



Assemblée générale

Distr. générale
28 mars 2011
Français
Original : anglais

Soixante-cinquième session

Point 10 de l'ordre du jour

Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida

Ensemble pour l'accès universel : objectif zéro nouveau cas d'infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès dû au sida

Rapport du Secrétaire général

Résumé

En 2001, 30 années se sont écoulées depuis le début de l'épidémie de sida. Elle a coûté la vie à plus de 25 millions de personnes et plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH. Aujourd'hui encore, on compte plus de 7 000 nouveaux cas d'infection par jour, dont 1 000 parmi des enfants. Aucun pays n'a échappé aux effets dévastateurs de cette pandémie mondiale.

Les programmes de lutte contre le VIH donnent toutefois des résultats aujourd'hui; l'incidence globale du VIH est en recul, davantage de personnes ont accès à un traitement et l'on ne s'est jamais autant mobilisé de par le monde pour exiger le respect de la dignité et des droits fondamentaux de chaque personne exposée au virus ou touchée par celui-ci. L'épidémie et les mesures adoptées pour y faire face ont fait évoluer le monde dans lequel nous vivons, donnant aux inégalités face à la santé davantage de poids parmi les préoccupations politiques à l'échelle mondiale et plaçant l'individu au centre des actions engagées pour promouvoir la santé, le développement et les droits de l'homme.

Ces résultats prometteurs, mais insuffisants, pourraient être remis en question. Stigmatisation, discrimination et inégalité entre les sexes continuent de saper les efforts déployés afin de garantir l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement. Les effets conjugués d'une évolution des coûts insoutenable et de la récession économique mondiale compromettent les progrès accomplis.



Cela fait 30 ans que l'on examine les enseignements tirés de la pratique, à l'Assemblée générale, dans les parlements, les communautés, les lieux de culte et les instances scientifiques. Nous entamons donc cette nouvelle décennie armés d'une vaste panoplie de savoirs et de nouveaux outils pour révolutionner les actions de prévention et donner un formidable coup d'accélérateur à l'accès au traitement, aux soins et au soutien.

La lutte contre le VIH entre dans une phase décisive. L'année 2011 nous offre une occasion exceptionnelle de faire le point et de procéder à une évaluation critique et honnête des obstacles qui nous enchaînent à une réalité dans laquelle l'épidémie a toujours une longueur d'avance sur les mesures mises en œuvre pour la combattre.

Des décisions audacieuses doivent être prises qui feront évoluer radicalement la lutte contre le sida pour atteindre l'objectif zéro nouveau cas d'infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès dû au sida. Cela suppose un nouvel élan politique pour mener des actions plus ciblées et efficaces qui s'inscrivent davantage dans la durée. Cela suppose que l'on prenne conscience que l'absence de discrimination, le pragmatisme et la compassion auront des effets bénéfiques non seulement sur la lutte contre le VIH mais aussi sur la réalisation des objectifs prioritaires en matière de santé, de développement et de droits de l'homme.

Remédier aux lacunes

- Pour chaque personne qui entame un traitement, deux autres contractent l'infection. Pour éviter tout nouveau cas d'infection, il faudra s'appuyer sur des mesures novatrices, placer les personnes vivant avec le VIH au centre des actions engagées, protéger les droits fondamentaux et éliminer l'inégalité entre les sexes.
- Les ressources consacrées à la lutte contre le sida dans le monde stagnent. Nous avons la responsabilité commune de préserver l'accès aux soins des plus de 6 millions de personnes actuellement sous traitement et de l'élargir aux millions d'autres qui en ont besoin.
- L'évolution actuelle des coûts n'est pas viable. Il faut affecter les ressources à des actions fondées sur les faits qui seront efficaces et donneront des résultats durables tout en facilitant la mise en œuvre d'initiatives nationales auxquelles les populations adhèrent pleinement.
- La lutte contre le VIH doit faire fond sur la dynamique naissante en faveur de la santé dans le monde, faire une large place à la problématique hommes-femmes, tenir compte des objectifs du Millénaire pour le développement et concourir à leur réalisation.
- Il reste beaucoup à faire pour stimuler les initiatives et promouvoir le respect du principe de responsabilité. Les nouvelles puissances politiques, les pays touchés, les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont exposées au virus, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et les consommateurs de drogue, doivent intervenir davantage dans la gouvernance de la lutte contre le VIH.

Cinq recommandations pour se mobiliser et obtenir des résultats

Les cinq recommandations suivantes s'adressent à toutes les parties prenantes :

- a) Prendre fait et cause pour une révolution de la prévention qui tire parti de l'énergie des jeunes et des possibilités des nouveaux modes de communication qui sont en train de transformer le monde, abroger les lois répressives qui font obstacle à l'obtention de résultats et veiller à ce que les individus aient les moyens de se protéger et de protéger leurs partenaires et les membres de leur famille contre le VIH;
- b) Mettre en place un cadre qui donne un nouveau souffle à la solidarité mondiale afin de garantir l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement d'ici à 2015;
- c) Mettre un terme à la spirale ascendante des coûts et améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes et la pérennité de leurs résultats;
- d) Veiller à ce que les actions engagées pour lutter contre le VIH contribuent à promouvoir la santé et les droits de l'homme, ainsi que la sécurité et la dignité des femmes et des filles;
- e) S'engager à mettre en place des mécanismes solides de responsabilisation réciproque.

I. Introduction

1. Lorsque les États Membres se sont réunis à l'ONU en 2001, lors de la vingt-sixième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, le monde était en train de perdre la bataille contre le virus. En 2001, le nombre de personnes vivant avec le VIH augmentait, les thérapies qui révolutionnaient la lutte contre le virus dans les pays à revenu élevé étaient pratiquement inaccessibles dans les pays les plus gravement touchés et le montant total des ressources consacrées aux activités de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire ne représentait qu'environ 10 % des dépenses engagées en 2009. L'épidémie réduisait à néant des décennies de progrès sur la voie du développement en Afrique subsaharienne, menaçant la stabilité et la sécurité et aggravant les inégalités dans le monde face à la santé.

2. La session extraordinaire de 2001 a abouti à l'adoption d'une déclaration visionnaire fixant des objectifs assortis de délais. Elle a donné naissance à une grande institution de financement de la santé dans le monde, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Annonçant l'adoption de mesures supplémentaires pour mieux lutter contre l'épidémie, les États Membres ont pris un ensemble d'engagements complémentaires dans la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida, notamment afin de garantir l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement.

3. Dix ans après l'étape décisive franchie lors de la session extraordinaire de 2001, la lutte contre le VIH est peut-être la meilleure illustration de ce que peuvent accomplir la solidarité internationale, des mesures éclairées et la volonté politique. Les résultats obtenus sont encourageants, mais demeurent extrêmement fragiles.

4. La lutte contre le VIH entre dans une phase décisive. Les programmes de lutte contre le VIH donnent maintenant des résultats : l'incidence du VIH dans le monde est en recul, davantage de personnes ont accès à un traitement et une mobilisation internationale exige le respect de la dignité et des droits fondamentaux de toute personne touchée par le VIH. L'épidémie et les mesures adoptées pour y faire face ont fait évoluer le monde dans lequel nous vivons, donnant aux inégalités face à la santé davantage de poids parmi les préoccupations politiques à l'échelle mondiale, contribuant à l'accomplissement de progrès dans la réalisation du large éventail des objectifs du Millénaire pour le développement et plaçant l'individu au centre des actions engagées pour promouvoir la santé et le développement. Ces résultats risquent toutefois d'être remis en cause. Lassitude des donateurs et persistance de la récession économique mondiale se conjuguent pour mettre en péril la fourniture d'un appui à des initiatives essentielles.

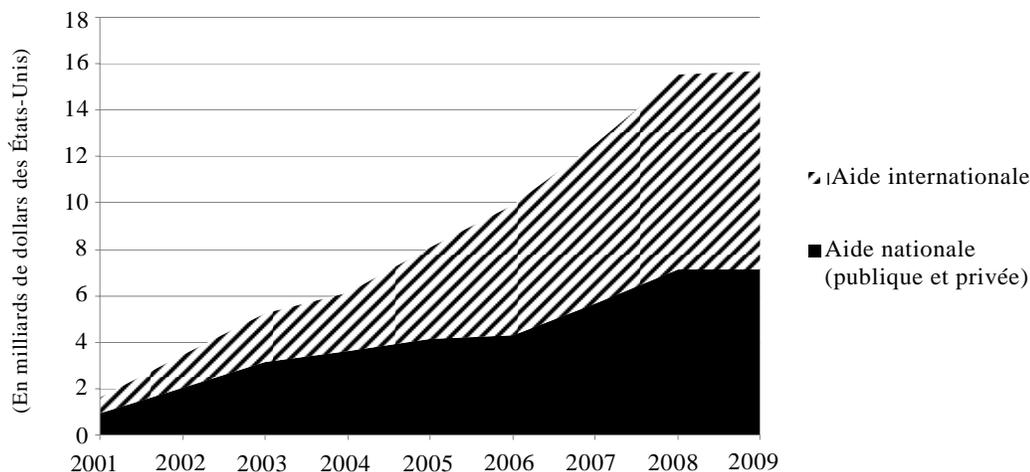
5. Trente ans après le début de l'épidémie, l'année 2011 marque un tournant décisif dans la lutte engagée à l'échelle mondiale. Elle offre à la communauté internationale l'occasion de dresser le bilan des progrès accomplis au cours des 10 dernières années et de réfléchir sur les leçons tirées de l'expérience, de moderniser l'action à long terme en lui imprimant une nouvelle dynamique et d'en maximiser les avantages pour les personnes qui sont le plus touchées.

6. Le présent rapport fait le point des progrès accomplis et des lacunes recensées dans la lutte contre le VIH, à partir des données communiquées par 182 pays et des bilans nationaux et régionaux de l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement¹. Les principales conclusions qui s'en sont dégagées sont les suivantes :

- **Prévention du VIH.** En décembre 2009, le nombre de nouveaux cas d'infection avait reculé de 19 % par rapport à la décennie précédente; l'incidence du VIH avait diminué de 25 % ou plus dans au moins 33 pays et, conformément à l'objectif fixé à l'échelle mondiale, la prévalence du virus chez les jeunes avait reculé d'au moins 25 % dans 10 pays où elle était auparavant forte. Toutefois, l'épidémie conservant toujours une longueur d'avance sur les mesures prises pour la combattre, il faut révolutionner la prévention des nouveaux cas d'infection;
- **Traitement antirétroviral.** En décembre 2010, on estimait que plus de 6 millions de personnes suivaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Néanmoins, la majorité des personnes qui avaient besoin d'un traitement n'y avaient toujours pas accès;
- **Vers une génération sans VIH.** Le taux de couverture du traitement antirétroviral prophylactique visant à prévenir la transmission verticale du VIH dans le monde est désormais supérieur à 50 %. Cependant, plus de 10 ans après la validation d'interventions visant à prévenir la transmission verticale dans des contextes où les ressources sont limitées, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre l'objectif relatif à la protection des nouveau-nés contre l'infection;
- **Droits de l'homme.** Environ 3 pays sur 10 dans le monde n'ont pas encore adopté de lois interdisant la discrimination liée au VIH. Plus de la moitié des pays ont indiqué disposer de lois ou de politiques qui limitent indirectement ou par inadvertance l'accès des populations vulnérables aux services. De nombreux pays ayant adopté des lois antidiscriminatoires ne les appliquent pas de façon rigoureuse;
- **Financement de la riposte.** Les fonds consacrés aux programmes de lutte contre le VIH ont connu une augmentation spectaculaire qui a contribué à la hausse générale du financement de la santé dans le monde (voir fig. I). Pourtant, pour la première fois en 2009, à l'instar d'autres formes d'aide au développement, le montant de l'aide internationale en faveur de la lutte contre le VIH a diminué.

¹ Compte tenu des délais de notification, le présent rapport se fonde essentiellement sur les données communiquées par les pays jusqu'en décembre 2009.

Figure I
Montant total annuel des ressources consacrées à la lutte contre le sida de 2001 à 2009



Source : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2011.

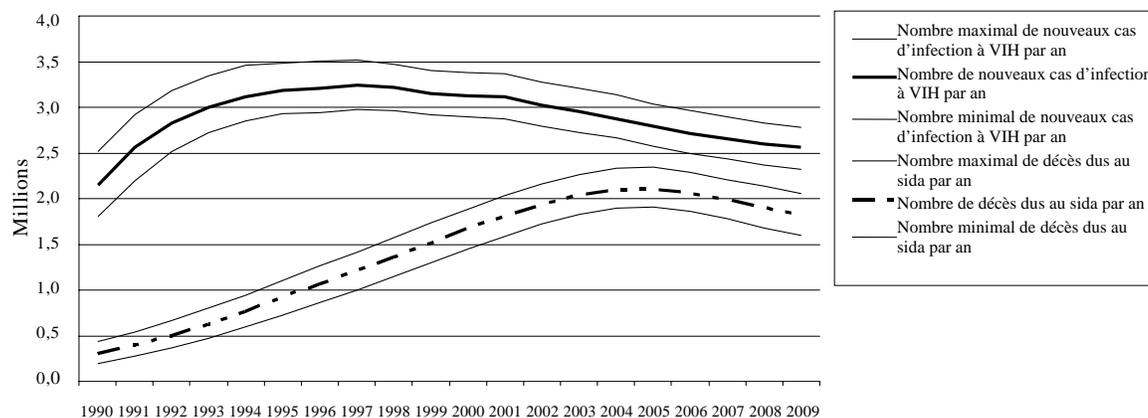
II. Trente ans de sida : tirer les leçons du passé et réfléchir à l'avenir

7. En 2009, quelque 33,3 millions de personnes, soit 27 % de plus qu'en 1999, vivent avec le VIH (voir fig. II). À l'échelle mondiale, près de 23 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH ont moins de 24 ans, et les jeunes âgés de 15 à 24 ans constituent 35 % de l'ensemble des nouveaux cas d'infection. La région la plus durement touchée demeure l'Afrique subsaharienne, qui réunit 68 % de l'ensemble des personnes vivant avec le sida et compte pour 69 % des nouveaux cas d'infection et 72 % des décès dus au sida dans le monde. L'épidémie n'a toutefois pas épargné les autres régions puisque plus de 10,8 millions de personnes vivent avec le sida en dehors de l'Afrique subsaharienne. Elle continue d'exacerber la pauvreté et la faim, de freiner les progrès de la santé maternelle et infantile et d'aggraver les autres maladies infectieuses.

8. L'épidémie touche particulièrement les femmes et les filles. En 2009, les femmes sont légèrement majoritaires (51 %) parmi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde et constituent environ 60 % de celles-ci en Afrique subsaharienne. À âge égal, en Afrique subsaharienne, les risques de vivre avec le VIH sont bien supérieurs chez les adolescentes et les jeunes femmes que chez les hommes.

9. Bien que l'incidence du VIH dans le monde ait diminué, le nombre de nouveaux cas d'infection demeure en hausse en Europe orientale et en Asie centrale, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, ainsi que dans certaines régions d'Asie. La nature souvent cyclique des épidémies sexuellement transmissibles souligne la nécessité de rester vigilants, car il faut renforcer les stratégies de prévention et les adapter au début de la vie sexuelle active des jeunes.

Figure II
Nombre estimatif de nouveaux cas d'infection à VIH et de décès dus au sida dans le monde de 1990 à 2009



Source : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2010.

10. Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral ayant été multiplié par 13 entre 2004 et 2009, le nombre de décès dus au sida a diminué de 19 % au cours de la même période. L'épidémie continue néanmoins à avoir de lourdes conséquences. Alors qu'on comptait 14,6 millions d'orphelins du sida en 2005, ils étaient 16,6 millions en 2009.

Les déclarations de 2001 et 2006 : un cadre de référence pour des progrès sans précédent

11. La Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida a stimulé la mobilisation mondiale pour faire reculer l'épidémie. Des indicateurs ont été arrêtés pour contrôler la réalisation des objectifs adoptés en 2001, les pays devant présenter des rapports d'activité bisannuels au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). La société civile et les personnes vivant avec le VIH ont joué un rôle particulièrement décisif dans le suivi des progrès accomplis dans la mise en œuvre des déclarations de 2001 et 2006, en évaluant les solutions adoptées au niveau national et en contribuant aux examens par pays.

12. L'approbation de l'objectif tendant à garantir l'accès universel en 2006 a considérablement accéléré la dynamique mondiale. Plus de 110 pays ont défini des objectifs nationaux clairs assortis de délais concernant la couverture des services. La plupart d'entre eux ont peu de chances d'atteindre leurs objectifs en 2010, mais les avancées de ces 10 dernières années ont réellement apporté la preuve qu'il était à la fois faisable et indispensable de garantir l'accès universel pour remporter un succès durable.

III. Vers un monde sans nouveaux cas d'infection à VIH, sans discrimination et sans décès dus au sida

13. De réelles avancées, souvent sans précédent, ont été enregistrées à ce jour, mais le rythme et la portée des actions engagées pour aller de l'avant demeurent inadéquats. La riposte doit évoluer. En 2010, ONUSIDA a défini sa nouvelle ambition – un monde sans nouveaux cas d'infection à VIH, sans discrimination et sans décès dus au sida. Cette nouvelle ambition est délibérément audacieuse car elle rend compte des fortes aspirations d'un mouvement mondial centré sur la personne.

A. Zéro nouveau cas d'infection

14. Faire évoluer la riposte suppose que l'on change de méthodes de travail pour réduire radicalement le nombre de nouveaux cas d'infection. L'incidence du VIH dans le monde est actuellement en recul, mais de nombreux pays n'ont pas réussi à honorer les engagements qu'ils avaient pris en matière de prévention. L'épidémie continue donc à progresser plus vite que la riposte : en 2009, on comptait deux nouveaux cas d'infection pour chaque personne entamant un traitement antirétroviral.

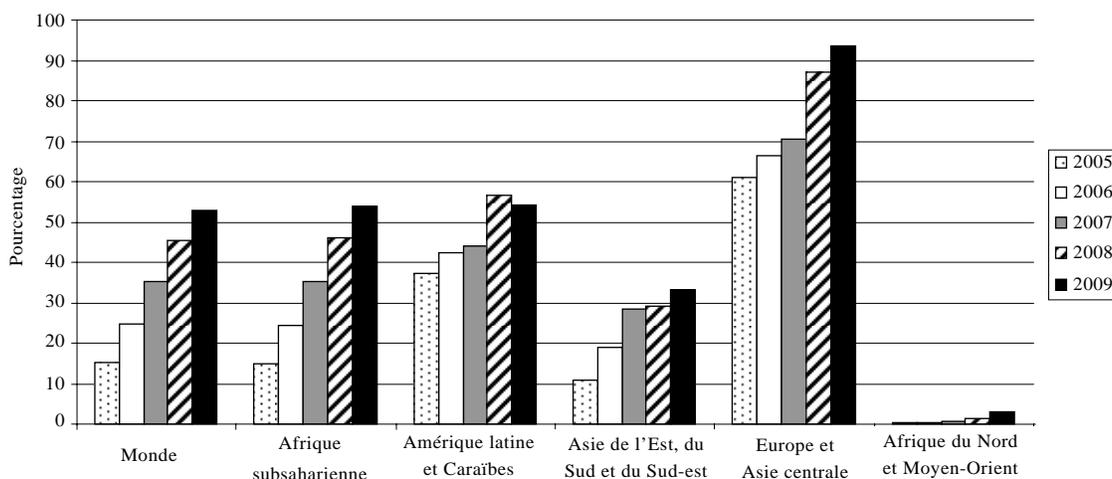
15. La Déclaration de 2001 fonde la riposte sur la prévention, mais cela n'apparaît pas suffisamment dans les plans directeurs nationaux et les priorités nationales en matière de dépenses. Bien que 91 % des pays aient arrêté des objectifs en matière de traitement, seuls 33 % en ont défini pour la prévalence du VIH chez les jeunes et 34 % ont assorti les programmes d'accès aux préservatifs d'objectifs spécifiques.

16. Les stratégies nationales consistent trop souvent en des programmes fragmentaires et cloisonnés, sans définir clairement les liens de causalité, les synergies ou les résultats escomptés. En Asie, 90 % des ressources consacrées à la prévention chez les jeunes vont à des programmes qui visent les jeunes à faible risque, soit seulement 5 % de la population amenée à contracter l'infection à VIH. De même, en Europe orientale et en Asie centrale, où les épidémies touchent essentiellement les jeunes consommateurs de drogue, 89 % des dépenses de prévention excluent les personnes les plus exposées.

Progrès accomplis dans la prévention de la transmission verticale

17. Ces dernières années, un nombre croissant de pays ont mis en place des conditions propices à l'élimination de la transmission verticale (voir fig. III). En décembre 2009, 15 pays avaient atteint l'objectif fixé dans la Déclaration de 2001 concernant le taux de couverture du traitement antirétroviral prophylactique chez les femmes enceintes vivant avec le VIH (au moins 80 %), tandis que sept autres pays d'Afrique subsaharienne avaient fait état de taux compris entre 50 et 80 %. Les pays d'Europe orientale et d'Afrique centrale ont atteint des taux particulièrement élevés. Le développement des services de prévention a permis de réduire de 24 % le nombre de nouveaux cas d'infection parmi les enfants dans le monde entre 2004 et 2009.

Figure III
Taux de couverture des médicaments antirétroviraux visant à prévenir la transmission verticale du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, à l'échelle mondiale et par région géographique, de 2005 à 2009



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

18. On ne saurait éliminer la transmission verticale sans accomplir des progrès bien plus importants et plus rapides pour accroître le taux de couverture et administrer des traitements plus efficaces. Il faut faire davantage pour que le dépistage du VIH soit intégré dans les services prénatals; en effet, en 2009, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, seuls 26 % des femmes enceintes avaient effectué un test de dépistage. Il faut resserrer les liens entre les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et la médecine sexuelle et de la procréation. En 2009, 30 % des personnes ayant eu accès à des services prénatals de prévention s'étaient vu administrer un traitement antirétroviral suboptimal en dose unique, ce qui souligne l'importance d'améliorer l'accès à des associations médicamenteuses plus efficaces.

Des tendances encourageantes chez les jeunes

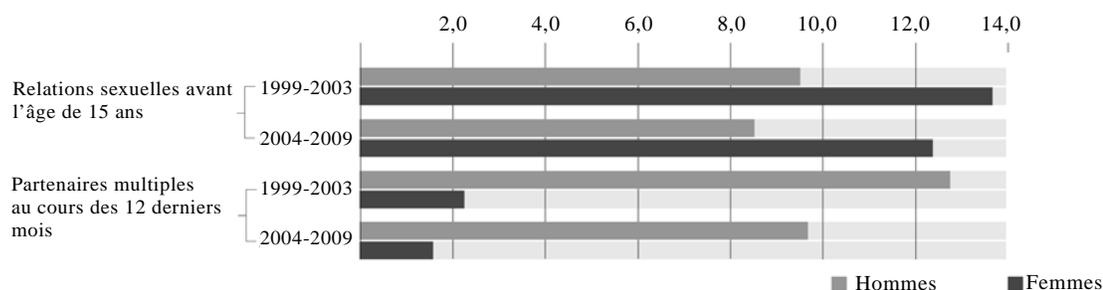
19. Les jeunes sont le moteur de la révolution de la prévention dans le monde. Parmi les pays dans lesquels la prévalence du VIH chez les adultes était supérieure à 2 %, huit ont fait état de diminutions statistiquement significatives du pourcentage de filles ayant des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans et sept de reculs significatifs des relations sexuelles précoces chez les garçons (voir Fig. IV). Des tendances positives ont également été enregistrées en ce qui concerne l'utilisation de préservatifs chez les jeunes (dans 6 pays pour les jeunes femmes et 5 pays pour les jeunes hommes), ainsi que le nombre de partenaires sexuels (dans 7 pays pour les jeunes femmes et 10 pays pour les jeunes hommes). Les jeunes en savent davantage sur le VIH, mais n'étaient que 34 % en 2009, soit bien moins que les 95 % visés dans la Déclaration d'engagement de 2001, à avoir des connaissances précises et

complètes sur la question. Il est possible de remédier à ces lacunes au moyen d'une action concertée, puisque de nombreux pays, dont le Bélarus, le Chili et l'Érythrée, ont montré qu'il était possible d'amener plus de 70 % des jeunes à avoir des connaissances à propos du VIH.

Figure IV

Les jeunes et les comportements sexuels à risque : proportion de jeunes âgés de 15 à 25 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois

(En pourcentage)



Source : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2010.

20. La Déclaration de 2001 a préconisé un accès élargi à des articles indispensables, tels que les préservatifs masculins et féminins. L'accès aux préservatifs n'est pas encore universel, mais il est de toute évidence plus facile de s'en procurer et leur emploi est plus fréquent lors des rapports sexuels à risque.

Manque d'attention portée aux besoins des populations clés à risque en matière de prévention

21. On ne pourra pas faire chuter le taux de transmission du VIH sans prêter attention aux besoins des populations clés à risque en matière de prévention. Cependant, en 2009, seuls 26 % des pays avaient défini des objectifs en matière de prévention pour les prostitués, 30 % pour les consommateurs de drogue et 18 % pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. La plupart des pays ne communiquent pas de données sur ces populations clés et nombre d'entre eux en connaissent mal la taille, l'âge et la répartition géographique. Les ressources allouées aux services de prévention destinés à ces groupes sont souvent réduites au minimum, voire inexistantes. Il faut aussi renforcer l'appui à la prévention chez d'autres populations clés, dont les détenus, les migrants, les transsexuels et les personnes handicapées.

22. D'après les données communiquées par 27 pays, seuls 32 % des consommateurs de drogue par injection ont eu accès à des services de prévention du VIH en 2009. Dans la plupart des pays consultés en 2010, aucun programme d'échange d'aiguilles ou de seringues ni aucun traitement utilisant un agoniste opioïde à action prolongée n'était proposé pour réduire la transmission du VIH associée à la consommation de drogue.

Faire de la prévention combinée une réalité

23. Pour révolutionner la prévention du VIH, les pays doivent fonder leurs programmes nationaux sur une parfaite compréhension de leur épidémie et de l'action qu'ils engagent pour la combattre. Ils établissent de plus en plus leurs stratégies de prévention non sur la connaissance du nombre total de personnes vivant avec le VIH (la prévalence du VIH), mais sur une meilleure appréhension du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH (l'incidence du VIH). Un certain nombre de pays ont ainsi pris des mesures pour modifier leurs approches de la prévention afin de relever les nouveaux défis et de concentrer les ressources limitées dont ils disposent là où elles donneront le plus de résultats.

24. La prévention combinée a été stimulée par l'émergence de nouveaux outils de prévention importants, tels que la circoncision de l'adulte, qui diminue d'environ 60 % le risque de transmission par voie sexuelle de la femme à l'homme. Dans 13 pays où la prévalence du VIH est élevée et où celle de la circoncision est faible, des évaluations des situations nationales ont été conduites et des plans stratégiques ont été élaborés pour développer la circoncision. Au cours des deux dernières années, plus de 200 000 hommes ont été circoncis dans ces 13 pays prioritaires, notamment plus de 90 000 dans la seule province de Nyanza au Kenya.

25. Les approches biomédicales et fondées sur les comportements doivent être complétées par des actions qui visent les déterminants structurels sociaux de risque et de vulnérabilité. En 2010, deux études conduites en Afrique subsaharienne avec le soutien de la Banque mondiale ont établi que le versement d'espèces subordonné à l'adoption de comportements recommandés (comme de rester à l'école ou d'éviter les rapports sexuels sans protection) réduisait les risques de contamination des jeunes par le VIH ou une autre infection sexuellement transmissible.

Émergence de nouvelles stratégies biomédicales essentielles de prévention du VIH

26. Au cours de l'année passée, d'autres stratégies biomédicales ont vu le jour pour réduire le risque de transmission du VIH par un acte sexuel unique. En 2010, les résultats d'études cliniques ont montré qu'un microbicide vaginal pouvait réduire le risque de contamination des femmes lors de rapports sexuels. Des essais supplémentaires sont actuellement conduits pour confirmer ces résultats et évaluer d'autres microbicides possibles. Si ces résultats étaient confirmés, ils contribueraient à combler une lacune critique de l'ensemble des outils de prévention en fournissant une méthode préventive efficace dont les femmes pourraient avoir l'initiative.

27. En 2010 également, une étude conduite dans plusieurs pays a montré que l'administration d'un traitement antirétroviral consistant en un comprimé par jour de ténofovir et d'emtricitabine réduisait de 44 % le risque d'infection chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. Comme pour les microbicides, d'autres essais ont été réalisés pour confirmer ces résultats, notamment des essais dans le cadre d'études de cohortes hétérosexuelles.

28. Chacun de ces progrès en prévention biomédicale suppose que soient surmontés des problèmes spécifiques et complexes. D'autres études doivent être conduites pour optimiser l'acceptabilité, améliorer l'application des protocoles prescrits, contrôler le risque de résistance virale en cas de séroconversion et

déterminer des modèles optimaux de prestation de services. Les décideurs nationaux devraient, le cas échéant, accélérer l'intégration des nouveaux outils validés dans les programmes de prévention pour accroître la viabilité et la pérennité des mesures de prévention combinée.

29. Les travaux de recherche se poursuivent pour trouver un vaccin préventif. Des chercheurs ont trouvé des anticorps qui semblent neutraliser le VIH, ce qui ouvre d'importantes perspectives pour la mise au point d'un vaccin.

Intégration de la prévention et du traitement

30. Comme la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida l'a souligné, la prévention, le traitement, les soins et l'accompagnement sont complémentaires et doivent être étroitement liés. De nouveaux éléments montrent que le traitement antirétroviral présente d'importants avantages sur le plan de la prévention; en réduisant la charge virale, il diminue la contagiosité des personnes vivant avec le VIH, ce qui ne fait que souligner la nécessité d'établir un lien entre la prévention et les mesures thérapeutiques.

31. Plusieurs méthodes sont toutefois souvent adoptées pour planifier la prévention et le traitement. L'intégration des prestations de services est limitée. Les mécanismes d'orientation et d'aiguillage des personnes dont le test de dépistage du VIH est positif sont souvent fragmentaires et ne sont soumis à aucun contrôle. Les mesures de prévention n'ont pas été entièrement intégrées dans de nombreux sites cliniques et environ la moitié des femmes enceintes dont la séropositivité avait été diagnostiquée en 2009 n'avaient pas fait l'objet d'un examen pour déterminer si elles réunissaient les conditions requises pour suivre un traitement antirétroviral. Pour renforcer les liens entre prévention et traitement et donner aux personnes qui vivent avec le VIH les moyens de participer aux actions de prévention, des partenaires de la société civile ont collaboré avec ONUSIDA afin de préconiser la mise en œuvre d'une stratégie en faveur de la santé positive, de la dignité et de la prévention. Cette stratégie intègre les mesures de prévention dans une approche holistique qui tient compte des besoins thérapeutiques et des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH.

B. Zéro discrimination

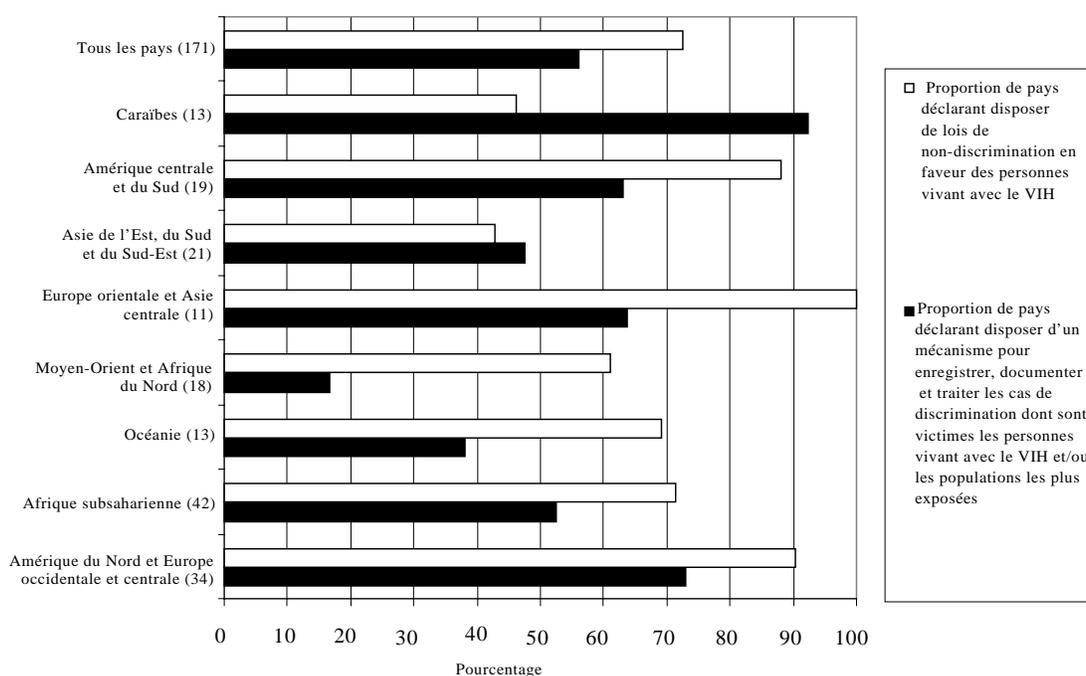
32. Trente ans après l'identification initiale de l'épidémie, les violations des droits de l'homme continuent de faire obstacle à tout débat ouvert et empathique sur les enjeux du VIH, de décourager le recours aux services existants et d'accroître la vulnérabilité des personnes. Une enquête internationale de 2010 sur les personnes vivant avec le VIH a révélé que plus d'un tiers d'entre elles avaient connu la perte d'emploi, le refus de soins, l'exclusion sociale ou professionnelle et/ou la divulgation de leur statut sérologique contre leur gré. Dans l'ensemble, les gouvernements citent la stigmatisation comme la principale entrave au progrès accéléré de la riposte. Ce constat appelle une évolution des comportements sociaux et l'allocation de ressources à des stratégies anti-stigmatisation et autres initiatives propres à promouvoir et protéger les droits de l'homme.

Une protection inadéquate contre la discrimination

33. La Déclaration de 2001 a appelé tous les États Membres à prendre des mesures énergiques et exécutoires pour éliminer la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH ou des groupes vulnérables. Bien que le pourcentage de pays faisant état de lois antidiscrimination soit passé de 56 % en 2006 à 71 % en 2010 (voir fig. V), on peut déplorer le fait que près de 3 pays sur 10 n'aient pas encore de lois ou règlements interdisant la discrimination.

Figure V

Pourcentage de pays qui ont des protections juridiques contre la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et des procédures de recours, comme indiqué par les sources non gouvernementales



Source : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2010.

34. Lorsqu'elles existent, les dispositions anti-discrimination sont assez rarement appliquées dans les faits. Moins de 60 % des pays du globe déclarent avoir un mécanisme pour enregistrer, documenter et traiter les cas de discrimination liés au VIH. Dans beaucoup de pays, les personnes vivant avec le VIH risquent fort de perdre leur habitation, leur emploi, leurs biens et leur patrimoine faute de protection adéquate.

35. En 2010, la vaste majorité des pays (91 %) avaient inclus la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans leur stratégie nationale de lutte contre le VIH et 90 % ont fait état d'activités anti-stigmatisation. La plupart n'ont cependant pas les budgets correspondants.

36. Quarante-neuf pays, territoires et entités imposent des restrictions sous une forme ou une autre à l'entrée, le séjour et à la résidence des personnes vivant avec le

VII. Des progrès encourageants ont toutefois été observés récemment dans ce domaine, puisque la Chine, les États-Unis d'Amérique, la Namibie et l'Ukraine ont levé leurs restrictions respectives sur les voyages pour cause de VIH.

Discrimination à l'encontre des populations clefs à risque

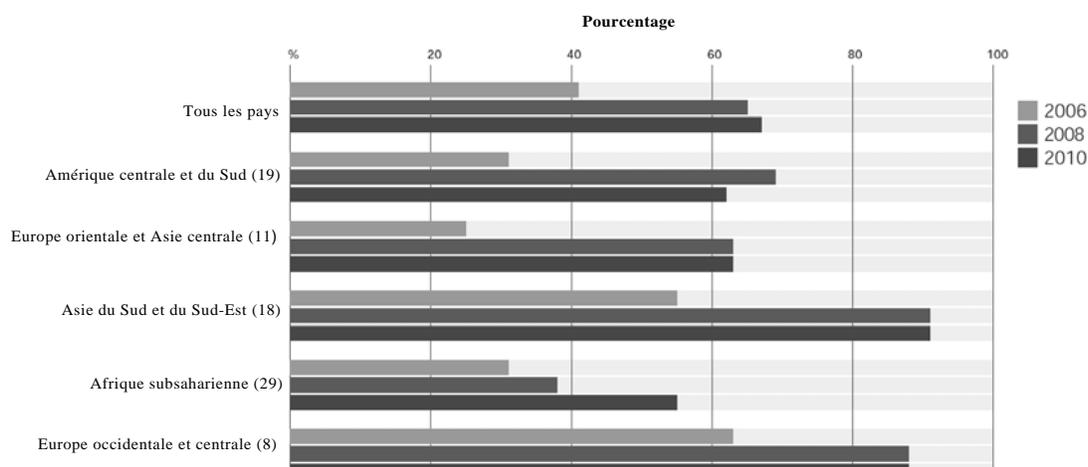
37. Les lois et pratiques punitives font elles aussi obstacle à la riposte. Des dizaines de pays criminalisent la transmission du VIH, et plus de 20 ont érigé la transmission en infraction pénale au cours des dernières années. Ces législations stigmatisent les personnes vivant avec le VIH et les populations clefs à risque au lieu de promouvoir les objectifs de santé publique.

38. Soixante-dix neuf pays et territoires criminalisent les rapports sexuels entre adultes consentants du même sexe, et plus de 100 criminalisent certains aspects du travail sexuel. Un peu partout dans le monde, la peur et l'opprobre social accroissent la vulnérabilité des populations mobiles, des détenus, des adolescents à comportements à risque et les populations vivant dans des situations de crise humanitaire. Cette discrimination accentue la marginalisation sociale, aggrave le risque de harcèlement et de violence et empêche les communautés de se mobiliser pour lutter contre l'épidémie.

39. Les politiques discriminatoires réduisent en outre l'accès aux services essentiels de prévention et de traitement. Dans 62 % des 106 pays ayant présenté des rapports, les sources non gouvernementales ont signalé l'existence de lois, règlements ou politiques qui restreignent l'accès des populations clefs à risque aux services (voir fig. VI).

Figure VI

Pourcentage des pays dans lesquels les sources non gouvernementales signalent des lois ou des règlements qui créent des obstacles à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui efficaces en matière de VIH pour les groupes de populations plus exposées au risque et autres groupes de populations vulnérables 2006-2010



Source : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2010.

Note : Les régions suivantes ne sont pas indiquées à cause du manque de pays : Caraïbes, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Asie de l'Est, Océanie et Amérique du Nord.

40. L'obstacle de la discrimination peut être surmonté en partie moyennant une volonté forte au plus haut niveau. Ces dernières années ont été marquées par la multiplication des programmes de prévention en direction des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Chine), par la montée en régime des services communautaires ciblés sur les travailleurs et travailleuses sexuels (Inde) et par la décision d'un nombre croissant de pays de lever les restrictions sur les programmes de réduction des risques en direction des usagers de drogue.

C. Zéro décès lié au sida

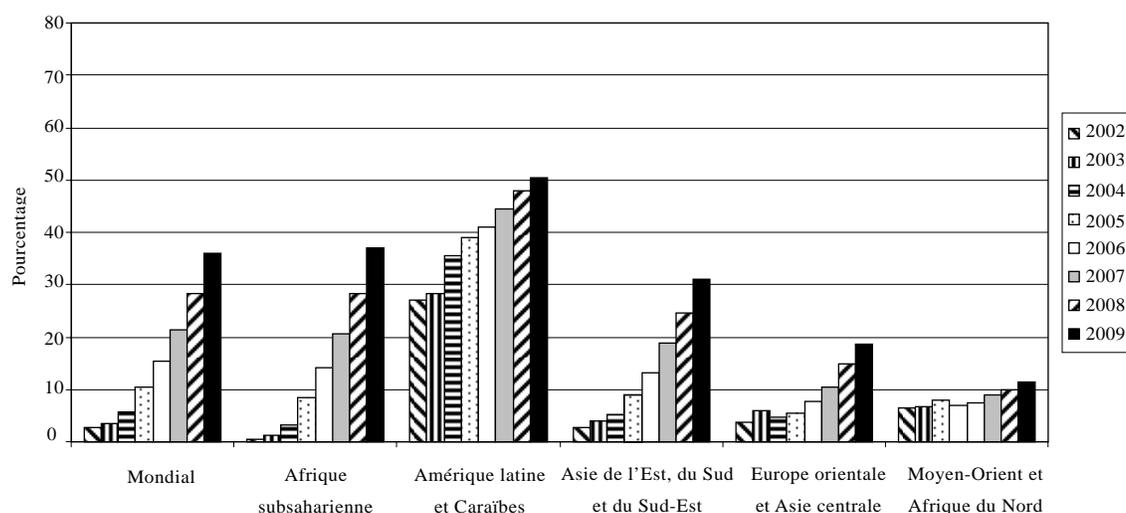
41. Malgré des progrès récents, près des deux tiers des personnes remplissant les critères voulus pour bénéficier d'un traitement ne sont pas soignées. Transformer la riposte implique de fournir les médicaments salvateurs aux personnes qui en ont besoin, ainsi que des nouvelles approches plus pérennes des traitements, des soins et de l'accompagnement.

Une couverture en augmentation mais encore insuffisante

42. Les progrès récents de l'accès aux traitements sont sans précédent (voir fig. VII). Fin 2009, huit pays à revenu faible ou intermédiaire fournissaient des antirétroviraux à au moins 80 % des personnes ayant besoin de ce médicament. Des progrès spectaculaires ont été observés en Afrique orientale et australe.

Figure VII

Couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, taux mondial et par région, 2002-2009



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

43. Pourtant, le rythme de ces avancées n'a pas rattrapé l'augmentation des besoins mondiaux de traitement. Quelque 10 millions de personnes qui devraient être soignées ne l'étaient toujours pas en 2009.

La quête d'un accès équitable aux traitements

44. Dans l'ensemble, le taux de couverture thérapeutique des enfants (28 %) est nettement plus faible que celui des adultes (37 %). Cette situation tient à des facteurs historiques tels que la difficulté à mettre au point des formulations antirétrovirales pédiatriques et à dépister le VIH chez le nourrisson, ou encore le coût élevé des médicaments pour enfants. Une batterie de formulations antirétrovirales pédiatriques d'un prix abordable est maintenant disponible, et les progrès techniques permettent aujourd'hui de déterminer rapidement le statut sérologique des nouveau-nés.

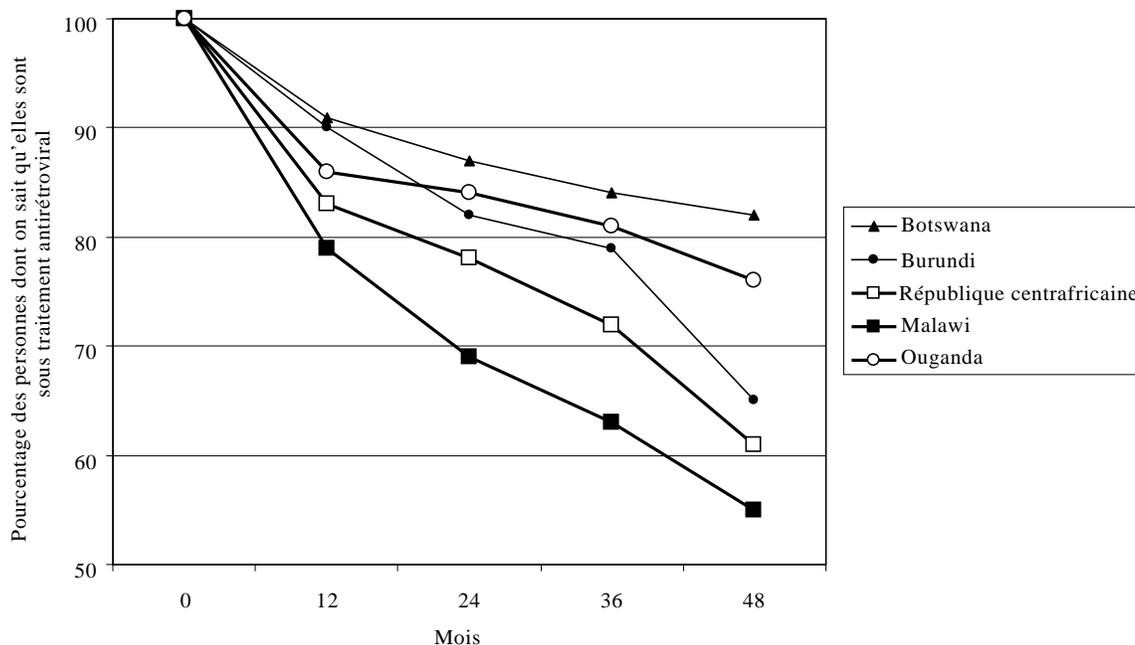
45. Les populations marginalisées peinent elles aussi à obtenir un accès équitable aux traitements, en partie à cause de l'hostilité de nombreux soignants. Quatorze des 21 pays ayant communiqué des données sur l'utilisation des traitements antirétroviraux chez les usagers de drogues injectables ont déclaré servir moins de 5 % de cette catégorie de population.

Rapidité du diagnostic et continuité des soins

46. Bien que le dépistage du VIH ait bien progressé au cours des dernières années, moins de 40 % des personnes qui vivaient avec le VIH en 2009 savaient qu'elles étaient infectées. Les adolescents rencontrent des difficultés particulières pour accéder aux services de dépistage et seuls 6 % des bébés nés dans le monde de femmes vivant avec le VIH sont soumis à des tests. Dans de nombreux pays, les taux de dépistage ont nettement augmenté grâce aux tests administrés à la demande de prestataires de soins, à des campagnes nationales vigoureuses et à la création de services mobiles de dépistage.

47. La continuité des soins est l'un des éléments essentiels d'une issue médicale favorable pour les personnes vivant avec le VIH. Dans 26 pays à revenu faible ou intermédiaire, au moins 95 % des personnes qui entrent en thérapie antirétrovirale sont toujours sous traitement un an plus tard. Pourtant, de nombreux pays font état de taux de rétention beaucoup plus faibles, notamment dans un cas où moins de la moitié des personnes mises sous antirétroviraux recevaient encore un traitement une année plus tard.

Figure VIII
Rétention d'adultes dans la thérapie antirétrovirale dans certains pays, 0-48 mois, 2009



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

48. Plusieurs facteurs entravent l'entrée en traitement et contribuent aux abandons – moyens de transports inadéquats ou inexistants et donc difficulté d'accéder à des centres de soins éloignés, services d'aide défaillants, effets secondaires en cas de régime thérapeutique sous-optimal, dépenses hors médicaments non remboursées, manque à gagner (par exemple perte de revenus) lié au temps passé dans les centres de soins, pénuries de moyens humains dans le secteur de la santé.

Gestion de la tuberculose et autres coïnfections

49. La tuberculose reste une cause majeure de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. L'approche intégrée des services anti-VIH et antituberculeux améliore la santé publique et réduit le coût des prestations. La stratégie d'ONUSIDA pour 2011-2015 et le Plan mondial Halte à la tuberculose visent à réduire de 50 % par rapport à 2004 le nombre de décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, et cela grâce à une collaboration renforcée entre les services.

50. Des avancées notables ont été observées dans la gestion des coïnfections VIH/tuberculose, mais la partie est loin d'être gagnée. En 2009, 26 % des personnes atteintes de tuberculose ont subi un test de dépistage du VIH – chiffre en nette augmentation par rapport aux 4 % de 2003, mais encore très insuffisant. Cinquante-cinq pays, le plus souvent des pays africains à forte prévalence d'infection à VIH, ont indiqué que des tests de dépistage avaient été administrés à

au moins 75 % des patients tuberculeux en 2009. Pourtant, seuls 37 % des 450 000 patients tuberculeux déclarés séropositifs au VIH en 2009 ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale. Le sous-dépistage est plus net en ce qui concerne la tuberculose, puisque seulement 5 % des personnes séropositives au VIH ont subi des tests de dépistage tuberculeux. Qui plus est, seules 0,2 % des personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'une thérapie isoniazide préventive.

51. La Déclaration de 2001 demandait la mise en œuvre de stratégies propres à assurer la prise en charge intégrale des personnes vivant avec le VIH. Comme les séropositifs vivent désormais plus longtemps grâce aux progrès thérapeutiques, les patients présentant des cancers et autres désordres liés au vieillissement vont probablement être plus nombreux dans les services cliniques VIH, qui doivent donc être prêts à dispenser des soins et un accompagnement multidimensionnels.

Soins et appui aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH

52. La Déclaration de 2001 a engagé les États Membres à prendre des mesures pour donner un environnement favorable aux orphelins et aux enfants vulnérables, à savoir accès à l'école, logement, nutrition adéquate et services sociosanitaires. Dans les pays hyperendémiques, plus d'un orphelin sur trois a perdu ses parents à cause du VIH. Bien que les mesures de protection sociale améliorent leurs perspectives face au VIH, les enfants sont trop peu nombreux à bénéficier d'une forme quelconque d'aide extérieure gratuite. La proportion des ménages comptant des enfants orphelins ou fragilisés par le VIH et qui bénéficient d'un soutien de base a en fait diminué entre 2005 et 2010 dans un certain nombre de pays. Les initiatives prises pour répondre aux besoins des enfants restent souvent de taille modeste alors qu'il y a dans le monde plus de 16 millions d'enfants rendus orphelins par le sida et que des millions d'autres sont fragilisés quotidiennement à cause de l'épidémie.

53. Plusieurs pays ont choisi de renforcer le filet de protection sociale des enfants touchés par l'épidémie grâce à des programmes sociaux de transferts monétaires au profit des familles vulnérables. Ainsi, le Gabon, le Malawi, la Namibie et la Zambie octroient des aides monétaires aux familles comptant en leur sein des enfants vulnérables.

IV. Questions transversales

54. L'avènement d'un monde de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida appelle des progrès beaucoup plus substantiels sur toute une série de questions transversales.

Égalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles

55. La révolution de la prévention des infections à VIH appelle des progrès concrets vers l'égalité des sexes. Cette priorité est impérative en Afrique subsaharienne, où vivent 76 % du nombre total des femmes séropositives et où la proportion de primo-infections est de 13 femmes pour 10 hommes.

56. Ce déséquilibre illustre non seulement la vulnérabilité accrue des filles et des jeunes femmes, mais aussi la prévalence élevée des unions intergénérationnelles, l'absence de maîtrise des moyens contraceptifs par les femmes et plus généralement les inégalités d'ordre social et juridique qui empêchent les jeunes femmes de réduire

leur exposition au risque dans le domaine sexuel. La probabilité pour les femmes d'être infectées par le VIH est inversement proportionnelle à leur degré d'instruction, preuve du rôle que peut jouer l'instruction universelle dans la réduction de la vulnérabilité liée au VIH. De plus, les femmes supportent une part disproportionnée du fardeau des soins et de l'accompagnement en cas d'infection à VIH et elles sont plus exposées aux discriminations.

57. Alors que les femmes et les filles sont frappées de plein fouet par l'épidémie, moins de la moitié des pays allouent un budget séparé à des programmes anti-VIH spécifiquement conçus pour elles. La prévalence des violences sexistes atteint 50 % dans certains pays, et un quart des femmes d'Afrique subsaharienne déclarent que leurs premiers rapports sexuels ont été forcés. Rares sont les programmes qui associent les hommes et les garçons aux efforts engagés pour éliminer les violences sexistes et inculquer des normes de rapports sociaux de sexe plus sains. La tolérance zéro de la violence sexiste doit être un objectif partagé.

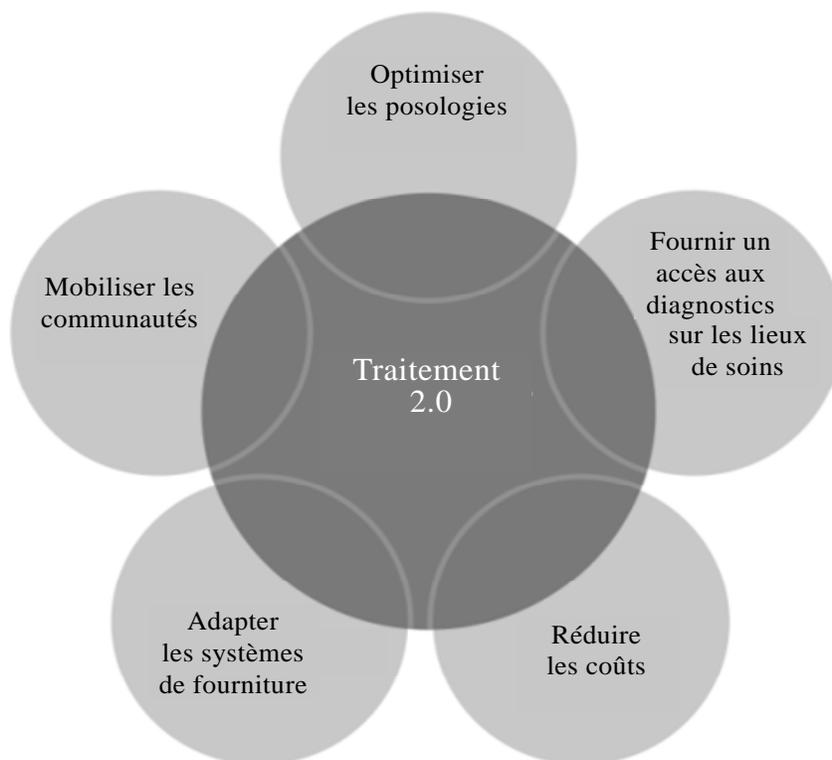
Des financements solides et soutenus pour la riposte

58. Seul un sens collectif des obligations et responsabilités communes sera à même de garantir le bon financement de la riposte dans les années qui viennent. En 2009, les pays à revenu faible ou intermédiaire ont représenté à eux seuls 52 % des dépenses liées au VIH. Pourtant de nombreux pays à faible revenu restent entièrement tributaires des aides extérieures.

59. De nombreux pays, dont certains sont confrontés à une grave poussée épidémique, n'ont pas accordé à la riposte anti-VIH la priorité qu'elle mérite. Les pays à revenu intermédiaire, notamment, devraient couvrir leurs propres dépenses liées au VIH, sauf peut-être quelques pays hyperendémiques qui auront besoin d'une assistance soutenue. Les pays à faible revenu resteront quant à eux largement tributaires dans les années qui viennent de l'assistance internationale pour la lutte contre le sida, d'où la nécessité d'utiliser les ressources plus efficacement, de rationaliser les règles de présentation de rapports aux donateurs, de procéder à des alignements avec les stratégies et institutions nationales et d'assurer des financements plus prévisibles. Les pays à faible revenu n'en ont pas moins un rôle important à jouer en matière de financement et d'appropriation des mesures de riposte. Le financement à long terme de la riposte nécessite de toute urgence l'appui soutenu du Fonds mondial.

60. À l'heure où l'on s'efforce de mobiliser de nouvelles ressources pour intensifier la riposte, il faut plus que jamais s'employer à optimiser l'utilisation des ressources disponibles. Le Traitement 2.0, nouvelle plate-forme thérapeutique lancée par ONUSIDA en 2010 (voir fig. IX) vise à optimiser les bénéfices à long terme du traitement anti-VIH tout en appliquant des mesures d'efficacité.

Figure IX
Les cinq atouts du Traitement 2.0



61. La baisse des coûts des produits anti-VIH reste une nécessité primordiale. Le nombre de pays utilisant les flexibilités des règles de propriété intellectuelle a diminué ces dernières années, et un arsenal de plus en plus fourni d'accords commerciaux bilatéraux et régionaux empêche les pays d'exploiter pleinement les flexibilités pour promouvoir l'accès aux médicaments essentiels.

Des capacités durables

62. Les Déclarations de 2001 et 2006 mentionnent l'une et l'autre la nécessité de renforcer les systèmes. Le fardeau que représente l'épidémie pour les systèmes sanitaires fragiles est particulièrement évident en Afrique subsaharienne, où vivent plus des deux tiers des personnes infectées par le VIH, mais seulement 3 % des prestataires de soins recensés dans le monde. On observe tout de même des signes encourageants de résilience, même si les systèmes sanitaires peinent à faire face aux besoins liés à l'épidémie. Le nombre d'établissements sanitaires administrant des antirétroviraux a augmenté de 36 % entre 2008 et 2009. Les études montrent que les programmes anti-VIH ont des retombées plus générales sur les systèmes de soins, à savoir notamment la remise en état des dispensaires, la meilleure gestion des achats et des stocks de médicaments et le renforcement des capacités nationales de suivi et évaluation.

63. Les faiblesses sous-jacentes des systèmes sanitaires continuent de freiner les efforts déployés pour élargir l'accès aux services. Trente-huit pourcent des 94 pays

ayant communiqué des informations à ce sujet avaient connu au moins une rupture de stocks en médicaments en 2009. Les modèles actuels d'expansion des traitements, très exigeants en hôpitaux et en médecins, accentuent les effets des pénuries de personnel sanitaire et mettent en lumière la nécessité de transférer des tâches cliniques supplémentaires à des personnels relativement moins qualifiés. Les études confirment que l'utilisation accrue des infirmières, du personnel de niveau intermédiaire et des travailleurs non professionnels dans le cadre des traitements antirétroviraux donnait des résultats sanitaires excellents, et même parfois supérieurs. Des innovations similaires doivent intervenir dans la prestation des services de prévention.

64. Bien que l'initiative communautaire et la prestation de services soient des éléments décisifs de tout succès futur, de nombreuses communautés n'ont pas les capacités voulues pour optimiser leur contribution à la riposte nationale. Les donateurs devraient leur fournir les ressources et l'appui technique dont elles ont besoin, notamment la rémunération adéquate du travail accompli, les gouvernements nationaux devant de leur côté s'assurer que les communautés participent pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des stratégies de lutte contre le sida en qualité de partenaires à part entière. Il faut en outre renforcer les systèmes nationaux de protection sociale afin d'étayer les efforts déployés pour atténuer l'impact de l'épidémie.

Des recherches orientées vers les faits et l'action

65. Il faut intensifier les recherches pour accélérer la découverte d'un moyen de guérison, mettre au point un vaccin sûr et efficace, concevoir de nouvelles technologies de prévention, mieux comprendre les vulnérabilités sous-jacentes et y remédier. Des études ciblées doivent être conduites pour accélérer l'introduction de nouveaux outils de prévention, trouver des stratégies plus efficaces pour augmenter le taux de dépistage du VIH, aiguiller les personnes déclarées séropositives vers des services de soins de longue durée de qualité et accroître les taux d'adhérence au traitement. Des efforts spécifiques doivent être faits pour mieux soutenir les études d'origine communautaire et les recherches sur les meilleures pratiques.

Une riposte inscrite dans l'effort général d'action sanitaire et de développement

66. Les synergies entre la riposte au VIH et les autres priorités de l'action sanitaire et du développement doivent être maximisées. Le nombre d'enfants morts de causes liées au sida en 2009 est estimé à 260 000 et le VIH est un facteur déterminant dans quelque 20 % des décès maternels. Le VIH aggrave la pauvreté et la faim et contribue à l'augmentation des taux de tuberculose et autres maladies infectieuses. À l'inverse, les progrès accomplis au titre d'autres priorités de développement – par exemple scolarisation universelle, égalité des sexes et renforcement des systèmes sanitaires – aident à doper la riposte au VIH. Cet effet de synergie suppose que la lutte contre le VIH soit inscrite dans les programmes généraux de développement au niveau de la planification stratégique, de la prestation des services, du plaidoyer et de la culture des partenariats.

VIH et sécurité

67. Des changements notables se sont produits dans le paysage des crises démographiques et des conflits. Les nouveaux défis et les risques émergents appellent plus que jamais des initiatives énergiques dirigées contre le VIH dans le cadre de l'action engagée par les Nations Unies pour prévenir les conflits, promouvoir la sécurité, renforcer les États fragiles et édifier la paix. Un changement de cap s'impose pour mobiliser les millions de membres des services en uniforme dans un rôle important d'agents de changement – surtout dans le but de combattre tous les types de violence à l'encontre des femmes – et pour aligner les stratégies de prévention du VIH par rapport aux opérations en situation de conflit, d'après conflit et de consolidation de la paix.

V. Appel à la mobilisation : cinq recommandations

68. À ce moment charnière de l'épidémie, il faut revoir la riposte au VIH de fond en comble afin de parvenir à zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. Cette ambition exige un leadership politique rajeuni mis au service d'actions mieux ciblées, plus efficaces et plus pérennes alignées sur les grands programmes dans les domaines de la santé, du développement et des droits de l'homme.

69. Le Secrétaire général demande à tous les dirigeants de tirer parti de ce grand tournant de l'épidémie : un basculement qui ferait que le nombre de primo-infections serait moins élevé que celui des entrées en traitement est tout à fait envisageable. Nous devons redoubler d'efforts si nous voulons atteindre d'ici à 2015 l'objectif d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement VIH ainsi que les autres objectifs encore à atteindre figurant dans la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida et la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida, et pour mettre en œuvre le programme d'action contenu dans le document final de 2010 intitulé « Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement » (voir résolution 65/1 de l'Assemblée générale).

70. Chaque aspect de la riposte doit traduire une volonté partagée de transformation sociale mise au service de la santé, du développement et des droits de l'homme. Il doit inciter les dirigeants à prendre des mesures audacieuses pour impulser ce changement. La riposte au VIH doit être une priorité politique constante non plus fixée isolément mais mobilisée pour renforcer le tissu des sociétés. Elle doit renforcer les systèmes qui fournissent des services indispensables aux membres les plus vulnérables et marginalisés de nos communautés.

A. Empêcher les nouvelles infections à VIH

71. Empêcher les primo-infections implique de poursuivre la riposte dans un monde en pleine mutation marqué par l'urbanisation, la mobilité humaine et l'insécurité. Trente années après la survenue de l'épidémie, la prévention et le traitement du VIH sont de mieux en mieux harmonisés de manière à concourir plus efficacement à l'objectif commun de diminution du nombre de primo-infections et de décès. Les personnes vivant avec le VIH doivent donc impérativement être au

centre du dispositif de la lutte contre l'épidémie. Chacun doit savoir que l'inclusion, la non-discrimination, le pragmatisme et la compassion produiront des résultats non seulement pour la riposte au VIH mais aussi pour toutes les priorités de la santé, du développement et des droits de l'homme.

72. Le Secrétaire général appelle par conséquent tous les États Membres, la société civile et les autres acteurs à militer en faveur d'une révolution de la prévention qui mobilisera l'énergie de la jeunesse et le potentiel des nouveaux modes de connexion et de communication qui transforment le monde, abolira les lois punitives contraires à l'efficacité de la riposte et donnera aux individus les moyens de se protéger contre le VIH et de protéger leurs partenaires et leurs familles, en engageant les actions ci-après :

a) S'employer à éviter un nombre maximum d'infections à VIH par dollar dépensé, en engageant à partir de données factuelles et dans le respect des droits de l'homme des actions en faveur des populations où surviennent les cas les plus nombreux de primo-infection et en épuisant les grands foyers de transmission par des interventions d'une efficacité avérée telles que la promotion des préservatifs féminins et masculins, la circoncision, les traitements préventifs, la réduction des risques pour les usagers de drogues et l'approche dite « Santé positive, dignité et prévention » qui répond aux besoins sociosanitaires des personnes vivant avec le VIH dans l'optique des droits de l'homme;

b) S'assurer que l'environnement juridique, politique et social se prête à une riposte efficace au VIH – avec notamment des lois protectrices, l'application stricte de la légalité et l'accès à la justice – afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et de garantir l'accès équitable à l'information et aux services VIH, en particulier pour les usagers de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui achètent et vendent des services sexuels, les jeunes et les populations touchées par des crises humanitaires;

c) Investir davantage dans la recherche afin d'accélérer la mise au point de vaccins, de méthodes de protection à l'usage des femmes, de microbicides et autres outils de prévention, et renforcer la collaboration entre les scientifiques, le secteur privé, les gouvernements et les communautés de manière à pouvoir introduire de nouveaux outils validés et à en garantir rapidement l'accès équitable.

B. Partager les responsabilités et renforcer l'appropriation pour des résultats durables

73. Malgré les quelque 16 milliards de dollars alloués à la riposte mondiale en 2010, il subsiste un large hiatus entre les besoins d'investissement et les ressources disponibles – et l'écart ne cesse de se creuser. Il faut absolument garantir la pérennité des acquis et notamment protéger l'accès aux traitements des plus de 6 millions de personnes qui en bénéficient dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et élargir cet accès aux millions d'autres séropositifs qui ne sont pas encore soignés. Les pays doivent s'engager dans la voie de la solidarité active basée sur les principes de responsabilité partagée, d'appropriation nationale réelle et de transparence mutuelle. Les pays du Sud doivent exercer des responsabilités accrues dans la gouvernance de la lutte contre le sida, et cela à tous les niveaux. La lutte antisida doit devenir l'étendard de la solidarité mondiale au service de la santé, qui

fait partie des droits de l'homme, et ouvrir la voie à la future convention-cadre des Nations Unies pour la santé dans le monde.

74. Le Secrétaire général appelle par conséquent les États Membres et tous les acteurs engagés dans la riposte au VIH à prendre les mesures ci-après pour forger un cadre revitalisé de solidarité mondiale qui assurera d'ici à 2015 l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins VIH ainsi qu'à l'accompagnement des personnes touchées :

a) Exercer un leadership ouvert et responsable et ménager des espaces de débat national sur les priorités, les investissements stratégiques, la protection et les législations propres à faciliter l'appropriation et l'accès aux prestations, en s'assurant que les personnes de tous âges vivant avec le VIH ou vulnérables à l'infection peuvent participer en qualité de partenaires à la gouvernance, à la conception, à l'exécution et à l'évaluation de la riposte;

b) Mobiliser les investissements nécessaires grâce à des engagements de répartition équitable dans lesquels les donateurs internationaux tiennent leurs engagements de financements à long terme prévisibles tandis que l'investissement intérieur dans les pays à revenu faible ou intermédiaire augmente sensiblement, que les puissances politiques et économiques émergentes prennent la part qui leur revient dans le pilotage international et régional de la lutte contre le sida, et que les mécanismes de financement innovants sont étendus;

c) Appuyer et renforcer activement les capacités des institutions nationales, des systèmes communautaires et des professionnels de santé pour engager des ripostes sur la base des faits observés et des droits de l'homme, notamment en promouvant la coopération Sud-Sud et en recourant à l'appui technique régional.

C. Enrayer l'escalade des coûts

75. Les ripostes nationales doivent passer du stade de la gestion de crise à celui de la gestion du changement. Le succès repose sur une concentration des ressources dans des actions qui produiront des résultats et de l'efficacité tout en promouvant l'appropriation nationale et populaire de la riposte. Le renforcement des institutions nationales et communautaires et la démocratisation de la résolution des problèmes permettront d'apporter des soins moins coûteux mieux adaptés à la situation locale, plus largement participatifs et centrés sur le client, qui seront garants de la pérennité du résultat.

76. Le Secrétaire général exhorte par conséquent les gouvernements, la société civile, le secteur privé et autres acteurs à engager les actions ci-après pour enrayer l'escalade des coûts et exécuter des programmes plus efficaces et durables :

a) Mobiliser l'innovation porteuse de gains d'efficacité dans l'accès aux traitements, et notamment au Traitement 2.0, en encourageant la coopération avec l'industrie pharmaceutique pour la mise au point de traitements médicamenteux moins coûteux, plus résilients, moins toxiques, actifs plus longtemps et plus faciles à respecter; en améliorant nettement l'accès au diagnostic en centre de soins et aux outils de suivi clinique; en aidant les pays à tirer pleinement parti des flexibilités autorisées par la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique et en s'assurant que les autres accords commerciaux n'amointrissent pas ces flexibilités;

en élargissant la communauté de brevets et en améliorant l'accès à tous les médicaments essentiels à des prix abordables;

b) Rationaliser les dépenses liées aux médicaments, notamment en décentralisant les services, en réaménageant les tâches et en renforçant les capacités des agents sanitaires communautaires ainsi que les systèmes communautaires et l'approche des services basée sur les droits;

c) Œuvrer avec les partenaires pour exploiter les synergies entre riposte au VIH et action engagée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier redoubler d'efforts pour traiter de manière cohérente les coinfections VIH/tuberculose; profiter de la lutte contre le sida pour améliorer la santé maternelle et infantile ainsi que la santé sexuelle et procréative; intégrer des services VIH dans les programmes d'aide alimentaire et nutritionnelle et, le cas échéant, dans les services d'accompagnement des malades chroniques, en assurant notamment des soins palliatifs et le traitement des infections opportunistes, des maladies cardiovasculaires, des diabètes et de l'hépatite C.

D. Enclencher une révolution sociale pour les femmes et les filles

77. Les inégalités de sexe, les normes de genre néfastes et les violences compromettent la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH et favorisent donc la propagation de l'épidémie. La création d'ONU-Femmes, ainsi que la campagne Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes, marquent une nouvelle phase de l'engagement des Nations Unies et des États Membres en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. Les militants de la lutte contre le VIH et les mouvements de femmes doivent conjuguer leurs forces pour donner aux femmes et aux filles, et notamment aux jeunes femmes, les moyens nécessaires pour connaître et revendiquer leurs droits, y compris le droit de se protéger contre la coercition et les violences sexuelles et d'avoir accès à des programmes anti-VIH intégrant la dimension du genre et la transformation des rapports sociaux de sexe.

78. Le Secrétaire général exhorte par conséquent toutes les parties prenantes à améliorer le statut des femmes et des filles dans nos sociétés en s'assurant que la riposte au VIH promeut la santé, les droits, la sécurité et la dignité des femmes et des filles, notamment à travers les actions ci-après :

a) Prendre des mesures spécifiques, au niveau des ménages comme à celui des parlements, pour autonomiser les femmes et les filles en abolissant les normes sexistes préjudiciables; en s'assurant que les lois garantissent l'égalité des droits et le plein accès des femmes et des filles à la justice et à la sécurité; en protégeant les droits sexuels, procréatifs et humains des femmes et des filles vivant avec le VIH; en renforçant les programmes de protection sociale, d'accompagnement et de soutien des enfants touchés par le sida; en amplifiant les programmes de lutte contre les violences sexistes, à la fois causes et conséquences du VIH, et en associant également les hommes et les garçons à cette démarche;

b) S'assurer que les mesures nationales de riposte au VIH répondent aux besoins spécifiques des femmes et des filles tout au long de leur vie et s'attaquent activement aux inégalités de sexe en matière d'accès à l'information, aux services et

aux infrastructures VIH, notamment pour les femmes et les filles touchées par une crise humanitaire;

c) Appuyer la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants et l'Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles, et de l'Égalité des sexes et du VIH d'ONUSIDA, afin de mettre en place un train de mesures complet intégrant VIH, tuberculose, santé sexuelle et procréative, et de répondre ainsi à l'ensemble des besoins sanitaires des femmes et des enfants, surtout les orphelins, en utilisant le point d'entrée des services de prévention de la transmission verticale pour dispenser une gamme de services aux femmes, aux enfants et aux familles.

E. Faire de l'accès universel une responsabilité partagée

79. Si les engagements politiques, les moyens humains et les appuis financiers soutenus sont des éléments essentiels pour parvenir à l'accès universel, ils ne sont pas synonymes à eux seuls de résultats garantis. La clef de la réussite réside dans des systèmes de responsabilisation solides. Il faut d'abord des collectes et analyses de données qui déboucheront sur des politiques et des programmes adaptés aux populations, aux modes de transmission, aux particularités géographiques, et qui corrigeront les lacunes programmatiques, juridiques et structurelles de la riposte.

80. Le Secrétaire général recommande par conséquent que les États Membres, la société civile et autres parties prenantes s'engagent à mettre en place des mécanismes de responsabilisation mutuelle solides qui traduiront leurs engagements en actes, à travers les initiatives ci-après :

a) Définir des objectifs nationaux ambitieux afin de parvenir véritablement à l'accès universel en appliquant les directives du plan « connaissez votre épidémie et la riposte engagée »; s'employer avec ONUSIDA à formuler un cadre révisé d'indicateurs mondiaux adaptés aux nouveaux engagements et objectifs planétaires; faire régulièrement le point des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs nationaux, à travers des examens pluridimensionnels factuels basés sur la notion de droits; avec l'appui d'ONUSIDA, présenter des rapports d'étape au Secrétaire général lors de la réunion spéciale de l'Assemblée générale de 2013 sur les objectifs et lors des examens ultérieurs des mêmes objectifs, conformément aux règles générales relatives à l'établissement de rapports sur les objectifs du Millénaire pour le développement;

b) Instituer au niveau régional des examens annuels par les pairs, organisés par les organes politiques régionaux compétents avec l'appui des commissions régionales des Nations Unies concernées et d'ONUSIDA, de manière à faciliter la mobilisation du ministère de la santé et d'autres ministères moins classiques mais néanmoins importants tels que ceux de la justice, des finances et de l'intérieur;

c) Déterminer les rôles fonctionnels (par exemple coprésidences) ainsi que les appuis financiers de manière que les représentants de la société civile et des communautés touchées, notamment des personnes vivant avec le VIH, des usagers de drogues, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes qui vendent et achètent des services sexuels et des jeunes puissent participer aux examens nationaux et régionaux.

Objectifs mondiaux pour 2015

En adhérant à la vision de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida, la communauté internationale s'engage à atteindre les objectifs partagés qui réécriront l'avenir des générations futures. La stratégie d'ONUSIDA pour 2011-2015 contient un certain nombre d'objectifs ambitieux qui guideront et mobiliseront l'ensemble du système des Nations Unies et la riposte mondiale dans leur quête de résultats transformatifs.

Face à la nécessité d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs inscrits dans la stratégie d'ONUSIDA, de produire un impact mesurable sur l'existence des personnes les plus touchées et de faire porter les efforts sur les grands piliers de la riposte, le Secrétaire général invite la communauté internationale à se fixer les objectifs ci-après pour 2015 :

a) Privilégier l'impératif de prévention. Le coût humain, social, économique et donc politique de l'inaction sera extrêmement élevé. Le Secrétaire général demande par conséquent aux États Membres de s'engager à réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH, notamment dans les populations clefs telles que les jeunes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs et travailleuses sexuels, ainsi qu'à prévenir les primo-infections à VIH liées à l'usage de drogues injectables;

b) La solidarité mondiale a permis de soigner plus de 6 millions de personnes vivant avec le VIH. Grâce aux innovations intervenues dans le domaine des médicaments et des systèmes de tarification et de distribution, on peut aujourd'hui faire baisser les prix, prévenir les primo-infections et généraliser l'accès aux traitements. Le Secrétaire général demande par conséquent aux États Membres de faire en sorte que 13 millions de personnes bénéficient d'un traitement anti-VIH d'ici à 2015;

c) Bien qu'évitable et guérissable, la tuberculose reste la principale cause de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Le Secrétaire général demande par conséquent aux États Membres de s'engager à réduire de 50 % le nombre de décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH;

d) Le fait que 370 000 primo-infections néonatales soient enregistrées chaque année dans les pays à revenu faible ou intermédiaire alors que la transmission verticale a été pratiquement éliminée dans les pays riches est une injustice majeure. Le Secrétaire général demande par conséquent aux États Membres d'unir leurs forces pour éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et, ce faisant, sauver la vie des mères, éviter que les enfants ne soient rendus orphelins et améliorer la santé des femmes, des enfants et des familles;

e) Les enfants paient encore un lourd tribut à l'épidémie, et la tâche des soignants est donc considérable. Les enfants qui ont perdu leurs deux parents ont moins accès à l'éducation que ceux qui ne sont pas

orphelins. Le Secrétaire général exhorte par conséquent les États Membres à s'assurer que les enfants touchés par le sida sont encouragés à rester scolarisés, notamment en créant des environnements pédagogiques non stigmatisants et en étendant les programmes de protection, d'accompagnement social et d'aide aux familles les plus vulnérables, de manière que l'égalité d'accès à l'école devienne une réalité pour les orphelins d'ici à 2015;

f) La discrimination institutionnalisée des personnes vivant avec le VIH continue de faire obstacle à tous les efforts de lutte contre le sida. Le Secrétaire général exhorte par conséquent les États Membres à promettre de réduire de 50 % le nombre de pays qui imposent des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH.

81. Le Secrétaire général est fermement convaincu que ces six objectifs peuvent être atteints. Cette conviction repose sur l'histoire de la riposte au sida, une histoire marquée par le courage humain et le combat des personnes vivant avec le VIH, qui a refaçonné les aspirations de l'humanité, transformé les institutions et produit des résultats remarquables malgré des obstacles sans précédent.

82. L'ONU a joué un rôle important dans cette histoire. ONUSIDA reste pour sa part au cœur de l'action. À l'heure où les projets de développement ne cessent de se multiplier, ONUSIDA a su donner une dimension concrète à la réforme des Nations Unies et fédérer la communauté internationale autour d'un agenda partagé qui traduit les attentes des peuples et sert de catalyseur aux engagements et à l'action à tous les niveaux.

83. Si elle s'emploie de concert à appliquer ces recommandations, la communauté internationale peut atteindre les objectifs qu'elle s'est assignée d'ici à 2015 et faire d'un même élan un pas décisif vers un monde de « zéro, zéro et zéro ».