l'épidémie. Enfin, privés ainsi d'une main-d'œuvre qualifiée, les pays touchés risquent de voir leur capacité de croissance amputée, ce qui entraînera une régression économique.

Il faut veiller également à associer plus étroitement les entreprises à la prévention du VIH. En restant à l'écart, celles-ci risquent, le moment venu, de voir s'alourdir leurs pertes, qu'il s'agisse de leurs meilleurs travailleurs ou de leurs profits, l'absentéisme de la main-d'œuvre et les dépenses médicales liées au sida étant appelés à monter en flèche. Ainsi, une plantation de canne à sucre au Kenya a vu, en l'espace de huit ans, ses dépenses liées au VIH multipliées par 10 pour ce qui est de la santé et par 5 au titre des funérailles. La maladie a entraîné la perte de 8 000 journées de travail et réduit de 50 % la productivité.²⁶

Enfin, le moment est venu de concrétiser les bonnes intentions exprimées dans nombre de déclarations et de lancer une véritable offensive mondiale contre la criminalité organisée, en particulier le trafic de drogues et le trafic d'êtres humains. Tous les pays de par le monde doivent s'entendre et mener une lutte de tous les instants pour anéantir les sites de production de drogue et démanteler les réseaux de distribution. Toutefois, il faut éviter, ce faisant, de saper les efforts de prévention du VIH en réduisant les toxicomanes et les prostituées à vivre dans la clandestinité. À tout prendre, la légalisation de certaines drogues n'est peut-être pas une si mauvaise solution, si l'on se réfère, pour en tirer des enseignements, à l'époque de la prohibition.

Selon des informations récentes, un peu partout dans la région de la CEE-ONU, des collectivités ont entrepris de contrer plus résolument la menace que fait peser le VIH. Plus de 150 projets visant à prévenir le VIH/sida chez les consommateurs de drogues injectables ont été lancés, l'accent étant mis sur les groupes les plus exposés, comme les détenus, par exemple.

Il apparaît également que les gouvernements manifestent une volonté politique plus résolue, pratiquement tous les groupements sous-régionaux de la CEE-ONU s'étant déclarés prêts à coordonner la lutte contre le VIH/sida. Les membres de la CEI ont arrêté les termes d'une déclaration spéciale et mis au point un plan d'action. Mais il reste encore beaucoup à faire, et ce, sans perdre un instant, car la maladie n'attend pas que nous soyons prêts et exerce des ravages de plus en plus importants.

Notes

¹ A/res/55/13, p. 1 et 2.

² Ibid., p. 2.

³ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida: juin 2000, ISBN: 92-9173-000-9, p. 56.

⁴ Ibid., p. 60.

⁵ Banque de données de l'ONUSIDA.

⁶ Agence France-Presse (www.afp.com), 13 mars 2001.

⁷ United Press International (www.upi.com), 25 janvier 2001.

⁸ S. Hader et autres. HIV Infection in Women in the United States, Journal of the American Medical Association, 2001, n° 285, p. 1186 à 1192.

⁹ ONUSIDA, Le point sur le l'épidémie du sida, décembre 2000; National Vital Statistics Report, 2000.

¹⁰ MMWR, 2001, n° 50, p. 177 à 120 (source: <http://www.hivandhepatitia.com/hiv/>).

¹¹ National Centre for HIV, STD and TB Prevention (Centre national pour la prévention du VIH, des MST et de la tuberculose), Division of HIV/AIDS Prevention, 13 avril 2001 (source:<http://www.cdc.gov/hiv/pubs/youth.htm>).

¹² Banque de données de l'ONUSIDA.

¹³ Ministère russe de la santé.

¹⁴ Ministère russe de la santé.

¹⁵ Selon l'ONUSIDA, en 2000, la prévalence du VIH chez les toxicomanes était de 19,3 % à Saint-Petersbourg et 65 % à Kaliningrad. Au Bélarus, la proportion était évaluée à 76 % à Svetlogorsk et à 22 % à Minsk; en Ukraine, elle était évaluée à 64 % à Odessa, 28 % à Kryvoi Rog et environ 18 % à Kharkov.

¹⁶ Selon l'ONUSIDA, la prévalence du VIH parmi les toxicomanes de Termitau, au Kazakhstan, était de 26 % en 2000.

¹⁷ Bulletin d'information quotidien VIH/sida, 30 mars 2001.

¹⁸ Agence France-Presse, 11 janvier 2001 (Source: www.afp.com).

¹⁹ Amirkhanian, Y.A., Kelly, J.A & autres. Predictors of HIV risk behaviour among Russian men who have sex with men: an emerging epidemic, AIDS 2001, 16 février, n° 15 3), p. 407 à 412.

²⁰ UNICEF, *Young People in Changing Societies*, le projet MONEE CEE/CEI/États baltes, Florence, 2000, tableau 3.2 et fig. 3.11, p. 46 et 51.

²¹ Ibid., p. 3, 64 et 65.

²² Selon l'ONUSIDA, le taux de prévalence du VIH chez les prostituées cambodgiennes est de plus de 61 % contre 4 % dans la population adulte en général; au Bénin, les taux correspondants sont de 53 % et de 2,45 %.

²³ En Lettonie, par exemple, la prévalence du VIH est 10 fois plus élevée chez les prostituées que dans la population en général, selon l'ONUSIDA.

²⁴ Déposition faite par M^{me} Laura J. Lederer, Director, The Protection Project, Kennedy School of Government, Harvard University, devant le Subcommittee on International Operations on Human Rights de la Commission des affaires étrangères de la Chambre des représentants des États-Unis, le 14 septembre 1999.

²⁵ Sehgal, Jag M., The Labour Implications of HIV/AIDS, document de synthèse, Bureau international du Travail, Genève, novembre 1999, p. 6.

²⁶ ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida, juin 2000, p. 33.