



Assemblée générale

Distr. générale
6 avril 2015
Français
Original : anglais

Soixante-neuvième session

Point 10 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

L'avenir de la lutte contre le sida : tirer parti des réalisations passées et accélérer les progrès en vue de mettre un terme à l'épidémie d'ici à 2030

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Depuis 2000, la lutte mondiale contre le sida a accompli des progrès extraordinaires en enrayant et en commençant à inverser la courbe de l'épidémie. En 2015, le nombre de nouvelles infections et de décès dus à la maladie a continué de baisser à l'échelle mondiale et, dans de nombreux milieux, les comportements à risques ont diminué. Grâce à l'action menée en faveur de l'accès à des médicaments abordables et à l'élargissement des programmes de traitement, l'accès aux traitements antirétroviraux qui permettent de sauver des vies s'est considérablement amélioré et les taux de transmission mère-enfant continue de baisser, entraînant ainsi une diminution du nombre d'enfants infectés par le VIH.

Ces progrès importants, qui reposent sur des avancées décisives de la science, l'engagement, l'impulsion et la mobilisation des acteurs – notamment la société civile et les personnes vivant avec le VIH – et le coinvestissement sans précédent des ressources locales, ont concouru à sauver des millions de vies et permis à la communauté internationale d'affirmer avec confiance qu'il était possible d'éliminer la menace sanitaire que représente l'épidémie du sida dans les 15 années à venir.

Il reste cependant encore beaucoup à faire pour atteindre ce but historique. Si la plupart des pays progressent dans la réalisation des objectifs fixés dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, annexée à la résolution 65/277 de l'Assemblée générale en date du 10 juin 2011, et les objectifs du Millénaire pour le développement correspondants, d'autres pays et régions avancent plus lentement, voire régressent.



Du fait des carences en matière de couverture, de financement et d'efficacité que connaît la lutte contre le sida, un trop grand nombre de personnes vivant avec le VIH ou courant un risque élevé d'être infectées par le virus sont laissées pour compte. Les femmes et les filles restent plus exposées au risque d'infection par le VIH en raison des inégalités sociales et économiques et de la violence sexuelle. De leur côté, les adolescents, les jeunes et les enfants sont les grands oubliés de la lutte contre la maladie. De même, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les transsexuels, les travailleurs du sexe, les usagers de drogues injectables, les détenus, les migrants, les handicapés, les personnes âgées de plus de 50 ans et les femmes enceintes sont également délaissés dans de nombreuses parties du monde. La stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes vivant avec le VIH ou courant un risque élevé d'être infectées par le virus restent très présentes dans nombre de pays. Ces difficultés, auxquelles s'ajoutent le manque de moyens, l'insuffisance des infrastructures médicales et l'application de lois répressives, empêchent dans une large mesure les populations à risque de certaines régions d'accéder aux services vitaux en matière de VIH, à la protection sociale et aux services juridiques, ainsi qu'à l'emploi et à l'éducation.

Il faut redoubler d'efforts pour tirer parti des remarquables résultats obtenus dans le passé et faire en sorte que l'objectif mondial consistant à mettre fin à la menace sanitaire d'ici à 2030 soit atteint. Les modèles établis dans le cadre du Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) indiquent que, si l'on accélère la lutte et intensifie l'investissement pendant les cinq prochaines années, il devrait être possible d'éliminer la maladie d'ici à 2030. Dans cette optique, ONUSIDA aide certains pays à définir et à réaliser des objectifs prioritaires ambitieux pour 2020, notamment en matière de dépistage afin de porter à 90 % la part de la population connaissant son statut sérologique d'ici à 2020, en matière de traitement afin d'accroître au maximum la proportion des personnes séropositives ayant une charge virale indétectable, et en matière de prévention et de non-discrimination. Pour y parvenir, il sera non seulement nécessaire d'augmenter les ressources et les investissements stratégiques, en s'appuyant sur les principes de solidarité mondiale et de responsabilité partagée, mais aussi de mettre en place des politiques centrées sur les personnes permettant d'atteindre les laissés-pour-compte.

L'élimination d'ici à 2030 de la menace que le sida fait peser sur la santé publique exigera une action transversale qui dépasse le secteur sanitaire et insère la lutte contre le sida dans l'ensemble des objectifs de développement durable pour l'après-2015. Les 30 dernières années ont montré que les investissements dans la lutte contre le sida pouvaient rejaillir sur tout le programme de développement, améliorant l'intégration, renforçant les services de santé et contribuant à l'autonomisation des femmes et des filles. Après 2015, il conviendra d'exploiter les enseignements tirés de la lutte contre le sida et d'allouer les ressources de manière ciblée, en vue non seulement d'éliminer la menace que fait peser la maladie sur la santé publique, mais encore de renforcer et d'améliorer la santé mondiale et l'action en faveur du développement en général.

I. Introduction

1. L'année 2015 marque l'échéance de toute une série d'engagements pris par la communauté internationale à l'origine de 15 années d'action concertée et transversale à l'échelle mondiale dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.

2. Le premier engagement exprès a été pris lors de l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement en 2000, lorsque l'épidémie a été inscrite au programme mondial de développement sous la forme du sixième des objectifs du Millénaire pour le développement, qui visait, d'ici à 2015, à enrayer la propagation du VIH/sida et à inverser la tendance actuelle grâce à l'action concertée de la communauté internationale.

3. En 2001 et 2006, cet engagement a été réaffirmé par l'Assemblée générale par la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida puis la Déclaration politique sur le VIH/sida. Ces textes ont fourni un cadre global permettant de progresser dans la réalisation de l'objectif 6, tout en répondant au besoin urgent de parvenir à assurer un accès universel au traitement et à la prise en charge du VIH.

4. Le 10 juin 2011, l'Assemblée générale a adopté la Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida (résolution 65/277 de l'Assemblée, annexe). Ce texte, qui s'inscrit dans le prolongement des engagements pris précédemment dans la Déclaration de 2001 et la Déclaration politique de 2006, prévoyait 10 objectifs prioritaires visant à assurer l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge d'ici à 2015. Depuis 2012, l'Organisation des Nations Unies rend compte tous les ans de l'état de réalisation de ces objectifs, suivant les progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans les déclarations politiques, relevant les difficultés et les contraintes rencontrées et recommandant les mesures à prendre pour atteindre ces objectifs plus rapidement.

5. L'année 2015 marque l'échéance des objectifs du Millénaire pour le développement et de la plupart des objectifs fixés dans la Déclaration politique de 2011. Le présent rapport dresse le bilan des progrès accomplis dans la réalisation de ces deux séries d'objectifs et décrit les mesures que la communauté internationale doit prendre pour mettre fin d'ici à 2030 au problème de santé publique que représente l'épidémie du sida.

II. Épidémie mondiale de VIH/sida : état des lieux

6. La lutte contre le sida continue de progresser notablement dans le monde. Entre 2001 et 2013, le nombre de nouvelles infections a reculé de 38 % (pour s'établir à 2,1 millions), et entre 2005 (année où le nombre des nouvelles infections a atteint un niveau record) et 2013, le nombre de décès dus au sida a chuté de 35 % [1].

7. L'accès aux traitements antirétroviraux s'est amélioré : en juin 2014, 13,6 millions de personnes en bénéficiaient [2], dont 12,1 millions dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire [3]. En Afrique subsaharienne, quelque 86 % (63 %-99 %) des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique reçoivent un traitement antirétroviral et environ 76 % (53 %-89 %) des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable [1]. Grâce à la

fourniture à grande échelle d'un traitement antirétroviral aux femmes enceintes vivant avec le VIH, le nombre de nouvelles infections chez les enfants a chuté de 58 % dans le monde entre 2002 (année où ce nombre a atteint un niveau record) et 2013 [1].

8. Malgré ces progrès, des lacunes inquiétantes se font jour dans la lutte contre le sida. Si le nombre de nouvelles infections par le VIH diminue à l'échelle mondiale, il est en progression dans certaines régions et dans certains pays, et tout particulièrement au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et dans quelques pays d'Europe de l'Est. De la même façon, alors que les taux d'infection à VIH semblent stables dans certains pays, ils sont parfois en hausse dans certaines zones à l'intérieur de ces pays.

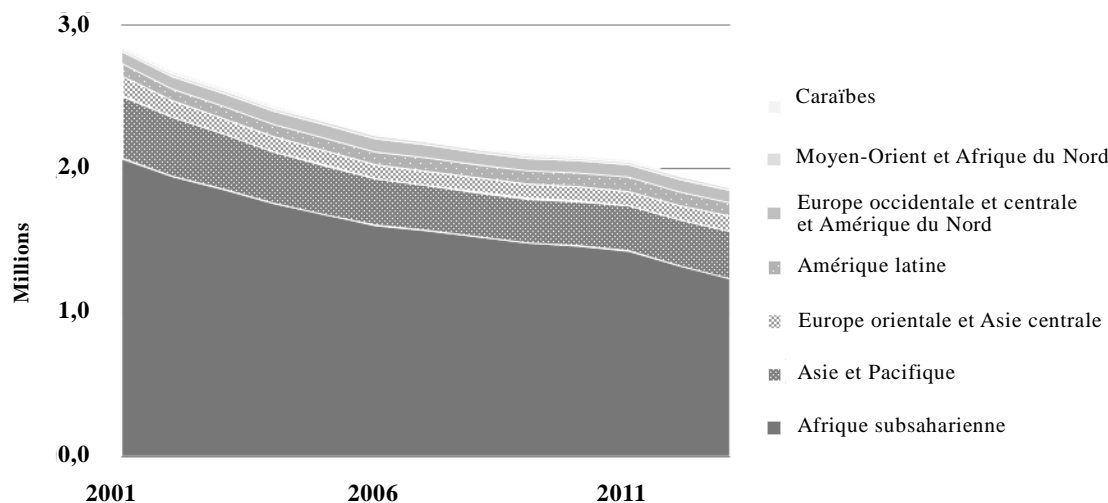
9. Dans de nombreux pays, certains groupes de la population sont touchés de manière disproportionnée par le VIH. Dans certaines régions, les femmes et les adolescentes paient un tribut démesuré, étant tout à la fois exposées à des risques de transmission plus élevés, chargées de s'occuper de ceux qui vivent avec le VIH, victimes de violences du fait de leur statut sérologique et privées d'un accès suffisant aux services vitaux de prévention, de traitement et de prise en charge. En Afrique subsaharienne, les femmes représentent 57 % des adultes (personnes âgées de 15 ans et plus) vivant avec le VIH et sont infectées par le virus cinq à sept ans plus tôt que les hommes [1].

10. Les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les transsexuels, les usagers de drogues injectables, les migrants, les adolescents et les jeunes, les détenus, les déplacés, les handicapés, les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées de plus de 50 ans courent également un risque plus élevé d'infection par le VIH. Les adolescents et les jeunes sont les grands oubliés de la lutte contre le sida. En 2013, les jeunes âgés de 15 à 24 ans comptaient pour 31 % des nouvelles infections à l'échelle mondiale, les adolescentes et les jeunes femmes représentant 57 % de cette proportion [1]. Des insuffisances dans la couverture du traitement, l'observance du traitement et le maintien dans le circuit de soins persistent également. En dépit des progrès réalisés, moins de 50 % des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral [1].

III. Évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et cibles fixés pour 2015

A. Réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH d'ici à 2015

Figure I
Nombre de nouvelles infections à VIH chez les personnes âgées de 15 ans et plus, par région, 2001-2013



Source : ONUSIDA (chiffres 2013).

11. Le nombre d'adultes vivant depuis peu avec le VIH continue de baisser dans la plupart des régions du monde. À la fin de 2013, le nombre de nouvelles infections par le VIH était de 2,1 millions (1,9 million-2,4 millions), soit une baisse de 38 % depuis 2001 (voir fig. I) [1].

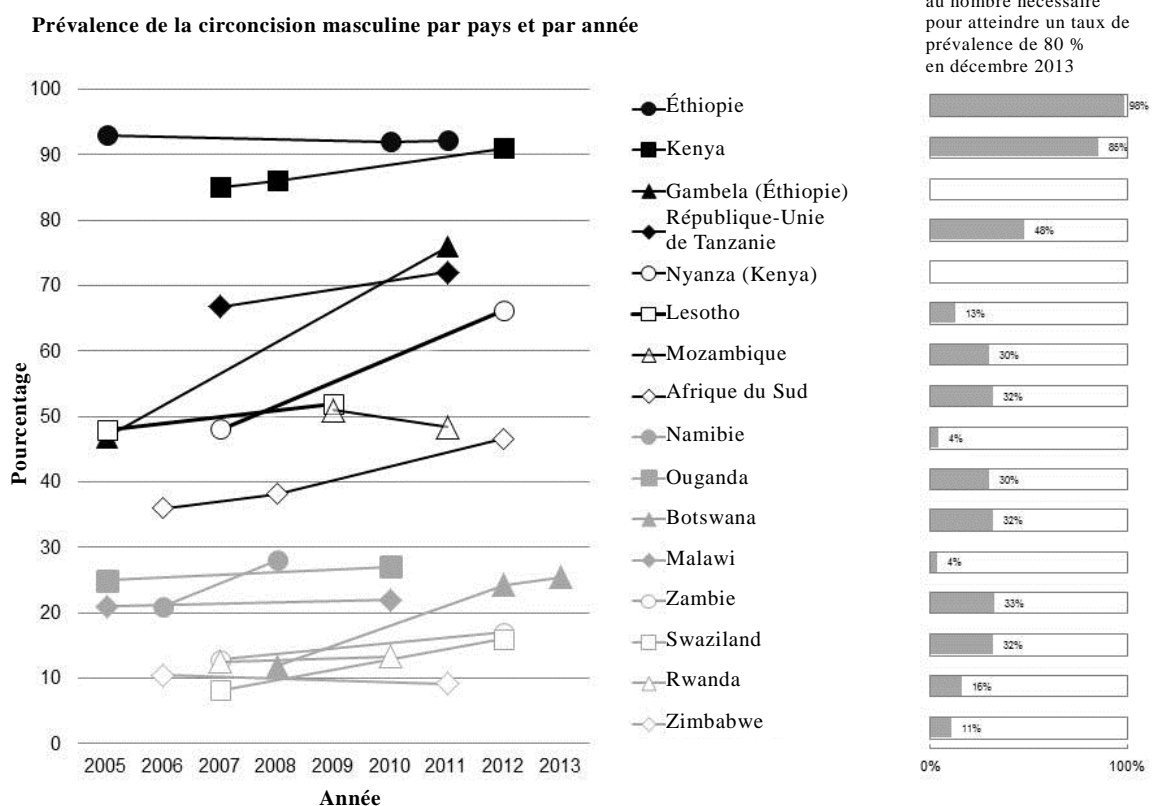
12. La plus grande acceptation du test de dépistage volontaire du VIH a permis à un plus grand nombre de personnes vivant avec le virus de connaître leur statut sérologique (48 % en 2013), en particulier dans les pays où le taux d'infection est le plus élevé [1]. Les personnes qui connaissent leur statut accèdent de plus en plus souvent au traitement, et la thérapie antirétrovirale s'avère un puissant moyen de réduire les taux de transmission sexuelle. Le traitement comme prévention et la prophylaxie préexposition se révèlent des moyens efficaces de prévention, permettant de réduire les taux d'acquisition et de transmission de 96 % [4] et 86 % [5], respectivement.

13. La fourniture en plus grand nombre de préservatifs masculins et féminins a également permis de réduire fortement la transmission sexuelle, même s'il reste encore à faire dans ce domaine. Les rapports de pays établis pour le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida » en 2014 montrent que les taux d'utilisation du préservatif, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, seraient en hausse au Congo, au Malawi, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie, ce qui est encourageant. Toutefois, en Afrique du Sud où des études antérieures avaient établi un lien entre la réduction de l'incidence du VIH dans le

pays et le recours plus fréquent au préservatif [6], la dernière enquête nationale fait apparaître une réduction inquiétante de l'usage de ce moyen de prévention.

14. Depuis ces deux dernières années, on assiste à une forte progression de la pratique volontaire de la circoncision médicale chez les hommes, une intervention qui pourrait, à elle seule, permettre d'éviter une nouvelle infection sur cinq dans les pays prioritaires (voir fig. II) [2]. Environ un million d'hommes ont été circoncis en 2013 et près de 6 millions vivant dans 14 pays prioritaires avaient subi cette intervention à la fin de cette même année [2]. Bien que cette pratique ait été renforcée dans tous les pays à risque, l'ampleur et le rythme de la progression varient fortement d'un pays à l'autre. L'Éthiopie et le Kenya, où les efforts ont porté sur des provinces spécifiques, sont les pays qui se sont le plus rapprochés de l'objectif de 80 % d'hommes circoncis. Plusieurs autres pays prioritaires sont toutefois à la traîne. Ainsi, par exemple, le Malawi et la Namibie ont rempli moins de 5 % de l'objectif.

Figure II
Prévalence de la circoncision masculine dans 14 pays prioritaires de 2005 à 2013 et taux de réalisation de l'objectif de 80 % d'hommes circoncis en 2013



Source : ONUSIDA, analyse établie à partir des données figurant dans le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et dans les enquêtes nationales.

Note : Aucune donnée n'était disponible pour le Soudan du Sud et la République centrafricaine.

15. Si on observe globalement un progrès dans la réduction de la transmission sexuelle du VIH, ce constat masque cependant des disparités entre les pays et les régions et l'objectif de 50 % de réduction ne devrait pas être atteint. En Asie centrale et en Europe orientale, le nombre de nouvelles infections a augmenté de 5 % entre 2005 et 2013, et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, le nombre de nouvelles infections chez les adultes a progressé de 31 % [2].

16. Les taux d'infection dans les populations à risque sont élevés presque partout dans le monde. De fait, environ 40 % de toutes les nouvelles infections chez les adultes dans le monde touchent les personnes appartenant aux principales populations à risque et leurs partenaires intimes [7]. Dans de nombreux pays, en raison de toute une série de barrières sociales et structurelles empêchant l'accès à la prévention du VIH/sida, au dépistage de la maladie, au traitement et aux services de soins, le taux de transmission est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les cadres juridiques répressifs contribuent également à la marginalisation de certains groupes, ce qui crée des obstacles dans l'accès aux services relatifs au VIH/sida, à la santé et aux droits en matière de procréation et de sexualité, et accroît la transmission au sein des populations à risque.

17. Il faut de toute urgence accélérer l'élaboration et la mise à disposition de programmes de prévention du VIH (prévoyant des interventions sur les plans biologique, comportemental, structurel et social) qui ciblent les populations à risque laissées pour compte de la lutte contre le sida, en recentrant les efforts sur les principales zones où les progrès sont lents. Il ressort des évaluations des programmes nationaux de protection sociale que les transferts en espèces contribuent à prévenir les infections par le VIH en réduisant les comportements sexuels à risque, en particulier chez les femmes et les filles [8]. Ainsi, au Malawi, un dispositif prévoyant le transfert mensuel de 10 dollars des États-Unis aux filles et jeunes femmes célibataires âgées de 13 à 22 ans a conduit à une réduction de 60 % du risque d'infection à VIH [9]. Il est également nécessaire d'intensifier le recours aux techniques traditionnelles utilisées pour changer les comportements comme l'éducation par les pairs, en les complétant par la diffusion de messages dans les médias, une éducation sexuelle complète et d'autres mesures de prévention comme la fourniture de préservatifs en plus grand nombre.

B. Diminuer de moitié la transmission du VIH chez les usagers de drogues injectables d'ici à 2015

18. On estime le nombre d'usagers de drogues injectables dans le monde à près de 12,7 millions de personnes et ce mode de consommation est pratiqué dans presque tous les pays du monde [10]. Sur ce total, environ 1,7 million, soit 13 %, vivent avec le VIH [1]. Dans 30 pays où des enquêtes ont été menées en 2013, la prévalence du VIH était plus élevée chez les usagers de drogues injectables du sexe féminin que chez ceux du sexe masculin (13 % contre 9 %) [11].

19. La prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables est actuellement 28 fois supérieure [1] à celle du reste de la population adulte, ce qui en fait un groupe à haut risque qui doit faire l'objet d'une action renforcée et coordonnée afin d'accélérer les progrès.

20. La diminution du nombre de nouvelles infections chez les usagers de drogues injectables reste au mieux modérée (10 % à l'échelle mondiale entre 2010 et 2013) [1].

C'est en Thaïlande, en Ukraine et au Vietnam que la baisse la plus marquée a été constatée, alors que dans certains pays d'Asie et du Pacifique, d'Asie centrale et d'Europe orientale, la lenteur des progrès s'est accompagnée d'une augmentation apparente de la prévalence du VIH dans ce groupe (entre 18 % et 31 %) [1].

21. Même si les études scientifiques ont clairement démontré l'effet des programmes de réduction des risques (distribution d'aiguilles et de seringues stériles, traitement de substitution aux opiacés) sur la prévention de l'infection à VIH chez les usagers de drogues injectables, il reste difficile, dans plusieurs pays, d'obtenir des engagements et des financements suffisants (en particulier au niveau national). Quarante-deux des 192 pays déclarent proposer des traitements de substitution aux opiacés, mais seulement 33 % font état d'un taux de couverture élevé [12]. Autrement dit, ces traitements ne sont susceptibles d'avoir une incidence sur le taux de transmission du VIH chez les usagers de drogues injectables que dans environ 26 pays du monde [13].

22. À l'échelle mondiale, la distribution d'aiguilles et de seringues stériles représente moins de 20 % des besoins, toutes régions confondues : moins de deux aiguilles et seringues propres sont distribuées en moyenne par usager de drogues injectables alors qu'il en faudrait 100 fois plus, soit 200 aiguilles propres par an par usager de drogues injectables [14].

23. La possession et l'usage de drogues étant criminalisés dans la plupart des pays du monde, les politiques en la matière relèvent invariablement d'une logique répressive et non sanitaire. Cette situation dissuade et parfois empêche les usagers de drogues injectables d'accéder aux services de santé (prévention, dépistage, traitement et prise en charge relatifs au VIH/sida, santé et droits en matière de sexualité et de procréation). Selon les estimations de la Banque mondiale, seule 1 personne vivant avec le VIH et consommant des drogues injectables sur 10 environ bénéficie d'un traitement antirétroviral [1]. Il est également démontré que la criminalisation entraîne des violations des droits de l'homme dans de nombreux pays. Au Cambodge, en Chine, en Malaisie et au Vietnam, de nombreux usagers de drogues sont soumis à des traitements contre leur gré en prison ou dans des centres de détention pour toxicomanes. Or, la privation de liberté accroît encore le risque de transmission du VIH. Parfois, la prévalence du virus parmi les prisonniers est 50 fois supérieure à celle qui prévaut dans la population générale [14]. Sans accès ou presque aux préservatifs, aux aiguilles et aux seringues stériles ou encore aux traitements de substitution aux opiacés, les détenus sont en effet souvent conduits à avoir des rapports sexuels non protégés et à pratiquer des injections à haut risque. La crainte de la répression policière peut également dissuader les usagers de drogues de prendre des mesures de réduction des risques, lesquelles pourraient éveiller les soupçons ou dévoiler leurs activités.

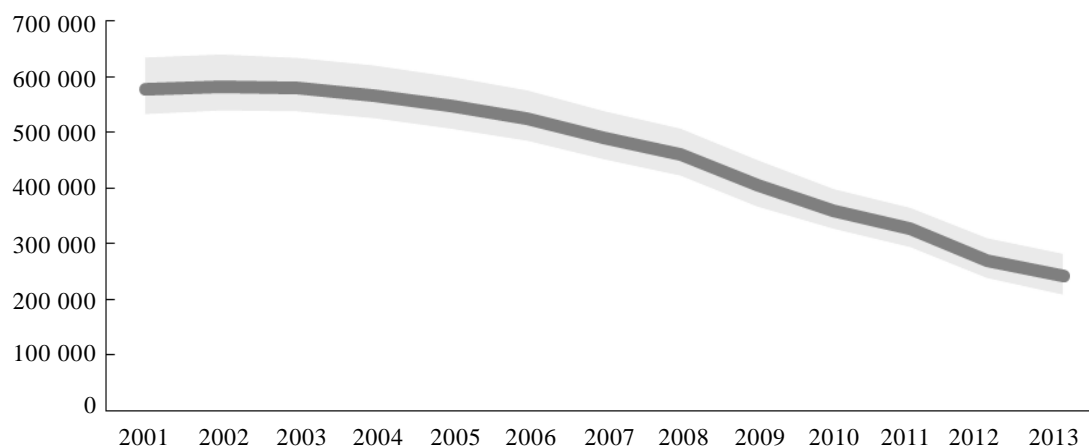
24. Tous ces facteurs font que les progrès dans la réalisation de l'objectif de réduction de moitié de la transmission du VIH chez les usagers de drogues injectables d'ici à 2015 sont lents. Il est urgent de remédier au manque de services accessibles, adaptés et de qualité en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues injectables, en prison comme dans la société. À cette fin, il faudra être résolu à investir davantage et à associer les usagers de drogues injectables à l'élaboration et à la fourniture de ces services, afin que ces derniers soient adaptés aux besoins de leurs bénéficiaires. La session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le problème mondial de la drogue, qui doit se tenir en 2016, est une

occasion unique de parvenir à un consensus sur des politiques en matière de drogue qui tiennent mieux compte des besoins des usagers de drogues injectables. Il est également urgent de renforcer fortement les divers programmes destinés aux usagers de drogues injectables : distribution d'aiguilles et de seringues, traitements de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance aux drogues fondés sur les faits, dépistage du VIH, conseils, et traitements antirétroviraux. Il est recommandé d'accorder une attention particulière aux femmes qui font usage de ce type de drogues, afin de réduire les vulnérabilités auxquelles elles sont exposées (stigmatisation, sévices et violences, notamment au sein du couple).

C. Éliminer les infections à VIH chez les enfants et réduire les décès maternels

Figure III

Tendance des nouvelles infections à VIH chez les enfants, 2001-2013



Source : Estimations d'ONUSIDA pour 2013.

25. À la suite de l'application des recommandations figurant dans 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, des progrès importants ont été accomplis sur la voie de l'élimination des nouvelles infections chez les enfants et de la réduction des décès maternels liés au sida (voir fig. III) [14]. Il s'agissait d'élargir, de façon coordonnée, la prestation de services complets en vue de : a) prévenir de nouvelles contaminations chez les femmes en âge de procréer; b) prévenir les grossesses non souhaitées parmi les femmes vivant avec le VIH; c) prévenir la transmission de la mère à l'enfant; et d) fournir des soins, des traitements et une assistance à long terme aux femmes vivant avec le VIH, ainsi qu'à leurs enfants et leur famille.

26. En 2013, 67 % des femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant; ce chiffre a augmenté de 13 % au cours du premier semestre de 2014 [2]. Ce traitement a permis de diminuer de 58 % les nouvelles infections chez les enfants dans le monde entre 2002 et 2013 [1]. On estime que, grâce à l'augmentation du nombre de

personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral, plus de 900 000 nouvelles infections chez les enfants ont été évitées entre 2009 et 2013 [1].

27. Ces progrès ont toutefois été irréguliers et des lacunes importantes subsistent concernant les services de prévention primaire du VIH à l'intention des femmes, notamment les besoins non satisfaits en matière de services de planification de la famille pour les femmes en âge de procréer et les femmes vivant avec le VIH, en particulier dans les pays les plus touchés. De plus, les femmes enceintes n'ont pas toutes accès au traitement antirétroviral et, dans de nombreux pays, elles ne bénéficient pas toutes d'un test de dépistage du VIH.

28. L'administration continue du traitement antirétroviral aux mères qui allaitent pendant la période postnatale reste un point à améliorer. ONUSIDA estime qu'en 2013, la transmission du VIH de la mère à l'enfant s'est produite, dans plus de la moitié des cas, au cours de l'allaitement; ce mode de transmission est désormais plus fréquent que la transmission au cours de la grossesse ou de l'accouchement. La prestation d'un traitement antirétroviral durant la période d'allaitement peut réduire le risque de transmission par cette voie. Il est nécessaire d'adapter rapidement les politiques relatives aux méthodes les plus efficaces, ce qui implique d'administrer le traitement à vie et d'apporter l'aide nécessaire pour que les mères poursuivent leur traitement, afin que les enfants nés de mères vivant avec le VIH puisse être allaités sans danger et que les mères puissent mener une vie saine.

29. Les enfants exposés au VIH ou vivant avec celui-ci sont délaissés par les services. En 2013, seuls 42 % des enfants exposés au VIH ont eu accès aux services de diagnostic précoce avant l'âge de 2 mois et seule la moitié des enfants qui ont été soumis à ces tests de dépistage ont reçu les résultats [11]. Quant aux enfants vivant avec le VIH, ils n'ont pas tous accès aux traitements : l'accès au traitement antirétroviral pédiatrique est bien plus restreint que celui au traitement destiné aux adultes. À l'échelle mondiale, seuls 24 % des enfants vivant avec le VIH – soit 762 921 au total – bénéficient d'un traitement, contre 38 % des adultes [1]. Les questions liées à la mise au point des traitements antirétroviraux, consistant à trouver, par exemple, les doses et le goût appropriés, constituent toujours un défi. Ces questions ont été abordées en décembre 2014, lors de la trente-cinquième réunion du Conseil de coordination du Programme (CCP), au cours de laquelle le Conseil a demandé à l'ONUSIDA 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.

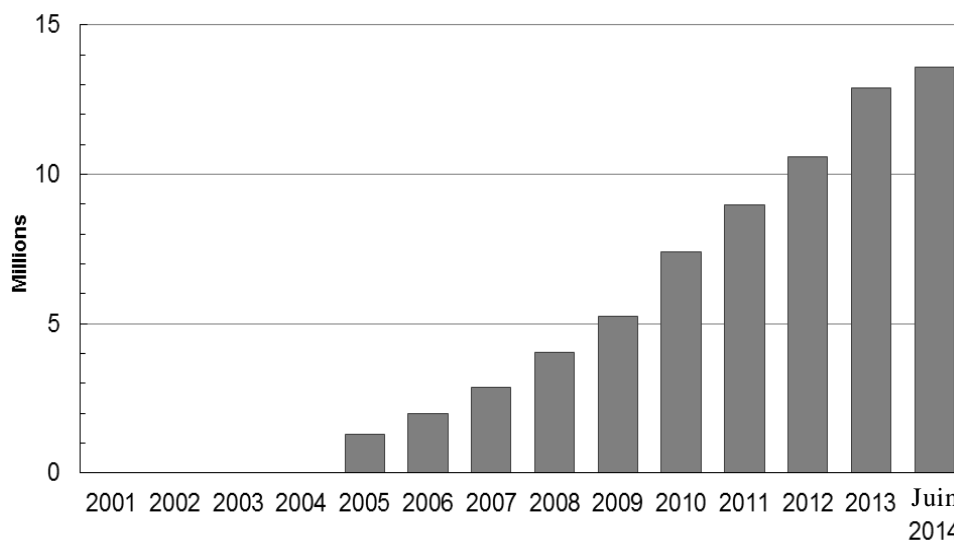
30. Le nombre de nouveaux cas d'enfants infectés par le VIH ne pourra être réduit que si des efforts supplémentaires sont déployés pour prévenir la contamination de femmes en âge de procréer et mieux répondre à la demande insatisfaite de planification familiale pour les femmes vivant avec le VIH. L'application effective et rapide des directives de l'Organisation mondiale de la Santé de 2013 sur la prévention et le traitement des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants, associée à une augmentation spectaculaire de la prévention de la transmission materno-fœtale, pourrait avoir pour effet une diminution significative du risque de transmission du VIH aux nourrissons, qui serait ramené à moins de 5 % [15], ainsi qu'une baisse de la mortalité maternelle. L'objectif devrait être atteint plus facilement en favorisant l'accès aux diagnostics et traitements des nourrissons et des enfants; pour cela, de meilleurs systèmes et mécanismes de santé

seront nécessaires, de sorte que ni les enfants ni les mères ne soient négligés au cours des soins postnatals.

D. Mettre sous traitement antirétroviral 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015

Figure IV

Personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale, tous pays confondus, de 2005 à juin 2014



Source : ONUSIDA, Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida, mi-2014.

31. Depuis 1995, les traitements antirétroviraux ont permis d'éviter 7,6 millions de décès dans le monde, et ont engendré un gain de 40,2 millions d'années de vie depuis le début de l'épidémie [1]. Grâce à des efforts intensifs pour mettre à profit les bienfaits thérapeutiques et préventifs du traitement antirétroviral, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont à présent accès à ce traitement vital a nettement augmenté. À la fin du mois de juin 2014 (voir fig. IV), 13,6 millions de personnes dans le monde 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. L'élargissement de la portée de ces traitements a été particulièrement important dans les régions qui en ont le plus besoin, telles que l'Afrique subsaharienne, qui compte trois personnes sur quatre actuellement sous traitement.

32. Si l'on peut espérer atteindre l'objectif des 15 millions, les progrès n'ont pas été les mêmes dans toutes les régions du monde et des inégalités importantes subsistent. Trois personnes vivant avec le VIH sur cinq, soit 22 millions, n'ont pas accès au traitement antirétroviral [3]. Bien que ces chiffres soient en train de s'améliorer, les enfants et les adolescents sont très peu pris en charge : trois enfants vivant avec le VIH sur quatre ne reçoivent aucun traitement. Certains des principaux groupes de population, comme les femmes, éprouvent des difficultés à accéder et/ou adhérer au traitement, en raison des obstacles suivants : un accès insuffisant aux

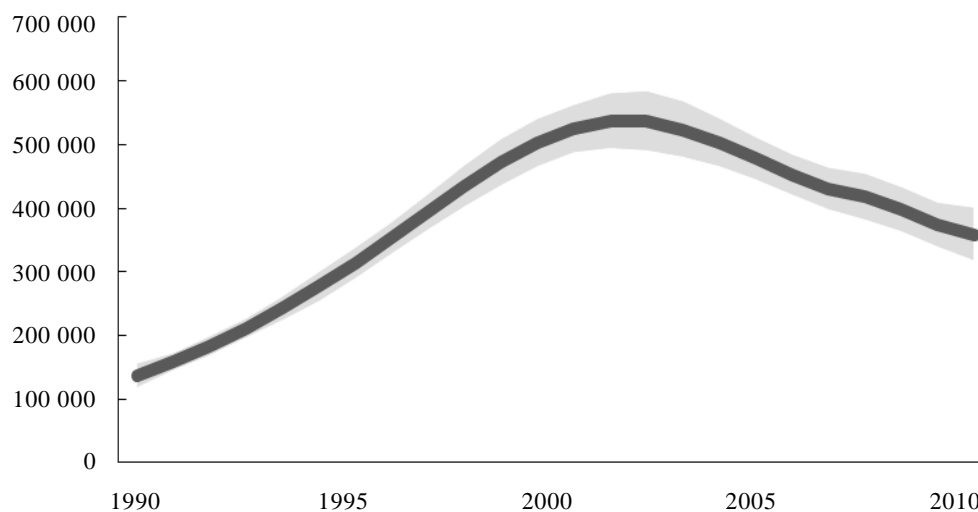
services, des lois punitives, la criminalisation des comportements, l'inégalité entre les sexes, la pauvreté, la peur, la stigmatisation et la discrimination.

33. Plusieurs facteurs limitent l'accès des personnes vivant avec le VIH au traitement antirétroviral : le coût (notamment celui du traitement pédiatrique), la nécessité de garantir des traitements adéquats, sans interruption, de haute qualité et peu coûteux et celle de faire face aux obstacles sociaux, juridiques et relatifs aux droits de l'homme. De plus, le virus n'est pas assez diagnostiqué : 52 % des personnes vivant avec le VIH ignorent leur état [1] et ceux dont le diagnostic a été positif n'ont pas nécessairement accès aux techniques de mesure de la charge virale [11].

34. Il est nécessaire d'élargir rapidement l'accès aux traitements à long terme au cours des cinq prochaines années afin de progresser plus rapidement vers l'élimination de l'épidémie du sida, notamment chez les femmes et les filles (et les femmes qui allaitent en particulier), les adolescents et les enfants, les usagers de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe. À cette fin, de nouveaux objectifs relatifs aux traitements contre le VIH pour l'après-2015 ont été annoncés lors de la vingtième Conférence internationale sur le sida en 2014. La nouvelle cible « 90-90-90 » prévoit qu'à l'horizon 2020 : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes séropositives diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral durable et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral présentent une suppression virale durable. La réalisation de ces objectifs suppose de renforcer les systèmes de santé de façon substantielle, de concentrer les investissements sur les interventions les plus efficaces et d'élargir l'accès aux soins spécifiques à tous ceux qui jusqu'ici en ont été privés.

E. Réduire de moitié le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015

Figure V
Décès sur la durée chez les personnes vivant avec le VIH/la tuberculose, 1990-2012



Source : OMS, *Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*.

35. Le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH continue de diminuer à l'échelle mondiale, avec 360 000 décès en 2013, ce qui représente une baisse de 36 % [1] depuis le pic de 2004 (voir fig. V). Cependant, il paraît improbable que l'objectif d'une réduction de moitié du nombre de décès soit atteint au niveau mondial d'ici à 2015.

36. En 2013, 2,9 millions de personnes atteintes de tuberculose ont reçu un diagnostic de VIH : la couverture des services de dépistage a donc été multipliée par 15 depuis 2004. La couverture des services de dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH varie très largement d'une région et d'un pays à l'autre, allant de 2 % en Indonésie à 98 % au Rwanda. Entre 2012 et 2013, à l'échelle mondiale, l'augmentation du taux de personnes atteintes de tuberculose qui bénéficient d'un dépistage du VIH s'est infléchi [16].

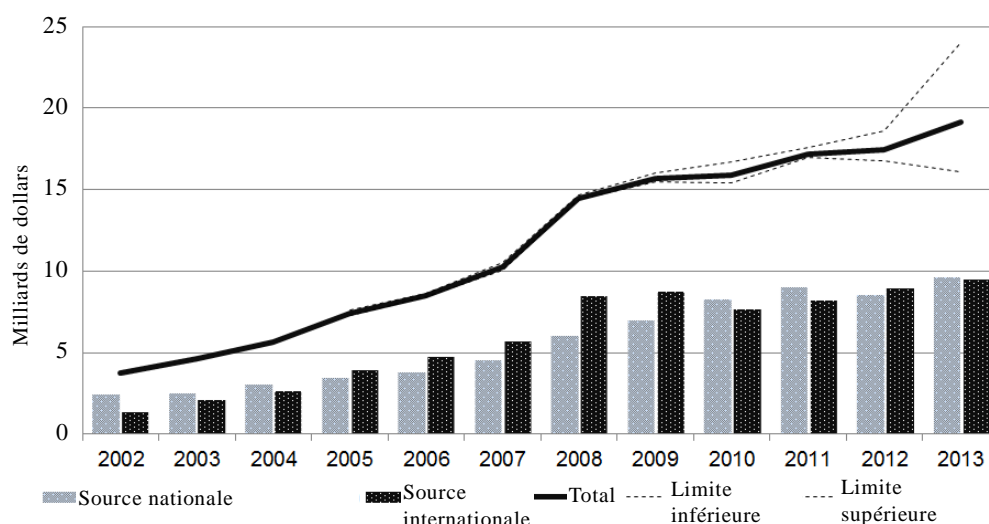
37. Le risque de coïnfection par la tuberculose demeure bien plus grand pour les personnes vivant avec le VIH : il est 29 fois plus élevé que dans le reste de la population adulte mondiale. En 2013, sur les 9 millions de personnes atteintes de tuberculose dans le monde, 1,1 million (13 %) étaient porteuses du VIH. Parmi celles-ci, seules 32 % avaient commencé un traitement antirétroviral, ce qui prouve que des efforts supplémentaires doivent être entrepris pour généraliser le dépistage et les traitements [16].

38. Des innovations s'imposent de toute urgence afin de donner un nouvel élan aux mesures de lutte contre la coïnfection tuberculose/VIH, en améliorant la portée, le respect des délais et l'efficacité des programmes de dépistage et de traitement de

la tuberculose pour les personnes atteintes du VIH. Les systèmes de santé doivent appliquer les recommandations de l'OMS concernant la prestation de services intégrés de lutte contre la tuberculose et le sida, notamment par les moyens suivants : administrer un traitement préventif antirétroviral et au cotrimoxazole à toutes les personnes concernées, et mettre en place des services de prévention du VIH destinés aux personnes atteintes de tuberculose, ainsi qu'un traitement préventif à l'isoniazide destiné aux personnes porteuses du VIH qui n'ont pas développé de tuberculose évolutive.

F. Comblent le fossé observé dans le monde en ce qui concerne les ressources disponibles consacrées à la lutte contre le sida d'ici 2015

Figure VI
Financement consacré à la lutte contre le sida sur la durée, provenant de sources nationales et internationales (estimations pour les pays à revenu faible et intermédiaire), 2002-2013



Source : Estimations d'ONUSIDA pour 2014.

39. Si les investissements dans la lutte contre le sida sont restés fixes entre 2011 et 2012, ils ont atteint 19,1 milliards de dollars dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à la fin de l'année 2013, ce qui représente une hausse de 250 millions de dollars des États-Unis [2]. Cette augmentation des ressources résulte d'un faible accroissement de l'aide internationale, notamment de la part du Gouvernement des États-Unis et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui s'ajoute à un financement soutenu par les pays concernés.

40. Entre 2006 et 2013, près de 75 pays à revenu faible ou intermédiaire ont augmenté de plus de 50 % leurs investissements dans la lutte contre le sida. Toutefois, l'augmentation des financements publics nationaux a été ralentie par le fait qu'un certain nombre de pays ont réduit leurs dépenses, soit à cause de la

faiblesse des cours des produits de base, soit en raison d'obstacles économiques aux dépenses publiques.

41. En décembre 2014, plusieurs pays envisageaient ou mettaient en œuvre des plans d'investissements durables pour la lutte contre le sida, notamment en recentrant les financements en direction des actions les plus efficaces telles que celles qui visent des populations et zones géographiques clefs, en renforçant les engagements à augmenter les dépenses nationales pour lutter contre le sida et en prenant en compte les mécanismes de financement innovants. La répartition de l'effort sur l'ensemble des secteurs public et privé, en faisant appel aux différentes branches d'activité pour alimenter des crédits budgétaires prédéfinis destinés à la lutte contre le sida, est mise à profit dans un certain nombre de pays africains, avec des résultats positifs notoires au Lesotho et au Swaziland [17].

42. Le manque de sources de financement stables dans de nombreux pays pour lutter contre le sida et les prévisions de stagnation de l'aide internationale constituent des freins à l'amélioration de la situation et menacent d'entraver la progression des services de lutte contre le VIH. Alors que les versements réellement effectués dans le monde ont légèrement augmenté en 2013, les promesses de nouveaux financements auxquels se sont engagés les donateurs habituels ont diminué de 3 % [18] et il existe toujours une différence notable entre les besoins et les investissements consacrés à la lutte contre le sida.

43. Il est nécessaire d'intensifier les efforts pour dégager les fonds nécessaires, réduire les coûts et réaliser des gains d'efficacité, afin de parvenir rapidement à l'éradication de l'épidémie de sida. Pour réaliser les objectifs relatifs aux investissements, il faut trouver des mécanismes de financement supplémentaires novateurs, stables, durables, progressifs et sans effets pervers sur le développement économique, politique et social. Il serait également judicieux d'exploiter le potentiel du secteur privé en matière de financement afin de combler le manque de ressources.

G. Éliminer les inégalités entre les sexes ainsi que les atteintes et les violences sexistes, et accroître la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH

44. Le VIH continue d'avoir des répercussions disproportionnées sur les femmes, particulièrement dans les régions et les pays les plus touchés. En effet, le VIH est la première cause de mortalité dans le monde chez les femmes en âge de procréer. En 2013, à l'échelle mondiale, 64 % des nouvelles infections chez les jeunes (15 à 19 ans) ont touché des filles [1]. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont deux fois plus de risques d'être contaminées que les jeunes hommes du même âge. Les risques sont encore plus élevés pour les travailleuses du sexe, les femmes transgenres et les femmes qui s'injectent – ou dont le partenaire s'injecte – des drogues par voie intraveineuse, étant donné que les taux d'infection au VIH et les indices de violences sont plus élevés au sein de ces groupes que parmi le reste de la population.

45. Dans certaines situations, les normes sexistes nuisibles ainsi que les attitudes discriminatoires persistantes contribuent à la vulnérabilité des femmes face à l'infection par le VIH. L'incitation aux relations sexuelles forcées et non protégées,

la multiplication des partenaires pour les hommes et le pouvoir exercé sur les femmes par la violence sont autant d'attitudes qui empêchent les femmes d'exercer leurs droits à la santé sexuelle et d'avoir accès aux soins, tant en ce qui concerne le VIH que dans les autres domaines de la santé procréative et sexuelle. Les inégalités d'accès à l'éducation, notamment dans les domaines de la sexualité et de la prévention du VIH, les difficultés à obtenir un emploi et des revenus réguliers, le manque de sécurité économique ainsi que les violences et la peur qui en découle sont des facteurs qui augmentent encore la vulnérabilité des femmes face à l'infection par le VIH. À cause de cette situation, qui entrave également la diffusion des informations et les échanges sur le VIH, certaines femmes se trouvent conduites à pratiquer des activités à haut risque, telles que le commerce sexuel.

46. Les atteintes et les violences sexistes sont courantes dans de nombreuses parties du monde, notamment dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ou dans les régions où les conflits sont récurrents. Selon un rapport de l'OMS paru en 2013, une femme sur trois dans le monde dit avoir subi des violences, sexuelles ou non, au sein de son couple [21]. Les atteintes et les violences sexistes touchent aussi les hommes et les garçons (notamment les hommes transgenre) dont le comportement est considéré comme non conforme à leur sexe. Dans certains pays, le viol homophobe ou « viol punitif » peut être infligé à des hommes et à des femmes en raison de leur orientation ou identité sexuelle supposée.

47. Des études ont révélé un lien entre la fréquence des violences à l'égard des femmes, notamment les violences sexuelles et au sein du couple, et l'élévation du risque pour les femmes d'être contaminées par le VIH [20]. Ces études révèlent également que les femmes porteuses du VIH sont plus susceptibles de subir des violences en raison de leur statut. Au cours d'une enquête réalisée au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord auprès de 191 femmes porteuses du VIH, 50 % ont dit avoir subi des violences au sein de leur couple [21]. Les femmes porteuses du VIH subissent d'autres formes de violence, notamment institutionnelles, ainsi que des violations de leurs droits : elles risquent par exemple de subir une stérilisation ou des avortements forcés (parfois comme une condition pour recevoir un traitement antirétroviral) ou se voir refuser des soins en matière de procréation, tels que les services de planification de la famille.

48. Si l'objectif d'éliminer les inégalités entre les sexes et la violence sexiste est loin d'être atteint, des progrès fragiles mais réels ont été obtenus. En 2013, sur les 109 pays qui ont communiqué des données, 100 ont déclaré que l'élimination des inégalités entre les sexes était une priorité nationale, et la proportion des pays ayant adopté des politiques, lois et règlements visant à réduire les violences à l'égard des femmes, notamment les violences sexuelles, est passée de 90 % en 2012 à 92 % en 2014 [22]. En 2012-2013, le rôle moteur des femmes et des filles porteuses du VIH dans la lutte a également été renforcé dans 68 pays, et certains pays ont augmenté le financement national en faveur de l'engagement des hommes à favoriser l'égalité entre les sexes. Cependant, la part des pays faisant état d'une participation des femmes porteuses du VIH 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 [22].

49. Les engagements pris par les pays sont encourageants; cependant, il est urgent de les traduire par des actions robustes et concrètes. Il est nécessaire d'intensifier les actions menées à l'échelle nationale et internationale afin de protéger les femmes et

les filles des violences sexuelles et sexistes, et de miser sur l'implication et le pouvoir décisionnel des femmes dans les futures stratégies de lutte contre le sida. Des études révèlent que l'autonomisation économique des femmes augmentent leur pouvoir de négocier des rapports sexuels protégés, et contribue à améliorer leur accès et leur capacité à payer le dépistage du VIH, les services d'orientation ainsi que le traitement antirétroviral [25]. Il faut donc en priorité donner aux femmes un rôle de « facteur de changement » en leur réservant une place au sein des instances où se décident les programmes essentiels et en encourageant la mobilisation communautaire.

H. Éliminer la stigmatisation, la discrimination, les lois et les pratiques répressives (promouvoir les lois et mesures garantissant le plein exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales)

50. Si les données provenant de pays dont plusieurs programmes d'enquêtes démographiques et sanitaires sont disponibles indiquent une hausse de la proportion d'attitudes tolérantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH, qui passe d'une moyenne de 37 % à 51 % chez les femmes et de 45 % à 55 % chez les hommes, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH demeurent courantes dans de nombreux pays du monde.

51. La stigmatisation et la discrimination, de même que les lois, mesures et pratiques répressives, encouragent de graves violations des droits de l'homme, sèment la peur et empêchent les personnes à risque d'infection à VIH, ainsi que celles vivant avec le VIH, d'accéder à une protection et à des réparations juridiques, à l'information et aux services dont elles ont besoin. Du fait de la stigmatisation et de la discrimination, les personnes vivant avec le VIH ainsi que les populations clefs et à risque sont privées de soins de santé, se voient refuser ou retirer des emplois ou des possibilités en matière d'éducation et sont ostracisées par leur famille et leurs communautés. Une personne sur huit vivant avec le VIH déclare avoir été privée de soins de santé et une sur neuf s'est vue refuser un emploi en raison de sa séropositivité. L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH révèle que ces personnes connaissent des taux de chômage trois fois plus élevés que les taux nationaux [1].

52. La criminalisation des populations clefs, elle aussi, demeure répandue. Une proportion de 60 % des pays déclarent appliquer des lois, règlements ou mesures constituant des obstacles à la prévention et au traitement efficaces du VIH ainsi qu'aux soins et au soutien aux populations clefs et aux groupes à haut risque. Soixante-dix-neuf pays érigent en infraction pénale les relations sexuelles entre personnes du même sexe, tandis que la plupart des pays érigent en infraction au moins un aspect du travail du sexe et de l'usage des drogues. Plus de 60 pays possèdent des lois qui érigent spécifiquement en infraction le fait d'exposer quelqu'un au virus, de le lui transmettre ou de ne pas lui divulguer sa séropositivité. Dans au moins 49 pays, des personnes vivant avec le VIH ont été poursuivies pour des faits peu précis, notamment pour des actes qui ne posaient pas de risque de transmission du virus.

53. Des études montrent que la crainte de la stigmatisation et de la discrimination, qui peut également être liée à la peur de la violence, décourage de nombreuses

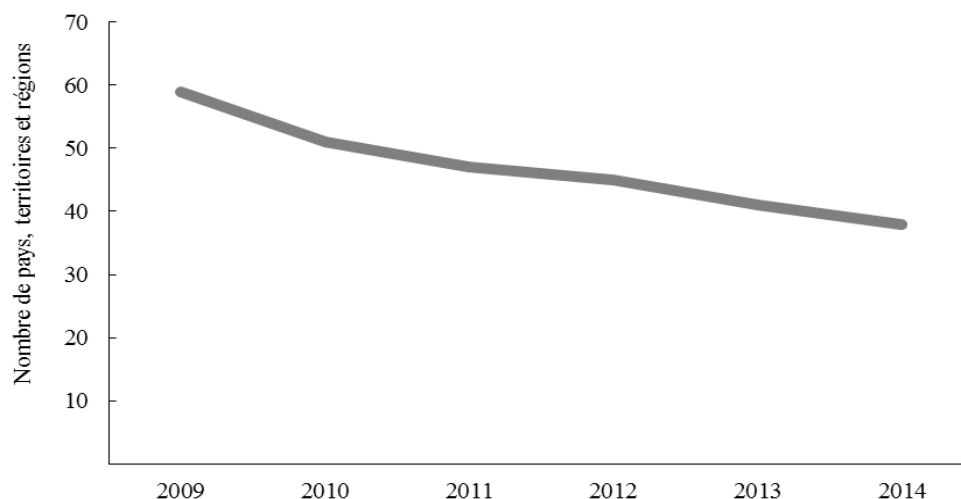
personnes vivant avec le VIH de révéler leur séropositivité, y compris à leur famille et à leurs partenaires sexuels, ce qui compromet leur capacité et leur volonté de bénéficier d'un traitement et de le suivre. En outre, là où des lois répressives en matière de travail du sexe sont en vigueur, les travailleurs du sexe ont moins de connaissances concernant le VIH et d'accès aux services tandis que la prévalence du virus est plus élevée [24].

54. Dans de nombreux pays, les programmes nationaux relatifs au VIH accordent une plus grande attention à la question des droits de l'homme tout en visant l'objectif zéro discrimination. Par exemple, dans leurs programmes nationaux, le Maroc et la Thaïlande ont adopté des objectifs concrets centrés sur la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de l'homme, ainsi que sur l'adhésion aux principaux programmes relatifs aux droits de l'homme prévus dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida. Sur 109 pays, 103 au total ont fait de l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination une priorité nationale et 61 % ont déclaré posséder des lois contre la discrimination qui protègent les personnes vivant avec le VIH [25].

55. Il faut prendre d'urgence des mesures afin de revoir les cadres généraux et juridiques pour les mettre en conformité avec les obligations en matière de droits de l'homme et les instruments internationaux relatifs aux droits du travail. Les programmes destinés à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH doivent participer à l'autonomisation sociale et économique des personnes vivant avec le VIH ou touchées par le virus, en particulier les femmes et les filles, qui subissent souvent un ou plusieurs types de stigmatisation et de discrimination. Ces programmes devraient être appliqués de façon à promouvoir l'égalité, la non-discrimination, la responsabilité et la participation des populations clefs et des personnes vivant avec le VIH.

I. Éliminer les restrictions relatives au VIH concernant l'entrée, le séjour et la résidence

Figure VII
Nombre de pays, territoires et régions appliquant une restriction des déplacements liée au VIH, au fil du temps



Source : ONUSIDA, 2014.

56. La Déclaration politique de 2011 a fait de l'élimination des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH une priorité essentielle dans le cadre de l'objectif zéro discrimination (voir fig. VII). Grâce à l'appui technique et à l'engagement politique d'ONUSIDA, en 2014, trois pays de différentes régions (Australie, Comores et Tadjikistan) ont levé leurs restrictions ou fait clairement savoir qu'ils n'en imposaient pas, rejoignant ainsi 140 pays, territoires et régions ne posant pas de restrictions aux voyages liés au VIH.

57. Si la liberté de mouvement des personnes vivant avec le VIH se généralise, il reste néanmoins 38 pays, territoires et régions qui maintiennent, sous une forme ou une autre, des restrictions aux voyages liées au VIH. Parmi ceux-ci, 18 autorisent l'expulsion des étrangers dont il est découvert qu'ils vivent avec le VIH [26]. Les travailleurs migrants sont particulièrement touchés par les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH. De nombreux pays du Moyen-Orient, par exemple, imposent un dépistage du VIH aux travailleurs migrants voulant obtenir ou renouveler un visa de travail. Ces pratiques, en plus de nuire au recrutement ouvert à l'international et de mettre en péril les efforts déployés au niveau national pour lutter contre le VIH, portent atteinte aux droits à la santé, au respect de la vie privée et à la dignité.

58. Il est nécessaire d'accélérer les réformes juridiques et réglementaires dans les pays qui maintiennent ces restrictions.

J. Tenir davantage compte du VIH (dans l'action en matière de santé et de développement à l'échelle mondiale)

59. Des progrès considérables ont été accomplis dans l'élimination des systèmes parallèles grâce à l'intégration du VIH dans les systèmes généraux de santé et l'action en matière de développement. Dans de nombreux pays, des mesures ont été mises en place afin de rattacher les services liés au VIH à ceux relatifs à la tuberculose, à la santé infantile et aux droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation, notamment la santé maternelle, la planification de la famille, les maladies sexuellement transmissibles, le cancer du col de l'utérus et les violences sexistes. Au Rwanda, les activités visant à éliminer la transmission mère-enfant du VIH ont entraîné le rattachement des services relatifs au VIH à ceux liés aux droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation, permettant ainsi de fournir au sein d'un même établissement de soins des services de santé aux mères et aux nouveau-nés, de planification de la famille, de consultation en matière de VIH et de dépistage, de traitement antirétroviral et de lutte contre les violences sexistes et les maladies sexuellement transmissibles.

60. Malgré un engagement prometteur en faveur de l'intégration, des efforts restent à faire, les pays se situant encore à différentes étapes du processus. Une détermination et un engagement plus forts en faveur de l'élimination des systèmes parallèles sont nécessaires, ainsi qu'une planification et une mise en œuvre concertées, des investissements pour le lancement de services intégrés (notamment destinés aux infrastructures, à la formation, à la gestion, au suivi et à l'évaluation) et des collaborations renforcées entre les différents secteurs. Les services relatifs au VIH, notamment le traitement antirétroviral, doivent être davantage rattachés au traitement des maladies non transmissibles. Il est également nécessaire de renforcer les liens entre les services relatifs au VIH et les secteurs qui ne relèvent pas de la santé, notamment la protection sociale, l'emploi, la sécurité alimentaire, les droits de l'homme, l'application des lois et la justice, la réduction de la pauvreté, l'éducation et les services sociaux.

61. Tandis que la prise en compte du VIH dans les programmes de santé et de développement progresse, il faut poursuivre l'application de mesures ciblées afin de continuer de répondre aux besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH. Il importe également que les méthodes employées pour l'intégration des services tiennent compte des épidémies et des populations touchées de chaque pays, afin de prendre des mesures adaptées au contexte local.

IV. Contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

62. La promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes font partie intégrante de la lutte mondiale contre le sida. S'il reste beaucoup de chemin à parcourir pour atteindre les objectifs en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes, les activités menées autour du VIH commencent à donner des résultats dans ce domaine. Par exemple, les transferts en espèce destinés à assurer l'autonomisation économique des femmes et des filles et à leur permettre de poursuivre leurs études influencent directement les comportements sexuels à

risque. D'autres efforts sont néanmoins nécessaires pour faire progresser l'autonomisation des femmes et lutter contre les obstacles structurels et les relations de pouvoir défavorables aux femmes et aux filles, qui influent sur leur aptitude à faire face au VIH. Il faut une action forte propre à permettre aux femmes et aux filles d'avoir accès à l'éducation et de poursuivre leurs études; aux femmes de se sentir en sécurité et d'être maîtresses de leur propre santé sexuelle et de participer dans une plus large mesure à la prise de responsabilité et de décisions et à la prestation de services; ainsi qu'à favoriser la promotion des droits des femmes au regard de la loi et de leur accès à la justice.

Objectif 4 : réduire la mortalité des enfants et objectif 5 : améliorer la santé maternelle

63. La lutte contre le sida a contribué à la réduction de la mortalité des enfants et à l'amélioration de la santé maternelle grâce à un certain nombre d'interventions de santé. L'intégration des services relatifs au VIH et de ceux portant sur les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation a joué un rôle clef dans les progrès effectués au titre de la cible 5B des objectifs du Millénaire pour le développement (Rendre l'accès à la médecine procréative universel). Toutefois, si les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans se sont améliorés grâce à une réduction de la transmission mère-enfant du VIH, beaucoup reste à faire pour garantir que les enfants vivant déjà avec le VIH reçoivent des traitements.

Objectif 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

64. L'utilisation accrue de préservatifs et le renforcement des connaissances sur le VIH, grâce au développement des programmes de modification des comportements, ont entraîné des progrès considérables dans la réalisation des cibles 6A et 6B. Malgré le nombre toujours sidérant d'enfants ayant perdu un ou deux parents à cause du sida (en 2013, ce chiffre a atteint 17,7 millions dans le monde, dont 15,1 millions d'enfants vivant en Afrique subsaharienne [3]), les investissements récents destinés à atténuer les conséquences du sida sur les familles et les populations ont donné des résultats impressionnants. Aujourd'hui, le taux de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans est quasiment égal à celui des non-orphelins.

V. Le sida dans la période de l'après-2015

Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030

65. Il est généralement reconnu que l'on dispose désormais d'outils pour faire de la fin de l'épidémie du sida d'ici à 2030 une possibilité réelle. Les simulations effectuées par ONUSIDA indiquent que les cinq prochaines années constituent un créneau qu'il sera vital d'exploiter afin de réaliser cet objectif, grâce à une action et à des investissements accélérés. Toutefois, l'inégalité des progrès, la persistance de la stigmatisation et de la discrimination, l'inégalité entre les sexes, l'existence de lois répressives, l'insuffisance et l'instabilité des financements et le manque de prévention, de traitement et de soins ciblés en matière de VIH à destination des populations clefs causent de nombreux laissés-pour-compte. Si la communauté mondiale ne parvient pas à adapter son action de manière à répondre aux besoins les

plus pressants, en accélérant ses efforts et en y mettant l'énergie nécessaire, l'épidémie pourrait revenir plus forte que jamais.

66. L'expérience prouve que le fait de fixer des objectifs ambitieux favorise les progrès et la responsabilisation et amène les parties prenantes à s'unir. À cette fin, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, en plus d'œuvrer avec les pays à la mise au point et à la réalisation de la cible de traitement « 90-90-90 », élabore des cibles complémentaires de prévention et de lutte contre la discrimination pour 2020. Si ces objectifs, ambitieux mais pas hors de portée, sont atteints, l'épidémie du sida en tant que menace pour la santé publique sera effectivement terminée d'ici à 2030, évitant 18 millions de nouvelles infections à VIH et 11,2 millions de décès [2].

67. Afin de susciter l'élan qui fera de la fin de la menace pour la santé publique que représente l'épidémie du sida une réalité, des investissements concentrés en début de période et des programmes de prévention à la croissance accélérée ciblant les populations et les lieux clefs sont nécessaires de toute urgence pour les cinq prochaines années. Ces programmes doivent comprendre la promotion d'une utilisation correcte et systématique du préservatif, des campagnes de circoncision médicale volontaire, des transferts en espèce et des campagnes de sensibilisation à destination des travailleurs du sexe, des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, des transgenres et des consommateurs de drogues injectables. En outre, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes et les couples sérodiscordants dans les régions à forte prévalence ainsi que les jeunes femmes dans les régions à très forte prévalence devront avoir un accès assuré à la prophylaxie avant l'exposition.

68. Pour répondre aux besoins dans les pays à faible revenu, on estime à 9,7 milliards de dollars les investissements annuels requis d'ici à 2020, tandis que dans les pays à revenu intermédiaire ces investissements doivent s'élever à 8,7 milliards de dollars. Afin d'atteindre ce niveau d'investissements, tous les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire doivent augmenter le financement national à hauteur du fardeau que constitue le VIH. Les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) devront se diriger vers un financement plus autonome de la lutte, bien que ceux pour lesquels le VIH représente une lourde charge auront toujours besoin d'un soutien considérable de la part des donateurs. Les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) devront quant à eux prendre des mesures immédiates afin de démarrer la transition vers un autofinancement de la lutte.

69. Afin de mettre fin à l'épidémie, une lutte ciblée, dynamique et durable, qui ne fasse pas de laissés-pour-compte, est nécessaire. Elle exige notamment un engagement de la part de toutes les parties prenantes en faveur de systèmes de santé flexibles et solides, de mécanismes de financement innovants et de l'allocation stratégique et rentable de fonds ciblant les personnes qui en ont le plus besoin ou qui sont le plus à risque, grâce à des interventions à forte incidence. Les priorités politiques à court terme doivent être revues afin de mettre en place des mesures et programmes offrant des retombées économiques et des résultats en matière de santé et de développement sur le long terme. Ces mesures et programmes doivent reposer sur la protection et la promotion des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, ainsi que sur les principes de solidarité mondiale et de partage des responsabilités. La réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur le VIH/sida, prévue en 2016,

sera une occasion cruciale de réaffirmer la détermination de la communauté internationale et de redoubler d'efforts pour venir à bout de l'épidémie.

Le sida et le programme de développement durable pour l'après-2015

70. Les futures retombées de l'accélération des investissements en faveur de la lutte contre le sida ne concernent pas uniquement l'épidémie du sida. Les investissements dans l'intégration et le renforcement des systèmes de santé motivés par la lutte contre le sida ont une incidence directe sur un ensemble d'autres problèmes de développement durable. L'éruption de la fièvre hémorragique Ebola en Afrique de l'Ouest a mis en évidence l'utilité des investissements dans les systèmes de santé liés au sida et de leur amélioration, ainsi que du savoir-faire des personnes engagées dans la lutte contre le sida. Le savoir-faire tiré de la lutte contre le sida a rapidement été mis à profit en 2014, grâce au transfert volontaire de personnel du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida vers les pays les plus durement touchés ainsi qu'aux missions du Secrétaire général de l'ONU, du Directeur exécutif du Programme commun et du Directeur exécutif adjoint chargé du Programme. Dans sa résolution 2013/11 du 22 juillet 2013, le Conseil économique et social s'est déclaré conscient de la valeur des enseignements tirés de l'action menée au niveau mondial pour lutter contre le VIH et le sida pour l'ensemble du programme de développement durable (par. 8), et également conscient que le Programme offrait aux Nations Unies un exemple utile de la façon de renforcer la cohérence stratégique, la coordination, l'orientation axée sur les résultats et l'impact au niveau des pays pour la période de l'après-2015 (par. 9).

VI. Recommandations

71. Pour tirer parti des succès passés et se saisir des possibilités à venir, les sources de financement internationales, les gouvernements nationaux, la société civile, le système des Nations Unies et les autres partenaires essentiels doivent s'engager à mener les actions suivantes :

- Les populations et les lieux précis qui sont actuellement laissés de côté doivent être placés au centre des efforts déployés dans la lutte contre le sida pour l'après-2015, de façon à garantir que les ressources et les programmes soient ciblés, adaptés aux besoins et fondés sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes. Les personnes vivant avec le VIH et les populations clefs doivent s'associer pleinement à la lutte contre le sida en participant activement au choix des priorités et à l'application des programmes;
- La grande attention accordée au sida devra être maintenue après 2015, afin de préserver et d'exploiter les bénéfices déjà recueillis et de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030 en saisissant la chance qui nous est offerte. Il s'agit donc, notamment, d'encourager les passerelles entre la lutte contre le sida et l'ensemble du programme de développement durable pour l'après-2015, en particulier les domaines de la réduction de la pauvreté, de la création d'emplois et de l'autonomisation des femmes et des filles;
- L'objectif zéro discrimination doit être rigoureusement respecté. Des indicateurs doivent être élaborés et surveillés pour mesurer la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de l'homme. Des systèmes doivent également être mis en place pour repérer les violations

des droits de l'homme et les combattre, afin de permettre le traitement et la prévention des nouvelles infections à VIH et de protéger la dignité des personnes vivant avec le VIH ou touchées par le VIH. La formation de juristes, notamment pour appuyer les personnes vivant avec le VIH ou touchées par le virus, est également cruciale [27];

- Des programmes de protection sociale permettant de renforcer la prévention et le traitement du VIH ainsi que les soins et le soutien aux personnes touchées, en mettant particulièrement l'accent sur les transferts en espèces à destination des jeunes femmes dans les pays à forte prévalence du virus [28], doivent être élargis afin d'en maximiser les effets;
- Des gains d'efficacité, lorsqu'ils sont possibles, doivent être réalisés pour que les ressources soient utilisées de façon rationnelle et génèrent les meilleurs résultats possibles pour les personnes dans le besoin. Il faut donc s'employer à améliorer le suivi et veiller au respect continu du traitement;
- Le succès de la lutte contre le sida dans la période de l'après-2015 dépend du financement intégral de la lutte. Les pays doivent être encouragés à augmenter le financement national en fonction de leur situation économique et de leur expérience concernant l'épidémie. Pour les pays à faible revenu, la majorité des ressources devra toujours provenir des pays donateurs. Les sources de financement internationales doivent réaffirmer leur engagement en faveur de la lutte contre le sida pour l'après-2015, conformément au principe de solidarité mondiale, de partage des responsabilités et de bonne gouvernance. À cette fin, les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) doivent de leur côté démarrer leur transition vers un autofinancement de la majeure partie de la lutte à l'échelle nationale;
- Les investissements du secteur privé doivent être élargis grâce à la reproduction et à la transposition à une plus grande échelle des partenariats public-privé ayant fait leurs preuves dans la lutte contre le sida;
- Les connaissances, le savoir-faire et les enseignements tirés de la lutte mondiale contre le sida doivent être exploités pendant la période de l'après-2015 en vue de régler d'autres problèmes complexes de développement durable. Il s'agit notamment de mettre à profit les enseignements tirés de la démarche unique du Programme commun en ce qui concerne le renforcement de la cohérence stratégique, de la coordination, de l'orientation axée sur les résultats, de la gouvernance ouverte à tous et de l'impact au niveau des pays.

Références

1. ONUSIDA, *The Gap Report* (Genève, septembre 2014).
2. ONUSIDA, *Fast-Track: World AIDS Day Report 2014* (Genève, octobre 2014).
3. ONUSIDA, estimations concernant le VIH, 2013.
4. M. S. Cohen *et al.*, « Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy », *New England Journal of Medicine*, vol. 365, n° 5 (2011), p. 493 à 505.
5. S. McCormack et D. Dunn, « Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis », Résumé 22LB, PROUD Study, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 23 et 24 février 2015; et M. Molina *et al.*, « Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis », Résumé 23LB, PROUD Study, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 23 et 24 février 2015.
6. L. F. Johnson *et al.*, « The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis », *Journal of the Royal Society*, 18 janvier 2012. Disponible à l'adresse: <http://rsif.royalsocietypublishing.org/content/early/2012/01/11/rsif.2011.0826.full>.
7. Organisation mondiale de la Santé, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (Genève, 2014), p. 8. Disponible à l'adresse: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1.
8. UNICEF, « Social protection programmes contribute to HIV prevention », HIV-sensitive social protection policy brief. Janvier 2015.
9. S. J. Baird *et al.*, « Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial », *Lancet*, vol. 379, n° 9823 (7 avril 2012), p. 1320 à 1329. Disponible à l'adresse : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961709-1/abstract>.
10. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Rapport mondial sur les drogues 2014* (Vienne, juin 2014).
11. ONUSIDA, Rapport du Directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (Genève, janvier 2015).
12. Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014* (Londres, 2014).
13. Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA, « Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables », Note d'information (ONUSIDA/CCP [35]/14.27), décembre 2014. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141202_Note_d%27informationSegmentTh%C3%A9matique_35_r%C3%A9unionCCP_FR.pdf.

14. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation internationale du Travail, Programme des Nations Unies pour le développement, Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA, « Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : ensemble complet de mesures d'intervention », Note d'orientation (Vienne, juin 2013). Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_fr.pdf.
15. ONUSIDA, *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011-2015* (Genève, 2011).
16. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde* (Genève, 2014).
17. ONUSIDA, *Sida et crise de la dépendance : pour des solutions africaines* (Genève, octobre 2014).
18. Henry J. Kaiser Family Foundation et ONUSIDA, « Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from donor governments in 2013 » (Menlo Park, Californie, juillet 2014).
19. Claudia Garcia-Moreno *et al.*, « The health-systems response to violence against women », *Lancet online*, 20 novembre 2014.
20. D. Durevall et A. Lindskog, « Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? » *Lancet online*, 20 novembre 2014.
21. ONUSIDA, « Unite with women: unite against violence and HIV » (Genève, 2014). Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2602_UniteWithWomen_en_0.pdf.
22. ONUSIDA, « Global AIDS response progress reporting national commitments and policy instrument (NCIP) », 2014.
23. P. Pronyk *et al.*, « Effect of a structured intervention for the prevalence of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial », *Lancet*, vol. 368, n° 9551 (2 décembre 2006), p. 1973 à 1983.
24. S. Gruskin *et al.*, « Realigning government action with public health evidence: the legal and policy environment affecting sex work and HIV in Asia », *Culture, Health and Sexuality*, vol. 16, n° 1 (2014), p. 14 à 29.
25. ONUSIDA, *Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida* (Genève, 2013).
26. ONUSIDA, « Welcome (not) », 2015. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/UNA064Infographics_7%20v6.pdf.
27. Organisation internationale du Travail, *HIV and AIDS and Labour Rights: A Handbook for Judges and Legal Professionals*, 2^e éd. (Genève, 2015).
28. ONUSIDA, 35th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, 9-11 December 2014: decisions. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141212_Decisions_35_PCB_meeting_EN.pdf.