



# Assemblée générale

Distr. générale  
3 avril 2013  
Français  
Original : anglais

---

## Soixante-septième session

Point 11 de l'ordre du jour

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

## Accélérer la lutte contre le sida : atteindre les objectifs de la Déclaration politique de 2011

### Rapport du Secrétaire général

#### *Résumé*

Nous pouvons profiter d'une occasion sans pareille de jeter les bases d'une éventuelle extinction de l'épidémie du sida. Les avancées scientifiques extraordinaires, l'action concertée menée au niveau mondial et les progrès impressionnants réalisés dans chaque pays nous placent sur la bonne voie pour parvenir à contrôler complètement l'épidémie du sida. En effet, d'énormes progrès ont été accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs ambitieux de la « Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts en vue d'éliminer le VIH et le sida », adoptée en 2011 par l'Assemblée générale.

Le nombre d'infections au VIH et de décès liés au sida continue de baisser dans le monde grâce à l'accès croissant des populations aux services de prévention et de traitement indispensables. Dans 25 pays à revenu faible ou intermédiaire, le taux de nouvelles infections au VIH s'est réduit de plus de la moitié, notamment en Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par le virus. Mieux, la diminution des nouvelles infections constatée dans le monde au cours de ces deux dernières années a concerné pour moitié les nouveau-nés, ouvrant ainsi la voie à une génération sans sida. Dans les 24 mois qui ont précédé décembre 2011, le nombre de personnes ayant accès au traitement a augmenté de 63 % globalement, et le nombre de décès liés au sida a chuté de plus d'un demi-million en 2011 par rapport à 2005.

Les plus fortes baisses du nombre de décès liés au sida sont enregistrées dans les pays où le VIH a le plus d'ampleur. En 2011, l'Afrique du Sud comptait 100 000 morts de moins qu'en 2005, le Zimbabwe près de 90 000, le Kenya 71 000 et l'Éthiopie 60 000. En Afrique subsaharienne, le nombre de décès liés au sida a



diminué d'un tiers au cours des six dernières années, les malades recevant un traitement antirétroviral ayant augmenté de 59 % en l'espace de ces deux dernières années seulement.

Les pays à revenu faible ou intermédiaire ont investi dans la lutte contre le sida une part considérable de leurs propres ressources internes. Les dirigeants africains se sont servis de la maladie comme d'un levier pour renforcer leur leadership et leur appropriation du programme mondial relatif pour la santé et le développement. Les ministres asiatiques, quant à eux, se sont unis pour tenter de répondre aux besoins des femmes et des jeunes filles en ce qui concerne le VIH.

Même si la lutte contre le sida au niveau mondial a progressé de manière impressionnante, l'épidémie est loin d'être endiguée. Le sida reste la première cause de décès chez les femmes de 15 à 49 ans dans le monde. Il est le principal responsable des années de vie perdues en Afrique australe et orientale, la troisième cause de décès en Europe orientale et la sixième dans le monde. En décembre 2011, plus de 17 millions d'enfants avaient perdu au moins un parent des suites du sida.

Pour faire fond sur les acquis récents, et affronter les difficultés dévastatrices que pose encore l'épidémie pour l'humanité et le développement, la communauté internationale doit honorer les engagements de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, qui appelle à une révision et une adaptation proactives des stratégies afin de saisir les nouvelles opportunités à mesure qu'elles se présentent. Afin de parvenir à contrôler complètement l'épidémie du sida, la notion de responsabilité partagée et de solidarité mondiale doit être mise en avant. Les pays à revenu faible ou intermédiaire et les donateurs internationaux doivent continuer à investir de plus en plus dans la lutte contre le sida afin de combler le déficit de financement dans ce domaine. Les programmes sur le VIH doivent être plus stratégiques et mettre l'accent sur l'investissement dans les interventions qui ont le plus d'impact et qui répondent aux besoins des populations les plus défavorisées. Il faut maximiser les synergies entre ces programmes et les initiatives de développement plus larges (programmes de protection sociale, par exemple) afin d'améliorer les conditions sociales, juridiques et économiques qui accroissent la vulnérabilité au VIH.

## I. Introduction

1. La « Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida », adoptée en 2011, réitère la notion de solidarité mondiale et fixe un ensemble de 10 objectifs spécifiques à atteindre d'ici 2015.

2. Le présent rapport décrit les progrès accomplis à ce jour sur la voie de la réalisation de ces objectifs. Il s'appuie essentiellement sur les rapports complets présentés en 2012 par 186 pays et portant sur les progrès nationaux accomplis en matière de lutte contre le sida. Avec 96 % des 193 États Membres de l'ONU ayant présenté un rapport en 2012, le système de mesure des résultats obtenus au niveau mondial affiche les taux d'intervention parmi les plus élevés de tous les mécanismes mondiaux de suivi de la santé et du développement – reflet éclatant de l'étendue et de la profondeur de l'engagement mondial dans la lutte contre ce fléau. Bien qu'il s'intéresse en priorité aux accomplissements réalisés en matière de lutte mondiale contre le sida, le présent rapport vise également à éclairer et renforcer l'ensemble du programme de développement, notamment la manifestation spéciale organisée en septembre 2013 par l'Assemblée générale pour donner suite aux efforts déployés en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire.

3. Les États Membres continuent à faire face à des difficultés considérables dans leur lutte contre le VIH. Quelque 7 millions de personnes ayant besoin de traitements indispensables n'y ont pas accès, et plus particulièrement les enfants. Les nouveaux cas de contamination ne cessent d'augmenter en Europe de l'Est et en Asie centrale, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Les femmes et les jeunes filles restent touchées de manière disproportionnée, et les populations qui présentent la prévalence la plus élevée sont privées d'un accès équitable aux services. En outre, les barrières juridiques et politiques entravent encore toute intervention efficace contre l'épidémie dans de nombreuses régions du monde. D'une part, la persistance des difficultés économiques mondiales freine les efforts déployés pour mobiliser les fonds nécessaires au financement du déficit constaté dans la lutte mondiale contre l'épidémie du sida; et d'autre part, l'élargissement du fossé économique entre riches et pauvres partout dans le monde fait obstacle à l'action menée pour organiser une riposte solidaire et d'efficacité optimale.

4. Même si ces obstacles sont réels, il reste possible de les surmonter. L'histoire de la lutte contre le sida montre systématiquement que la solidarité mondiale, les actions s'appuyant sur l'expérience et la participation active des personnes les plus touchées par l'épidémie peuvent faire tomber les barrières pour aller de l'avant. Relever ces défis nécessite également de mettre en œuvre rapidement les programmes qui ont le plus d'impact, de mettre en place des cadres d'action fiables qui optimisent l'efficacité des programmes et de promouvoir les synergies entre les initiatives contre le VIH et celles en faveur du développement.

## II. Situation de l'épidémie

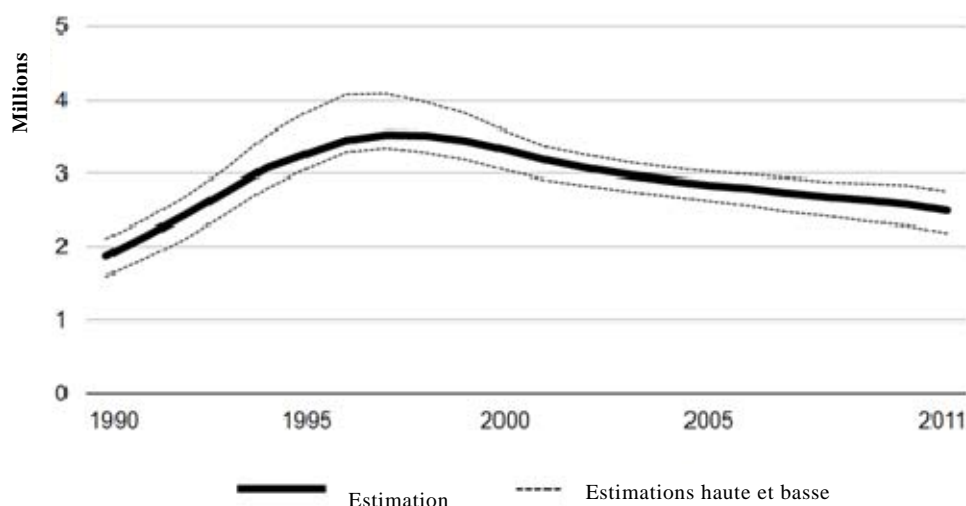
5. À l'échelle mondiale, environ 34 millions de personnes (entre 31,4 et 35,9 millions selon les estimations) vivaient avec le VIH fin 2011. L'Afrique subsaharienne, où près d'un adulte sur 20 est infecté par le virus, reste la région la plus touchée par l'épidémie, abritant 69 % des cas de contamination dans le monde. En dehors de l'Afrique subsaharienne, c'est dans les Caraïbes, en Europe de l'Est et

en Asie centrale que la prévalence du VIH chez l'adulte est la plus forte (avec 1 %). Les épidémies nationales et infranationales sont généralement complexes, d'évolution rapide et à plusieurs facettes, et les schémas épidémiologiques souvent divergent sensiblement d'un pays à l'autre ou au sein même d'un pays.

6. En 2011, on a estimé à 2,5 millions (entre 2,2 et 2,8 millions) le nombre de nouveaux cas d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH, soit 20 % de moins qu'en 2001 (voir figure I). Les baisses notables ont été observées dans les régions les plus touchées, à savoir les Caraïbes (42 %) et l'Afrique subsaharienne (25 %). Ces dernières années, le recul du virus a été particulièrement marqué chez les enfants, avec quelque 330 000 enfants (entre 280 000 et 390 000 selon les estimations) nouvellement infectés en 2011, soit 24 % de moins que les 430 000 cas (entre 370 000 et 490 000 selon les estimations) dénombrés en 2009.

Figure I

**Nombre de primo-infections au VIH dans le monde, 1990-2011**



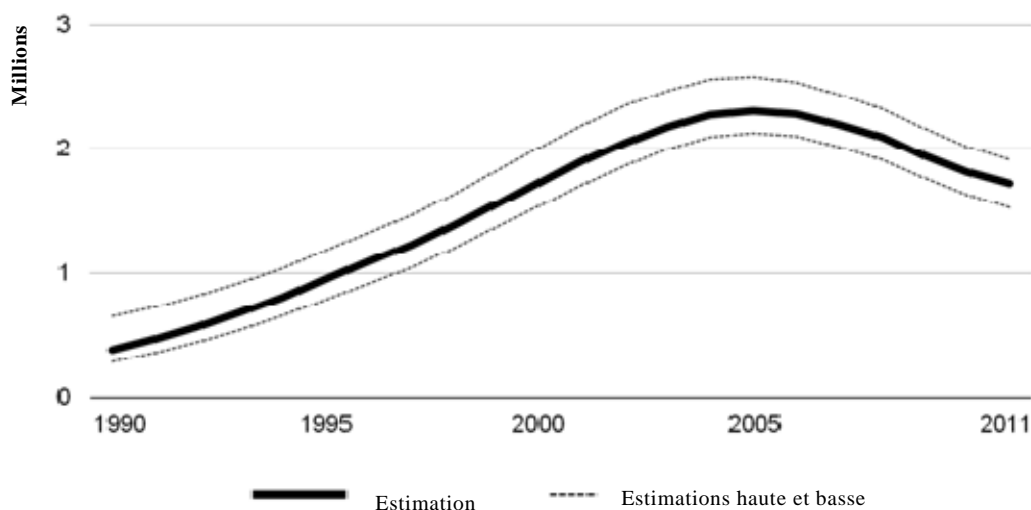
Source : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

7. L'évolution des nouvelles infections au VIH n'est pas uniformément positive dans toutes les régions du monde, avec une tendance à la hausse en Europe de l'Est, en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. S'il est vrai, en outre, que plusieurs pays asiatiques sont parvenus à réduire le nombre de nouveaux cas de contamination, cela ne s'applique pas à l'ensemble de la région, dont certains pays connaissent un accroissement du nombre de ces infections.

8. L'accès aux traitements anti-VIH s'est étendu considérablement, bénéficiant à plus de 8 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2011, soit 54 % des toutes les personnes qui en ont besoin en vertu des directives de traitement actuelles. Le taux de couverture des traitements est nettement plus élevé dans certaines régions, comme l'Amérique latine (68 %), les Caraïbes (67 %), l'Océanie (69 %) et l'Afrique subsaharienne (56 %), qu'en Europe de l'Est et en Asie centrale (25 %) et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (15 %).

9. En 2011, 1,7 million de personnes (entre 1,5 et 1,9 million selon les estimations) sont mortes de causes liées au sida, ce qui représente une baisse de 24 % par rapport à 2005 (voir figure II). La mortalité liée au syndrome, en revanche, a augmenté dans plusieurs régions, notamment en Europe de l'Est et en Asie centrale (21 %) et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (17 %). Depuis 2004, les décès liés à la tuberculose chez les séropositifs ont chuté de 25 % dans le monde et de 28 % en Afrique subsaharienne.

Figure II  
Adultes et enfants décédés des suites du sida, 1990-2011



Source : ONUSIDA.

10. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 14 % des personnes séropositives et 34 % des nouveaux cas d'infection. La prévalence du VIH chez la population jeune a chuté de plus de 50 % depuis le milieu des années 90 dans les Caraïbes et en Afrique de l'Est, pourtant le recul au niveau mondial n'est que de 13 % environ.

11. En 2011, les femmes représentaient 49 % des adultes vivant avec le VIH dans le monde. Elles comptent actuellement pour plus de la moitié dans deux régions, à savoir l'Afrique subsaharienne (58 %) et les Caraïbes (52 %). Dans les autres régions, le pourcentage s'établit entre 25 % (Europe de l'Ouest et centrale et Amérique du Nord) et 34 % (Asie-Pacifique). Dans le monde, une jeune femme contracte le VIH chaque minute et, en Afrique subsaharienne, les jeunes femmes ont deux fois plus de risques que les jeunes hommes de leur âge à être séropositifs.

12. L'incidence de l'épidémie est largement plus importante chez certaines populations. D'après plusieurs études, les travailleurs du sexe ont en moyenne 13,5 fois plus de risques que les autres femmes de contracter le VIH. La prévalence du virus est 22 fois plus élevée chez les consommateurs de drogues par injection qu'au sein de la population en général. Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, la prévalence est 19 fois supérieure.

### **III. Principaux objectifs pour 2015 : progrès accomplis à ce jour et défis à relever**

13. La présente section décrit les progrès réalisés à ce jour dans la réalisation des objectifs énoncés dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011. Ces 10 objectifs font partie de l'engagement général de la communauté internationale d'assurer l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien d'ici 2015.

#### **A. Réduire de moitié la transmission par voie sexuelle**

14. Dans de nombreux pays, l'évolution des pratiques sexuelles est liée à la baisse des nouvelles infections au VIH. Dans plusieurs pays où l'épidémie du VIH s'est généralisée, le nombre de jeunes à avoir des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans ou avec plusieurs partenaires s'est réduit, tandis que le taux d'utilisation des préservatifs a augmenté. Il n'empêche que des tendances favorables ne sont pas observées dans tous les pays. Les comportements sexuels à risque chez les jeunes tendraient à se multiplier dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Même si une éducation complète à la sexualité donne aux jeunes les moyens de prendre des décisions éclairées concernant leurs pratiques sexuelles, 20 % des pays portant un lourd fardeau rapportent que l'éducation sur le VIH n'a pas encore été intégrée dans les programmes d'enseignement primaire.

15. L'action menée pour prévenir la transmission sexuelle du VIH continue d'être affaiblie par l'accès fortement entravé aux préservatifs dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où la demande s'est accrue à environ 10 milliards de préservatifs par an. Or, en 2011, seuls 3,4 milliards de préservatifs masculins et 43,3 millions de préservatifs féminins ont été distribués dans ces pays par neuf donateurs internationaux. Sachant que la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire sont tributaires de l'aide externe dans ce domaine, il est peu probable que les investissements nationaux aient financé cet écart en 2011.

16. Les progrès observés dans la promotion de la circoncision médicale volontaire restent lents, même si le rythme s'est accéléré dans plusieurs pays (voir tableau 1). Dans six pays où la prévalence du VIH est forte et celle de la circoncision faible, moins de 5 % des hommes ciblés avaient subi une circoncision à la fin de l'année 2011. Certains pays, comme le Botswana, le Kenya, la Namibie et le Swaziland, ont donné la priorité aux programmes et à l'augmentation des dépenses liés à la circoncision médicale volontaire.

**Tableau 1**  
**Pourcentage des objectifs nationaux de 2015 sur la circoncision atteints en 2011**

<i>Moins de 5 %</i>	<i>Entre 5 % et 20 %</i>	<i>Plus de 20 %</i>
Malawi	Botswana	Éthiopie
Mozambique	Sud-africain	Kenya
Namibie	République-Unie de Tanzanie	Swaziland
Rwanda	Zambie	
Ouganda		
Zimbabwe		

*Source* : ONUSIDA.

17. Même si 73 % des pays ont déclaré avoir mis en place des programmes de prévention du VIH à l'intention des travailleurs du sexe, des études montrent que dans 58 capitales, seuls 56 % de ces destinataires ont accès aux services de prévention.

18. Les programmes de prévention du VIH dirigés aux hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes demeurent insuffisants, avec un taux de couverture de 55 %. L'utilisation de préservatifs reste également faible. La plupart des hommes de cette catégorie qui ont été interrogés dans 69 pays ont affirmé s'être protégés lors de leur dernier rapport, mais dans 56 de ces pays, cela a été le cas pour moins de 75 % d'entre eux.

19. À l'heure actuelle, les programmes visant les travailleurs du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes représentent moins de 4 % du budget alloué aux programmes de base. ONUSIDA recommande que la part des dépenses consacrées à ces populations, dans les pays qui en ont le plus besoin, soit élevée à 7 % d'ici 2015 afin d'en maximiser l'impact.

20. Malgré ces difficultés et d'autres, des avancées ont été réalisées en ce qui concerne l'objectif consistant à réduire de moitié la transmission sexuelle du VIH d'ici 2015. En 2012 et au début 2013, les bienfaits des traitements anti-VIH sont apparus clairement en Afrique du Sud et en Chine, en termes de prévention au sein de la population. Dans les régions rurales du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, les personnes infectées vivant dans une communauté où le taux de traitement est élevé (de 30 % à 40 %) couraient 38 % moins de risques de contracter le VIH que celles vivant dans une communauté où le taux de couverture des traitements est faible (moins de 10 %). En Chine, chez les couples sérodiscordants (c'est-à-dire où l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif), le taux de transmission était de 26 % inférieur chez les couples où le partenaire séropositif avait suivi un traitement par rapport aux couples où le partenaire séropositif n'en avait pas reçu. Afin de tirer pleinement parti des traitements, il faudra améliorer les programmes de dépistage en procurant des soins de santé continus aux personnes dont les tests sont positifs, en démarrant les traitements au moment opportun et en garantissant une durée d'hospitalisation suffisante pour les patients. D'importantes études cliniques sont actuellement menées pour examiner certaines des questions relatives au traitement

comme méthode de prévention, notamment le moment approprié de démarrer une thérapie, les régimes optimaux permettant de réduire le risque de transmission et la meilleure façon de cibler les programmes en vue de prévenir au mieux la transmission du VIH.

21. Les programmes d'aide sociale qui cherchent à réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes se sont avérés efficaces dans la réduction des nouvelles infections au VIH. De plus en plus de pays poursuivent ce type de programmes. En 2012, un programme national mené à grande échelle au Kenya a démontré qu'un transfert de fonds inconditionnel aux ménages très pauvres ou composés d'enfants vulnérables réduisait de 30 % la précocité des relations sexuelles, de même que le nombre de rapports non protégés.

22. De nouveaux outils de prévention du VIH sont en vue. En Amérique du Nord, en Amérique latine, en Afrique subsaharienne et en Asie-Pacifique, les recherches concernant la prophylaxie antirétrovirale avant exposition ont montré que celle-ci est efficace à condition d'être bien utilisée, offrant ainsi de nouveaux espoirs pour la prévention du VIH maîtrisée par les femmes.

23. Atteindre l'objectif visant à réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle nécessite de combiner de manière stratégique des interventions biomédicales, comportementales et structurelles qui répondent minutieusement aux besoins locaux et nationaux. Ces associations de programmes doivent être appuyées par des efforts concertés pour promouvoir l'égalité entre les sexes, supprimer les dispositifs juridiques à caractère répressif, éliminer la stigmatisation et la discrimination, protéger les droits de l'homme et renforcer la protection sociale. Six grandes études cliniques sont en cours sur cinq continents afin d'évaluer divers programmes de prévention qui prévoient plusieurs interventions visant à déterminer les actions les plus efficaces dans la prévention des nouveaux cas d'infection et l'amélioration de l'état de santé des séropositifs.

## **B. Réduire de moitié la transmission du VIH chez les drogués par voie intraveineuse**

24. Nous savons depuis de nombreuses années comment prévenir la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. La réduction des risques constitue une approche bien définie et éprouvée des interventions essentielles, qui comprennent l'accès à des seringues stériles, la thérapie de substitution des opioïdes, l'aide psychologique et le dépistage, des traitements anti-VIH et d'autres prestations de santé adaptées aux besoins de ces toxicomanes. Dans les pays où des programmes de réduction des risques ont été mis en œuvre à une échelle suffisante, l'incidence du VIH liée à l'usage de drogues a fortement diminué. D'ailleurs, dans certains d'entre eux, comme l'Australie et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, la transmission du virus par cette voie est en passe de disparaître.

25. Même si certains pays ont pris, ces dernières années, des mesures visant à étendre l'accès aux programmes de réduction des risques, la couverture des services demeure nettement insuffisante. En 2010, seules deux seringues par consommateur de drogues injectables ont été distribuées chaque mois. On estime que des seringues stériles sont utilisées dans seulement 5 % des injections de drogues dans le monde. Sur 70 pays où des programmes d'échange de seringues usagées sont en place, seuls 8 les appliquent en milieu carcéral et ceux qui existent sont souvent de faible ampleur.



26. Les autres services de prévention du VIH qui sont recommandés par l'ONU chez les drogués par voie intraveineuse restent limités en couverture et intensité. Dans 32 pays à revenu faible ou intermédiaire, seuls 2,4 % de ces toxicomanes avaient accès à la thérapie de substitution des opioïdes en 2010. On estime à seulement 40 % les consommateurs de drogues injectables qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Dans les pays où l'épidémie du VIH est en grande partie causée par la transmission liée à la drogue, le taux de couverture des traitements est excessivement faible chez les jeunes toxicomanes par injection. Il en va de même pour les traitements contre les hépatites B et C, ce qui pose un autre problème majeur pour les drogués par voie intraveineuse.

27. Les femmes de cette catégorie de consommateurs courent le plus de risques, car elles sont plus vulnérables aux violences infligées par leur partenaires sexuels, la police et, si elles sont prostituées, leurs clients. Les femmes séropositives qui s'injectent des drogues et tombent enceintes sont beaucoup moins susceptibles que les autres séropositives d'avoir accès aux services visant à prévenir la transmission mère-enfant.

28. Afin de rendre accessibles les services essentiels de réduction des risques et de protéger les consommateurs de drogues injectables contre une infection au VIH, les États doivent mettre en place des cadres législatifs et politiques qui garantissent le respect des droits de l'homme, évitent les méthodes répressives telles que les traitements obligatoires, et facilitent l'application des programmes de réduction des risques. Plusieurs pays, dont l'Inde, l'Indonésie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Thaïlande, ont mis en œuvre des programmes louables afin de s'assurer que les pratiques répressives n'empêchent pas les populations concernées d'avoir accès aux services. La session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le problème mondial de la drogue, prévue début 2016, offre l'occasion de lier la prévention du VIH à un cadre juridique et politique plus large concernant l'usage de drogues illicites.

29. Les dons internationaux représentent 92 % du budget alloué aux programmes de prévention et de traitement des infections au VIH chez les consommateurs de drogues injectables, ce qui indique que peu de pays ont pris l'initiative d'accorder la priorité, au niveau national, aux services de santé essentiels destinés à cette catégorie. Même si la consommation de drogues par injection demeure le principal mode de transmission du VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale, les dépenses internes ne couvrent que 15 % des ressources de prévention du virus ciblant les usagers de drogues injectables.

### **C. En finir avec la contamination d'enfants au VIH et réduire sensiblement la mortalité maternelle liée au sida**

30. Le fait de renverser la progression des nouvelles infections au VIH chez les enfants a constitué l'une des plus grandes réussites récentes dans la lutte contre le sida au niveau mondial. Bien que la communauté internationale ait entrepris des efforts historiques pour parvenir à réduire de 90 % le nombre d'enfants contaminés entre 2009 et 2015, des progrès plus ciblés sont néanmoins nécessaires dans les pays les plus touchés si l'on veut atteindre cet objectif (voir tableau 2).

31. Lancé en 2011, lors de la réunion de haut niveau consacrée à un examen approfondi des progrès accomplis dans la réalisation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida, le

« Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie : 2011-2015 » appelle à agir dans quatre domaines d'action : renforcer les services de prévention primaires du VIH pour les femmes en âge de procréer et leurs partenaires; répondre aux besoins non satisfaits des femmes séropositives en matière de planification familiale; proposer un dépistage rapide du VIH, une aide psychologique et des traitements antirétroviraux aux femmes enceintes séropositives afin de prévenir la transmission mère-enfant; et fournir des soins anti-VIH, des traitements et un soutien aux femmes séropositives et à leur famille. Afin d'appliquer cette approche à quatre volets, il est primordial de créer des systèmes et des structures appropriés pour apporter l'aide nécessaire aux femmes enceintes séropositives et à leurs proches.

Tableau 2  
Évolution de 2009 à 2011 du nombre d'enfants (de 0 à 14 ans) contractant le VIH dans les pays où l'épidémie s'est généralisée

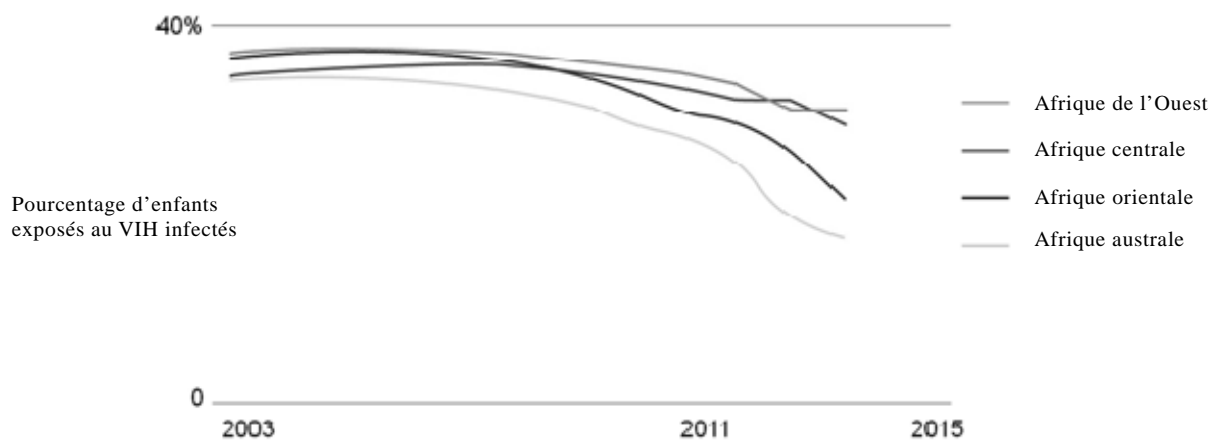
Augmentation	Diminution de 1 % à 19 %	Diminution de 20 % à 39 %	Diminution de 40 % à 59 %
Angola	Bénin	Botswana	Burundi
Congo	Burkina Faso	Cameroun	Kenya
Guinée équatoriale	République centrafricaine	Côte d'Ivoire	Namibie
Guinée-Bissau	Tchad	Éthiopie	sud-africain
	Djibouti	Ghana	Togo
	Érythrée	Guinée	Zambie
	Gabon	Haïti	
	Mozambique	Lesotho	
	Nigéria	Libéria	
	Soudan du Sud	Malawi	
	République-Unie de Tanzanie	Papouasie-Nouvelle-Guinée	
		Rwanda	
		Sierra Leone	
		Swaziland	
		Ouganda	
		Zimbabwe	

Source : ONUSIDA.

Note : Comme le tableau s'appuie sur l'année 2009 comme point de départ, il ne rend pas compte des progrès significatifs réalisés par de nombreux pays (Botswana, par exemple) dans la réduction des nouvelles infections chez les enfants avant 2009.

32. L'utilisation de la prophylaxie antirétrovirale afin de prévenir les nouveaux cas d'infection chez les enfants a rapidement progressé. En 2011, environ 57 % des femmes enceintes séropositives dans le monde (entre 51 % et 64 % selon les estimations) et 59 % en Afrique subsaharienne (entre 53 % et 66 % selon les estimations) ont suivi des régimes antirétroviraux efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Le taux de couverture est sensiblement plus faible en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est [environ 18 % (entre 13 % et 23 % selon les estimations)] et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord [environ 7 % (entre 6 % et 9 % selon les estimations)]. Il semble évident que le nombre de paires composées de femmes séropositives et de nourrissons traités par prophylaxie durant l'allaitement au sein a augmenté depuis 2009, même si bien des pays n'ont pas encore instauré de mesures rigoureuses pour suivre la couverture antirétrovirale chez les femmes allaitantes. Les programmes contre la transmission mère-enfant se sont étendus dans les contextes humanitaires, mais seuls 39 % des interventions ont touché 100 % des personnes concernées (voir figure III).

Figure III  
**Évolution du taux de transmission mère-enfant par sous-région en Afrique subsaharienne, 2000-2011**



Source : ONUSIDA.

33. Les efforts pour enrayer les nouvelles infections au VIH chez les enfants d'ici 2015 sont entravés par les progrès insuffisants concernant d'autres priorités du Plan mondial. Dans les 22 pays prioritaires, le nombre de nouveaux cas de contamination reste élevé chez les femmes en âge de procréer. À l'exception de quelques pays, l'ascension vers la réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale a été modeste. Le passage à des régimes antirétroviraux plus efficaces s'est avéré trop lent dans certaines régions.

34. Les traitements propres à sauver la vie des femmes séropositives profitent aussi bien aux femmes qu'à leurs enfants, sachant que les enfants dont la mère décède ont un risque plus élevé de mourir quelle que soit leur séropositivité. De plus en plus de pays manifestent le désir de proposer aux femmes enceintes qui vivent avec le VIH des traitements à vie reposant sur un régime simplifié, avec une seule prise par jour (appelé « Option B+ »).

35. Il est essentiel de prévoir des dispositifs de prévention, de dépistage, de traitement et de contrôle de la tuberculose si l'on veut enrayer les nouvelles infections au VIH chez les enfants et assurer la survie de la mère. Les femmes enceintes séropositives courent 10 fois plus de risques de contracter la tuberculose que les autres femmes enceintes. De plus, cette maladie fait plus que doubler le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les programmes devraient en outre améliorer le dépistage de la tuberculose chez l'enfant ainsi que l'accès au traitement pour les enfants nécessiteux.

36. Il est déplorable que l'accès des enfants aux traitements anti-VIH laisse beaucoup plus à désirer que celui des adultes. Alors que les enfants séropositifs de moins de 2 ans nécessitent un accès immédiat aux traitements, en 2010, seuls 28 % de ceux nés de femmes séropositives ont été testés pour le VIH dans les deux mois suivant la naissance. En 2011, seuls 28 % des enfants de 0 à 14 ans (entre 25 % et 31 % selon les estimations) qui pouvaient prétendre à un traitement antirétroviral en vertu des directives actuelles ont pu le suivre. Afin d'améliorer l'accès des enfants aux traitements anti-VIH, les États doivent instaurer des systèmes bien conçus pour repérer les paires mère-nourrisson et diriger les nourrissons vers des services de diagnostic précoce. L'uniformisation des préparations antirétrovirales destinées à l'enfant s'impose d'urgence.

37. Malgré ces difficultés, les résultats récents indiquent que l'objectif consistant à éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants et à assurer la survie de la mère peut être atteint d'ici 2015. Il faudra pour cela améliorer l'efficacité des programmes, en écartant les facteurs qui ralentissent systématiquement toute progression et en redoublant d'efforts pour aligner les programmes nationaux sur les recommandations internationales. Les programmes ciblant les femmes et les enfants doivent respecter l'autonomie des femmes, faire fond sur la participation et le leadership des femmes séropositives et prévoir des mesures concrètes pour mobiliser les hommes et les jeunes garçons.

#### **D. Mettre sous traitement antirétroviral 15 millions de personnes vivant avec le VIH**

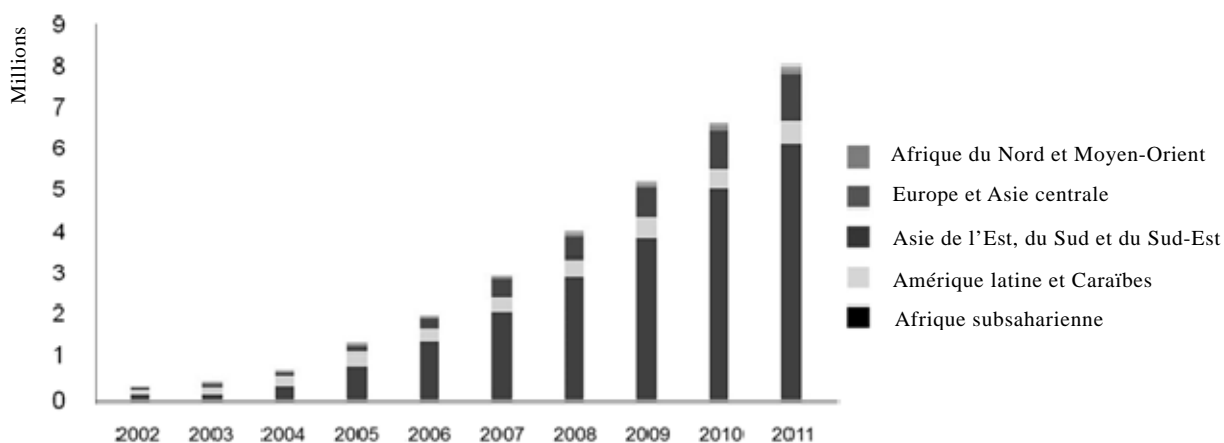
38. Ces dernières années, l'élargissement de l'accès aux traitements anti-VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire constitue l'une des plus grandes avancées de l'histoire de la santé mondiale. Les traitements antirétroviraux non seulement réduisent la morbidité et la mortalité, mais préviennent également les nouveaux cas d'infection au VIH. Depuis 1995, ces traitements ont ajouté 14 millions d'années de vie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dont 9 millions en Afrique subsaharienne.

39. Entre 2009 et 2011, le nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire où la couverture des traitements anti-VIH atteint plus de 80 % a progressé de 7 à 10, tandis que le nombre de pays où la couverture est inférieure à 20 % a chuté de 28 à 10. Cela étant, ces améliorations n'ont pas concerné tous les pays (voir figure IV). Le taux de couverture constamment inférieur à la moyenne en Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Europe de l'Est et Asie centrale, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, accentue la nécessité d'intensifier l'action menée pour étendre l'accès aux traitements dans les régions où la couverture accuse un sérieux retard. Les hommes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont bien moins

ciblés (47 %) que les femmes (68 %), en partie à cause des différences de comportements sanitaires.

Figure IV

**Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (par région, 2002-2011)**



Source : ONUSIDA.

40. D'après des études menées de 2004 à 2011 dans 14 pays d'Afrique subsaharienne, le pourcentage d'adultes ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est en hausse. L'utilisation des services de dépistage et d'aide psychologique s'est accélérée grâce aux avancées technologiques et à l'amélioration des systèmes (tests rapides et simplifiés, réalisation des tests confiée à des prestataires de soins, déploiement des stratégies de dépistage à domicile, décentralisation des prestations, meilleure intégration du dépistage du VIH dans d'autres services de santé et recours accru à des travailleurs non spécialisés pour réaliser des tests rapides). Les campagnes communautaires qui mettent l'accent sur l'éducation et le diagnostic de maladies multiples se sont avérées efficaces pour étendre l'accès aux services de dépistage. Malgré ces réussites, l'infection continue à être décelée tardivement chez un bon nombre de personnes, ce qui empêche un démarrage rapide des traitements.

41. À mesure que se poursuit leur déploiement, les programmes de soins deviennent plus efficaces, réduisent les coûts unitaires, améliorent les résultats en matière de santé et permettent de soigner davantage de personnes avec des budgets de santé limités. La simplification des régimes thérapeutiques et la mise au point d'outils diagnostiques pour les centres de santé ont contribué aux gains d'efficacité récents. Afin de s'assurer que les malades suivent les régimes les plus efficaces, les États s'appliquent actuellement à supprimer progressivement la staduvine (médicament antirétroviral) en raison de sa toxicité à long terme et de ses effets secondaires.

42. Il est indispensable de combler les lacunes constatées dans la séquence de soins pour maximiser les effets salutaires des traitements antirétroviraux. Le diagnostic doit intervenir aux premiers stades de l'infection, et il conviendrait de mettre en place des systèmes permettant de prodiguer des soins immédiats aux

personnes dont les résultats sont positifs, d'assurer un suivi continu pour garantir le démarrage rapide des traitements, et d'adapter aux besoins de chacun l'aide à l'observance thérapeutique. Des efforts particuliers sont nécessaires pour faire tomber les barrières qui entravent l'accès aux traitements des adolescents, des travailleurs du sexe, des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, des transsexuels, des consommateurs de drogues injectables, des migrants, des personnes touchées par des crises humanitaires, des prisonniers ou personnes évoluant dans d'autres milieux clos, et des autres groupes dont l'accès aux soins de santé est réduit.

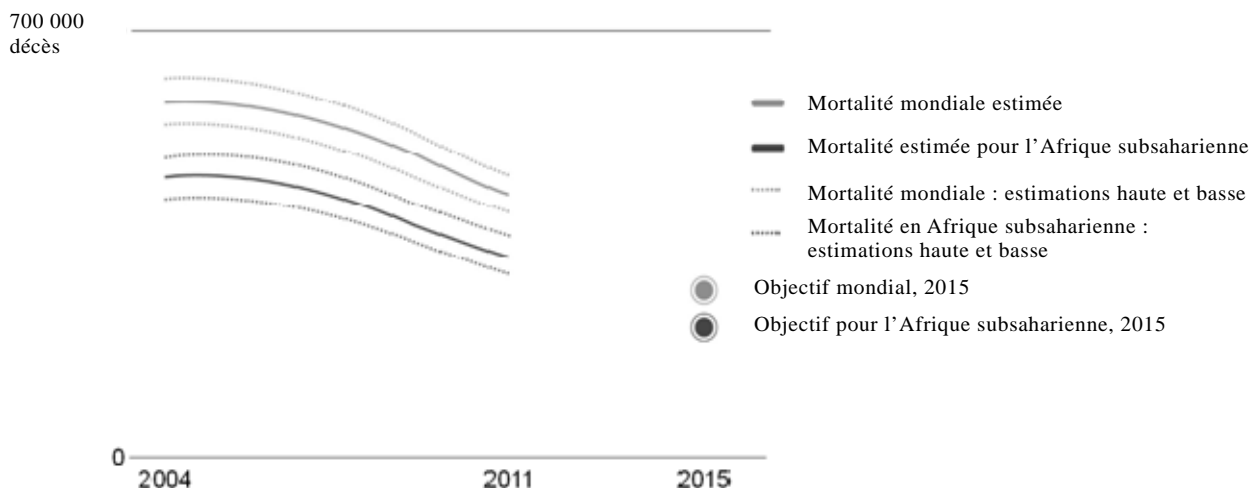
43. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, au moins un tiers des personnes ayant commencé leur traitement ne le suivent plus au bout de cinq ans. Les États expérimentent actuellement des mesures innovantes pour améliorer la rétention des patients. Au Mozambique, une brillante initiative a permis d'accroître de 70 % à 98 % le nombre de personnes suivant un traitement de deux ans dans des dispensaires.

44. Si le coût des traitements a continué de baisser, il est toutefois essentiel de le réduire davantage afin d'accélérer l'élargissement des thérapies et assurer l'accès aux traitements à vie. Cela se révèle particulièrement vrai pour les médicaments antirétroviraux de deuxième et troisième intentions, qui restent sensiblement plus chers que les médicaments de première intention mais tendront à prendre de l'importance dans les années à venir face à la résistance croissante des régimes de première intention. À mesure que les États renforcent leur capacité à contrôler la charge virale des patients, la demande en régimes de deuxième et troisième intentions augmentera inévitablement. Toute nouvelle réduction des coûts de traitement devra s'appuyer efficacement sur la souplesse du droit international de la propriété intellectuelle, préserver la disponibilité des génériques pouvant se substituer aux médicaments de marque et développer la capacité des pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment l'Afrique, à mettre au point et à fabriquer des médicaments essentiels. Toutes les parties à la négociation de nouveaux accords de libre-échange devraient éviter de proposer ou d'accepter des dispositions susceptibles de diminuer la capacité de ces pays à obtenir une fourniture fiable de médicaments d'un coût abordable.

## **E. Réduction de moitié du nombre de personnes atteintes du VIH décédant de la tuberculose**

45. Les décès résultant d'une tuberculose liée au VIH ont reculé, notamment grâce aux activités de lutte contre le VIH et la tuberculose menées en collaboration au niveau national et qui ont sauvé environ 1,3 million de vies entre 2005 et 2011 (voir figure V). La tuberculose reste cependant la première cause de décès chez les personnes séropositives, représentant 1 décès sur 4 en 2011.

Figure V  
**Nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes séropositives, estimations pour 2004-2011**



Source : ONUSIDA.

46. Les États ont adopté l'approche recommandée qui consiste à intensifier le dépistage de la tuberculose, à soumettre les personnes séropositives à un traitement préventif à l'isoniazide et à lutter efficacement contre l'infection à la tuberculose. L'élargissement des traitements anti-VIH a également entraîné un déclin de la mortalité résultant de la tuberculose liée à la séropositivité, étant donné que les traitements antirétroviraux réduisent notablement le risque d'infection à la maladie chez les personnes vivant avec le VIH.

47. Des pas de géants ont été réalisés en termes d'accès des patients tuberculeux aux services de dépistage du VIH. En 2011, 69 % de ces malades en Afrique subsaharienne ont subi un test, même si le taux mondial était bien plus faible (40 %). En 2011, la tuberculose a été diagnostiquée chez 3,2 millions des personnes vivant avec le VIH, dont 446 000 sous traitement préventif à l'isoniazide. L'expérience montre que des efforts ciblés peuvent améliorer l'accès aux services essentiels. En Afrique du Sud, le dépistage de la tuberculose chez les personnes séropositives a presque doublé en 2011, tandis que le nombre de séropositifs suivant un traitement de prévention de la maladie a quasiment triplé.

48. Le diagnostic précoce de la tuberculose a également joué un rôle prépondérant dans la réduction du nombre de décès liés à la maladie chez les séropositifs. L'Organisation mondiale de la Santé recommande désormais un nouveau test de diagnostic moléculaire rapide (Xpert MTB/RIF) pour détecter d'emblée la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

49. Il est conseillé à tous les patients tuberculeux séropositifs de commencer un traitement anti-VIH le plus tôt possible, quelle que soit leur numération de CD4. Or, en 2011, seulement 48 % des personnes atteintes à la fois de la tuberculose et du VIH ont reçu un tel traitement. En Europe de l'Est et en Asie centrale, où les nouvelles infections au virus est en augmentation, la montée de la tuberculose multirésistante accentue la nécessité de renforcer les tests et les programmes de

soins, et de garantir une réponse intégrée aux effets conjugués des épidémies du VIH et de la tuberculose. Le fait que les personnes coïnfectées, notamment celles qui se trouvent en prison ou dans d'autres milieux clos, aient des difficultés à terminer le traitement qui leur a été prescrit souligne la nécessité urgente d'agir pour améliorer l'observance thérapeutique.

50. Afin d'accélérer les progrès, il est primordial de garantir aux femmes l'accès aux services essentiels de lutte contre le VIH et la tuberculose. En Afrique, les femmes ont environ 20 % plus de risques que les hommes de mourir de la tuberculose.

51. En mars 2013, les dirigeants de la Communauté de développement de l'Afrique australe se sont joints à des partenaires mondiaux pour lancer une initiative en faveur d'une accélération de la lutte contre la tuberculose et le VIH durant le millier de jours à venir (soit jusqu'à la date fixée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement). ONUSIDA appelle à la tolérance zéro en ce qui concerne les systèmes parallèles de prestation de services en matière de tuberculose et de VIH. Pour une réduction rapide du nombre de décès liés à la tuberculose chez les séropositifs, ces services devraient être unifiés, lorsque cela est possible, et dispensés sur un seul et même site afin qu'ils soient bien centrés sur le patient. Les traitements anti-VIH devraient être élargis par le biais de réseaux de services décentralisés. Les denrées alimentaires, l'aide nutritionnelle et d'autres interventions connues pour améliorer la santé des tuberculeux devraient être intégrées dans les programmes ciblant les personnes coïnfectées par la tuberculose ou le VIH. Les activités collectives de lutte contre ces deux fléaux devraient également faire partie des services tels que les programmes de santé maternelle et infantile, les programmes de prévention de la transmission VIH de la mère à l'enfant, les programmes de réduction des risques et de pharmacothérapie, et les services de santé en milieu carcéral.

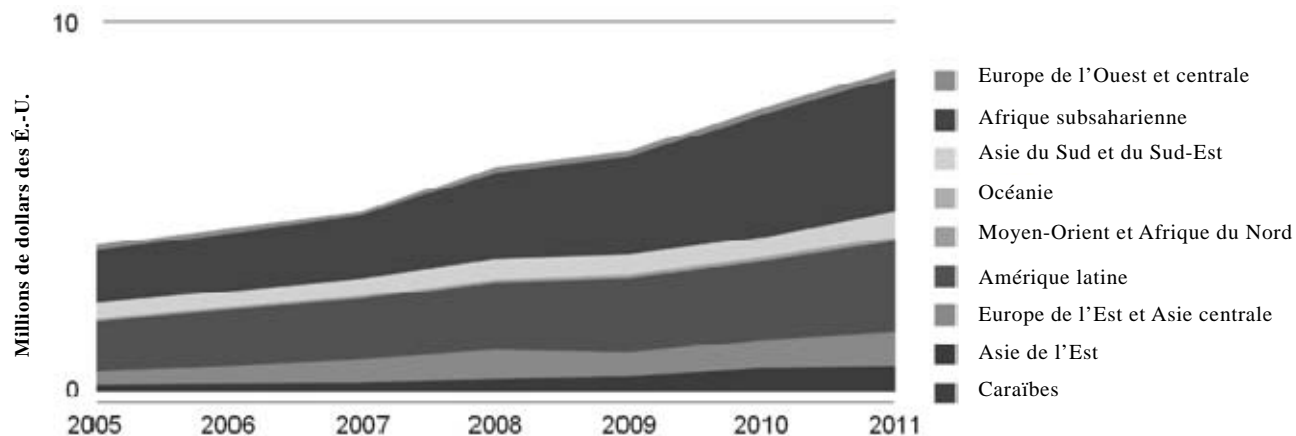
## **F. Comblent le fossé observé dans le monde en ce qui concerne les ressources disponibles consacrées à la lutte contre le sida**

52. Au total, 22 à 24 milliards de dollars seront nécessaires chaque année jusqu'en 2015 pour aider à jeter les bases d'une extinction de l'épidémie. ONUSIDA recommande que tous les partenaires poursuivent une démarche favorisant l'investissement, en orientant les fonds vers les stratégies percutantes qui répondent aux besoins recensés.



Figure VI  
**Ressources publiques et privées consacrées à la lutte contre le VIH  
dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2005-2011**

(En milliards de dollars des États-Unis)



Source : ONUSIDA.

53. En 2011, 16,8 milliards de dollars ont été investis dans des activités liées au VIH dans le monde, soit plus de 5 milliards de moins que le minimum qui sera nécessaire en 2015. En 2011, pour la première fois, les pays à revenu faible ou intermédiaire ont représenté la majorité du budget consacré au VIH, avec une contribution de 8,6 milliards de dollars, soit plus du double de leur investissement en 2005 (voir figure VI). Il existe toutefois une nette marge d'amélioration, sachant que la plupart des pays africains n'ont pas encore atteint l'objectif de la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes qui consiste à allouer au moins 15 % de leur budget national aux programmes de santé. Compte tenu des perspectives de croissance économique, ONUSIDA prévoit que les pays africains pourraient, à eux seuls, réunir une enveloppe supplémentaire de 5 milliards de dollars d'ici 2015 pour la lutte contre le sida, à condition d'atteindre cet objectif et d'aligner les investissements nationaux en matière de VIH sur la part du fardeau national que pèse l'épidémie sur la santé.

54. Malgré la hausse des investissements internes, les donateurs internationaux doivent continuer à jouer un rôle pivot dans le financement de la riposte. En 2011, un total de 23 États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques ont augmenté de 10 % leurs dépenses liées au VIH. En 2012, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, lancé en 2003, a exposé en détail l'action stratégique à mener pour entamer la marche vers une génération sans sida. En 2013, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a instauré un nouveau mode de financement qui visera en priorité à prêter assistance aux pays les plus lourdement touchés et privilégiera les interventions dont l'impact sur la santé sera le plus significatif.

55. En 2012, ONUSIDA a collaboré avec 49 États afin d'évaluer les dépenses nationales liées aux VIH, dans le but d'adapter leur configuration aux principes d'investissement. Le Cambodge, par exemple, s'est engagé dans une nouvelle approche appelée « Cambodge 3.0 », qui vise à faire plus et mieux avec peu en

amplifiant les interventions prioritaires, en adoptant des stratégies innovantes (telles que la prestation de services communautaire) pour étendre la portée et l'efficacité des programmes et en utilisant des informations stratégiques pour améliorer la qualité, la performance et l'efficacité des interventions.

56. Les disparités en termes de financement doivent être éliminées tout en intensifiant les efforts pour mobiliser des ressources. Les programmes ciblant les populations les plus à risque demeurent largement sous-financés et fortement tributaires des fonds internationaux. Une part de 71 % des dépenses liées à la lutte contre le VIH chez les femmes est consacrées à la prévention des nouvelles infections chez les enfants, ce qui laisse peu de ressources pour la prévention primaire du VIH chez les femmes, pour les programmes de lutte contre les violences sexuelles ou pour les initiatives visant à alléger les femmes de leurs responsabilités disproportionnées en matière de dispense de soins.

57. Combler le déficit en ressources est une responsabilité partagée par l'ensemble de la communauté internationale. Pour ce faire, les pays à revenu faible ou intermédiaire sont encouragés à continuer d'accroître leurs investissements internes et les donateurs internationaux à maintenir leur engagement pour la solidarité mondiale. En outre, les États devraient s'employer à rechercher très activement des mécanismes de financement innovants. Un moment important interviendra en septembre 2013, puisque les donateurs publics et privés se réuniront pour réalimenter le Fonds mondial au titre de la période 2014-2016. Par ailleurs, il y a lieu de redoubler d'efforts pour améliorer la performance et l'efficacité des programmes; éliminer les obstacles du côté de la demande (insécurité alimentaire ou précarité des moyens de subsistance, par exemple), qui empêchent l'accès et l'adhésion aux services de santé; et rationaliser et supprimer les systèmes parallèles d'administration et d'information.

## **G. Répondre aux besoins des femmes et des filles, lutter contre les inégalités entre hommes et femmes et les abus et la violence sexistes**

58. Les inégalités sexospécifiques exacerbent la vulnérabilité des femmes en limitant leur accès à l'éducation et à l'emploi, en ébranlant leur capacité à réduire leur risque de contracter le VIH par voie sexuelle et en les exposant à la violence ou à l'exclusion sociale. Les femmes sont également plus susceptibles d'être infectées par le VIH à la suite de rapports avec des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, des consommateurs de drogues injectables ou, lorsqu'elles sont prostituées, des clients. D'après une étude, environ 50 millions de femmes en Asie courent le risque d'être infectées par leurs partenaires sexuels. Les normes sexospécifiques portent également atteinte aux hommes, puisqu'elles favorisent les pratiques à risque et les détournent des services de santé essentiels. Les plus répandues accentuent en outre la vulnérabilité des personnes transsexuelles et les empêchent d'avoir accès aux services anti-VIH ainsi qu'à des moyens de subsistance sûrs et assurés.

59. Conformément au Programme d'action quinquennal du Secrétaire général, le Programme visant à intensifier l'action menée au niveau des pays en faveur des femmes et des filles et de l'égalité des sexes dans le cadre de la lutte contre le sida, lancé par ONUSIDA, appelle à cibler les efforts pour aider les pays à répondre aux

besoins et protéger les droits des femmes et des jeunes filles dans le contexte du VIH. Il a encouragé l'engagement politique et accéléré l'action, avec 60 % de pays l'ayant utilisé pour renforcer l'égalité des sexes dans le cadre des interventions contre le sida.

60. Il est regrettable de constater le peu d'attention portée à l'inégalité des sexes et à son impact sur les besoins des femmes liés au VIH. En 2011, seulement un tiers des États avaient mis en œuvre à grande échelle des programmes de distribution de préservatifs féminins, un tiers uniquement avaient indiqué avoir regroupé les services de santé en matière de sexualité, de procréation et de lutte contre le VIH, et seul 1 sur 10 avait réussi à amener les hommes et les jeunes garçons à participer aux efforts d'intervention.

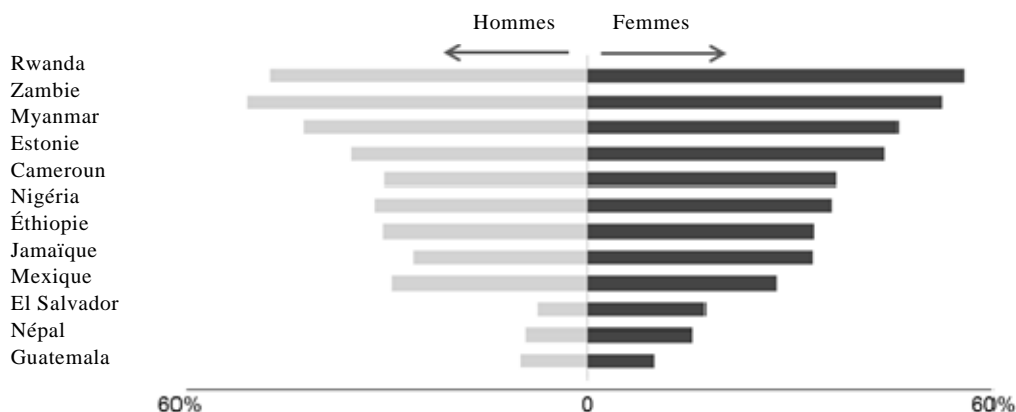
61. La prévalence des violences infligées par les partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois s'établit entre 5 % et 69 % dans les pays étudiés. L'initiative « Ensemble pour les filles » est une coalition internationale de plusieurs institutions des Nations Unies et de partenaires gouvernementaux et privés qui s'efforce d'appuyer les enquêtes nationales, les actions s'appuyant sur l'expérience, les campagnes de sensibilisation mondiales et publiques visant à endiguer les vagues de violences sexuelles à l'égard des femmes et des jeunes filles.

## **H. Éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes qui vivent avec le VIH et sont touchées par ce virus**

62. Plus de trois décennies après que les premiers cas de sida ont été signalés, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes qui vivent avec le VIH ou sont touchées par ce virus continuent d'affaiblir l'efficacité de la riposte. Les données collectées grâce à l'Index de stigmatisation et de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH indiquent qu'une forte proportion des séropositifs ont déjà subi des agressions physiques ou verbales, l'exclusion sociale et des troubles émotifs. D'après des études menées dans neuf pays, le pourcentage de personnes séropositives qui ont déjà fait l'objet de discriminations sur leur lieu de travail s'étend de 8 % en Estonie à 54 % en Malaisie.

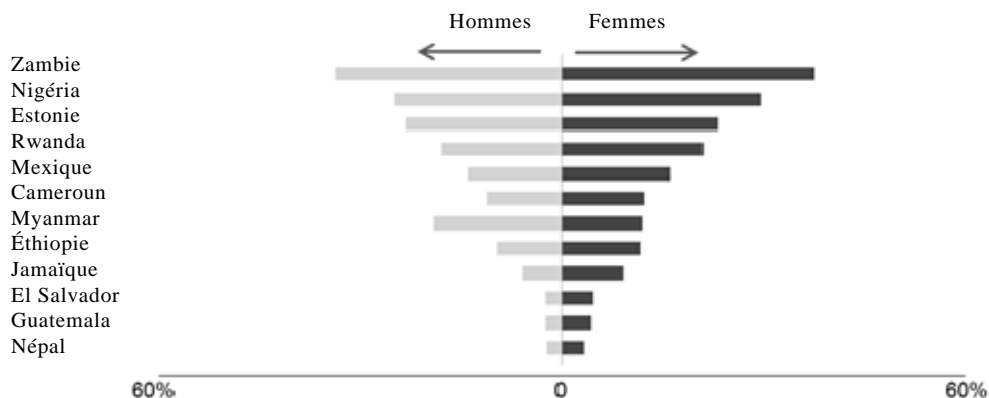
63. Les femmes qui vivent avec le VIH sont souvent victimes d'une stigmatisation et d'une discrimination plus sévères. Qu'ils soient hommes ou femmes, les séropositifs endurent des violences verbales (voir figure VII) et physiques (voir figure VIII), dont l'incidence est toutefois plus forte chez les femmes. Plusieurs études nationales révèlent que ces dernières ont plus de risques que les hommes de recevoir des insultes verbales ou de se faire agresser physiquement, de perdre leur emploi et d'éprouver de la honte. La stérilisation forcée des femmes vivant avec le VIH a été dénoncée dans de nombreux pays.

Figure VII  
**Pourcentage des hommes et des femmes séropositifs victimes de violences verbales dans les pays disposant de données ventilées par sexe**



Source : ONUSIDA.

Figure VIII  
**Pourcentage des hommes et des femmes séropositifs victimes de violences physiques dans les pays disposant de données ventilées par sexe**



Source : ONUSIDA.

64. Le Programme d'action quinquennal recommande un cadre politique qui protège contre les violations des droits de l'homme et promeut la responsabilité de protéger les populations. Trop peu de pays ont instauré des cadres d'action contre le VIH qui soutiennent une approche fondée sur les droits de l'homme. En 2012, 4 pays sur 10 ont indiqué ne disposer d'aucune réglementation juridique spécifique pour prévenir ou sanctionner la discrimination liée à la séropositivité. Si la proportion des pays dotés de services juridiques en matière de VIH est passée de 45 % en 2008 à 55 % en 2012, un nombre d'entre eux n'ont néanmoins adopté aucune mesure pour faire respecter ces droits.

65. Au moins 60 % des pays ont déclaré que leur législation, leur réglementation ou leurs politiques faisaient obstacles à une prestation de services efficace en

matière de prévention, de traitement, de soins et d'aide. Qui plus est, 43 % des pays accueillant des réfugiés ne disposent pas de législation protégeant les droits des demandeurs d'asile séropositifs. Environ 60 pays ont adopté des lois qui pénalisent expressément la transmission du VIH, plus de 40 % des pays ont érigé en infractions les relations homosexuelles, et la plupart des pays possèdent des lois considérant comme illégal un certain aspect du travail sexuel. Selon une étude internationale, les approches réprimant l'usage des drogues (sanctions pénales à l'encontre des toxicomanes, centres de détention obligatoire pour les consommateurs de drogues ou interdiction des éléments de programme visant à réduire les effets nocifs sur la santé) se sont généralisées et entravent l'accès aux services anti-VIH.

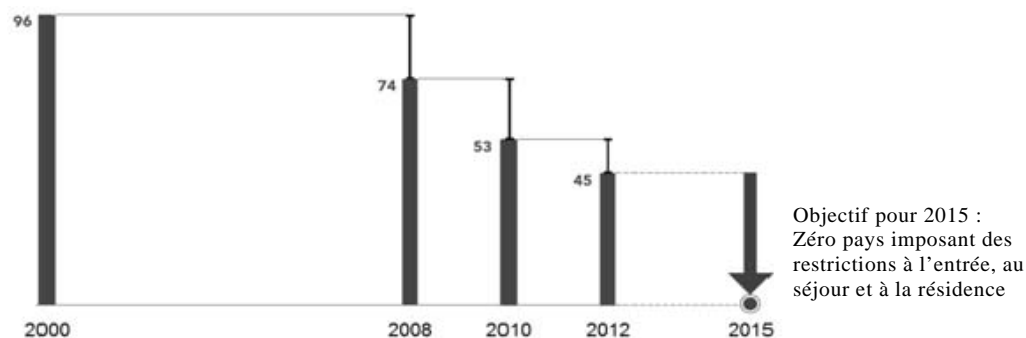
66. La Commission mondiale sur le VIH et le droit a recommandé aux États d'interdire formellement toute discrimination liée au VIH; d'éviter de pénaliser l'exposition au virus, sa transmission ou la non-divulgation de la séropositivité; d'adopter des lois spécifiques protégeant les femmes et les jeunes filles; d'appliquer des mesures légales pour garantir l'accès aux traitements; et d'abolir les lois et politiques à caractère répressif ou discriminatoire concernant les populations à haut risque ou les groupes vulnérables. Tous les partenaires doivent renforcer leurs efforts afin de garantir l'application de ces recommandations, dont l'importance est capitale pour la gestion, le contrôle et l'éradication de l'épidémie du VIH.

## I. Éliminer les restrictions liées au VIH sur l'entrée, le séjour et la résidence

67. La tendance à n'appliquer aucune restriction liée au VIH sur l'entrée, le séjour et la résidence se manifeste clairement au niveau mondial, la grande majorité des pays et territoires s'opposant en effet à de telles mesures discriminatoires (voir figure IX). De 2000 à 2012, le nombre de pays, de territoires et de régions imposant des restrictions à la circulation pour cause de VIH a diminué de plus de la moitié, passant de 96 à 45. Depuis 2010, neuf pays (Arménie, Chine, États-Unis, Fidji, Mongolie, Namibie, République de Corée, République de Moldova et Ukraine) ont abrogé leurs restrictions nationales.

Figure IX

**Nombre de pays imposant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes séropositives, 2000-2012 et objectif fixé pour 2015**



Source : ONUSIDA.

68. Les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence ne peuvent être justifiées par des considérations de santé publique. Pourtant ces mesures persistent et continuent d'infliger de lourds fardeaux aux personnes vivant avec le VIH, ainsi qu'aux membres de leur foyer. Cinq pays interdisent catégoriquement l'entrée des séropositifs sur leur territoire. Cinq autres exigent des preuves de la séronégativité des personnes souhaitant séjourner sur leur territoire pendant une courte période (de 10 à 90 jours). Vingt autorisent l'expulsion des personnes séropositives.

69. Outre les préjudices directs causés aux personnes vivant avec le VIH, on reconnaît également de plus en plus le coût économique des restrictions aux voyages à une époque où les entreprises doivent pouvoir envoyer des ressources humaines (de même que financières ou matérielles) aux endroits où elles sont les plus nécessaires. En 2012, quelque 40 dirigeants d'entreprise, représentant près de 2 millions de salariés dans le monde, ont demandé la suppression de toutes les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence pour cause de VIH.

## **J. Éliminer les systèmes parallèles pour les services liés au VIH afin de renforcer l'intégration de la lutte contre le sida**

70. Dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, il est demandé des efforts concertés pour lier la lutte contre le sida de manière plus étroite à la question plus générale du développement et des droits de l'homme. En privilégiant une riposte intégrée, on reconnaît combien la maîtrise et l'extinction de l'épidémie dépendent du cheminement vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que de l'ensemble du programme de développement, et combien les avancées concernant le problème du sida soutiennent l'ascension vers d'autres buts sanitaires au niveau mondial. Une démarche qui intègre le VIH aux autres efforts déployés en matière de santé et de développement contribue également à la durabilité, conformément au Programme d'action quinquennal.

71. La communauté internationale a beaucoup à apprendre de la lutte contre le sida. Les résultats remarquables obtenus jusqu'ici démontrent l'efficacité d'une lutte axée sur l'individu. La riposte contre le sida a lancé des approches innovantes en matière de gouvernance sanitaire mondiale, reposant sur les principes de l'intégration, de la responsabilisation, de la responsabilité partagée et de la solidarité mondiale. En s'appuyant sur cette évolution pour établir une base solide permettant d'éradiquer le sida, il est possible de montrer au monde ce qui peut être réalisé en mobilisant et autonomisant les communautés et en unifiant l'action internationale. Les résultats obtenus raviveront la volonté de relever d'autres défis de taille en matière de santé et de développement.

72. La lutte contre le sida aide à renforcer les systèmes nationaux de santé. Une étude complète des données sanitaires menée dans les pays qui reçoivent une aide du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida révèle que les programmes sur le sida améliorent l'espérance de vie, diminuent l'incidence de la tuberculose et la mortalité, et soutiennent l'infrastructure sanitaire nationale. De nombreux pays ont pris des mesures visant à unifier les services de lutte contre le VIH et la tuberculose, tandis que dans tous les pays portant un lourd fardeau, les actions de prévention du VIH chez les enfants ont été intégrées dans les services de santé maternelle et infantile. Les enseignements tirés de la lutte contre le sida éclairent aujourd'hui la gestion clinique du diabète en Éthiopie, et l'Afrique du Sud

a lancé une campagne de tests intégrés axée sur le VIH, l'hypertension artérielle et le diabète. L'institut George W. Bush, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, la fondation Susan G. Komen for the Cure et ONUSIDA ont conjointement entrepris une nouvelle initiative visant à étendre le dépistage et le traitement du VIH, du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein chez les femmes vivant en Afrique subsaharienne et en Amérique latine.

73. Les interventions axées sur le VIH sont en cours d'intégration dans des systèmes de protection sociale plus larges. D'après une étude récente de la Banque mondiale, certains types d'investissements réalisés dans la protection sociale afin de réduire les vulnérabilités économiques et sociales des plus défavorisés profitent effectivement aux ménages composés d'orphelins ou d'enfants fragilisés et présentant un taux de dépendance élevé.

74. La question du VIH a également été largement intégrée dans les opérations humanitaires. En 2012, un groupe d'experts pluridisciplinaire a publié des directives visant à éclairer les recherches et les pratiques concernant l'adaptation des services de prévention du VIH aux violences sexuelles dans les pays en conflit ou sortant d'un conflit.

75. Des efforts concertés sont nécessaires afin de saisir d'autres occasions d'intégration. Les actions anti-VIH doivent être associées de façon plus globale aux services de santé en matière de sexualité et de procréation. Les politiques et programmes de prévention de la violence sexuelle doivent tenir compte du contexte de la séropositivité. Il faut également lier les consultations cliniques spécifiques au VIH à l'action menée pour contrôler les maladies non transmissibles, qui sont en progression dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La riposte contre le sida peut en outre éclairer l'élan mondial vers la couverture maladie universelle, et en tirer parti.

#### **IV. Mettre l'accent sur l'obligation de rendre compte des résultats : accélérer les progrès dans la réalisation des objectifs de 2015**

76. À l'approche imminente de l'échéance 2015 fixée pour atteindre les objectifs mondiaux, toutes les parties prenantes doivent à nouveau center leur attention sur l'obligation de rendre compte des résultats obtenus. Afin d'accélérer les progrès et d'accroître la responsabilisation et la transparence, les rapports d'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du sida seront, dès 2013, publiés non plus chaque année mais tous les deux ans. Un compte rendu annuel permettra une évaluation plus rapide des avancées et des lacunes, et soulignera l'urgence d'une action immédiate pour obtenir des résultats.

77. Les dirigeants et les communautés dans le monde ont pris leurs propres responsabilités dans les efforts d'intervention. Citant les objectifs fixés pour 2015 dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, les ministres de la santé de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est se sont réunis en 2012 pour s'engager à mener, dans l'ensemble de la région, une action ciblée et spécialisée visant à réduire le VIH chez les femmes et les jeunes filles.

78. La Feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en

Afrique reflète l'engagement et la volonté des dirigeants africains d'investir stratégiquement dans une réponse durable qui donne des résultats. La Feuille de route définit trois piliers centraux : des modèles de financement plus diversifiés, équilibrés et durables; l'accès aux médicaments, notamment par la production locale et l'harmonisation des réglementations; et le leadership, la gouvernance et la supervision pour des ripostes durables.

79. Pour atteindre les objectifs de 2015, les progrès de ces dernières années en matière de recherche devront se concrétiser en des programmes efficaces. Il est essentiel d'éviter le décalage historique entre l'émergence de nouveaux outils sanitaires et leur introduction effective dans les milieux à ressources limitées. Face à l'évolution rapide du savoir, les planificateurs de programmes et les responsables de leur mise en œuvre devront rester au fait des progrès de la recherche et adapter leurs approches afin de tenir compte des nouvelles connaissances. Les informations stratégiques doivent être utilisées plus efficacement pour cibler les programmes dans les endroits où ils sont les plus nécessaires. Il est également crucial de s'engager davantage à suivre l'exécution des programmes en temps voulu afin qu'ils puissent s'inspirer des réussites et éliminer les goulots d'étranglement dès qu'ils apparaissent.

80. Une réaffirmation de l'engagement et de la solidarité est essentielle si l'on veut atteindre les objectifs de 2015. Les résultats de ces dernières années devraient servir de sources d'inspiration pour mener ce processus à terme, et non pas d'excuses pour affaiblir l'engagement mondial à relever l'un des plus grands défis sanitaires de l'humanité. La lutte contre le sida n'est pas terminée. En effet, l'épidémie continue de s'étendre dans de nombreuses régions du monde. Cette lutte fait partie des objectifs du Millénaire pour le développement qui n'ont pas encore été atteints, et doit figurer en tête du programme de développement pour l'après-2015. Dans cette optique, ONUSIDA et la revue *The Lancet* ont créé une nouvelle commission appelée « From AIDS to Sustainable Health » (Du sida à la santé durable).

## V. Conclusions et recommandations

81. Afin de saisir l'occasion historique d'ouvrir la voie à une génération sans sida, il est urgent d'appliquer les recommandations suivantes :

a) **Des mesures spécifiques devraient être prises immédiatement afin de combler le déficit en ressources lié à la lutte contre le sida.** Les pays à revenu faible ou intermédiaire, les donateurs internationaux, les institutions de l'ONU, la société civile et d'autres partenaires devraient s'associer dans un effort commun pour mobiliser chaque année des fonds d'au moins 22 à 24 milliards de dollars afin de financer les activités liées au VIH. À l'instar de la Chine, de l'Afrique du Sud et d'autres États qui ont accru leurs investissements internes, tous les pays à revenu faible ou intermédiaire devraient réévaluer leurs priorités nationales en matière de dépenses. Les donateurs internationaux devraient soutenir et augmenter leur investissement dans les programmes liés au VIH, et plus particulièrement les pays à revenu élevé dont les contributions ne cadrent pas avec leur part dans l'économie mondiale. Il est urgent de veiller à réalimenter en conséquence le Fonds mondial, qui restera une source de financement vitale de la riposte contre le sida dans les années à venir;



b) **L'allocation des ressources déjà rares pour la lutte contre le sida doit devenir plus stratégique.** Avec le concours de partenaires techniques, tous les États devraient évaluer et réviser leurs priorités d'investissement afin de maximiser l'impact recherché et de favoriser une réponse durable. Des ressources ciblées devraient accélérer le déploiement des activités de base programmées. Ces activités devraient être soutenues par un investissement stratégique dans des politiques et des programmes clefs visant à accroître la demande de services et à minimiser les facteurs décourageants, ainsi que par des actions de développement synergiques qui réduisent la précarité et l'incidence économique et sociale du sida sur les familles vulnérables (protection sociale et éducation, par exemple);

c) **Avec l'aide de partenaires techniques, tous les pays devraient entreprendre des exercices stratégiques dans le but de repérer et de dégager des synergies au sein de leurs systèmes de santé et de protection sociale.** Les actions de lutte contre le VIH et la tuberculose doivent être parfaitement unifiées; les services d'élimination de la transmission mère-enfant doivent être mieux intégrés aux consultations prénatales; les interventions doivent être étroitement liées aux services de santé en matière de sexualité et de procréation; et la séropositivité doit être prise en compte dans la fourniture des traitements, des soins et de l'aide concernant les maladies non transmissibles. Tous les pays devraient s'efforcer d'instaurer la couverture maladie universelle, afin de veiller à répondre aux besoins des séropositifs. Il est également nécessaire d'intensifier les efforts pour étendre le transfert de fonds et d'autres programmes de protection sociale (en particulier pour les orphelins et les enfants fragilisés par le VIH), puisque, sans la socialisation, l'éducation et les enseignements inculqués par les parents, les enfants risquent d'être laissés pour compte et donc davantage exposés au VIH;

d) **Toutes les parties prenantes devraient collaborer étroitement pour éliminer les inégalités d'accès aux services liés au VIH.** Des ressources ciblées sont nécessaires pour répondre aux besoins des femmes liés au VIH qui ne sont pas couverts par les programmes actuels, et enrayer les nouvelles infections chez les enfants. Il est également urgent de donner aux hommes la possibilité de subir des tests, des traitements et des soins, et de recevoir une aide psychologique. Dans le cadre de la réévaluation stratégique des investissements liés au VIH, les États devraient augmenter les ressources allouées aux programmes fondés sur l'expérience et le respect des droits afin de répondre aux besoins des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, des consommateurs de drogues injectables, des travailleurs du sexe et de leurs clients, et des autres populations vulnérables, y compris leurs partenaires sexuels. Ils devraient revoir leurs cadres juridiques et politiques dans le but d'abolir les lois et autres mesures à caractère répressif qui empêchent l'accès aux services essentiels, et de s'assurer que des mesures spécifiques sont mises en place pour interdire la discrimination et garantir aux populations à haut risque ainsi qu'aux séropositifs l'accès aux services juridiques;

e) **De nouvelles approches axées sur l'individu sont nécessaires en matière de culture et de mobilisation du leadership. L'émergence de puissances régionales concernant le problème du sida doit être soutenue et encouragée, en ciblant plus particulièrement l'action menée pour promouvoir une plus grande responsabilisation dans la riposte.** Les économies émergentes devraient prendre l'initiative d'aider à guider la lutte mondiale. Les nouveaux outils de communication et de mobilisation (médias sociaux, par exemple) devraient être exploités afin de toucher les générations de jeunes actuelles et futures;

f) **Le programme de développement mondial pour l'après-2015 devrait faire avancer l'objectif de zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida.** Le sida restera un défi mondial majeur bien au-delà de 2015. Le rôle d'une action efficace en tant que pilier central des efforts futurs en matière de santé et de développement devrait être clairement reflété dans le programme de développement mondial pour l'après-2015.

---