



# Assemblée générale

Distr. générale  
3 avril 2018  
Français  
Original : anglais

## Soixante-douzième 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

## Mettre la lutte contre le sida au service de la réforme de l'Organisation des Nations Unies et de la santé mondiale

### Rapport du Secrétaire général

#### Résumé

À mi-chemin de la période prévue pour remplir les engagements pris par l'Assemblée générale en 2016 dans le cadre de la stratégie d'accélération de la riposte, des progrès importants ont été faits pour ce qui est de mettre fin d'ici à 2030 à l'épidémie de sida.

Des progrès ont été accomplis en ce qui concerne la plupart des 10 engagements pris dans la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. La majorité des personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement et les décès dus au sida ont baissé d'un tiers depuis 2010. Toutefois, afin de réaliser pleinement la cible 90-90-90 d'ici à 2020, il faut développer des méthodes de dépistage du VIH pilotées par les collectivités et axées sur les personnes, assurer une prise en charge immédiate ainsi que la continuité des soins et favoriser l'observance thérapeutique. Les techniques de dépistage du VIH et les combinaisons de traitements qui ont été mises au point ou améliorées récemment doivent être mises à profit dans les meilleurs délais.

Les avancées réalisées dans la lutte mondiale contre la tuberculose et le VIH ont permis de réduire de plus d'un tiers le nombre des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Il est encore possible d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En effet, à l'heure actuelle, moins d'enfants contractent le VIH pendant l'accouchement. Cependant, l'élargissement de l'accès aux traitements pédiatriques n'avance pas assez rapidement pour que l'objectif mondial consistant à fournir à 1,6 million d'enfants un traitement puisse être atteint en 2018.



De plus en plus de pays et de villes montrent que l'adoption d'une approche combinée de la prévention du VIH qui respecte et protège les droits des personnes les plus vulnérables peut permettre de réduire considérablement l'incidence. La stigmatisation, la discrimination, l'inégalité entre les sexes, la pauvreté, l'insécurité alimentaire et les autres inégalités sociales auxquelles sont confrontées les personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH et les personnes vivant avec cette maladie constituent des obstacles juridiques et politiques à l'utilisation des services et entravent les efforts visant à faire reculer le nombre de nouvelles infections à VIH. De plus, les investissements mondiaux sont insuffisants : ils sont inférieurs de presque 7 milliards de dollars à l'engagement pris dans la Déclaration politique de 2016.

L'épidémie de sida sévit encore, mais il est possible d'y mettre fin. La lutte mondiale contre le sida a favorisé l'innovation dans les domaines de la santé mondiale, du développement durable et de la coordination au sein du système des Nations Unies pour le développement. À l'avenir, l'approche commune des Nations Unies en matière de lutte contre le sida, le partenariat H6 et le programme de réforme plus vaste de l'ONU seront l'occasion d'accélérer les progrès sur la voie de l'élimination du sida ainsi que de la réalisation des objectifs de développement durable.

Le présent rapport comporte cinq recommandations : a) encourager une révolution dans le domaine du dépistage du VIH et atteindre la cible 90-90-90 ; b) redoubler d'efforts pour éliminer la tuberculose et les autres coïnfections et comorbidités ; c) utiliser la feuille de route en matière de prévention du VIH pour réduire plus rapidement le nombre de nouvelles infections ; d) protéger les droits de l'homme et promouvoir l'égalité des sexes au moyen de dispositifs de prestation de services axés sur l'être humain et de cadres juridiques et politiques porteurs ; e) mettre le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et le partenariat H6 au service de l'amélioration de la santé mondiale et de la réforme de l'ONU.

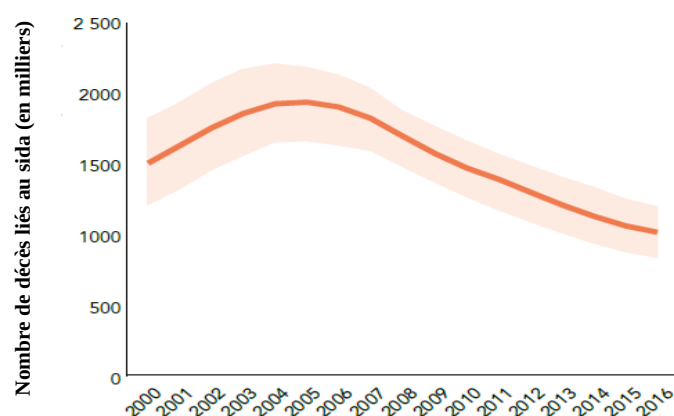
## I. À mi-chemin de la période prévue pour remplir les engagements pris dans le cadre de la stratégie d'accélération de la riposte

1. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 comporte une cible consistant à mettre fin d'ici à 2030 à l'épidémie de sida (cible 3.3 des objectifs de développement durable). La voie à suivre pour atteindre cette cible ambitieuse a été définie dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, adoptée à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale tenue en juin 2016 et dans laquelle les États Membres se sont engagés à augmenter les investissements, à investir massivement au tout début dans les programmes nationaux de lutte contre le sida et à élargir considérablement l'étendue des services liés au VIH. Cette stratégie d'accélération de la riposte doit être mise en œuvre si l'on veut atteindre d'ici à la fin de 2020 les trois objectifs d'étape suivants : réduire le nombre de décès liés au sida à moins de 500 000 au niveau mondial ; ramener à moins de 500 000 le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde ; et éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

2. La soixante-douzième session de l'Assemblée générale se déroule alors que l'on se trouve à mi-chemin de la phase d'accélération de la lutte mondiale contre le VIH. Les données communiquées par les pays sur l'épidémie et les programmes montrent que des progrès importants sont réalisés. L'amélioration régulière de l'accès aux traitements antirétroviraux représente le principal élément ayant contribué à faire reculer d'un tiers le nombre de décès liés à des maladies associées au sida depuis 2010, qui est tombé de 1,5 million (entre 1,3 million et 1,7 million)<sup>1</sup> en 2010 à 1 million (entre 830 000 et 1,2 million) en 2016 (voir fig. I). Le nombre de décès liés au sida peut être ramené à moins de 500 000 d'ici à 2020 grâce à l'expansion soutenue des services.

Figure I

**Nombre de décès liés au sida recensés dans le monde en 2016  
(tous âges confondus)**



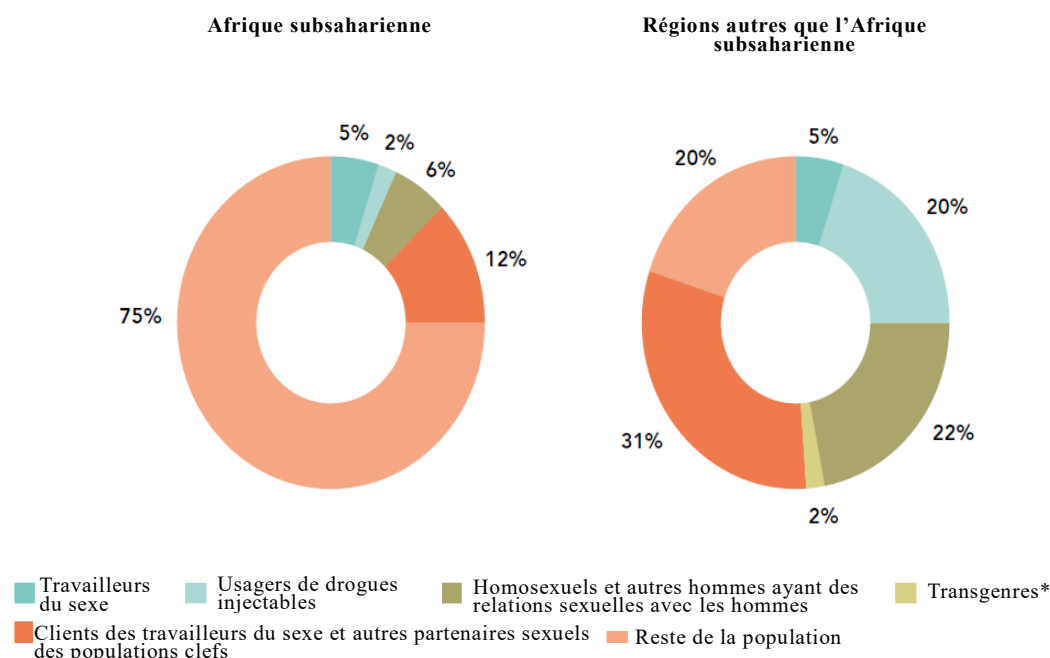
Source : Estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2017.

<sup>1</sup> Un intervalle d'incertitude est calculé pour chaque estimation. Il indique la fourchette dans laquelle se situe la valeur réelle. Plus l'intervalle est réduit, plus l'estimation est précise. À l'inverse, plus l'intervalle est grand, plus l'estimation est incertaine.

3. Néanmoins, au cours de la même période, le nombre de nouvelles infections à VIH enregistrées par an (tous âges confondus) n'a diminué que de 18 %, chutant de 2,2 millions (entre 1,9 million et 2,4 millions) en 2010 à 1,8 million (entre 1,6 million et 2,1 millions) en 2016. Cette réduction globale montre que les progrès réalisés en matière de prévention du VIH sont inégaux tant sur le plan géographique qu'entre les populations à risque (voir fig. II). Dans les régions à forte prévalence, le niveau de risque d'infection à VIH auquel les jeunes femmes sont encore exposées est inacceptable. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, par exemple, les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ont compté pour 26 % des nouvelles infections à VIH en 2016 alors qu'elles représentent à peine 10 % de la population. En 2016, elles ont représenté 22 % des nouvelles infections à VIH en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale et 17 % aux Caraïbes.

Figure II

**Répartition des nouvelles infections à VIH par population, en Afrique subsaharienne et dans les pays hors Afrique subsaharienne, 2015**



\* Les données ne concernent que l'Asie et le Pacifique, l'Amérique latine et les Caraïbes.

Source : Analyse spéciale d'ONUSIDA, 2017.

4. Dans les régions à faible prévalence, la plupart des cas d'infection à VIH concernent les populations clef – les usagers de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les transgenres, les détenus, les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes – et leurs partenaires sexuels. Dans les régions autres que l'Afrique subsaharienne, les populations clefs et leurs partenaires sexuels ont représenté 80 % des nouvelles infections à VIH en 2015. Même dans cette région, ils ont compté pour environ 25 % des nouvelles infections en 2015, d'où l'importance de leur donner accès aux services. Il est essentiel de mobiliser et d'autonomiser ces populations, qui sont les plus touchées par l'épidémie, et de lutter résolument contre la stigmatisation et la discrimination liées au sida si l'on veut ramener à moins de

500 000 personnes par an le nombre de personnes nouvellement infectées d'ici à 2020. De plus en plus d'éléments montrent que l'adoption d'une approche combinée de la prévention qui respecte et protège les droits des plus vulnérables permettra de satisfaire aux engagements pris par l'Assemblée générale dans le cadre de la stratégie d'accélération de la riposte.

5. À mi-chemin de la phase d'accélération de la lutte contre le sida, les progrès réalisés jusqu'à présent dans l'accomplissement des engagements pris dans la Déclaration politique de 2016 sont encourageants. L'épidémie de sida sévit encore, mais de plus en plus d'éléments montrent que cette épidémie, qui est l'une des pires jamais enregistrées, peut être éradiquée au niveau international si les États Membres collaborent et adoptent une démarche axée sur le cycle de vie et tenant compte du lieu géographique et de la population pour améliorer la prestation de services et lever les obstacles sociaux, économiques et culturels qui empêchent les plus vulnérables de les utiliser.

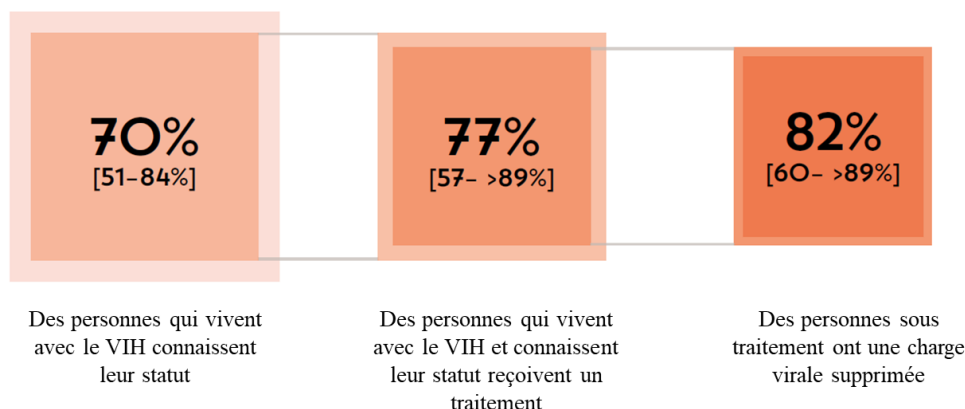
### **Engagement 1**

#### **Faire en sorte que 30 millions de personnes vivant avec le VIH puissent accéder au traitement en atteignant la cible 90–90–90**

6. Les dernières estimations épidémiologiques et données relatives aux programmes communiquées à ONUSIDA révèlent que des progrès remarquables ont été réalisés en matière de dépistage et de traitement du VIH. L'accès aux traitements antirétroviraux s'est amélioré : moins de 1 000 personnes en bénéficiaient en 1990, contre 20,9 millions (entre 18,4 millions et 21,7 millions) en juin 2017. Une étape importante a été franchie en 2016. En effet, pour la première fois, plus de la moitié (53 %) (entre 39 et 65 %) des 36,7 millions (entre 30,8 millions et 42,9 millions) de personnes vivant avec le VIH dans le monde avaient accès à un traitement antirétroviral. Les progrès réalisés récemment sont le résultat de l'action menée pour atteindre la cible 90–90–90, qui consiste à faire en sorte que 90 % des personnes qui vivent avec le VIH connaissent leur statut, 90 % des personnes qui vivent avec le VIH et connaissent leur statut reçoivent un traitement et 90 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée. Cette cible traduit la nécessité d'assurer un dépistage précoce du VIH, d'entamer immédiatement un traitement et de faire en sorte qu'un maximum de personnes vivant avec cette maladie aient une charge virale supprimée. Les traitements permettent non seulement de protéger les personnes vivant avec le VIH des maladies associées au sida, mais aussi de réduire considérablement le risque de transmission du virus à d'autres.

7. À la fin de 2016, plus des deux tiers des personnes vivant avec le VIH dans le monde, soit environ 70 % (entre 51 % et 84 %), connaissaient leur statut. Parmi les personnes qui connaissaient leur statut, 77 % (entre 57 % et plus de 89 %) avaient accès à un traitement antirétroviral et 82 % (entre 60 % et plus de 89 %) des personnes qui avaient accès à un traitement avaient une charge virale supprimée (voir fig. III). Certains pays, villes et populations, dans différentes régions, ont déjà atteint la cible 90-90-90, ce qui prouve que cet objectif peut être réalisé à l'échelle mondiale d'ici à 2020 si les lacunes en matière de dépistage et de traitement du VIH sont comblées dans le cadre d'une action résolue. Les données les plus récentes dont dispose ONUSIDA montrent qu'au moins 18 pays ont atteint ou sont sur le point d'atteindre la cible consistant à faire en sorte que 73 % des personnes vivant avec le VIH aient une charge virale supprimée : Allemagne, Australie, Belgique, Botswana, Cambodge, Danemark, Espagne, France, Islande, Italie, Koweït, Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, Suède, Suisse et Swaziland.

Figure III  
**Progrès réalisés au niveau mondial en ce qui concerne la cible 90-90-90, 2016**



Source : Analyse spéciale d'ONUSIDA, 2017.

8. Plusieurs villes ont également atteint ou sont sur le point d'atteindre la cible 90-90-90 ; une étude réalisée dans le cadre de l'initiative *Sustainable East Africa Research in Community Health* a montré que cette cible pouvait être atteinte dans les régions à faible revenu et à forte prévalence en seulement quelques années grâce à la participation des associations locales et des agents sanitaires des collectivités.

9. Selon les données disponibles, les personnes infectées entament un traitement plus tôt<sup>2</sup>. L'adoption à plus grande échelle d'une stratégie consistant à traiter toutes les personnes vivant avec le VIH et à entamer un traitement antirétroviral le jour du diagnostic, comme recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a permis de réaliser des progrès considérables. Les tests de mesure de la charge virale, qui étaient rarement disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire il y a seulement quelques années, sont de plus en plus fréquents. Près de la moitié des personnes traitées dans des pays qui ont communiqué des données à ONUSIDA en 2016 ont subi un test de mesure de la charge virale de routine, ce qui a permis d'améliorer le suivi des résultats obtenus dans le cadre des traitements et de passer rapidement à un traitement de deuxième ou de troisième intention, lorsque cela était nécessaire.

## Engagement 2

**Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2020, tout en veillant à ce que 1,6 million d'enfants aient accès à un traitement contre le VIH d'ici à 2018**

10. Le renforcement au niveau mondial des services de santé maternelle et infantile a permis d'obtenir des résultats à long terme en ce qui concerne la santé et le bien-être des femmes et des enfants. Dans ce cadre, les États Membres se sont engagés en 2016 à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la syphilis congénitale. L'augmentation du nombre de femmes enceintes ayant fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis et du VIH et l'amélioration de l'accès à un traitement adéquat ont entraîné une diminution du nombre de cas de syphilis congénitale, tombé de 780 000 en 2012 à 660 000 en 2016. En outre, moins d'enfants contractent le VIH pendant l'accouchement. À l'échelle mondiale, environ 270 000 (entre 230 000 et

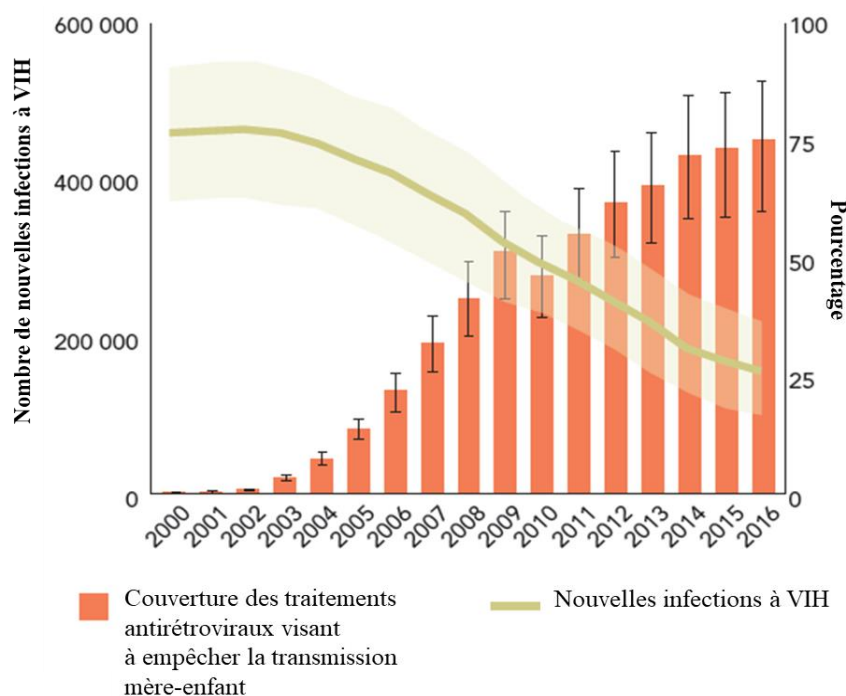
<sup>2</sup> Andrew Auld et al., « Trends in prevalence of advanced HIV disease at antiretroviral therapy enrolment—10 countries, 2004-2015 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 66, n° 21 (2 juin 2017).

310 000) nouvelles infections à VIH chez les enfants ont pu être évitées en 2016 grâce à la fourniture de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse et l'allaitement.

11. Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux pour empêcher la transmission mère-enfant ou comme traitement à vie est passé de 47 % (entre 38 et 55 %) en 2010 à 76 % (entre 60 % et 88 %) en 2016 (voir fig. IV). Depuis 2006, le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants âgés de 0 à 14 ans a diminué de 61 %, avec une réduction de 8 % entre 2015 et 2016. Néanmoins, environ 160 000 (entre 100 000 et 220 000) enfants ont tout de même contracté le VIH pendant l'accouchement ou l'allaitement en 2016. Des progrès constants seront nécessaires pour parvenir à réduire de 95 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2020, comme prévu dans la Déclaration politique de 2016.

Figure IV

**Nouvelles infections à VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) et couverture des traitements antirétroviraux visant à empêcher la transmission mère-enfant, à l'échelle mondiale, 2000-2016**



Source : Estimations d'ONUSIDA, 2017.

12. Au niveau mondial, environ 974 000 (entre 857 000 et 1 013 000) enfants âgés de 0 à 14 ans suivaient un traitement antirétroviral à la mi-2017. Toutefois, la part des personnes qui reçoivent un traitement de ce type est plus faible chez les enfants (43 %) (entre 30 % et 54 %) que chez les adultes (53 %) (entre 39 % et 65 %), et le nombre total atteint est encore bien en deçà de la cible fixée dans la Déclaration politique, à savoir que 1,6 million d'enfants aient accès à un traitement d'ici à la fin de 2018.

13. Les efforts déployés pour éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et atteindre en 2018 la cible de traitement fixée pour les enfants vivant avec cette maladie s'inscrivent dans l'action plus vaste menée en vue de donner à chaque femme,

enfant et adolescent la possibilité non seulement de survivre, mais aussi de se développer et de transformer sa communauté. Ces efforts sont orientés par la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) et appuyés par le partenariat H6 (ONUSIDA, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, OMS et Banque mondiale) et le Mécanisme mondial de financement de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants.

### **Engagement 3**

#### **Garantir l'accès à des possibilités de prévention combinée**

14. De plus en plus de possibilités de prévention éprouvées sont disponibles, notamment des préservatifs masculins et féminins, la prophylaxie avant l'exposition (PrEP) sous forme orale, la circoncision médicale volontaire et la réduction des risques pour les usagers de drogues injectables. Les résultats d'étude longitudinale réalisée en Ouganda entre 1999 et 2016 ont récemment confirmé un ensemble d'éléments selon lesquels le fait d'offrir une combinaison de possibilités de prévention du VIH, notamment des traitements antirétroviraux, permet de réduire l'incidence de l'infection à VIH<sup>3</sup>.

15. Les préservatifs masculins et féminins sont efficaces, bon marché et faciles à utiliser. Les données tirées d'enquêtes montrent que l'augmentation du taux d'utilisation des préservatifs chez les personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH coïncide avec une réduction du nombre d'infections (voir fig. V). De plus, les préservatifs permettent de prévenir d'autres maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées. D'après une analyse récente des coûts d'investissement et du rendement potentiel des programmes de promotion et de distribution de préservatifs, le fait d'investir un montant supplémentaire de 27,6 milliards de dollars sur 15 ans en vue de promouvoir les préservatifs masculins dans le cadre des programmes de planification familiale mis en place dans 81 pays pourrait empêcher 700 millions d'infections sexuellement transmises, 17 millions d'infections à VIH et 420 millions de grossesses non désirées entre 2015 et 2030, ce qui permettrait d'économiser l'équivalent de 240 millions d'années de vie corrigées du facteur incapacité au total, à raison de 115 dollars par année<sup>4</sup>.

16. Dans la Déclaration politique de 2016, les États Membres se sont engagés à faire en sorte que 20 milliards de préservatifs soient distribués dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2015, les besoins de 47 pays d'Afrique subsaharienne en matière de préservatifs masculins étaient évalués à 6 milliards d'unités. Toutefois, selon les estimations, 2,7 milliards de préservatifs seulement ont été distribués dans la région la même année, ce qui montre que plus de la moitié de la demande n'a pas été satisfaite<sup>5</sup>. Depuis lors, plusieurs pays ont renforcé leurs programmes de promotion et de distribution de préservatifs. Le Malawi, le Nigéria, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont élaboré de nouvelles stratégies en matière de préservatifs ; l'Afrique du Sud, le Botswana et la Namibie ont augmenté le financement national ; enfin, le Bénin, le Burkina Faso, l'Éthiopie, Haïti, le Kenya, Madagascar, le Nigéria, le Rwanda et le Zimbabwe ont collaboré avec les partenaires internationaux en vue

<sup>3</sup> Kate Grabowski et al., « HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda », *New England Journal of Medicine*, vol. 377, n° 22 (30 novembre 2017).

<sup>4</sup> John Stover et al., « The case for investing in the male condom », *PLoS ONE*, vol. 12, n° 5 (16 mai 2017).

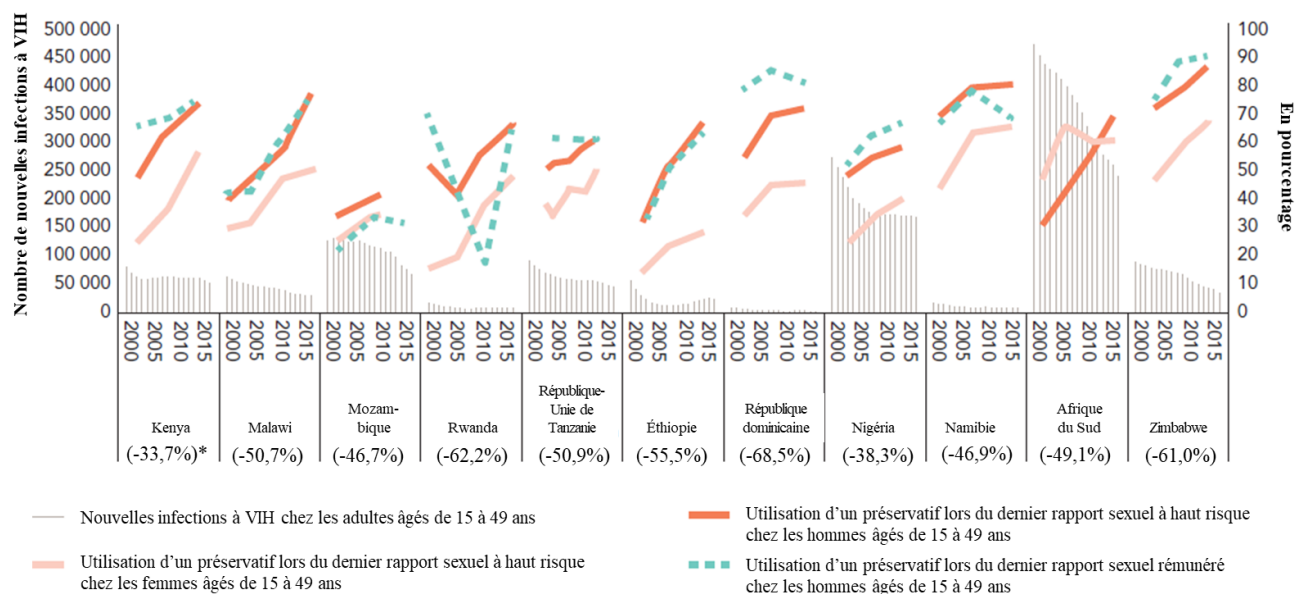
<sup>5</sup> Henk Van Renterghem et al., « Estimating condom needs and gaps for fast-tracking people-centred condom programming in sub-Saharan Africa », affiche préparée pour la conférence de 2016 sur le sida, tenue à Durban (Afrique du Sud) du 18 au 22 juillet 2016, session D73 (disponibilité des préservatifs et des lubrifiants, accessibilité, distribution et marketing social).



de mobiliser des fonds pour les programmes de promotion et de distribution de préservatifs.

Figure V

**Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque et nouvelles infections à VIH, adultes (âgés de 15 à 49 ans), 11 pays, 2000-2016**



\* Diminution des nouvelles infections entre 2000 et 2016 (en pourcentage).

Source : Estimations d'ONUSIDA, 2017 ; enquêtes menées auprès de la population, 2000-2016.

17. Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, la thérapie de substitution aux opiacés, le dépistage du VIH et le traitement antirétroviral sont les principaux services recommandés par l'Organisation des Nations Unies, parmi de nombreux autres, pour prévenir la propagation du VIH et lutter contre les autres affections liées à la consommation de drogues. Les pays qui ont adopté une approche globale de la réduction des risques ont obtenu de meilleurs résultats en matière de santé en ce qui concerne les usagers de drogues injectables et leurs partenaires sexuels et ont notamment réduit le nombre d'infections à VIH et de nouveaux cas d'hépatite et amélioré la gestion de la criminalité liée aux drogues et à leur consommation.

18. La prophylaxie préexposition par voie orale permet également de prévenir le VIH chez les personnes qui courent un risque d'infection élevé. Dans plusieurs villes d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale, dont Londres, San Francisco et Washington, l'introduction de cette méthode de prévention a contribué à réduire le nombre de nouveaux cas d'infection. Au mois de juin 2017, des services de prophylaxie préexposition étaient dispensés dans plus de 60 pays, soit au moins deux fois plus qu'en 2016. Cependant, le nombre de personnes ayant accès à ces services, au niveau mondial, reste nettement inférieur à l'objectif fixé par l'Assemblée générale (3 millions d'ici à 2020). On estime que près de 250 000 personnes ont commencé à suivre un traitement prophylactique préexposition entre 2012 et début 2017, dont 220 000, soit la majorité, aux États-Unis d'Amérique.

19. La circoncision médicale à titre volontaire est une intervention ponctuelle et économique qui protège les hommes contre la transmission du VIH par une femme de manière partielle et permanente. L'Assemblée générale s'est engagée à faire en

sorte que, d'ici à 2020, 25 millions d'hommes supplémentaires aient subi cette intervention dans les pays à forte incidence du VIH. Les efforts visant à accroître le nombre d'hommes volontairement circoncis dans 14 pays prioritaires de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe se sont rapidement intensifiés entre 2008 et 2014, pour atteindre 3,2 millions d'interventions par an. Toutefois, en 2015 et en 2016, le nombre de circoncisions annuel a été ramené à environ 2,6 millions. Cinq millions d'hommes par an devront subir une circoncision à titre volontaire entre 2016 et 2020, en moyenne, pour atteindre l'objectif fixé.

#### **Engagement 4**

#### **Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination contre les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés**

20. Les inégalités entre les sexes et les normes sociales préjudiciables aux femmes compromettent l'indépendance économique de ces dernières, les exposent à la violence et aux atteintes sexuelles, les privent de tout contrôle en matière de sexualité et de procréation et renforcent le risque qu'elles contractent le VIH. Un examen systématique des résultats de 41 études a montré que la probabilité d'avoir été infecté à VIH était 1,5 fois plus élevée, en moyenne, chez les femmes qui subissaient des violences au sein du couple que chez les autres<sup>6</sup>. La violence et la peur d'en être victime limitent la capacité des femmes d'exiger des rapports sexuels sans risques et de bénéficier de services de prévention, de traitement et de santé sexuelle et procréative. D'autres recherches ont montré que l'insécurité alimentaire renforçait le risque de transmission sexuelle, du fait de l'engagement de rapports monnayés, réduisait la capacité d'exiger des rapports sexuels protégés et limitait les possibilités qu'ont les femmes séropositives d'entamer un traitement et de le respecter<sup>7</sup>.

21. Non seulement les femmes courent un risque accru d'infection à VIH dans les milieux où le virus est très répandu, mais ce risque est encore renforcé chez les plus jeunes. En Afrique subsaharienne, 23 % des personnes ayant contracté le VIH en 2016 étaient des adolescentes et des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, contre 11 % pour les garçons et les jeunes hommes de la même tranche d'âge. On s'est intéressé de plus près au rôle que la différence d'âge entre les partenaires pouvait jouer dans cet écart. D'après des études réalisées dans divers milieux, les relations entre des personnes présentant une grande différence d'âge seraient associées à une utilisation moindre du préservatif et à un taux de transmission sexuelle du VIH plus élevé chez les adolescentes et les jeunes femmes.

22. Malgré ces obstacles, statistiquement, il y a plus de femmes séropositives que d'hommes qui se font dépister, qui commencent un traitement antirétroviral et qui respectent scrupuleusement les prescriptions médicales. En conséquence, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de mourir de causes liées au sida. L'écart est particulièrement marqué en Afrique subsaharienne où, en 2016, 41 % des personnes vivant avec le VIH et 53 % des personnes décédées de causes liées au sida étaient des hommes.

23. La stigmatisation continue des personnes qui vivent avec le VIH ou risquent de le contracter incite à la discrimination dans tous les secteurs de la société, tant par des

<sup>6</sup> OMS, London School of Hygiene & Tropical Medicine et Conseil sud-africain de la recherche médicale, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève, 2013).

<sup>7</sup> Elisabeth Chop et al., « Food insecurity, sexual risk behavior, and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV : a systematic review », *Health Care for Women International*, vol. 38, n° 9 (publié en ligne le 11 juillet 2017).

agents publics, des policiers et du personnel soignant que sur les lieux de travail, dans les écoles ou dans les collectivités. Dans de nombreux pays, des lois et politiques discriminatoires renforcent la violence et la marginalisation, ce qui dissuade les victimes de chercher à recevoir des soins de santé, notamment des services de prévention, de se faire dépister, de s'inscrire à des programmes de soin et de respecter les prescriptions médicales. Les études sur la stigmatisation et la discrimination et le comportement positif en matière de santé montrent que les personnes vivant avec le VIH qui se sentent très stigmatisées au motif de leur séropositivité sont 2,4 fois plus susceptibles de ne pas chercher à se faire soigner avant d'être au plus mal<sup>8</sup>.

24. La stigmatisation des populations clefs qui présentent un haut risque d'infection à VIH est accentuée par des lois pénales et d'autres obstacles structurels, ce qui avive la violence et l'exploitation et crée un climat de peur préjudiciable aux efforts déployés pour distribuer des préservatifs, réduire les risques et mener d'autres activités de prévention primaire à une échelle suffisante. Cette stigmatisation est souvent exercée en toute impunité. Le pourcentage de travailleurs du sexe, d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et d'usagers de drogues injectables victimes de violence est souvent élevé, mais il varie d'un pays à l'autre. Ainsi, dans le cadre d'une enquête réalisée récemment dans 17 pays, entre 2,6 % (Colombo) et 61,7 % (Kampala) des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont déclaré avoir subi des violences physiques au cours des 12 mois antérieurs ; plus de 50 % des usagers de drogues interrogés au Pakistan et plus de 50 % des travailleuses du sexe interrogées à sept endroits différents en Afrique du Sud<sup>9</sup> ont déclaré la même chose.

### **Engagement 5**

**Veiller à ce que les jeunes aient les compétences, les connaissances et les moyens de se protéger du VIH et puissent bénéficier de services de santé sexuelle et procréative**

25. Les jeunes sont l'avenir de l'humanité. Le succès du Programme de développement durable dépendra largement de leur accès à l'éducation, aux soins de santé, à l'emploi et aux services sociaux. Dans la Déclaration politique de 2016, les États Membres se sont engagés à faire en sorte que 90 % des jeunes aient les compétences, les connaissances et les moyens de se protéger du VIH ; à garantir un accès universel à des soins de santé sexuelle et procréative et à des services liés au VIH complets et de qualité, à un coût abordable, ainsi qu'à des informations et des produits, y compris des moyens de prévention contrôlés par les femmes ; et à ramener à moins de 100 000, d'ici à 2020, le nombre de jeunes femmes (15-24 ans) infectées chaque année par le VIH de par le monde.

26. Les données les plus récentes dont nous disposons montrent que les jeunes sont souvent dépourvus des connaissances nécessaires pour se protéger du VIH et qu'ils sous-estiment le risque d'infection. Ainsi, il ressort d'une enquête menée dans 35 pays d'Afrique subsaharienne que seulement 36 % des jeunes hommes et 30 % des jeunes femmes (15-24 ans) ont identifié correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejeté les principales idées fausses concernant la transmission du VIH. Dans 23 pays en dehors de l'Afrique subsaharienne, seuls 13,8 % des jeunes hommes et 13,6 % des jeunes femmes étaient correctement et suffisamment informés à propos du VIH.

<sup>8</sup> Hailay Abrha Gesesew et al., « Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries : a systematic review and meta-analysis », PLoS ONE, vol. 12, n° 3 (30 mars 2017).

<sup>9</sup> Rapports sur la surveillance biologique-comportementale intégrée, 2011-2016.

27. Le manque d'accès à l'éducation peut accroître le risque d'infection à VIH chez les jeunes. Les sondages réalisés en Afrique subsaharienne montrent que les personnes qui ont leurs premiers rapports sexuels à un très jeune âge sont le plus souvent les filles âgées de 15 à 19 ans les moins instruites. Les adolescentes en décrochage scolaire sont les plus susceptibles de se marier avant l'âge de 18 ans<sup>10</sup>, et les épouses enfants ne sont souvent pas en mesure d'exiger des rapports sexuels sans risques, ce qui les rend vulnérables aux infections sexuellement transmissibles comme le VIH<sup>11</sup>. Les lois stipulant que les jeunes de moins de 18 ans ne peuvent recevoir un traitement contre le VIH et des services de santé sexuelle et procréative que si leurs parents donnent leur consentement constituent des obstacles dans de nombreux pays. Les jeunes de moins de 18 ans doivent obtenir le consentement de leurs parents pour se faire dépister, pour recevoir un traitement antirétroviral et pour bénéficier de services de santé sexuelle et procréative dans 29 %, 25 % et 28 % des pays ayant communiqué des données sur la question à ONUSIDA en 2017 (106), respectivement.

28. Entre 2010 et 2016, le nombre de nouveaux cas d'infection chez les jeunes femmes (15-24 ans) a diminué de 17 %, passant de 430 000 [270 000-550 000] à 360 000 [210 000-470 000]. Si l'on veut atteindre l'objectif mondial, il faudra redoubler d'efforts pour mieux sensibiliser les jeunes au VIH et supprimer les obstacles qui les empêchent de bénéficier des services pertinents.

## **Engagement 6**

### **Protection sociale prenant en compte le VIH**

29. Il est de plus en plus admis que les programmes de protection sociale renforcent l'efficacité de la prévention et du traitement du VIH. Par exemple, une étude menée en Afrique du Sud a mis en évidence que les personnes qui bénéficiaient de services de protection sociale, comme la fourniture d'un appui nutritionnel (deux repas par jour) et la participation à des groupes de soutien aux séropositifs, respectaient davantage leur traitement<sup>12</sup>. De nombreuses études ont montré que les aides financières permettaient aux filles de poursuivre leurs études, favorisaient l'émancipation des femmes, atténuaient la violence au sein du couple et contribuaient à améliorer la santé sexuelle, ce qui pouvait faciliter un développement social et économique plus équitable et réduire la vulnérabilité au HIV et le risque d'infection. D'après les renseignements transmis à ONUSIDA par les pays, des programmes d'aide financière sont mis en œuvre dans 10 pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe et dans six pays d'Amérique latine, mais ils sont plus rares dans les autres régions.

## **Engagement 7**

### **Prestation de services de proximité**

30. Une des grandes caractéristiques des initiatives de lutte contre le VIH efficaces est que les associations locales et les agents sanitaires des communautés y participent directement, ce qui permet aux systèmes de santé publique de dispenser des services plus largement et plus équitablement. En plus d'élargir l'accès aux services liés au VIH, les associations locales s'efforcent d'améliorer la culture juridique et offrent

<sup>10</sup> Fonds des Nations Unies pour la population, *Marrying Too Young : End Child Marriage* (New York, 2012), disponible (en anglais seulement) à l'adresse suivante : <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>.

<sup>11</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Ending child marriage : progress and prospects* (New York, 2014), disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante : [http://www.unicef.org/media/files/Child\\_Marriage\\_Report\\_7\\_17\\_LR..pdf](http://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf).

<sup>12</sup> Lucie Cluver et al., « Achieving equity in HIV-treatment outcomes : can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? », *AIDS Care*, vol. 28, n° 2 (2016).

une aide juridictionnelle et une aide sociale. Ces activités favorisent l'émergence d'une société civile plus robuste et résiliente, capable de défendre plus efficacement les droits des groupes marginalisés.

31. La distribution de médicaments antirétroviraux au niveau local et la prise en charge différenciée se sont révélées très efficaces pour ce qui est d'étendre la portée des programmes de traitement du VIH et d'améliorer leurs résultats. La prise en charge différenciée est une démarche axée sur l'être humain et les droits de l'homme qui intègre des concepts tels que la simplification, la modification des tâches, la décentralisation et l'espacement des rendez-vous de manière à faciliter une meilleure allocation des ressources, à accroître l'accès aux services des populations mal desservies et à améliorer la qualité des soins et les conditions de vie. Sur les 118 pays qui ont communiqué des informations à ONUSIDA en 2016, 25 (dont 40 % des pays fournisseurs de données d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe) avaient adopté une politique nationale encourageant la fourniture d'un traitement antirétroviral au niveau local.

### **Engagement 8**

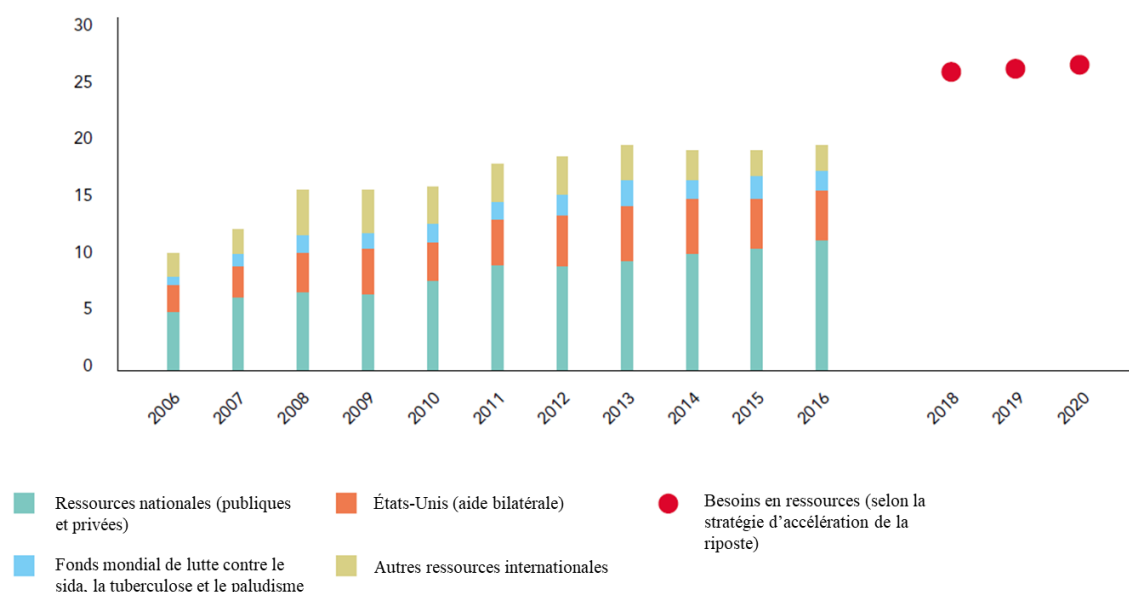
#### **Accroître l'investissement en faveur de la lutte contre le VIH**

32. Le montant des ressources mobilisées pour lutter contre le sida au niveau mondial est en-deçà de l'engagement pris dans la Déclaration politique de 2016. En 2016, pour la troisième année consécutive, le montant total disponible dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire s'est maintenu à environ 19,1 milliards de dollars. L'investissement international a grimpé à près de 10 milliards de dollars en 2013 (en dollars constants des États-Unis pour 2016) avant de retomber à environ 8,1 milliards de dollars en 2016. De son côté, l'investissement national dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire a augmenté de 11 % en moyenne entre 2006 et 2016, mais cette augmentation a été ramenée à 5 % entre 2015 et 2016 (voir fig. VI).

33. La stabilité générale du montant des ressources mobilisées est en contradiction avec l'engagement pris, qui consiste à mobiliser 26 milliards de dollars pour lutter contre le sida dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire d'ici à 2020. Il est indispensable que les pays et les donateurs augmentent leur investissement, en s'inspirant de l'aide internationale sans précédent fournie par l'intermédiaire du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, si l'on veut atteindre les cibles définies dans la stratégie d'accélération de la riposte d'ici à 2020.

Figure VI  
**Ressources mobilisées pour lutter contre le VIH entre 2006 et 2016, par source, et prévisions des ressources nécessaires d'ici à 2020, dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire**

(En milliards de dollars des États-Unis)



Sources : Estimations d'ONUSIDA concernant les ressources disponibles pour lutter contre le VIH (juin 2017) ; ONUSIDA, « Fast-track update on investments needed in the AIDS response » (Genève, 2016) ; Jennifer Kates et al., « Donor Government funding for HIV in Low- and Middle-Income Countries in 2016 » (Henry J. Kaiser Family Foundation et ONUSIDA, 2017) ; Rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida et Rapports mondiaux sur la riposte au sida dans le monde (2005-2017) ; Funders Concerned About AIDS, « Philanthropic support to address HIV/AIDS in 2015 » (Washington, 2016).

Note : Les estimations concernant les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire sont basées sur le classement par niveau de revenus établi par la Banque mondiale en 2015. Tous les montants sont exprimés en dollars constants des États-Unis de 2016.

## Engagement 9

### Autonomiser les personnes qui vivent avec le VIH, risquent d'être infectées ou sont touchées par le VIH

34. Les résultats des sondages menés dans 47 pays des sept régions entre 2011 et 2016 montrent que le pourcentage de personnes qui font preuve de discrimination envers les séropositifs varie fortement d'un pays à l'autre (voir fig. VII). Dans les pays où plusieurs enquêtes ont été réalisées, on constate une diminution au fil du temps. Par exemple, le pourcentage de personnes indiquant qu'elles n'achèteraient pas de légumes à un séropositif a été ramené de 53,8 % en 2003-2008 à 36,2 % en 2010-2016 en Afrique de l'Est et en Afrique australe et a diminué plus faiblement en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, où il est passé de 62 % à 50,7 %. Dans l'ensemble, les séropositifs continuent d'être victimes de discrimination partout dans le monde : dans les 47 pays, la moitié des hommes et des femmes (âgés de 15 à 49 ans) interrogés ont indiqué qu'ils n'achèteraient pas de légumes à une personne vivant avec le VIH.

Figure VII

**Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à une personne vivant avec le VIH dans les pays pour lesquels des données sont disponibles (2011-2016)**

| 75–100%   | 50–74%                                | 25–49%                       | 0–24%      |
|-----------|---------------------------------------|------------------------------|------------|
| Égypte*   | Afghanistan                           | Bangladesh*                  | Argentine* |
| Guinée    | Bénin                                 | Belize                       | Barbade*   |
| Iraq*     | Bosnie-Herzégovine                    | Cameroun                     | Botswana   |
| Jordanie* | Comores                               | Congo                        | Cambodge   |
| Yémen*    | Éthiopie                              | Costa Rica*                  | Cuba       |
|           | Gambie                                | Côte d'Ivoire                | Kenya      |
|           | Ghana                                 | Democratic Republic of Congo | Lesotho    |
|           | Haiti                                 | Gabon                        | Malawi     |
|           | Indonésie                             | Honduras                     | Namibie    |
|           | Jamaïque                              | Mali                         | Rwanda     |
|           | Kazakhstan                            | Mozambique                   | Zambie     |
|           | Kirghizistan                          | Népal                        | Zimbabwe   |
|           | Libéria                               | Nigéria                      |            |
|           | Mauritanie*                           | Pakistan                     |            |
|           | Monténégro                            | République dominicaine       |            |
|           | Myanmar                               | Tchad                        |            |
|           | Niger                                 |                              |            |
|           | République de Moldova                 |                              |            |
|           | République démocratique populaire lao |                              |            |
|           | Sénégal                               |                              |            |
|           | Sierra Leone                          |                              |            |
|           | Tadjikistan*                          |                              |            |
|           | Tunisie*                              |                              |            |
|           | Ukraine                               |                              |            |

\* Données disponibles pour les femmes uniquement.

Source : Sondages réalisés auprès de la population entre 2011 et 2016.

35. Les personnes qui courent un risque d'infection élevé sont également très stigmatisées en raison de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre ou parce qu'elles consomment de la drogue ou se prostituent, entre autres motifs. Dans de nombreux pays, la violence et la marginalisation sont renforcées par les lois et politiques en place, ce qui compromet l'accessibilité des services et risque d'accroître l'insécurité alimentaire. D'après les organisations de la société civile et les universités, les relations sexuelles entre personnes de même sexe sont érigées en infraction dans 72 pays<sup>13</sup>, les infractions liées à la drogue sont passibles de la peine de mort dans 32 pays<sup>14</sup> et certains aspects du travail du sexe sont incriminés dans plus de 100 pays<sup>15</sup>. Parmi les États qui ont communiqué des informations à ONUSIDA en 2017, 44 sur 100 avaient adopté des lois incriminant expressément les relations sexuelles entre personnes de même sexe, 17 sur 116 poursuivaient les transgenres en justice et 84 sur 100 incriminaient certains aspects du travail du sexe. En ce qui concerne les drogues, 78 États sur 90 ont indiqué que la consommation de drogues et la possession de drogues destinées à un usage personnel étaient des infractions pénales et encouraient une peine de détention, et 9 États sur 107 ont indiqué que les infractions liées à la drogue étaient passibles de la peine de mort.

<sup>13</sup> Aengus Carroll et Lucas Ramón Mendos, *Homophobie d'État – Une enquête mondiale sur le droit à l'orientation sexuelle : criminalisation, protection et reconnaissance*, 12<sup>e</sup> éd. (Genève, Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, trans et intersexes, 2017).

<sup>14</sup> Harm Reduction International, Death Penalty Project (site Web) : <https://www.hri.global/death-penalty-project> (date de consultation : 14 septembre 2017).

<sup>15</sup> Cheryl Overs, Carte des lois relatives à la prostitution (site Web) mise au point pour l'Institute of Development Studies : <http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw> (date de consultation : 20 septembre 2017).



36. Le fait de modifier ou d'abroger les lois discriminatoires et répressives et d'adopter des mesures de protection juridiques favorise l'autonomisation des personnes et des collectivités en instaurant un environnement dans lequel les citoyens sentent qu'ils peuvent bénéficier de services de santé en toute sécurité, dans le respect de la dignité et dans des conditions d'égalité. Lorsque les pratiques et relations sexuelles entre personnes de même sexe ne sont pas punissables par la loi, les homosexuels, les transgenres et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont davantage les moyens d'accéder à des soins de santé et aux autres services dont ils ont besoin. L'abrogation de l'ensemble ou d'une partie des lois incriminant la consommation de drogues dans des pays comme la Tchéquie et le Portugal a eu des effets concrets sur la toxicomanie, la criminalité et la mortalité liées à la drogue et la transmission du VIH. Une étude récente menée dans 27 pays européens a montré que la proportion de travailleurs du sexe infectés à VIH était nettement plus faible dans les pays qui avaient légalisé certains aspects du travail du sexe que dans ceux qui incriminaient tous les aspects<sup>16</sup>. Pour atténuer la stigmatisation et la discrimination au sein de la société, les droits de populations marginalisées doivent absolument être protégés activement. Il s'agit notamment d'adopter des lois qui interdisent la discrimination au motif du statut VIH, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, notamment dans les établissements de soins, qui portent création de mécanismes chargés de traiter les plaintes pour discrimination et d'enquêter à leur sujet et qui protègent la confidentialité des informations personnelles et le droit au consentement en ce qui concerne le traitement.

37. D'énormes obstacles compromettent souvent l'accès à la justice. Il est indispensable que la population puisse bénéficier d'une représentation en justice à un coût abordable. Les programmes d'amélioration de l'accès à la justice associant des services de santé et une aide juridictionnelle se sont avérés particulièrement efficaces. Dans plusieurs pays, des comités consultatifs locaux offrent à la population davantage de possibilités de porter plainte et de demander réparation.

## **Engagement 10**

### **Sortir la question du sida de son isolement**

38. Sortir la lutte contre le VIH de son isolement peut permettre de progresser plus rapidement dans la réalisation des objectifs de développement durable. Les épidémies de VIH, de tuberculose, d'hépatite virale et de virus du papillome humain se chevauchent, posent des problèmes semblables et présentent plusieurs points communs. En effet, ces maladies se transmettent de façon analogue, entraînent des difficultés de diagnostic similaires et touchent toutes des populations isolées. Une meilleure collaboration entre programmes de santé peut mener à un renforcement des systèmes de prestations médicales et à des gains d'efficacité. La Déclaration politique de 2016, dans laquelle ces liens sont explicitement mentionnés et les systèmes de santé nationaux sont invités à lutter de façon intégrée contre les coïnfections et la comorbidité, comporte des engagements visant à réduire considérablement le nombre de nouveaux cas d'hépatite B et C et à accroître le taux de traitement de la tuberculose et de l'hépatite.

39. Au cours des dix dernières années, des progrès notables ont été accomplis dans la lutte contre la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Entre 2004 et 2016, la part des patients diagnostiqués tuberculeux connaissant leur statut VIH est passée de 3 % seulement à 57 % et celle des personnes vivant avec la tuberculose et le VIH qui avaient accès à un traitement antirétroviral est passée de 54 % à 85 %. Le

<sup>16</sup> Aaron Reeves et al, « National sex work policy and HIV prevalence among sex workers : an ecological regression analysis of 27 European countries », *The Lancet HIV*, vol. 4, n° 3 (24 janvier 2017).



nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH a diminué de plus d'un tiers, passant d'un pic de 593 000 en 2007 à 374 000 en 2016. En outre, le traitement préventif de la tuberculose se répand, en particulier parmi les deux groupes les plus vulnérables, à savoir les personnes vivant avec le VIH et les moins de 5 ans. En 2016, près de 1 million de personnes ayant commencé à recevoir des soins contre le VIH dans 60 pays ont suivi un traitement préventif contre la tuberculose ; en 2004, seules 12 000 personnes de 3 pays étaient dans ce cas.

40. En dépit de ces progrès impressionnants, la diminution de 28 % du nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH obtenue depuis 2010 est largement inférieure à l'objectif de 75 % que les États Membres s'étaient fixés dans la Déclaration politique de 2016. De plus, la tuberculose, qui a été responsable de plus d'un tiers (37 %) des décès liés au sida en 2016, demeure la première cause d'hospitalisation et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH et représente la neuvième cause de décès dans le monde. Selon des estimations, en 2016, seulement 46 % des nouveaux cas de tuberculose constatés chez les personnes vivant avec le VIH avaient été diagnostiqués, ce qui démontre que les diagnostics ne sont pas posés assez rapidement et que la tuberculose est très fréquente chez les personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas encore accès à un traitement antirétroviral. Pour combler ces lacunes et dépister les symptômes de la tuberculose chez toutes les personnes vivant avec le VIH, comme demandé dans la Déclaration politique de 2016, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH devront mieux collaborer dans le domaine de la recherche des cas de référence, de l'information de la population et de l'appui à l'observance thérapeutique.

41. La tuberculose pharmacorésistante continue de mettre en danger les progrès accomplis. En 2016, on a enregistré 600 000 nouveaux cas de tuberculose résistante à la rifampicine, médicament de première ligne le plus efficace, dont 490 000 cas de tuberculose à bacilles multirésistants. Les facteurs d'ordre général qui influencent l'épidémie de tuberculose sont notamment le taux de pauvreté, la dénutrition et le tabagisme. Pour atteindre les cibles à l'horizon 2020 énoncées dans la Déclaration politique de 2016, qui consistent notamment à entrer en contact avec 90 % des personnes nécessitant un traitement antituberculeux, dont 90 % issues des populations les plus exposées, et à traiter efficacement au moins 90 % de ces patients, il faut parvenir à réduire l'incidence de la tuberculose et le nombre de décès qu'elle occasionne d'entre 4 % et 5 % par an et faire passer le pourcentage de cas de tuberculose entraînant la mort de 16 % à 10 %.

42. Parmi les 36,7 millions de personnes qui vivaient avec le VIH en 2015, on dénombrait 2,7 millions de cas d'hépatite virale B chronique et 2,3 millions de cas d'hépatite virale C. L'objectif énoncé dans la Déclaration politique de 2016 est, d'ici 2020, de réduire de 30 % le nombre de nouveaux cas d'hépatite virale B et C chronique et de veiller à ce que 5 millions de personnes reçoivent un traitement contre l'hépatite B et 3 millions de personnes soient traitées contre l'hépatite C chronique. En 2016, 4,5 millions de personnes recevaient un traitement contre l'hépatite B et 1,76 million avaient commencé à en recevoir un contre l'hépatite C. Grâce à la généralisation de la vaccination (en 2015, le taux d'administration des trois doses de vaccin contre l'hépatite B aux nourrissons atteignait 84 %), le taux de transmission de l'hépatite B durant les cinq premières années de vie a sensiblement diminué, contribuant ainsi à une baisse de 1,3 % du taux de prévalence de cette maladie chez les enfants.

43. D'autres mesures de prévention existent, mais elles sont trop rarement appliquées. L'action menée pour mettre en place des services de réduction des risques, tels que les programmes de distribution de seringues et d'aiguilles, qui permettent de lutter efficacement contre la transmission de l'hépatite C (et du VIH)

entre usagers de drogues injectables, a été insuffisante. C'est ainsi qu'environ 1,75 million de nouveaux cas d'hépatite C ont été enregistrés dans le monde en 2015. En outre, le coût du dépistage de l'hépatite est souvent prohibitif et seule une infime partie des patients diagnostiqués reçoit un traitement. Enfin, il est inquiétant de constater que le nombre de décès causés par l'hépatite virale a grimpé de 1,10 million en 2000 à 1,34 million en 2015.

44. Plusieurs pays précurseurs, dont l'Égypte, la Géorgie, la Mongolie et le Pakistan, démontrent qu'il est possible d'améliorer rapidement le taux de dépistage et de traitement de l'hépatite C par un engagement politique des dirigeants et par une réduction du coût des médicaments essentiels et des outils de diagnostic nécessaires pour étendre les services de dépistage et de traitement. Pour élargir la portée des activités de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite virale, il faut adopter une démarche de santé publique visant à fournir des services à tous ceux qui en ont besoin et établir un cadre permettant de mobiliser durablement les moyens financiers requis pour parvenir à une couverture sanitaire universelle.

45. Les femmes qui vivent avec le VIH ont quatre à cinq fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus. Ce risque est lié au virus du papillome humain, agent d'une infection courante chez les hommes et les femmes sexuellement actifs et dont les femmes immunodéprimées, telles que celles qui vivent avec le VIH, ont du mal à se débarrasser. Il faut une démarche globale pour diminuer le nombre de décès liés à ce cancer. Étant donné que l'infection au virus du papillome humain survient généralement à un âge jeune, une stratégie essentielle consiste à vacciner les adolescentes avant leur première exposition sexuelle. Jusqu'à présent, les campagnes de vaccination contre ce virus ont surtout concerné les pays à revenu élevé. Seul 1 % des quelque 118 millions de femmes ciblées par une campagne conduite entre juin 2006 et octobre 2014 provenait de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (tranche inférieure).

## **II. Lutte contre le sida et réforme de l'Organisation des Nations Unies**

46. Le Conseil économique et social a créé le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida par sa résolution 1994/24 pour conduire et motiver une action mondiale visant à assurer à tous l'accès à la prévention et au traitement du VIH et aux soins et services de soutien nécessaires, à une époque où les interventions collectives échouaient. Plus de 20 ans plus tard, ONUSIDA coordonne les activités de 11 entités des Nations Unies et collabore étroitement avec les États Membres, la société civile, le Fonds mondial, le PEPFAR, le milieu universitaire et le secteur privé. Grâce à ces efforts, le monde s'est uni dans le but commun d'éliminer d'ici 2030 la menace que l'épidémie de sida fait peser sur la santé publique.

47. ONUSIDA n'a cessé d'évoluer au cours des deux décennies écoulées, tandis que le nombre d'organismes des Nations Unies qui le parrainent est passé de 6 à 11. Ses coparrains et son secrétariat luttent contre le VIH sur la base d'une stratégie de six ans, d'un budget unifié, d'un plan de travail et d'un cadre de responsabilisation. Les équipes communes des Nations Unies pour la lutte contre le sida, placées sous la direction des directeurs de pays d'ONUSIDA, obtiennent régulièrement d'excellents résultats aux côtés des équipes de pays des Nations Unies. La société civile participe activement à la gouvernance d'ONUSIDA et les partenariats dynamiques mis en place avec les États Membres, le système des Nations Unies, la société civile et le secteur privé jouent un rôle essentiel dans les succès engrangés dans la lutte contre le sida dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Dans le cadre du partenariat international contre le sida et avec le concours d'ONUSIDA, le Fonds mondial de

lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a contribué au premier chef à aligner le financement du développement sur les projets nationaux d'investissement, afin que la lutte contre le sida soit menée sur la base d'éléments programmatiques factuels, de données épidémiologiques et de cadres de résultats robustes.

48. En 2017, ONUSIDA a chargé un groupe d'experts multipartite de lui adresser des recommandations visant à perfectionner et à renforcer son fonctionnement compte tenu de l'évolution de l'épidémie et de la réforme de l'ONU. Le groupe a formulé des recommandations précises visant à mieux déployer les ressources humaines et financières, à relancer les activités conjointes à l'échelon national, à mieux appliquer le principe de responsabilité et à obtenir de meilleurs résultats au profit des populations, lesquelles ont été transposées dans un plan d'action approuvé par le Conseil de coordination du Programme en juin 2017. Depuis, ONUSIDA évalue ses capacités à l'échelon national et applique un nouveau modèle d'allocation des ressources dans le cadre duquel des enveloppes financières nationales sont définies par les équipes communes des Nations Unies pour la lutte contre le sida avec l'accord des équipes des Nations Unies dans les 71 pays prioritaires. Ce réajustement du mode de fonctionnement et de l'allocation des ressources humaines et financières d'ONUSIDA vise à faire en sorte que le système des Nations Unies puisse continuer de remplir sa mission de contribuer à toutes les phases de la lutte contre le sida. Le fonctionnement que le Conseil économique a imaginé pour ONUSIDA, ses résultats, son évolution active et les enseignements tirés de son expérience peuvent inspirer à plusieurs égards les activités visant à repositionner le système des Nations Unies pour le développement en vue de la mise en œuvre du Programme 2030. Les données d'expérience engrangées par ONUSIDA présentent un intérêt direct dans l'optique d'une réforme de l'ONU visant à éliminer les doubles emplois et à combler les lacunes par une collaboration faisant fond sur les avantages comparatifs de tous les organismes. Le modèle fondé sur l'action commune et le coparrainage a permis de démontrer que, grâce à un renforcement des partenariats en général et à l'adoption d'une approche intégrée au niveau national, il est possible d'élargir et de renforcer l'appui apporté aux pays par l'ensemble du système.

### III. Recommandations

49. Il demeure possible d'éliminer d'ici à 2030 la menace que le sida fait peser sur la santé publique, comme prévu dans le Programme 2030. Cependant, le fait que le nombre de nouvelles infections diminue lentement indique que nous devons encore combler certaines lacunes et surmonter certains obstacles pour atteindre notre objectif final. Alors qu'il existe de nombreux moyens de prévention des infections à VIH fondés sur des données factuelles, peu de pays ont adopté des stratégies de prévention combinée robustes et engagé les investissements nécessaires pour les faire appliquer. Les lois et politiques nationales ne protègent pas les membres les plus vulnérables de la société. Des millions de femmes, d'enfants, de nouveau-nés et d'adolescents continuent de mourir chaque année, le plus souvent de causes évitables. Le risque d'infection à VIH demeure beaucoup trop élevé chez les jeunes femmes des milieux à forte prévalence et, sur tous les continents, les efforts déployés pour fournir aux populations les plus exposées au risque d'infection, aux migrants et aux personnes vivant dans des installations humanitaires les services de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH dont ils ont besoin sont insuffisants.

50. L'épidémie de sida sévit encore, mais il est possible d'y mettre fin. Pour atteindre d'ici à 2020 les cibles définies dans la stratégie d'accélération de la riposte, les États Membres doivent adopter une démarche axée sur le cycle de vie, tenant compte du lieu géographique et de la population et tirant pleinement parti des activités de surveillance et des données des programmes, afin que toutes les personnes qui en

ont besoin soient au courant de l'existence de plusieurs méthodes de prévention efficaces et des services de dépistage et de traitement du VIH et qu'elles bénéficient de la protection juridique nécessaire pour pouvoir les utiliser.

### **Recommandation 1**

#### **Encourager une révolution dans le domaine du dépistage du VIH et atteindre la cible 90-90-90**

51. Les lacunes en matière de dépistage et de traitement du VIH ont été partiellement comblées. Cependant, en 2016, le taux de personnes vivant avec le VIH qui sont parvenues à une inhibition de la répllication virale n'a atteint que 44 % (entre 32 % et 53 %), soit bien moins que les 73 % requis pour atteindre la cible 90-90-90. La principale lacune à combler se situe au début du processus, c'est-à-dire au stade du dépistage. Un nombre inacceptable de personnes vivant avec le VIH, en particulier parmi les jeunes, les hommes et les populations à risque, ignorent leur état sérologique et se trouvent ainsi dans l'incapacité de recevoir un traitement et d'éviter d'infecter leurs partenaires. C'est ainsi que, dans de nombreux pays, le nombre de patients qui sont diagnostiqués plusieurs années après leur infection à VIH et qui se trouvent à un stade avancé de la maladie lorsqu'ils débutent leur traitement demeure alarmant.

52. Les États Membres sont vivement encouragés à rejoindre une révolution dans le domaine du dépistage du VIH afin d'atteindre la cible 90-90-90 d'ici à 2020. Il est essentiel de développer le dépistage précoce chez les nourrissons et les enfants et d'accélérer l'élaboration et la mise sur le marché d'antirétroviraux pédiatriques en vue d'atteindre l'objectif consistant à dispenser un traitement antirétroviral à 1,6 million d'enfants vivant avec le VIH dans le monde d'ici à la fin de 2018. Les dispositifs visant à organiser le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons sur les lieux de soins et à proposer un dépistage à tous les enfants de personnes vivant avec le VIH ainsi qu'à tous les jeunes enfants venant recevoir un vaccin ou des soins contre la malnutrition ou la tuberculose sont particulièrement prometteurs. Les États Membres devraient veiller à ce que les techniques de dépistage du VIH les plus novatrices, telles que le dépistage volontaire de proximité, l'autodépistage et la notification assistée des partenaires, soient disponibles pour les personnes et dans les régions qui en ont le plus besoin.

### **Recommandation 2**

#### **Redoubler d'efforts pour éliminer la tuberculose et les autres coïnfections et comorbidités**

53. Les participants à la Conférence ministérielle mondiale de l'OMS visant à mettre fin à la tuberculose à l'ère des objectifs de développement durable, tenue à Moscou en novembre 2017, se sont engagés collectivement à agir rapidement pour parvenir à une couverture sanitaire universelle, notamment en collaborant pour mettre en place à grande échelle des services de lutte contre la tuberculose et le VIH intégrés et axés sur l'être humain. La toute première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la tuberculose, prévue pour septembre 2018, constitue une occasion historique de traduire cet engagement en une déclaration qui puisse être mise en pratique afin d'intensifier la lutte contre la tuberculose et les coïnfections à VIH et à la tuberculose et d'engager fermement tous les pays du monde sur la voie de l'élimination des décès de personnes vivant avec le VIH liés à la tuberculose. Pour ce faire, il faudra combler un déficit de financement de 2,3 milliards de dollars au moyen de ressources nationales, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire, et internationales, notamment dans les pays à faible revenu. Le troisième réunion de haut niveau sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles sera également une occasion de faire progresser la santé dans le monde, et donc de contribuer à la lutte contre le VIH. Ces deux réunions, ainsi que la réunion de haut

niveau sur la couverture sanitaire universelle de 2019, offriront la possibilité d'établir des liens entre les différents enjeux de santé à l'échelle mondiale, d'harmoniser les activités de programmation et de financement afin d'accroître les gains d'efficacité tout en encourageant l'ensemble du système à adopter une démarche plus solide en matière de santé.

54. En sus de combattre la tuberculose, il convient, pour lutter contre les coïnfections et la comorbidité, de mieux traiter l'hépatite B et C, notamment par l'acquisition de médicaments génériques de haute qualité, de développer de nouvelles technologies de laboratoire permettant de dépister plusieurs maladies (VIH et syphilis, par exemple) au moyen d'un même dispositif, et d'améliorer la sensibilisation et la vaccination au virus du papillome humain ainsi que son dépistage et son traitement. Toute amélioration des soins de santé primaires ou toute mesure de lutte contre la pauvreté permettra de mieux combattre les différentes maladies. Pour sortir encore plus la question du sida de son isolement, il faut redoubler d'efforts en vue de parvenir à une couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 et d'appliquer le Programme 2030 dans son ensemble. Une nouvelle fois, la réunion de haut niveau de 2019 sur la couverture sanitaire universelle sera l'occasion pour les États Membres de placer au cœur des débats la lutte contre le VIH et le sida, qui pourrait à la fois contribuer à l'avènement de la couverture sanitaire universelle et en tirer parti.

### **Recommandation 3**

#### **Utiliser la feuille de route en matière de prévention du VIH pour réduire plus rapidement le nombre de nouvelles infections**

55. Tous les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, et plus particulièrement les 25 pays où ont eu lieu 75 % des nouvelles infections à VIH constatées en 2016, sont instamment invités à tirer parti de la feuille de route en matière de prévention du VIH pour s'employer de façon concrète et immédiate à progresser plus rapidement vers les objectifs de prévention du VIH qu'ils se sont engagés à atteindre d'ici à 2020 en adoptant des démarches fondées sur des données factuelles, axées sur l'être humain et respectueuses des droits. La feuille de route énonce à l'intention des pays un plan en 10 points comme suit : a) procéder à une évaluation stratégique des principaux besoins en matière de prévention et déceler les éléments liés aux politiques et programmes faisant obstacle au progrès ; b) définir ou actualiser des cibles et des plans de marche nationaux en matière de prévention du VIH ; c) opérer des changements institutionnels visant à améliorer la direction, la supervision et la gestion des activités de prévention du VIH ; d) modifier les lois et les politiques de manière à créer un environnement favorable aux programmes de prévention ; e) formuler des directives nationales, définir des ensembles d'interventions, recenser des plateformes de services et actualiser les plans opérationnels ; f) élaborer un plan de renforcement des capacités et d'assistance technique robuste en matière de prévention ; g) établir ou consolider des mécanismes de passation de marchés à caractère social au profit des partenaires d'exécution issus de la société civile et élargir la portée des interventions de proximité ; h) évaluer les moyens disponibles à l'appui de la prévention et élaborer une stratégie visant à combler les déficits de financement ; i) créer ou renforcer des systèmes de suivi des programmes de prévention ; et j) améliorer l'application du principe de responsabilité lors des activités de prévention au niveau national et international. En outre, il importe notamment d'accélérer l'élargissement des programmes de distribution de préservatifs, de réduction des risques, de circoncision médicale volontaire et de prophylaxie préexposition par voie orale. Les modifications apportées aux lois et aux politiques doivent viser en premier lieu à lever les obstacles structurels et politiques rencontrés par les groupes à risque les plus vulnérables, notamment les jeunes scolarisés ou non et les populations clefs, à lutter contre la stigmatisation et la discrimination et à offrir à ces groupes un accès

équitable aux services, de manière à garantir la réalisation progressive de leurs droits fondamentaux.

#### **Recommandation 4**

##### **Protéger les droits de l'homme et promouvoir l'égalité des sexes au moyen de dispositifs de prestation de services axés sur l'être humain et de cadres juridiques et politiques porteurs**

56. La lutte contre le sida a commencé grâce au militantisme de personnes vivant avec le VIH qui, sur la base des droits de l'homme, ont exigé de recevoir des services. De nombreuses données factuelles montrent que la mise en place de dispositifs de prestation de services axés sur l'être humain, de cadres juridiques et politiques porteurs et de dispositifs de suivi et de contrôle et la sensibilisation du personnel sanitaire et des autres débiteurs d'obligations peuvent promouvoir l'inclusion et contribuer à garantir à tous un accès équitable aux services de santé. Pour donner aux femmes et aux filles les moyens de se protéger d'une infection à VIH, il est essentiel de défendre l'égalité des sexes, notamment en maintenant les filles à l'école et en luttant contre la violence à l'égard des femmes. Pour améliorer l'accès des jeunes aux services, il est indispensable de supprimer les obligations de consentement, tandis que pour protéger les droits des populations clefs et des personnes vivant avec le VIH, il est essentiel d'abroger les lois et politiques discriminatoires et de garantir l'égalité d'accès à l'aide juridictionnelle. Les États Membres sont vivement encouragés à défendre et à protéger l'ensemble des libertés et droits fondamentaux et à redoubler d'efforts pour honorer les engagements qu'ils ont pris dans la Déclaration politique de 2016, lesquels consistent à concrétiser l'égalité des sexes, à agir plus résolument pour établir des cadres législatifs, sociaux et politiques propres à favoriser l'accès de tous, sans discrimination, aux services de lutte contre le VIH, à l'éducation, aux soins de santé, à l'emploi et aux services sociaux et à offrir des garanties juridiques aux personnes qui vivent avec le VIH, risquent d'être infectées ou sont touchées par le VIH.

#### **Recommandation 5**

##### **Mettre le Programme commun ONUSIDA et le partenariat H6 au service de l'amélioration de la santé mondiale et de la réforme de l'ONU**

57. Alors que l'ONU s'engage dans une réforme fondamentale dans un contexte de menaces contre la sécurité mondiale en constante évolution, d'urgences humanitaires, de problèmes de développement et de changements climatiques, l'approche commune que le système des Nations Unies a adoptée à l'égard du sida gagne en intérêt. Les intervenants humanitaires et les acteurs du développement doivent agir de concert pour faire fond sur les progrès accomplis à ce jour dans la lutte contre le sida tout en s'adaptant à l'évolution du contexte politique, économique et épidémiologique. Il est essentiel que les États Membres appuient pleinement le plan d'action du Programme commun ONUSIDA ainsi que son plan stratégique de mobilisation des ressources pour la période 2018-2021, afin qu'il continue de jouer un rôle de premier plan dans la réforme de l'ONU.

58. Le fait qu'ONUSIDA exerce la présidence du partenariat H6 offre une bonne occasion de tirer parti de l'expérience accumulée par ONUSIDA pour accélérer la réforme du système des Nations Unies pour le développement. Nombre des priorités recensées dans le programme de réforme de l'ONU, notamment l'action commune, la lutte contre la fragmentation et les doubles emplois, la production d'informations stratégiques, la fourniture d'orientations intégrées et le renforcement de la responsabilité, sont au cœur du mode de fonctionnement d'ONUSIDA et du partenariat H6. Tout comme la stratégie de six ans d'ONUSIDA et la Déclaration politique de 2016 ont inspiré la stratégie d'accélération de la lutte contre le sida, le

partenariat H6 peut contribuer à accroître le degré d'ambition et l'engagement politique en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, à articuler l'action commune du système des Nations Unies autour d'objectifs et de produits bien définis et à accélérer les progrès accomplis au regard du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les États Membres sont vivement encouragés à aider le partenariat H6 à contribuer à l'amélioration de la santé mondiale et à la réforme du système des Nations Unies pour le développement.

---