



## Conseil économique et social

Distr. générale  
28 janvier 2015  
Français  
Original : anglais

---

### Session de 2015

21 juillet 2014-22 juillet 2015

Point 12 g) de l'ordre du jour

**Questions de coordination, questions relatives  
au programme et autres questions**

### **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida**

#### **Note du Secrétaire général**

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre au Conseil économique et social le rapport du Directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), établi en application de la résolution 2013/11 du Conseil.



## Rapport du Directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

### Résumé

Le présent rapport a été établi comme suite à la résolution 2013/11 du Conseil économique et social, dans laquelle celui-ci priait le Secrétaire général de lui transmettre, à sa session de fond de 2015, un rapport établi par le Directeur exécutif du Programme commun sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de l'action concertée du système des Nations Unies face à l'épidémie de VIH/sida.

Une chance historique s'offre à la communauté internationale. Les progrès scientifiques spectaculaires, conjugués à plus de 30 ans d'expérience dans la mise en œuvre à grande échelle de programmes de lutte contre le VIH, ont tracé la voie à suivre en vue d'en finir une fois pour toutes avec le sida, qui représente une menace pour la santé publique. En 2013-2014, ONUSIDA a axé ses efforts sur l'accélération des progrès à accomplir pour atteindre les cibles fixées pour 2015 dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, afin d'aider à réaliser les objectifs 3 à 6 et 8 du Millénaire pour le développement, et sur la mobilisation des énergies à l'échelle mondiale en vue de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Ces efforts s'appuient sur les progrès importants accomplis dans le cadre de cette action, notamment la diminution sensible des nouveaux cas d'infection au VIH et de décès liés au sida.

En unifiant et en combinant les activités menées par 11 organismes le parrainant et le secrétariat, ONUSIDA a contribué à conduire et à coordonner l'action mondiale de lutte contre le sida. Les activités de mobilisation menées dans ce cadre ont contribué à ce que le sida continue de figurer en première priorité dans l'ordre du jour politique mondial et ont amené un nombre croissant de pays à revenu intermédiaire à affecter davantage de ressources à cette tâche. Les orientations normatives ont aidé les pays à appliquer des programmes reposant sur des observations factuelles et à tirer parti des connaissances scientifiques qui évoluent rapidement. Le Programme commun reste la principale source d'informations sur l'épidémie et l'action menée aux niveaux mondial, régional et national face à ce fléau. Défenseur inlassable et ardent d'une action globale fondée sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes et d'un accès équitable aux services pour les populations à risque et les groupes particulièrement exposés, ONUSIDA a encouragé l'adoption de mesures novatrices à l'échelon national qui ont aidé à surmonter les problèmes d'accès aux services et à réaliser de nouvelles percées scientifiques, et il montre l'exemple au niveau mondial en incitant et en encourageant les populations touchées par la maladie à se mobiliser. En exploitant les différents atouts des divers organismes des Nations Unies et des organismes partenaires, le Programme commun joue un rôle unique pour ce qui est de promouvoir les interventions multisectorielles.

Malgré des progrès encourageants, l'épidémie de sida n'a pas été jugulée. Une majorité de personnes vivant avec le VIH continuent de ne pas avoir accès au traitement antirétroviral, et ce en partie parce que plus de la moitié d'entre elles ne savent pas qu'elles sont séropositives. Si le nombre de personnes infectées diminue dans le monde, il augmente toutefois dans certains pays, en particulier ceux qui n'accordent pas la priorité aux services destinés aux populations les plus gravement touchées. Bien que les pays affectent davantage de fonds à la lutte contre le sida, l'aide des donateurs à cet égard a diminué en 2013.

Les modèles réalisés sous la conduite du Programme commun montrent qu'un effort accéléré et une intensification des investissements sur les cinq prochaines années peuvent mettre fin à l'épidémie de sida. ONUSIDA aide donc certains pays à définir des cibles prioritaires ambitieuses pour 2020, y compris une nouvelle cible relative au traitement contre l'infection au VIH afin d'augmenter autant que possible la proportion de personnes vivant avec le sida qui atteignent la suppression de la charge virale, et des cibles complémentaires pour l'après-2015 concernant la prévention et la non-discrimination. De nouvelles ressources devront être mobilisées pour atteindre ces cibles et il faudra réaliser des investissements judicieux, en respectant les principes de la responsabilité commune et de la solidarité mondiale. Une action prioritaire devra reposer sur une démarche sans exclusive, axée sur l'être humain, qui atteindra effectivement les laissés-pour-compte. Dans le cadre de cette action axée sur la population et des lieux précis, en 2014, ONUSIDA a lancé une nouvelle initiative pour inciter les villes à mobiliser des ressources en vue d'atteindre l'objectif consistant à mettre fin à l'épidémie.

Afin que nous soyons prêts à aller de l'avant dans un paysage mondial en rapide mutation et à poser les fondements voulus pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030, ONUSIDA s'attache à élaborer une nouvelle stratégie de lutte contre le sida pour la période 2016-2021 afin de veiller à ce que le Programme commun réponde aux besoins de l'après-2015. Compte tenu de la nature multidimensionnelle du problème posé par le sida, des mesures visant à mettre fin à ce fléau, qui constitue une menace publique, doivent être intégrées dans tous les objectifs du Millénaire pour le développement. ONUSIDA et l'action plus large de lutte contre l'épidémie de sida offrent également des enseignements importants, qui peuvent contribuer à renforcer et à poursuivre les actions lancées dans le monde en faveur de la santé et du développement de manière plus générale. En 2016, l'Assemblée générale convoquera une réunion de haut niveau sur le VIH/sida, qui offrira une possibilité cruciale de changement et permettra de réaffirmer la détermination de la communauté internationale et de redoubler d'efforts pour venir à bout de l'épidémie.

## I. Le point sur l'épidémie de sida dans le monde

1. Des progrès notables continuent d'être enregistrés dans le cadre de l'action mondiale de lutte contre le sida. Le nombre de nouveaux cas d'infection en 2013, soit en moyenne 2,1 millions (1,9 million-2,4 millions), était de 38 % inférieur à celui de 2001. En 2013, 1,5 million de personnes en moyenne (1,4 million-1,7 million) sont mortes de causes liées au sida, soit une baisse de 35 % par rapport au nombre sans précédent atteint en 2005. En 2013, le nombre d'enfants ayant contracté l'infection a diminué de 58 % par rapport à 2002, soit en moyenne 240 000 (210 000-280 000).

2. Cela étant, le sida demeure la sixième cause de mortalité dans le monde, la principale cause des décès en Afrique subsaharienne et la principale cause de mortalité dans le monde parmi les femmes en âge de procréer. En décembre 2013, 35 millions de personnes en moyenne (33,2 millions-37,2 millions) vivaient avec le VIH. L'Afrique subsaharienne, qui compte pour 71 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde et pour 68 % des nouveaux cas d'infection en 2013, reste la région la plus durement touchée. Les femmes représentent 52 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde et 57 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne. Dans plusieurs pays, les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ont cinq fois plus de chances de vivre avec le VIH que leurs homologues masculins. Certains groupes de population sont touchés de manière disproportionnée. À l'échelle mondiale, les hommes ayant des relations homosexuelles ont 19 fois plus de chances de contracter l'infection que le reste de la population, la prévalence du VIH chez les prostitués est près de 12 fois plus élevée que pour l'ensemble de la population, et les femmes transgenres ont 49 fois plus de chances de contracter l'infection que tous les adultes en âge de procréer. À l'échelle mondiale, 13 % des personnes se droguant par voie intraveineuse vivent avec le VIH.

3. À cause des difficultés persistantes rencontrées dans le cadre de l'action qui est menée, la situation reste grave. En juin 2014, plus de 60 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH ne recevaient pas de traitement antirétroviral, et ce en grande partie parce que plus de la moitié d'entre elles ne savaient pas qu'elles étaient séropositives. Tandis que 38 % des adultes vivant avec le VIH ont obtenu un traitement antirétroviral en 2013, seulement 24 % des enfants infectés en ont bénéficié. Dans nombre de pays, les populations à risque et les groupes particulièrement exposés continuent d'être laissés de côté, alors que les inégalités entre les sexes, les sanctions et les violations des droits de l'homme continuent de faire obstacle au progrès.

## II. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

4. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida<sup>1</sup>, qui est le seul programme parrainé par plusieurs organismes à l'ONU, offre un exemple concret

---

<sup>1</sup> Le Programme commun s'appuie sur l'expérience et les connaissances spécialisées de 11 organismes qui le parrainent : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Programme alimentaire mondial (PAM), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

d'une action concertée et multisectorielle qui est menée pour faire face à un problème complexe et multidimensionnel. Dans sa résolution 2013/11, le Conseil économique et social a expressément reconnu la valeur des enseignements tirés de l'approche unique du Programme commun pour le programme de développement de l'après-2015 et a considéré que le Programme commun offrait aux Nations Unies un exemple utile devant être considéré, selon qu'il convient, comme un moyen de renforcer la cohérence stratégique, la coordination, l'orientation fondée sur les résultats et l'impact au niveau des pays, sur la base des situations et des priorités nationales, conformément à la résolution 67/226 de l'Assemblée générale relative à l'examen quadriennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies. Comme en témoigne sa structure de gouvernance largement représentative, ONUSIDA constitue un engagement en faveur d'une action énergique plurisectorielle et intégrée, de partenariats complémentaires, d'une stratégie axée sur l'observation factuelle et les droits de l'homme, de l'égalité d'accès et de résultats et d'une approche axée sur le long terme.

#### **A. Objectif zéro : stratégie d'ONUSIDA pour 2011-2015 et Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida**

5. Les activités menées par le Programme commun s'inspirent de l'objectif, énoncé dans la stratégie Objectif zéro d'ONUSIDA pour 2011-2015, d'un monde avec zéro nouveau cas d'infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès dû au sida. Offrant une structure d'ensemble pour les efforts collectifs qui sont déployés dans ce cadre, la stratégie vise à révolutionner la prévention des infections à VIH, à servir de catalyseur à la phase suivante des traitements, des soins et des services d'accompagnement et à promouvoir les droits de l'homme et l'égalité des sexes. ONUSIDA a défini des objectifs pour la stratégie pour 2011-2015, qui cadrent avec les principaux engagements et cibles énoncés dans la Déclaration politique de 2011.

6. Afin d'aider les pays à élaborer et à appliquer des stratégies permettant d'atteindre l'Objectif zéro, ONUSIDA a encouragé et encadré la collecte et la compilation d'une vaste série de données ciblées concernant l'évolution de l'épidémie de sida et de l'action menée pour la juguler, ainsi que certaines populations exposées au risque d'infection à VIH, qu'il a présentées dans les trois rapports phares suivants qui ont été publiés en 2014 : *Gap; Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*; et *UNAIDS OUTLOOK: The Cities Report*. En outre, 181 États Membres de l'ONU ont présenté des rapports nationaux en 2014, dans le cadre des rapports d'étape sur l'action mondiale de lutte contre le sida. ONUSIDA a aussi demandé que les principaux programmes fassent rapport tous les deux ans et que les entités infranationales présentent des rapports, ce qui permettra de faire en sorte que les programmes soient encore mieux ciblés. On dispose de plus en plus de données en temps réel grâce aux nouvelles technologies.

7. Sachant que les modèles réalisés pour le compte d'ONUSIDA indiquent que les cinq prochaines années seront une occasion unique de jeter les bases en vue de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, le Conseil de coordination a demandé au Directeur exécutif de lancer un processus consultatif multipartite en vue d'actualiser

---

(ONU-Femmes), Organisation internationale du Travail (OIT), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale, et est doté d'un secrétariat.

la stratégie pour 2011-2015 et de la reconduire pour la période 2016-2021. Il a réaffirmé son attachement à l'objectif des trois zéros et aux orientations stratégiques définies dans la stratégie pour 2011-2015, et a demandé que la stratégie actualisée soit harmonisée avec l'examen quadriennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies (résolution 67/226 de l'Assemblée générale), compte tenu de la Déclaration politique de 2011 et des discussions en cours sur les objectifs du Millénaire pour le développement pour l'après-2015. La stratégie actualisée d'ONUSIDA pour la période 2016-2021 et un nouveau cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités pour la période de six ans seront présentés au Conseil de coordination à sa trente-septième réunion en octobre 2015.

8. En juin 2014, l'Assemblée générale a décidé de convoquer une réunion de haut niveau sur le VIH/sida en 2016, qui offrira une occasion unique de façonner et d'accélérer la prochaine phase de l'action engagée pour lutter contre le sida, en encourageant les résultats et la responsabilisation.

## **B. Unis dans l'action**

9. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) fait en sorte d'assurer l'unité d'action du système des Nations Unies en ce qui concerne l'aide fournie aux pays pour lutter contre le sida, conformément aux dispositions de la résolution sur l'examen quadriennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies à laquelle il s'emploie à donner suite. ONUSIDA a clairement réparti les tâches entre les 11 coparrains du Programme et son secrétariat. Afin de tirer le meilleur parti des missions dont ces derniers sont investis ainsi que des principales compétences et avantages comparatifs dont ils disposent en matière d'appui technique, des organismes pivots et partenaires ont été désignés dans 15 domaines thématiques<sup>2</sup>. Cette répartition des tâches permet au Programme d'éviter les chevauchements d'activités, de favoriser la collaboration et la coordination, et de définir clairement les rôles et les responsabilités.

10. Aux niveaux régional et national, le Programme commun est exécuté par des équipes conjointes dans le cadre de programmes d'appui communs; sept équipes d'appui régionales d'ONUSIDA concourent à ses activités et les coordonnent.

11. À l'échelle nationale, le Directeur de pays d'ONUSIDA travaille sous la direction du coordonnateur résident pour soutenir les mesures de lutte contre le sida mises en œuvre par l'équipe de pays des Nations Unies. Dans 74 pays, des équipes communes des Nations Unies pour la lutte contre le sida sont en place pour renforcer la cohérence, la responsabilité et l'impact stratégique de l'appui technique fourni et, dans plusieurs pays, ces équipes ont été étoffées par des partenaires extérieurs au système des Nations Unies, ce qui suppose une coordination plus large de l'assistance technique. Dans 52 pays, les partenaires du système des Nations

---

<sup>2</sup> Ces 15 domaines sont la prévention de la transmission sexuelle; la prévention de la transmission verticale du VIH; le traitement de l'infection à VIH; le VIH et la tuberculose; la prévention auprès des toxicomanes; la prévention auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des travailleurs du sexe et des transsexuels; les lois punitives, la stigmatisation et la discrimination; la satisfaction des besoins des femmes et des filles; la prévention auprès des jeunes; la protection sociale liée au VIH; le VIH dans les situations d'urgence humanitaire; le VIH, l'alimentation et la nutrition; le lieu de travail et le secteur privé; le VIH et l'éducation; et la planification stratégique nationale.

Unies ont mis en œuvre des programmes communs d'appui à la lutte contre le sida, regroupant ainsi dans un dispositif unique l'intégralité de l'appui fourni à l'échelle nationale par le système. En 2013, le Programme commun a aidé 120 pays à entreprendre un examen à mi-parcours de leurs progrès vers la réalisation des 10 objectifs et engagements mondiaux fixés dans la Déclaration politique de 2011, ce qui leur a donné une vision plus claire des problèmes restant à régler et des possibilités qui s'offraient à eux pour accélérer les avancées.

12. Des mesures spéciales ont été prises pour intensifier la coordination et renforcer l'impact stratégique de l'aide fournie à la lutte contre le sida par l'ONU dans 38 pays à forte prévalence<sup>3</sup> où se concentrent 85 % des nouvelles infections d'adultes, 93 % des nouvelles infections d'enfants et 90 % des décès liés à la maladie.

### C. Responsabilité

13. La stratégie d'ONUSIDA est mise œuvre au moyen du cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) qui vise à faire en sorte que les activités de lutte contre le sida déployées par l'ONU soient autant que faire se peut cohérentes et coordonnées, aient un impact maximum, et que la responsabilité des différents acteurs soit aussi large que possible. En définissant des actions prioritaires, des orientations stratégiques et en allouant des fonds en lien avec les buts de la stratégie et les engagements et objectifs fixés dans la Déclaration politique de 2011, le cadre unifié couvre toute la chaîne des résultats, depuis les moyens jusqu'à l'impact, et engage la responsabilité du Programme commun envers les États Membres et les autres parties prenantes. Les coparrains reçoivent des fonds pour financer leurs activités liées au sida. Ce financement sert à mobiliser des ressources bien plus importantes grâce aux budgets des coparrains et auprès d'autres sources.

14. Le rapport de suivi de l'exécution d'ONUSIDA, présenté tous les ans au Conseil de coordination du Programme, récapitule aux niveaux national, régional et mondial les résultats obtenus relativement aux 10 objectifs, en vue de la réalisation des trois zéros, et il met en évidence les problèmes majeurs et les enseignements tirés de l'expérience. Il permet d'appréhender les contributions au Programme dans leur ensemble, tout en présentant celles de chaque coparrain et du secrétariat.

15. L'établissement de rapports d'exécution au titre du cadre unifié a été facilité au moyen d'un outil en ligne, le système de suivi du Programme commun, mis en service en 2012. Cet outil, qui a permis de collecter en 2013 les rapports de 106 équipes de pays des Nations Unies ou de bureaux nationaux d'ONUSIDA, a accru la capacité du Programme d'adapter rapidement ses activités en fonction des résultats obtenus, lesquels sont en outre évalués chaque année, avec les progrès réalisés, dans le cadre d'examen par les pairs; ceux-ci permettent de mettre en évidence les domaines dans lesquels il convient de redoubler d'efforts et de faire en

<sup>3</sup> Il s'agit des pays suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Brésil, Burundi, Cambodge, Cameroun, Chine, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Fédération de Russie, Ghana, Guatemala, Haïti, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Jamaïque, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Tchad, Thaïlande, Ukraine, Zambie et Zimbabwe.

sorte que les enseignements tirés de l'expérience soient pris en compte dans la planification des futures activités.

16. En 2014, afin de répondre à une demande formulée par le Conseil de coordination du Programme à sa trente-deuxième réunion, ONUSIDA a fourni les résultats d'un examen à mi-parcours des progrès accomplis au titre du cadre unifié pour la période 2011-2015, qui s'est appuyé sur des évaluations externes du Programme, réalisées par quelque 150 parties prenantes. Il est ressorti de cet examen à mi-parcours qu'ONUSIDA avait contribué de manière notable à la lutte contre le sida par certaines fonctions essentielles, à savoir la direction, la promotion et l'information stratégique, ainsi que par l'assistance technique ciblée qu'il fournissait au niveau national, le renforcement de la responsabilité et l'attention qu'il portait aux pays à forte prévalence et aux groupes de population prioritaires. L'examen a également confirmé que le cadre unifié avait permis d'améliorer la cohérence et l'efficacité du Programme.

17. Pour la période 2016-2021, le cadre unifié s'alignera sur les cycles de planification des fonds et programmes des Nations Unies, tel que prescrit par l'examen quadriennal complet.

#### **D. Partenariat**

18. Étant lui-même un partenariat novateur au sein du système des Nations Unies, le Programme commun place l'établissement de partenariats au cœur de ses valeurs, ce qu'il concrétise en mettant sur pied des dispositifs innovants et inclusifs associant l'ONU, les gouvernements, les personnes vivant avec le VIH, la société civile, les principales institutions financières, les milieux universitaires et scientifiques, les médias, des personnalités influentes et le secteur privé. Cette démarche a produit des résultats historiques : le coût des antirétroviraux, médicaments qui sauvent des vies, a baissé de 99% en l'espace de 10 ans et le temps nécessaire à l'introduction des innovations médicales dans un contexte de ressources limitées est passé de 15 à 3 ans.

19. En 2014, ONUSIDA a signé un mémorandum d'accord avec l'un de ses principaux partenaires stratégiques, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Le Programme commun appuie le Fonds mondial en participant aux mécanismes nationaux de coordination, en publiant des orientations normatives, en fournissant des informations stratégiques, en aidant les pays à transcrire les stratégies nationales ou à présenter les dossiers d'investissement dans des documents de réflexion convaincants et en offrant une assistance technique d'un bout à l'autre du cycle de financement, notamment en guidant les pays dans la mise en œuvre et le suivi des subventions attribuées par le Fonds mondial.

20. ONUSIDA travaille également en étroite collaboration avec le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), principal fournisseur de l'aide internationale en matière de VIH, afin de garantir la réussite des programmes qu'il finance. Le Plan d'urgence participe à de nombreux mécanismes interinstitutions coordonnés par le Programme commun.

21. Le Programme commun attache une importance prioritaire aux partenariats conclus avec des organisations non gouvernementales. Il est l'unique entité des



Nations Unies qui compte des membres de la société civile au sein de son organe directeur, et qui aide divers acteurs de cette société civile – notamment les personnes vivant avec le VIH et les principaux groupes de population touchés par la maladie – à participer pleinement et de façon constructive à la prise de décisions, à la communication et à la responsabilisation. Il contribue en outre à définir et à promouvoir le rôle stratégique dévolu à la société civile dans la fourniture de services liés au VIH.

22. Le Programme commun a conclu toute une série de partenariats novateurs avec des organisations et des réseaux de la société civile tels que PACT, un regroupement de 26 organisations dirigées par des jeunes au service des jeunes, pour redynamiser le mouvement de lutte des jeunes contre le sida. La priorité est également donnée au secteur privé, notamment ses cercles dirigeants, comme le montre la participation des administrateurs de GalxoSmithKline et de Cipla à la trente-quatrième réunion du Conseil de coordination du Programme.

### **III. Vers l'échéance de 2015 : résultats obtenus dans 10 domaines prioritaires**

23. Dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011, les États Membres ont adopté une série de 10 objectifs et engagements.

#### **A. Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle**

24. La réduction du taux de transmission du VIH par voie sexuelle compte pour une très large part dans la baisse sensible du nombre de nouvelles infections enregistrées ces dernières années. Par comparaison aux enquêtes menées durant la période 2001-2006, celles qui ont été effectuées auprès des ménages en Afrique subsaharienne au cours de la période 2007-2013 font apparaître une amélioration des connaissances en matière de VIH chez les jeunes et une utilisation plus fréquente du préservatif chez les adultes. La pratique de la circoncision chez les hommes sur la base du volontariat, qui réduit le risque de transmission du VIH de femme à homme de 60 % environ, gagne du terrain en Afrique subsaharienne avec 6 millions d'hommes ayant été circoncis depuis 2007, dont 1 million en 2013. Le Programme commun a collaboré étroitement avec ses partenaires internationaux pour consacrer des ressources limitées, qui sont aux « points chauds » où le risque de contamination est le plus élevé.

25. Malgré les progrès accomplis, on comptait encore en 2013 2,1 millions de nouvelles infections et leur nombre était en hausse dans certaines régions du monde, dans certaines zones géographiques nationales et dans certains groupes de population. Il faut intensifier d'urgence l'action de prévention auprès des jeunes âgés de 15 à 24 ans, qui représentent 31 % des nouvelles infections par le VIH répertoriées dans le monde. Le risque est particulièrement important pour les adolescentes et les jeunes femmes, qui, en moyenne, contractent le VIH cinq à sept années plus tôt que les hommes en Afrique subsaharienne. Des études financées par la Banque mondiale ont montré que divers programmes de transfert d'argent en faveur des jeunes réduisaient la fréquence des infections et les comportements sexuels à risque, le bénéfice étant particulièrement évident pour les jeunes femmes.

En 2014, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le secrétariat d'ONUSIDA, forts de l'engagement de tous les coparrains, ont lancé le mot d'ordre « pour tous », pour combler les graves lacunes de la lutte contre le sida à l'égard des adolescents. Cette initiative a fixé deux objectifs à atteindre d'ici à 2020 : réduire de 75 % au moins les infections à VIH chez les adolescents et augmenter de 80 % le nombre d'adolescents vivant avec le VIH grâce à des traitements salvateurs. L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont facilité la généralisation de cours d'éducation sexuelle des jeunes dans 115 pays, et ont notamment mené des actions conjointes avec ONU-Femmes dans le domaine de l'éducation par les pairs pour lutter contre la violence sexiste dans les écoles. L'UNICEF a dirigé la collecte et la diffusion d'informations sur les enfants et les adolescents.

26. Même si les livraisons de préservatifs masculins se sont régulièrement accrues, l'utilisation de ce moyen de protection a stagné à un niveau relativement modeste par rapport aux recommandations. Ces dernières années, la disponibilité du préservatif féminin s'est améliorée, bien que 40 préservatifs masculins soient toujours distribués pour chaque préservatif féminin. Afin d'orienter et de motiver les fabricants, le Programme commun et ses principaux partenaires ont publié des spécifications générales et des consignes de présélection applicables au préservatif féminin, dont le FNUAP est le premier acquéreur mondial.

27. Bien que leur utilité ait été démontrée, les services de prévention à l'intention des groupes de population prioritaires les plus exposés au risque d'infection restent peu nombreux. Un tiers des pays seulement indiquent disposer d'un programme destiné aux travailleurs du sexe et la proportion d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui est touchée par les programmes de prévention a baissé, touchant de 59 % en 2009 à 40 % en 2013. Afin de renforcer les programmes reposant sur des données d'observation et axés sur les populations prioritaires, l'Organisation mondiale de la Santé a publié en 2014 les premières directives unifiées relatives aux services de prévention de la transmission du VIH et à son traitement pour ces populations; il est recommandé, entre autres, d'administrer des antirétroviraux à titre préventif aux hommes et aux femmes transsexuelles ayant des relations sexuelles avec des hommes, ainsi qu'aux couples sérodifférents.

28. Les éléments factuels utilisés dans la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle continuent d'évoluer. Au début de 2015, de nombreuses études portant sur plusieurs pays évaluaient divers dispositifs de prévention combinée et un éventail de microbicides à l'usage des femmes. Dans 35 pays, des équipes conjointes des Nations Unies ont contribué à ce que la recherche sur les nouvelles techniques de prévention débouche sur une application à grande échelle.

## **B. Réduire de moitié la transmission du VIH chez les personnes qui se droguent par voie intraveineuse**

29. Le monde n'est pas près de réduire de moitié le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, le nombre total de cas dans ce groupe de population ayant peu évolué. À l'échelle mondiale, environ 1,7 million des 12,7 millions d'usagers de drogues injectables vivent avec le VIH. La prévalence du VIH dans cette population est en hausse dans la région de

l'Asie et du Pacifique et dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne. La transmission du virus liée à l'injection de drogues par voie intraveineuse est à l'origine de nombreuses épidémies nationales en Europe orientale et en Asie centrale. Dans 30 pays ayant fait l'objet d'une enquête, le taux de prévalence du VIH est plus élevé chez les femmes s'injectant des drogues par voie intraveineuse que chez les hommes de cette catégorie (13 % contre 9 %).

30. Dans ses orientations normatives, l'OMS a identifié un ensemble de neuf interventions prioritaires pour réduire l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Le Programme commun contribue à la mise en œuvre de ces interventions au moyen d'un appui technique et d'activités de sensibilisation. En outre, l'ONUSIDA a collaboré avec des partenaires pour recenser 24 pays hautement prioritaires, auxquels serait apporté en priorité un appui au renforcement des interventions pratiques en faveur des toxicomanes par injection.

31. Toutefois, à l'échelle mondiale, les programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues usagées touchent moins de 20 % des consommateurs et seuls 79 de 192 pays ont indiqué proposer des traitements de substitution aux opiacés. La criminalisation à grande échelle de la consommation de drogues, notamment le placement en détention obligatoire et même, dans plusieurs pays, l'imposition de la peine de mort à des personnes condamnées pour des infractions liées aux drogues, dissuade les consommateurs de drogues injectables d'accéder aux services essentiels et décourage les interventions du secteur de la santé publique et celles fondées sur les droits de l'homme.

32. Conscient de la nécessité de renforcer l'action, le Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA a consacré une journée entière de sa trente-cinquième réunion, qui s'est tenue en décembre 2014, à un débat sur l'accélération des progrès vers la réalisation de l'objectif consistant à réduire de moitié la transmission du VIH chez les personnes qui se droguent par voie intraveineuse. Lors de ce débat, les facteurs qui compromettent l'efficacité des interventions ont été examinés, et des exemples d'efforts nationaux qui ont permis de surmonter les obstacles auxquels ces personnes sont en butte ont été mis en avant. La session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à la lutte contre le problème mondial de la drogue prévue pour 2016 sera une occasion unique de parvenir à un consensus sur des politiques en matière de drogue qui tiennent mieux compte des besoins des consommateurs de drogues injectables.

### **C. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire substantiellement les décès de la mère et de l'enfant associés au sida**

33. En 2013, 67% des femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié de médicaments antirétroviraux; les progrès se sont poursuivis au cours du premier semestre de 2014, avec une augmentation de 13 % du nombre de femmes dans ce cas. En 2013, le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH dans 21 des pays les plus touchés est passé pour la première fois en dessous des 200 000. À l'échelle mondiale et depuis 2009, plus de 900 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants ont été évitées grâce à la fourniture de médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes séropositives.

34. Ces progrès s'expliquent par la mise en œuvre, par les pays, des recommandations du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Une équipe spéciale interorganisations, convoquée conjointement par l'UNICEF et l'OMS, coordonne les travaux de 28 partenaires du Plan mondial. En 2013, l'OMS a recommandé que toutes les femmes enceintes et les enfants vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral, quelle que soit leur numération de CD4.

35. Les enfants vivant avec le VIH continuent d'avoir un accès limité au traitement antirétroviral, qui est pourtant d'une importance vitale. En 2013, seuls 42 % des enfants exposés au VIH ont eu accès à des services de dépistage précoce au cours des deux premiers mois de leur vie, et des études indiquent que près de la moitié des enfants qui sont soumis à ces tests de dépistage ne reçoivent pas les résultats. L'éventail des traitements antirétroviraux disponibles pour les enfants diagnostiqués comme séropositifs est beaucoup plus limité que celui des adultes.

36. Face à la nécessité urgente de multiplier les options de traitement pour les enfants séropositifs, de nombreuses initiatives ont vu le jour. En 2014, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) a établi un partenariat avec la Children's Investment Fund Foundation, en lançant une initiative d'un montant de 200 millions de dollars visant à doubler en deux ans le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral dans les pays africains. Lancée conjointement par l'UNICEF, l'OMS et la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric, l'initiative Double Dividend cherche à mieux adapter les traitements pédiatriques contre le VIH aux besoins en matière de santé maternelle, néonatale et infantile. D'autres partenaires collaborent également aux initiatives prises pour généraliser les services de diagnostic et de traitement du VIH/sida à l'intention des enfants. À sa trente-cinquième réunion, en décembre 2014, le Conseil d'administration d'ONUSIDA a demandé au Programme commun de collaborer avec les partenaires compétents pour mettre en place une plateforme mondiale pour la coordination des diverses initiatives en matière de traitement pédiatrique afin d'en assurer la cohérence et d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

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

37. Au mois de juin 2014, 13,6 millions de personnes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral, ce qui permet d'espérer atteindre, d'ici à décembre 2015, l'objectif consistant à fournir un traitement antirétroviral à au moins 15 millions de personnes dans le monde. Depuis 1995, les traitements antirétroviraux ont permis d'éviter 7,6 millions de décès dans le monde, dont 4,8 millions en Afrique subsaharienne, et ont engendré un gain de 40,2 millions d'années de vie depuis le début de l'épidémie.

38. Le Programme commun offre un appui technique considérable pour aider les pays à généraliser les services de traitement du VIH/sida de haute qualité. Dans ses Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux de 2013, l'OMS recommande un démarrage plus précoce du traitement antirétroviral; un recours à des traitements du VIH assurant le meilleur compromis entre simplicité, efficacité et tolérance; et l'abandon progressif des schémas thérapeutiques qui ne sont pas au point. En 2013, des recherches appuyées par le Programme alimentaire mondial

(PAM) ont préconisé que l'on tire parti des possibilités offertes par l'alimentation et la nutrition pour assurer un plus grand succès des traitements contre le VIH, notamment pour améliorer l'observance; le PAM a exécuté des programmes dans 31 pays. Le secrétariat d'ONUSIDA a mis en place une salle d'opérations traitement du VIH, qui utilise des modèles pour fournir des estimations de dernière minute sur le recours au traitement du VIH et présente une analyse précise de l'accès aux traitements à des partenaires nationaux et des bureaux régionaux d'ONUSIDA.

39. À sa trente-troisième réunion, le Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA a demandé au Programme commun de soutenir les processus menés par les pays et les institutions régionales en vue de définir une nouvelle cible pour le traitement du VIH pour l'après-2015. À l'issue de consultations multipartites dans toutes les régions et au niveau mondial, le Programme commun a établi un nouvel objectif pour le traitement du VIH pour l'après-2015 à l'occasion de la Conférence internationale sur le sida de 2014. La nouvelle cible « 90-90-90 » prévoit qu'à l'horizon 2020 : a) 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique; b) 90 % de toutes les personnes séropositives diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral durable; et c) 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral présentent une suppression virale durable.

40. L'objectif 90-90-90 a été approuvé sans réserve par les bailleurs de fonds internationaux, les gouvernements, la société civile et d'autres partenaires. Lors d'une manifestation parallèle de haut niveau organisée à l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2014, les Chefs d'État de l'Afrique du Sud, du Ghana et de la Suisse et le Secrétaire d'État des États-Unis ont entériné l'objectif. Le Programme commun s'emploie maintenant à aider les pays à traduire la cible 90-90-90 dans des objectifs et plans d'action nationaux.

41. Le recours aux diagnostics médicaux, éléments essentiels pour une prise en charge efficace du VIH, reste insuffisant. La plupart des personnes vivant avec le VIH/sida ne connaissent pas leur statut sérologique et la plupart des séropositifs n'ont pas accès aux techniques de mesure de la charge virale, qui sont pourtant essentielles. En 2014, le Programme commun s'est associé au MAC AIDS Fund pour une opération de mobilisation mondiale faisant appel à des artistes internationaux en vue de mieux connaître le statut sérologique VIH chez les jeunes.

42. Afin d'accélérer les progrès, le Programme commun s'est associé avec le Fonds mondial, le Gouvernement des États-Unis et la Société africaine pour la médecine de laboratoire (ASLM) pour mettre en place l'Initiative pour l'accès au diagnostic. Le premier succès de l'Initiative a été la négociation d'un nouveau prix plafond pour les tests de mesure de la charge virale du VIH, entraînant une baisse de leur prix moyen d'au moins 40 %, ce qui devrait permettre d'économiser 150 millions de dollars au cours des cinq prochaines années.

## **E. Réduire de moitié le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH**

43. La tuberculose reste la première cause de décès chez les personnes séropositives. Entre 2004 et décembre 2012, le nombre de décès liés à cette maladie chez les personnes vivant avec le VIH a baissé de 36 %, avec des réductions de plus de 50 % dans 17 pays. L'OMS estime que les activités liées au VIH et à la tuberculose ont permis de sauver 1,3 million de vies entre 2005 et 2012. En 2013,

70 % des patients atteints de tuberculose et vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral. Il y a une amélioration par rapport aux années précédentes, mais ce chiffre reste en deçà de l'objectif global de prise en charge universelle des patients tuberculeux séropositifs d'ici à 2015.

44. Le Programme commun a aidé les pays en leur fournissant des orientations normatives, un soutien technique et un appui au renforcement de leurs capacités. L'appui technique fourni par l'OMS a financé l'achat de plus de 4,2 millions de cartouches Xpert MTB/RIF dans 95 pays. L'UNICEF a aidé les pays à se conformer aux directives mondiales sur la coinfection VIH/tuberculose chez les enfants.

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

45. Le Programme commun a permis de passer de modèles traditionnels de coopération à des modèles basés sur « la responsabilité partagée et la solidarité mondiale ». Entre 2006 et 2011, quelque 80 pays ont augmenté de plus de 50 % la part des ressources nationales consacrées au sida. L'Union africaine a élaboré une Feuille de route pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme et l'ensemble des présidents des États membres du Système d'intégration de l'Amérique centrale (SICA) ont approuvé l'élaboration de plans d'action et de suivi pour un investissement durable en faveur de la lutte contre le VIH dans la région. Le Programme commun continue de promouvoir l'approche stratégique de l'investissement, qui consiste à aider les pays à se concentrer sur les populations, les interventions et les domaines prioritaires afin d'assurer un bon rapport coûts-résultats et de multiplier les avantages en matière de santé et de développement.

46. Le montant total du financement consacré à la riposte au sida, qui continue d'augmenter, a atteint 19,1 milliards de dollars en 2013. Les pays à revenu faible et intermédiaire financent à présent la majeure partie des investissements alloués à la lutte contre le sida. Les financements des bailleurs de fonds internationaux traditionnels ont néanmoins diminué de 3 % en 2013.

47. Le Programme commun travaille en étroite collaboration avec des donateurs clefs tels que le Fonds mondial et le PEPFAR. En 2012-2013, le Programme commun a appuyé cinq pays candidats au titre du nouveau modèle de financement du Fonds mondial, qui a généré des financements d'un montant total de 371 millions de dollars pour la riposte au sida.

48. En novembre 2014, 38 pays avaient établi des modèles d'investissement pour une viabilité à long terme de la lutte, ou fait des plans pour leur élaboration, avec l'appui du Programme commun. Ces progrès ont favorisé la prise d'engagements nationaux tournés vers l'avenir, notamment la réaffectation des ressources vers des interventions à fort impact, l'augmentation des ressources allouées aux populations et zones géographiques clefs, l'accroissement des dépenses nationales affectées à la riposte au sida et l'examen de divers mécanismes de financement novateurs (tels que la taxe sur les billets d'avion).

49. Lors d'un dialogue multipartite sur le financement de la lutte contre le sida organisé par le Programme commun, les participants ont souligné que la nécessité persistante de partager les responsabilités exige à la fois l'apport de ressources internationales et le renforcement du soutien national dans la riposte au sida; il faut

aussi redoubler d'efforts avec l'appui du Programme commun pour accroître l'efficacité et réduire les coûts de l'ensemble des sources de financement. Les participants ont salué le rôle de catalyseur que joue le Programme commun pour mobiliser les dirigeants politiques, le soutien national et les ressources, de même que l'augmentation du nombre de donateurs du Programme ONUSIDA, particulièrement la participation de nouveaux donateurs africains au budget de base (notamment le Congo, la Côte d'Ivoire et le Sénégal). Il est également ressorti du dialogue que les déficits de financement de la société civile sont sources de vives préoccupations et qu'il est indispensable d'agir collectivement pour parvenir à identifier les besoins de la société civile et assurer un mouvement social continu dans la lutte contre le VIH.

### **G. Répondre aux besoins spécifiques des femmes et des filles et lutter contre les inégalités entre les sexes et les maltraitances et violences sexistes**

50. Les femmes et les filles, qui paient un lourd tribut à l'épidémie, représentent 52 % des adultes vivant avec le VIH dans le monde et 57 % de ceux qui vivent en Afrique subsaharienne. En 2013, quelque 64 % des 250 000 jeunes de 15 à 19 ans nouvellement infectés par le VIH étaient des filles. Dans certains milieux, jusqu'à 45 % des adolescentes indiquent que leur première expérience sexuelle a eu lieu sous la contrainte. Certains indicateurs d'inégalité des sexes, comme la crainte d'être victime de violence, réduisent la capacité des femmes et des filles de se protéger des infections à VIH.

51. En 2012, des mesures, lois ou réglementations visant à lutter contre la violence, y compris contre les agressions sexuelles, étaient en place dans 77 % des pays, contre 38 % en 2010. La part des pays recueillant des données sur la relation entre violence sexiste et VIH est passée de 1 % en 2010 à 27 % en 2012. En 2012-2013, le rôle moteur des femmes et des filles vivant avec le VIH dans la lutte a été renforcé grâce à l'appui du PNUD, d'ONU-Femmes et de son secrétariat dans 68 pays, mais la part des pays faisant état d'une participation de ces femmes aux mécanismes officiels d'organisation et d'examen de la lutte nationale contre le sida a diminué, passant de 66 % en 2010 à 61 % en 2012. Les mesures visant spécifiquement les femmes ne sont bien souvent pas suivies d'effet, et il faut améliorer les données ventilées par sexe et par âge pour des programmes et des financements mieux ciblés. Dans cette optique, ONU-Femmes et plusieurs partenaires ont lancé une initiative visant à mettre au point une série d'indicateurs communs pour les programmes relatifs à la problématique hommes-femmes et à la question du VIH.

52. Les travaux que le Programme commun réalise dans le domaine de l'égalité des sexes sont orientés par son 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, officiellement en vigueur dans 80 pays, dont 76 % ont indiqué s'être dotés d'une stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH prévoyant un volet spécialement consacré aux femmes, bien que seuls 38 % d'entre eux aient déclaré disposer d'un budget spécialement consacré à la question. Avec l'aide du Programme commun, 27 pays ont évalué la manière dont leur stratégie

nationale de lutte contre le VIH prenait en compte les questions spécifiques aux femmes et 20 autres pays sont actuellement en train de réaliser cette évaluation ou de la préparer. Le fait qu'ONU-Femmes soit devenue l'un des parrains du Programme commun en 2012 a permis à ce dernier de mieux traiter les aspects de l'épidémie spécifiques aux femmes, notamment par l'intermédiaire du Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies à l'appui de la lutte contre la violence à l'égard des femmes, géré par ONU-Femmes, qui soutient chaque année un certain nombre d'initiatives menées par des gouvernements et des acteurs de la société civile pour lutter contre la violence et le VIH.

## **H. Lutter contre la stigmatisation, la discrimination et la répression à l'encontre des personnes vivant avec le VIH ou appartenant à des groupes à risque**

53. L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH montre qu'une forte proportion de ces personnes sont victimes de préjugés et de discrimination dans le domaine de l'emploi, du logement et de la santé, en particulier les femmes, les filles et les membres des groupes à risque. Dans plus de 60 pays, le fait de contaminer une personne, de lui en faire courir le risque ou de ne pas lui révéler sa sérologie est un crime et, dans des dizaines d'autres pays, des personnes ont été poursuivies pour des faits de ce genre dans le cadre de lois ne portant pas spécifiquement sur le VIH. L'usage de drogues par injection et l'industrie du sexe, ou au moins certains de ses aspects, sont incriminés presque partout dans le monde; les relations sexuelles entre personnes de même sexe constituent un crime dans 76 pays, dont 7 dans lesquels elles sont passibles de la peine de mort; les personnes transsexuelles militent pour que leur identité administrative reflète leur identité sexuelle. Du fait de cette répression juridique, certains individus renoncent à recourir à des services de santé et risquent davantage de se retrouver dans des situations de vulnérabilité qui favorisent les infections à VIH.

54. Les cadres juridique et politique ont évolué de manière hétérogène. La part des pays indiquant être dotés de lois antidiscrimination qui protègent les personnes vivant avec le VIH (61 % en 2012) est restée stable, tandis que certains pays ont adopté de nouvelles lois réprimant les relations sexuelles entre personnes de même sexe ou la défense des droits des homosexuels. La part des pays qui font état de dispositifs d'aide juridique aux personnes vivant avec le VIH s'élevait à 45 % en 2012.

55. En 2013-2014, le Programme commun a continué de militer à l'échelle mondiale pour que la question du sida soit abordée sous l'angle des droits de l'homme. En 2012, il a appuyé des initiatives portant sur les questions de VIH et de législation dans 84 pays, et le Secrétariat s'est associé au Réseau mondial des personnes vivant avec le sida pour étendre l'indice de stigmatisation à plus de 50 pays. Le Programme commun a appuyé la réalisation d'évaluations de la législation dans plus de 50 pays, examiné des projets de loi, aidé des groupes de la société civile œuvrant dans le domaine des droits de l'homme et encouragé la participation des acteurs nationaux. Des lois homophobes ayant été adoptées dans plusieurs pays, le Programme commun a œuvré sur le plan local pour aider les groupes qui en sont victimes et faire en sorte qu'ils puissent continuer d'accéder aux services qui leur sont indispensables. Avec l'appui du Programme commun,



L'Organisation internationale du Travail a lancé en 2013 l'initiative VCT@WORK, qui vise à proposer à 5 millions de travailleurs des services de conseil et de dépistage du VIH volontaires et confidentiels d'ici à 2015. Le Programme commun a par ailleurs publié des directives en matière d'intégration de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et d'accès à la justice au sein des programmes nationaux et mis au point un outil d'estimation des coûts pour les programmes de défense des droits de l'homme. L'Équipe spéciale du Comité permanent interorganisations sur le VIH/sida dans les situations d'urgence, piloté par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et le Programme alimentaire mondial, a mené de nombreuses activités et milité pour qu'une plus grande attention soit portée aux questions sur lesquelles elle travaille.

### **I. Mettre fin aux limitations liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence sur certains territoires**

56. En juin 2011, quelque 49 pays, territoires et régions restreignaient d'une manière ou d'une autre l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH en raison de leur sérologie. Dix pays ont depuis levé ces restrictions ou officiellement confirmé qu'ils n'appliquaient pas ce type de limitations des déplacements. En 2013, le Programme commun et GBCHealth ont rédigé une déclaration contre les restrictions liées à la sérologie VIH, qui a été signée par plus de 40 directeurs généraux de grandes entreprises mondiales. Le Programme commun a continué d'aider les pays à examiner et à lever les limitations qu'ils imposent aux déplacements, notamment la République de Corée, la République de Moldova et la Mongolie. Dans le monde entier, la campagne de lutte contre la discrimination lancée par le Programme commun, à laquelle participait la lauréate du prix Nobel Aung San Suu Kyi, a appelé l'attention sur ces restrictions, qui sont d'un autre âge, discriminatoires et inefficaces.

### **J. Supprimer les systèmes parallèles de services relatifs au VIH pour mieux intégrer la lutte contre le sida**

57. Le Programme commun a classé par ordre de priorité les efforts à consentir pour intégrer la lutte contre le sida au programme mondial de santé et de développement. En soutenant la rédaction de normes et en fournissant un appui technique, il a aidé certains pays à coordonner la préparation de leurs activités de lutte contre le VIH avec la préparation d'autres activités et à créer des passerelles entre leurs services relatifs au VIH et d'autres services.

58. Les pays qui réalisent actuellement des examens de mi-parcours ont, pour 82 % d'entre eux, déclaré se pencher sur la question de l'intégration dans leurs stratégies nationales de lutte contre le sida et près de la moitié (48 %) ont indiqué faire concorder la préparation de leurs activités de leur lutte contre le VIH avec celle d'autres initiatives sanitaires. Plus de la moitié (53 %) des pays ont renforcé l'intégration des questions liées au VIH et à la tuberculose; 70 % ont intégré le dépistage, la consultation et les services de soins prénataux relatifs au VIH; les deux tiers ont intégré le VIH aux services de santé liés à la sexualité et à la procréation; 55 % ont intégré les services liés au VIH aux soins de santé primaires; de plus en

plus de pays sont en passe d'intégrer les services liés au VIH à leurs services relatifs aux maladies non transmissibles.

59. L'effet positif des transferts de fonds sur la prévention des nouvelles infections à VIH n'est plus à prouver et souligne combien il importe d'intégrer lutte contre le sida et protection sociale. En tenant compte des fonds recueillis par ses parrains, le Programme commun a consacré en 2014-2015 quelque 197 millions de dollars à des activités liées à la protection sociale. En juillet 2014, son Conseil de coordination a consacré une journée de sa trente-quatrième réunion à une concertation sur l'influence que la protection sociale pouvait avoir sur les facteurs socioéconomiques déterminants en matière de VIH. À la lumière de ces échanges, le Conseil de coordination a encouragé le Programme commun à organiser des dialogues à l'échelle des pays sur les objectifs communs des programmes de lutte contre le sida, contre l'extrême pauvreté et contre les inégalités, ainsi qu'à procéder à des évaluations de la relation entre VIH et protection sociale pour en tenir compte lors de la conception des stratégies nationales d'investissement.

#### **IV. Le sida après 2015 : d'ici à 2030, supprimer l'épidémie de sida de la liste des menaces pour la santé publique**

60. À sa trente-cinquième réunion, réitérant sa volonté de faire en sorte que, d'ici à 2030, le sida ne constitue plus une menace pour la santé publique, le Conseil de coordination du Programme commun a demandé aux États Membres de militer pour que cet objectif soit inclus au programme de développement pour l'après-2015. La stratégie mise à jour et élargie du Programme commun pour la période 2016-2021 et le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités qui l'accompagne seront conçus de manière à optimiser la contribution du Programme commun à la lutte contre l'épidémie.

61. La lutte contre le sida s'inscrit dans un monde en pleine évolution, dans un contexte d'innombrables priorités antagoniques, de financements fluctuants et d'obstacles de longue date tels que l'inadéquation des ressources humaines et des infrastructures physiques et techniques ainsi que les répercussions de la stigmatisation, de la discrimination et des inégalités entre les sexes. Les nouveaux traitements antirétroviraux sont plus efficaces mais aussi plus chers que les anciens médicaments, en particulier les traitements de deuxième et troisième intentions, dont les personnes vivant avec le VIH auront de plus en plus besoin dans les années qui viennent.

62. Pour mettre un terme à l'épidémie, il faut mettre au point une lutte aussi stratégique et viable que possible, trouver de nouveaux partenaires et défenseurs de cette cause et convaincre les décideurs de voir au-delà des priorités politiques immédiates et de mettre en place des mesures et programmes qui auront des bénéfices à long terme sur le plan de la santé, du développement et de l'économie. Il sera impossible de mettre fin à l'épidémie de sida si l'on ne répond pas véritablement aux besoins de ceux qui sont actuellement laissés pour compte, ce qui montre bien à quel point il importe de faire reposer cette lutte sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes.

63. On sait depuis longtemps que le sida est bien plus qu'une question de santé, et il est aujourd'hui urgent de promouvoir des politiques prenant en compte la question

du VIH et d'encourager la création de passerelles entre la lutte contre le sida et l'ensemble du programme de développement pour l'après-2015. Le Programme commun œuvre pour que la question du sida ait la place qu'elle mérite dans ce programme, en militant pour la création d'indicateurs prenant en compte le VIH dans différents domaines (égalité des sexes, éducation, solidarité) de manière à assurer la cohérence et la synergie, mesures qui sont prises pour influencer sur les facteurs sociaux, politiques et économiques déterminants en matière de VIH, de morbidité, de pauvreté et d'inégalité. Le Programme commun plaide par exemple pour que la question du VIH fasse partie intégrante du programme pour un travail décent proposé par l'Organisation internationale du Travail pour l'après-2015.

64. Pour mettre fin à l'épidémie, il faut aider de manière efficace ceux qui sont aujourd'hui laissés pour compte. Les groupes dont les besoins ne sont pas réellement satisfaits sont les suivants : les adolescentes et les jeunes femmes, les prisonniers, les migrants, les consommateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les enfants vivant avec le VIH et les personnes transsexuelles, déplacées, handicapées ou âgées de plus de 50 ans. Pour ne pas retomber dans les travers qui ont empêché d'améliorer davantage la situation de ces groupes, il faut que les mesures de lutte les reconnaissent comme des partenaires naturels dans la poursuite de l'objectif consistant à mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030, et il est donc urgent de mettre en place des politiques centrées sur les personnes, qui favorisent la participation et le rôle moteur des communautés concernées.

## **A. Intensification rapide de la riposte au sida d'ici à 2020**

65. Selon une modélisation commandée par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, nous disposons d'un court créneau de cinq ans pour accélérer le processus et concentrer les investissements en début de cycle si nous voulons jeter les bases qui permettront de mettre un terme à l'épidémie de sida. C'est pourquoi le Programme commun a adopté une stratégie d'accélération de la riposte pour que les mesures prises à cette fin par les pays produisent des résultats rapides dans les cinq années à venir. La mise en œuvre de cette stratégie au niveau national suppose l'établissement d'objectifs ambitieux, une hausse des investissements nationaux dans les domaines prioritaires de la prévention et du traitement, la prise en charge des laissés pour compte et l'élimination des obstacles d'ordre social, juridique et autres qui entravent la riposte accélérée. Il faudra adopter une approche plus stratégique et plus fine afin de consacrer des ressources, par définition limitées, sur les interventions à fort impact en faveur des régions et des populations qui en ont le plus besoin. Tout en aidant les partenaires nationaux à traduire les ambitieux objectifs fixés au niveau mondial pour 2020 en cibles nationales, le Programme commun se focalise sur les 28 pays à revenu faible et intermédiaire, dans lesquels ont lieu près de 90 % de toutes les nouvelles infections à VIH.

66. Le fait de fixer des objectifs ambitieux favorise les progrès et la responsabilisation et amène les parties prenantes à s'unir pour faire face à des objectifs communs. Outre la réalisation des objectifs « 90-90-90 », le Programme commun s'emploie à établir des cibles complémentaires en matière de prévention du VIH et de non-discrimination. Selon la modélisation commandée par ONUSIDA, la réalisation des objectifs « 90-90-90 » et des objectifs intermédiaires de prévention et de non-discrimination pour 2020 permettra effectivement de mettre fin à l'épidémie

de sida en tant que menace pour la santé publique en 2030 et de réduire de 89 % les nouvelles infections par le VIH et de 81 % le nombre de décès liés au sida par rapport à 2010.

67. Les principales parties prenantes ont aisément approuvé la stratégie d'intensification rapide de la riposte. Lors d'un événement organisé dans le cadre de la Journée mondiale de la lutte contre le sida, en 2014, des maires du monde entier ont signé une déclaration par laquelle ils se sont engagés à venir à bout de l'épidémie dans leurs villes respectives en donnant un « coup d'accélérateur » à la riposte, engagement indispensable au succès de cette stratégie, puisque c'est dans les villes que résident la plupart des personnes vivant avec le VIH et que plus de 60 % de la population mondiale vivra dans des villes à l'horizon 2050.

## **B. Responsabilité partagée et solidarité mondiale, les maîtres mots du succès de la riposte au sida pour l'après-2015**

68. Pour jeter les bases qui permettront de venir à bout de l'épidémie, les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure auront besoin de 9,7 milliards et 8,7 milliards de dollars en 2020, respectivement. Les pays en développement à revenu intermédiaire de la tranche supérieure devront trouver 17,2 milliards de dollars en 2020 pour financer la lutte contre le sida, après quoi leurs besoins de financement retomberont à 14,2 milliards en 2030.

69. Pour mobiliser les ressources nécessaires à l'élimination de l'épidémie du sida, les donateurs et tous les pays devront allouer davantage de ressources à la riposte au sida. ONUSIDA a élaboré en 2014 une approche stratégique de mobilisation des fonds nécessaires à l'élimination de l'épidémie, qui est fondée sur les principes de responsabilité partagée et de solidarité mondiale.

70. Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire devront assurer un financement interne proportionnel à leur niveau de richesse nationale et au poids du VIH dans leur population, ce qui exigera, dans presque tous les cas, qu'ils accroissent le financement national destiné à la riposte au sida, qui ira croissant à mesure que les économies nationales se développeront. Les pays à faible revenu continueront d'avoir besoin d'un soutien international considérable pour atteindre les objectifs d'intensification rapide de la riposte. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure devraient aller vers un autofinancement plus important, même si les pays à forte prévalence du VIH auront toujours besoin d'un soutien extérieur considérable. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure devront prendre des mesures immédiates pour passer à l'autofinancement, mais des dispositions particulières devront peut-être être prises si la réduction du financement des donateurs risque d'entraîner la suppression du financement de programmes essentiels pour les populations cibles.

71. Il faut que les pays réfléchissent à des mécanismes innovants de mobilisation de ressources afin de dégager des sources durables et renouvelables de financement de la riposte, sous la forme, par exemple, de prélèvements fiscaux spéciaux, de loteries et d'affectation des actifs non réclamés. Toutes les parties prenantes devront, en outre, redoubler d'efforts pour veiller à ce que tous les fonds investis dans le sida aient un impact optimal.

72. Tous ceux qui consacrent des ressources à la riposte au sida, et tout particulièrement les pays à revenu faible ou intermédiaire, doivent considérer qu'elles constituent d'excellents investissements du fait des importants bénéfices qu'elles permettront de dégager sur les plans sanitaire et économique. Selon la modélisation commandée en 2014 par ONUSIDA, les investissements réalisés pour éliminer l'épidémie en tant que menace pour la santé publique donneront un retour de 15 dollars par dollar investi.

### **C. Inscrire la riposte au sida dans l'objectif plus large de l'action mondiale pour la santé et le développement**

73. Dans sa résolution 2013/11, le Conseil économique et social s'est dit conscient de la valeur des enseignements tirés de l'action menée au niveau mondial pour lutter contre le VIH et le sida pour le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015, notamment de ceux tirés de l'approche unique du Programme commun, lequel offre aux Nations Unies un exemple utile devant être considéré comme un moyen de renforcer la cohérence stratégique, la coordination, l'orientation axée sur les résultats et l'impact au niveau des pays pour l'après-2015. Le Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA a fait sien et réaffirmé ce point de vue à ses trente-quatrième et trente-cinquième réunions. Il a vu dans le Programme commun un exemple dont peuvent utilement s'inspirer les initiatives plus larges en faveur du développement parce qu'il se fonde sur des données factuelles et les droits de l'homme, approche sous-tendue par les principes des droits de l'homme, d'égalité et de pérennité, dont la gouvernance sans exclusive et la responsabilité partagée sont les pivots.

74. La maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest montre comment la riposte au sida peut permettre de régler des problèmes sanitaires connexes et plus vastes. Le Programme commun a mis au point une riposte multisectorielle et multipartite privilégiant les personnes les plus démunies et marginalisées, qui sont particulièrement exposées à la stigmatisation et à la discrimination, dont les moteurs essentiels sont l'action et la mobilisation communautaires et les droits de l'homme. Le Programme commun s'est rapidement mobilisé contre cette nouvelle épidémie et a coordonné ses efforts avec la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE). Des membres du personnel du Programme commun en poste dans la région ont apporté un soutien actif à la MINUAUCE, tandis que d'autres membres du personnel d'ONUSIDA ont été redéployés dans la région, sur la base du volontariat. Le Directeur exécutif et le Directeur exécutif adjoint d'ONUSIDA ont organisé plusieurs missions en Afrique de l'Ouest pour soutenir la réponse au virus Ebola. Parmi les activités multiformes qu'il mène, le Programme commun s'emploie à soutenir des services essentiels liés au VIH face à la flambée du virus Ebola et à apporter son soutien aux principales composantes de la MINUAUCE pour organiser la riposte au virus Ebola; il a également apporté son concours au lancement des essais cliniques du vaccin contre le virus Ebola.

75. Le rôle que joue la riposte au sida en tant que catalyseur de l'action mondiale en faveur de la santé et du développement se manifeste d'autres manières. Au Rwanda, par exemple, le renforcement du système de soins dû à la décision rapide des autorités de diriger les investissements vers l'intensification du traitement du VIH a permis au pays de fournir une gamme de services de santé de plus en plus étoffée; le taux de vaccination des enfants a ainsi atteint 97 % et 69 % des naissances sont désormais

suivies par des cliniciens dans des établissements de santé. Des avantages du même ordre pour le système de santé, qui découlent des investissements réalisés dans les programmes VIH ont été observés au Kenya et ailleurs.

76. Inscrire la riposte au sida dans l'objectif plus large de l'action mondiale pour la santé et le développement a aussi d'autres avantages. L'intégration des programmes VIH dans d'autres dispositifs en matière de services de santé et de services sociaux permet d'étendre ces services et d'améliorer les résultats. La riposte au sida doit aussi être soutenue par des secteurs non sanitaires. Il sera, par exemple, impossible de s'attaquer aux violations des droits de l'homme ou d'atteindre les personnes aujourd'hui laissées pour compte sans le concours effectif des services chargés de l'application des lois et d'autres fonctionnaires du système judiciaire. Il ne sera pas non plus possible de réduire autant que nécessaire les risques et les vulnérabilités auxquels les adolescentes et les jeunes femmes sont exposées sans une étroite coopération avec les organismes de protection sociale et les ministères chargés de la protection de la femme et de la famille.

### **III. Recommandations en vue de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique à l'horizon 2030**

77. Le Conseil économique et social souhaitera peut-être envisager les mesures ci-après :

a) Saluer le soutien constant fourni par ONUSIDA pour faciliter la mise en œuvre de la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida et les progrès en vue de la réalisation de la stratégie « zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination, et zéro décès dû au sida », notamment l'assistance consentie pour veiller à ce que les pays présentent en temps voulu des informations sur les progrès accomplis et à combler les lacunes de la riposte;

b) Reconnaître l'occasion historique qui s'offre à tous de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique et souligner que l'épidémie de sida n'est pas vaincue et que nous disposons de seulement cinq ans pour accélérer la riposte et paver la voie pour que l'épidémie soit éliminée à l'horizon 2030. Pour que personne ne soit laissé derrière, il faut diriger les mesures et les ressources allouées à la lutte contre le VIH/sida vers les régions et les populations où elles auront le plus d'impact, conformément aux schémas épidémiologiques établis, en privilégiant les droits de l'homme et l'égalité des sexes et en associant les jeunes et les populations les plus touchés;

c) Appeler les États membres et le Programme commun des Nations Unies, dans l'esprit de la vision partagée des trois « zéros », à faire montre d'un engagement clair en faveur du programme de développement pour l'après-2015, afin d'éliminer l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique et en tant qu'obstacle au développement durable en général d'ici à 2030, moyennant des interventions fondées sur des données factuelles afin de concrétiser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à la prise en charge, de sorte que le sida ne représente plus une menace majeure pour aucune population ni aucun pays;

d) Réaffirmer sa résolution 2013/11, en particulier la valeur des enseignements tirés de l'action menée au niveau mondial pour lutter contre le VIH et le sida pour le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015, notamment de ceux tirés de l'approche unique du Programme commun; réaffirmer que le Programme commun offre au système des Nations Unies un exemple utile s'agissant de renforcer la cohérence stratégique, la coordination, l'orientation axée sur les résultats et l'impact au niveau des pays pour l'après-2015;

e) Attendre avec intérêt la Réunion de haut niveau sur le VIH/sida de l'Assemblée générale, qui doit se tenir en 2016 et insister sur l'occasion qu'elle représente de progresser davantage vers la réalisation de l'objectif ambitieux qu'est l'élimination de l'épidémie de sida à l'horizon 2030;

f) Souligner qu'il importe de combler le déficit de ressources nécessaires à la lutte contre le sida conformément au principe de responsabilité partagée et de solidarité mondiale; engager les pays à consacrer davantage de ressources à la riposte au sida; appeler les donateurs internationaux actuels et futurs à renouveler leurs engagements et à réaffirmer leur solidarité. Souligner, en outre, combien il importe de mener une action comparable pour veiller à ce que les mesures prises aient un bon rapport coûts-résultats, en améliorant l'efficacité et l'efficience des services fournis, en supprimant les obstacles à la prestation de services, en veillant à ce que les politiques mises en place par les pays soient conformes aux schémas épidémiologiques établis et en réalisant des investissements rentables.