

NOUS AVONS DÉVIÉ LA TRAJECTOIRE



DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

MAINTENANT NOUS AVONS



CINQ ANS

POUR METTRE FIN

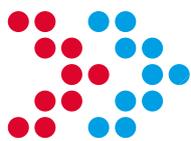


À L'ÉPIDÉMIE

SANS QUOI ELLE RISQUE DE



REVENIR EN FORCE



Objectifs de l'accélération de la riposte

d'ici 2020

Objectifs de traitement

90-90-90

500 000

nouvelles infections
chez les adultes

ZÉRO

discrimination

d'ici 2030

Objectifs de traitement

95-95-95

200 000

nouvelles infections
chez les adultes

ZÉRO

discrimination

Le monde est en train d'adopter une stratégie d'accélération de la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

Pour atteindre cet objectif visionnaire après trois décennies de l'épidémie la plus grave de mémoire d'homme, les pays devront utiliser les puissants outils disponibles, se responsabiliser mutuellement par rapport aux résultats et s'assurer que personne n'est laissé pour compte.

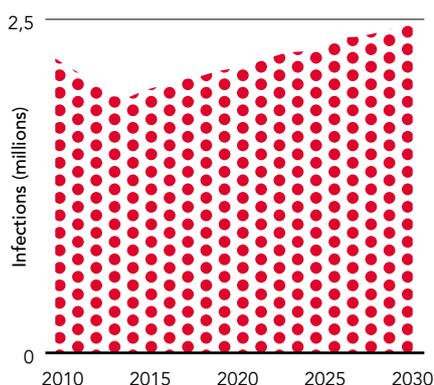
Accélérer la riposte

PAS D'INTENSIFICATION DE LA RIPOSTE—maintien des niveaux de couverture de 2013

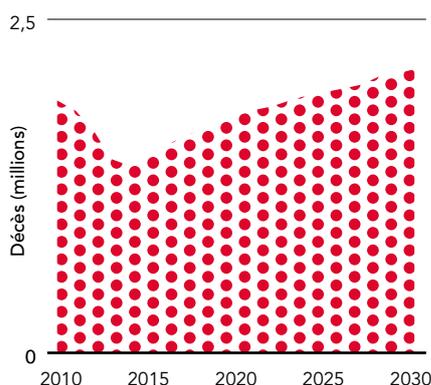


20

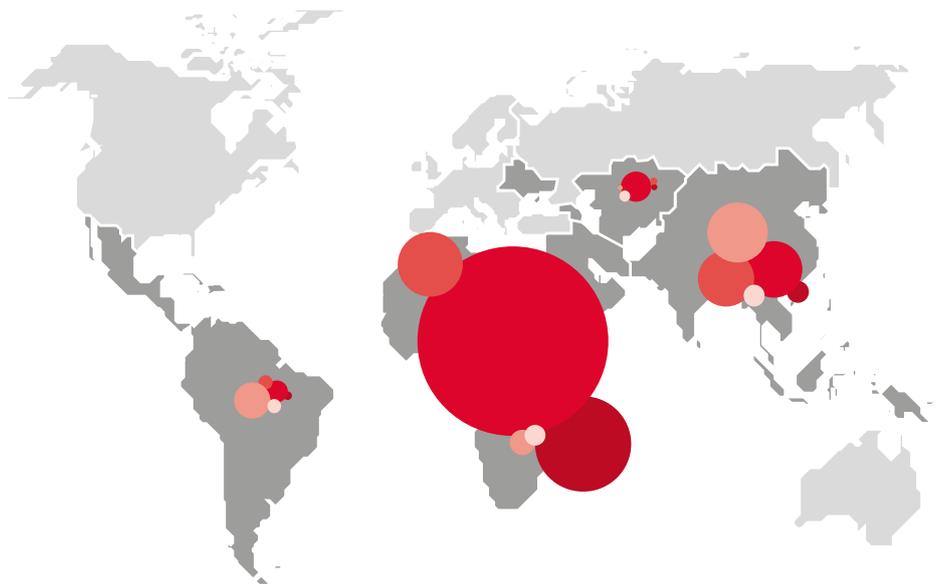
Nouvelles infections à VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (millions)



Décès liés au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (millions)



Nouvelles infections à VIH dans différents groupes de population, pays à revenu faible ou intermédiaire, 2030



- Enfants
- Hétérosexuels (incluant les jeunes femmes, hors travail du sexe)
- Professionnelles du sexe et leurs clients
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Consommateurs de drogues injectables

2030

En l'absence d'une intensification de la riposte, l'épidémie de sida continuera de surpasser la riposte, entraînant un accroissement du besoin à long terme de traitement contre le VIH et une augmentation des coûts futurs.



INTENSIFICATION RAPIDE DE LA RIPOSTE — réalisation d'objectifs ambitieux

PRINCIPAUX AVANTAGES :

21
MILLIONS

de décès liés au sida évités d'ici 2030

28
MILLIONS

d'infections à VIH évitées d'ici 2030

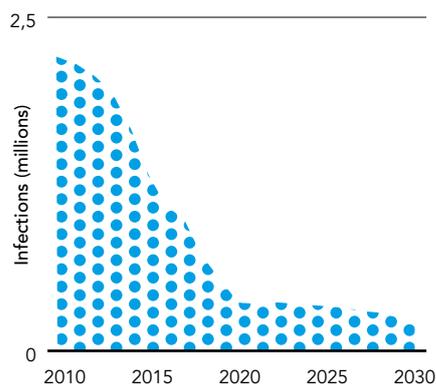
5,9
MILLIONS

d'infections chez les enfants évitées d'ici 2030

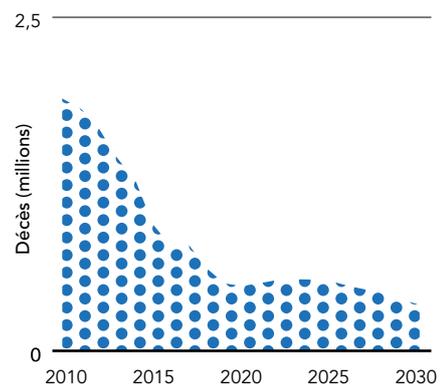
Retour sur investissements dans la riposte au VIH

x 15

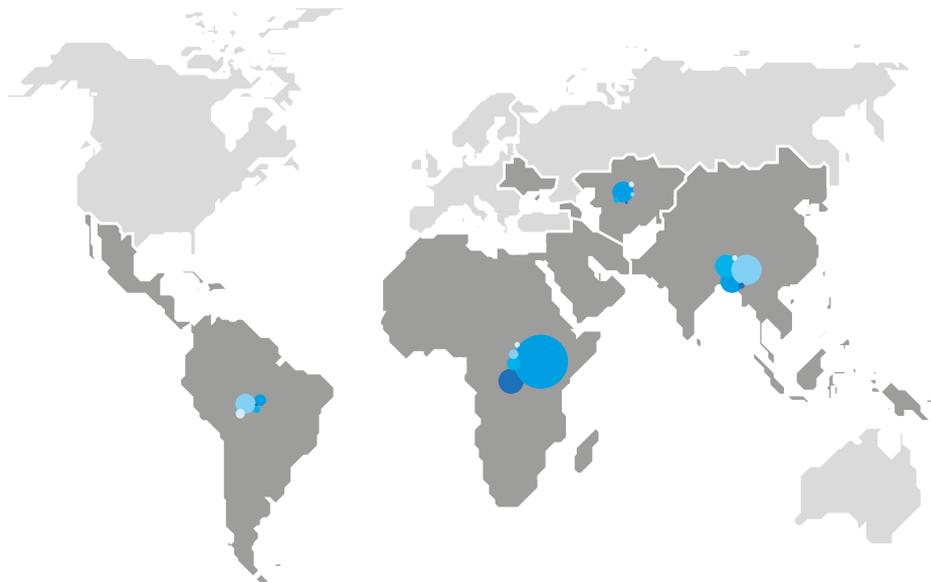
Nouvelles infections à VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (millions)



Décès liés au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (millions)



Nouvelles infections à VIH dans différents groupes de population, pays à revenu faible ou intermédiaire, 2030



- Enfants
- Hétérosexuels (incluant les jeunes femmes, hors travail du sexe)
- Professionnelles du sexe et leurs clients
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Consommateurs de drogues injectables

Une intensification rapide des approches essentielles de prévention et de traitement du VIH permettra à la riposte de devancer l'épidémie.

2030

NOUS POUVONS METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA D'ICI 2030

Il est largement reconnu au niveau mondial qu'il existe maintenant les outils nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de sida. Cette assurance s'appuie à la fois sur des percées scientifiques majeures et sur l'accumulation des retours d'expérience acquis au cours de plus de dix ans d'intensification de la riposte au sida au niveau mondial. La réalisation des objectifs définis à partir de ces outils doit maintenant être accélérée.

Le traitement du VIH peut considérablement prolonger la durée de vie des personnes vivant avec le VIH et prévenir efficacement la transmission du VIH. Il existe aussi de nombreuses possibilités éprouvées de prévention du VIH au-delà de l'utilisation de médicaments, parmi lesquelles la programmation des préservatifs, le changement de comportement, la circoncision masculine médicale volontaire et des programmes auprès des populations cibles. Toutes ces options ont clairement démontré leur capacité à fortement réduire les taux de nouvelles infections à VIH. Les programmes de lutte contre le VIH sont considérablement renforcés lorsqu'ils sont associés à des approches sociales et structurelles. Une récente analyse a, par exemple, conclu que ceci pourrait réduire d'un tiers ou plus le nombre de nouvelles infections à VIH chez les travailleurs du sexe (1).

S'il est probable que les infections à VIH ne vont pas disparaître dans un avenir proche, il est possible de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé mondiale. Pour atteindre cet objectif d'ici à 2030, le nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida doit diminuer de 90 % par rapport à 2010.

L'accélération de la riposte au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire présente des avantages importants :

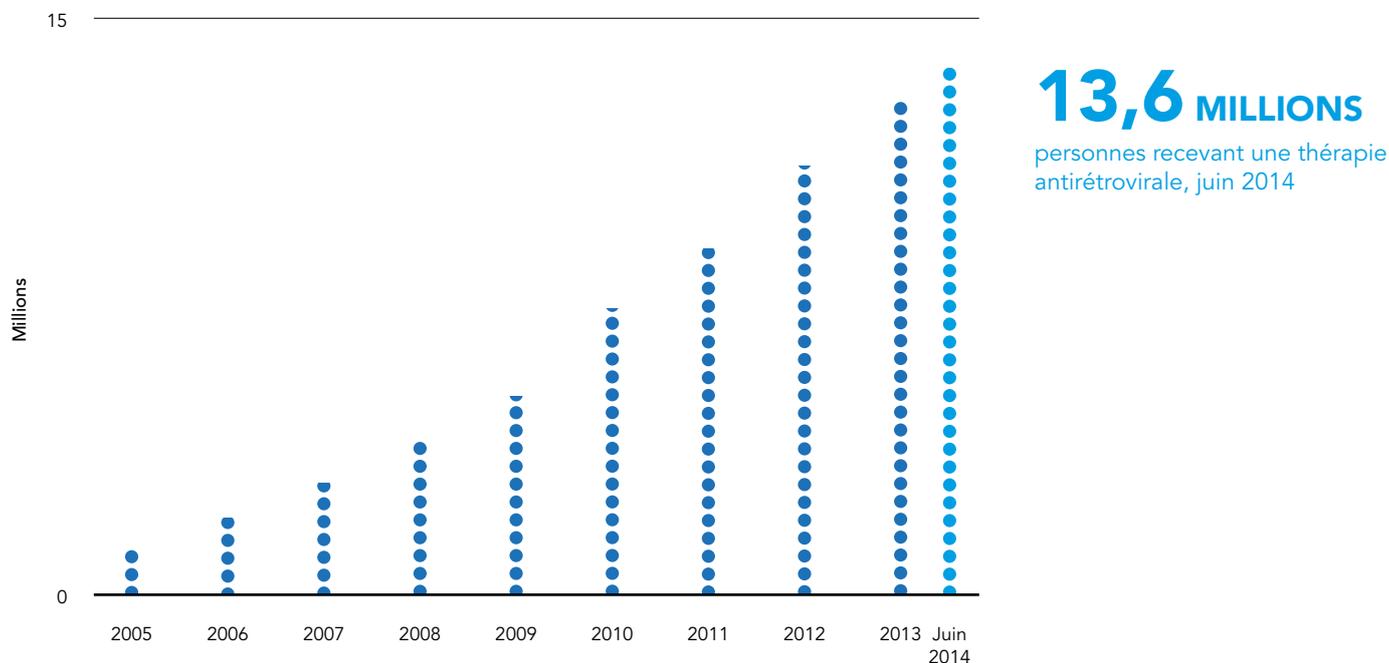
- 28 millions d'infections à VIH seront évitées entre 2015 et 2030.
- 21 millions de décès liés au sida seront évités entre 2015 et 2030.
- Les investissements dans l'accélération de la riposte devraient permettre un retour sur investissements 15 fois supérieur.
- 24 milliards de dollars de coûts supplémentaires pour le traitement du VIH seront évités.

S'APPUYER SUR LES SUCCÈS OBTENUS

Les investissements dans la riposte au sida continuent de générer des résultats concrets, ce qui permet d'être optimiste quant à la possibilité de mettre fin à l'épidémie une fois pour toutes. À la fin 2013, 35 millions (entre 33,2 et 37,2 millions) de personnes dans le monde vivaient avec le VIH. On estime qu'il y a eu 2,1 millions (1,9 à 2,4 millions) de nouvelles infections à VIH en 2013, soit 38 % de moins qu'en 2001. Le nombre de décès liés au sida continue également de baisser, avec 1,5 million (1,4 à 1,7 million) de décès liés au sida en 2013, soit une baisse de 35 % par rapport au pic atteint en 2005.

Les pays ont amélioré leur accès aux programmes prioritaires de lutte contre le VIH au cours des six premiers mois de 2014. Avec 13,6 millions de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral en juin 2014 (Fig.1), le monde est en bonne voie de parvenir à fournir un traitement contre le VIH à au moins 15 millions de personnes d'ici à 2015, même si les progrès pour les enfants accusent un retard.

Fig. 1 Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2005 à juin 2014, tous pays confondus



La couverture de la thérapie antirétrovirale à la fin 2013 était de 38 % pour les adultes mais seulement 24 % pour les enfants (voir Fig. 2 et les tableaux de bord des pays). L'augmentation du nombre d'enfants sous thérapie antirétrovirale au cours du premier semestre de 2014 n'était que de 3 %, à comparer à une augmentation de 6 % pour les adultes (Fig. 3).

Au cours du premier semestre 2014, le nombre de femmes enceintes recevant des médicaments antirétroviraux a augmenté de 13 % par rapport au premier semestre 2013, le monde se rapprochant dans le même temps de l'objectif du *Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015 et à maintenir leurs mères en vie* (pour des données spécifiques à chaque pays, voir AIDSinfo sur le site www.unaids.org).

En 2013, environ 1 million d'hommes dans les pays prioritaires en Afrique subsaharienne ont été nouvellement circoncis, ce qui porte à 6 millions le nombre d'hommes circoncis depuis 2007, quand l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont pour la première fois recommandé le déploiement de cet outil puissant de prévention du VIH.

De récentes enquêtes auprès des ménages en Afrique subsaharienne révèlent également des tendances positives. Les enquêtes menées entre 2007 et 2013 montrent une amélioration des connaissances relatives au VIH et de l'utilisation du préservatif parmi les adultes, par rapport aux enquêtes menées pendant la période 2001-2006, ainsi qu'une baisse de la proportion de jeunes ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et du nombre d'adultes qui indiquent avoir de multiples partenaires sexuels.

Fig. 2 Couverture de la thérapie antirétrovirale pour les adultes et les enfants, 2013

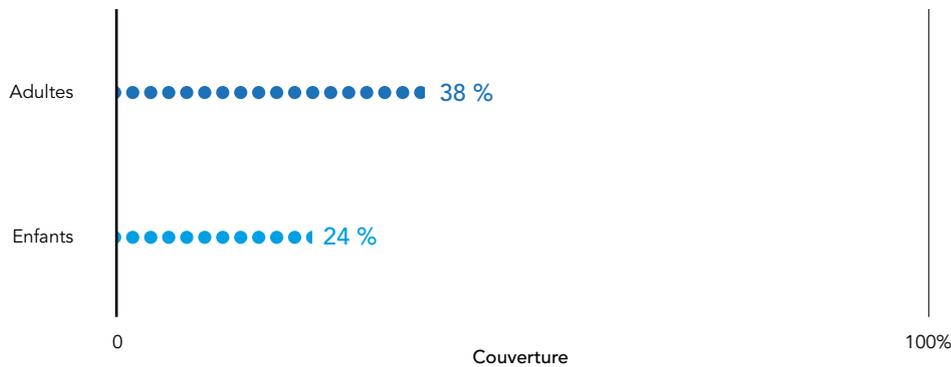
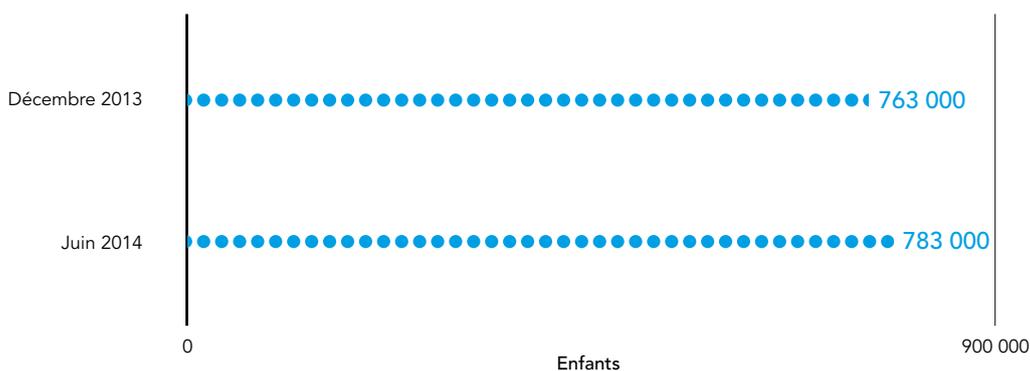


Fig. 3 Nombre d'enfants recevant une thérapie antirétrovirale, 2013–2014

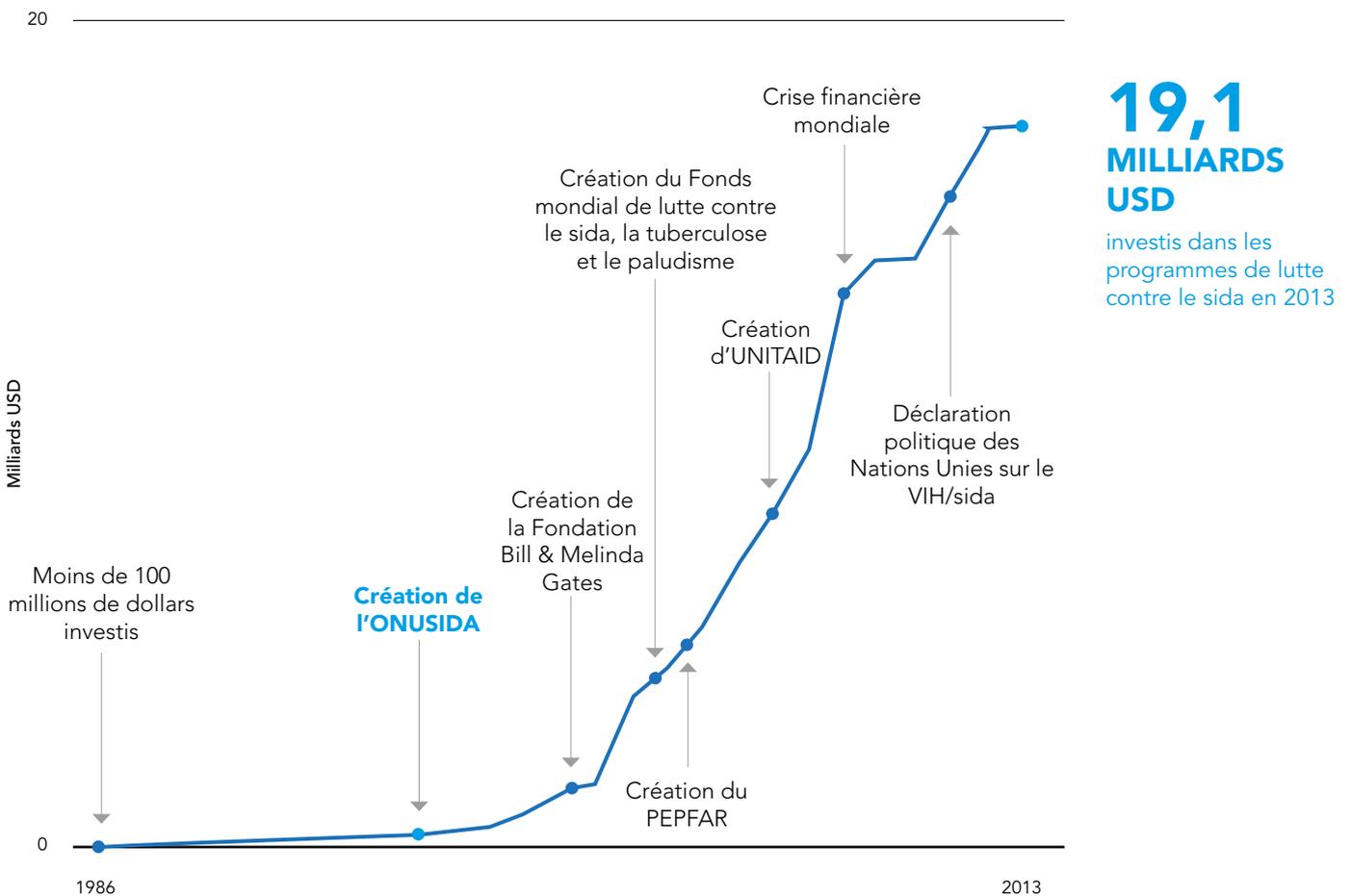


Pourtant, les populations cibles exposées à un risque accru d'infection par le VIH ne retirent pas le même bénéfice de ces avancées, ce qui vient souligner la nécessité de renforcer les efforts de prévention et de traitement du VIH auprès de ces groupes. Seuls environ trois cinquièmes des pays disposent de programmes de réduction des risques pour les professionnels du sexe. Dans le même temps, l'accès aux services de prévention du VIH reste faible parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Quatre-vingt huit pays indiquent que moins de la moitié des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissent leur statut VIH grâce au résultat d'un test récent, alors que 50 pays indiquent que plus de la moitié des hommes de cette population connaissent leur statut. La plupart des pays ne fournissent pas un traitement de substitution aux opiacés ou un accès à des seringues stériles aux consommateurs de drogues injectables.

Les ressources mobilisées pour les programmes de lutte contre le sida continuent d'augmenter (Fig. 4). En 2013, 19,1 milliards de dollars ont été investis dans la riposte au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit une augmentation d'environ 250 millions de dollars par rapport aux montants investis en 2012. Les pays eux-mêmes ont

fortement augmenté leurs investissements dans la lutte contre le sida, dans la mesure où l'aide internationale sur le VIH a été réduite au cours des dernières années. À mesure qu'ils augmentent leurs investissements nationaux dans la lutte contre le sida, de plus en plus de pays adoptent une approche d'investissement qui concentre les ressources sur les programmes les plus efficaces et sur les populations et les contextes géographiques présentant les besoins les plus importants. Étant donnée l'augmentation spectaculaire des ressources consacrées au VIH au cours des dix dernières années, le monde se rapproche de l'objectif visant à mobiliser 22 à 24 milliards de dollars par an d'ici à 2015, même si un financement encore plus important sera nécessaire pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

Fig. 4 S'appuyer sur les succès obtenus : fonds investis dans les programmes de lutte contre le sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 1986–2013



PEPFAR : Plan présidentiel d'urgence des Etats-Unis pour la lutte contre le sida

Source : Estimations de l'ONUSIDA, Rapports ONUSIDA- Kaiser Family Foundation sur le financement de la riposte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, GARPR 2014, rapports sur le suivi des ressources philanthropiques réalisés par Funders Concerned About AIDS, rapports du Fonds mondial et de l'UNITAID.

DES OBJECTIFS AMBITIEUX SONT TOUT À FAIT RÉALISABLES

Comme l'a montré le retour d'expérience de la riposte au sida, les objectifs assortis de délais entraînent des progrès, favorisent la responsabilisation et amènent les parties prenantes à se réunir autour de la réalisation d'objectifs communs. Pour accélérer les progrès dans le sens de la fin de l'épidémie, de nouveaux objectifs ambitieux d'accélération de la riposte ont été fixés pour la période post-2015 (Fig. 5). Ces objectifs visent à transformer la stratégie « zéro nouvelles infections à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida » en des jalons concrets et des points d'aboutissement.

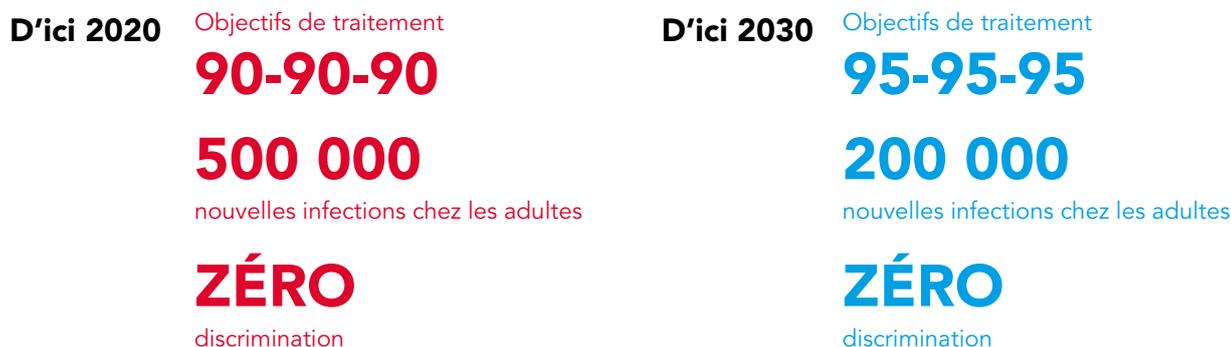
Pour la première fois, il existe un consensus mondial pour viser à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, à ce que 90 % des personnes connaissant leur statut reçoivent un traitement et à ce que 90 % des personnes sous traitement contre le VIH parviennent à un état de suppression virale, de façon à ce que leur système immunitaire reste fort et à ce qu'ils ne soient plus infectieux. Ces objectifs « 90-90-90 » s'appliquent aux enfants et aux adultes, aux hommes et aux femmes, qu'ils soient pauvres ou riches, dans toutes les populations - et des niveaux supérieurs doivent être atteints pour les femmes enceintes.

La réalisation des objectifs 90-90-90 d'ici à 2020 laisserait cependant 27 % des personnes vivant avec le VIH sans suppression de la charge virale en 2020. Un accroissement des investissements dans des stratégies éprouvées de prévention du VIH sera par conséquent indispensable pour espérer pouvoir mettre fin à l'épidémie de sida. Les Objectifs d'accélération de la riposte pour les programmes de prévention recommandés (par ex. dans l'approche d'investissement) sont encore supérieurs à ceux recommandés précédemment. Un niveau de couverture très élevé pour les programmes faisant la promotion d'une utilisation correcte et systématique du préservatif sera nécessaire dans tous les types d'épidémie. Dans les milieux à forte prévalence, un plus grand nombre de gens devront être informés par les médias de masse et des entretiens individuels qui encouragent la réduction des comportements sexuels à risque. Dans les régions à très forte prévalence de VIH, de nouvelles données indiquent que des programmes de transferts de fonds pour la prévention du VIH chez les filles devront être mis en place ou considérablement intensifiés.

Un grand nombre de membres des populations cibles déclarent n'avoir eu aucun contact avec les programmes de prévention au cours des 12 derniers mois. Par conséquent, une amélioration nette de la couverture (proche de la saturation) sera nécessaire pour les programmes de sensibilisation à destination des travailleurs du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes transgenres et des consommateurs de drogues injectables. La couverture du traitement de substitution aux opiacés pour les consommateurs de drogues injectables et des programmes de prévention dans les prisons doit aussi être largement intensifiée. L'objectif consistant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants exige une couverture à un niveau de saturation.

L'accès aux outils de prévention biomédicale doit aussi être élargi. Dans les régions prioritaires en Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH est élevée et où les taux de circoncision masculine sont faibles, l'objectif de 80 % de couverture pour la circoncision masculine médicale volontaire doit être atteint d'ici à 2020. En s'appuyant sur des données récentes concernant l'efficacité de la prophylaxie de pré-exposition et en anticipant sur l'évolution possible de sa formulation et de son efficacité, il faudra garantir l'accès à la prophylaxie antirétrovirale de pré-exposition chez les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, chez les couples sérodiscordants dans les milieux à forte prévalence, et chez les adolescents dans les contextes où la prévalence du VIH est extrêmement élevée.

Fig. 5 Objectifs pour mettre fin à l'épidémie de sida



À eux tous, ces outils prioritaires de traitement et de prévention du VIH peuvent réduire et faire passer le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes de 2,1 millions en 2010 à environ 200 000 en 2030. La thérapie antirétrovirale devrait permettre d'éviter 60 % des infections grâce à l'intensification de ces stratégies prioritaires.

L'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants exigera également des niveaux très élevés de couverture de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes, au-delà des objectifs mondiaux de « 90-90-90 » pour le traitement contre le VIH.

Certains outils essentiels doivent aussi être généralisés pour mettre fin à l'épidémie de sida. Pour que les programmes de lutte contre le VIH soient plus efficaces, ils doivent toucher plus de personnes durablement, notamment en s'attaquant à des enjeux sociaux et structurels qui dissuadent les gens d'accéder aux services. Une mobilisation communautaire permettra d'améliorer l'accès aux services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH, et également de favoriser l'observance du traitement. En outre, les synergies avec d'autres secteurs de développement, notamment l'éducation, la santé, la protection sociale et l'égalité des sexes, aideront à améliorer les résultats de la lutte contre le VIH.

La riposte au sida est basée sur un engagement absolu en faveur de la protection des droits de l'homme. Seul un niveau « zéro discrimination » est acceptable.

DES PROGRÈS RAPIDES SONT ESSENTIELS

Si l'on veut mettre fin à l'épidémie mondiale de sida d'ici à 2030, des progrès rapides doivent être accomplis avant 2020. L'accélération de la mise en œuvre des approches essentielles de prévention et de traitement du VIH permettra de limiter l'épidémie à des niveaux plus gérables et permettra aux pays de progresser vers la phase de l'élimination. Si la riposte est trop lente, l'épidémie de sida va continuer à se développer, avec un lourd bilan humain et financier lié à la demande accrue de thérapie antirétrovirale et à l'augmentation des coûts de la prévention et du traitement du VIH.

Une modélisation commandée par l'ONUSIDA a confirmé cette conclusion (2). L'accélération de la riposte au cours des six prochaines années est essentielle dans la perspective mondiale de mettre fin à l'épidémie de sida. Si le monde n'atteint les objectifs prévus pour 2020 qu'en 2030, il y aura 3 millions de nouvelles infections à VIH supplémentaires et 3 millions de décès liés au sida supplémentaires entre 2020 et 2030.

LA RÉALISATION DES OBJECTIFS D'ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE PERMETTRA DANS LES FAITS DE METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

L'intensification des efforts pour atteindre les objectifs d'accélération de la riposte pourrait permettre d'inverser l'épidémie de sida d'ici à 2020. La réalisation de ces nouveaux objectifs d'ici 2030 entraînerait une nette diminution de l'épidémie. En revanche, avec un scénario de statu quo (maintien de la couverture des services aux niveaux de 2013), l'épidémie sera repartie à la hausse d'ici 2030, représentera une menace encore plus sérieuse pour la santé et le bien-être mondial, et exigera des ressources importantes pour ce qui sera devenu une épidémie incontrôlée.

En accélérant la mise à disposition des outils de prévention et de traitement du VIH, le nombre de nouvelles infections à VIH serait de 89 % inférieur en 2030 à celui de 2010, et le nombre de décès liés au sida en 2030 serait de 81 % inférieur. Une intensification rapide permettrait d'éviter 28 millions de nouvelles infections d'ici 2030 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, à comparer à une poursuite des tendances actuelles (2013) en matière de couverture (Fig. 6).

La réalisation des nouveaux objectifs ambitieux permettra aussi d'éviter 21 millions de décès liés au sida d'ici à 2030 par rapport à la poursuite du niveau actuel de couverture (Fig. 7).

Grâce à la réalisation des objectifs, chaque région enregistrera une réduction des nouvelles infections et des décès liés au sida (Fig. 8).

Fig. 6a Nouvelles infections à VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2010–2030, avec la réalisation des objectifs ambitieux d'accélération de la riposte, par comparaison au maintien du niveau de couverture de 2013

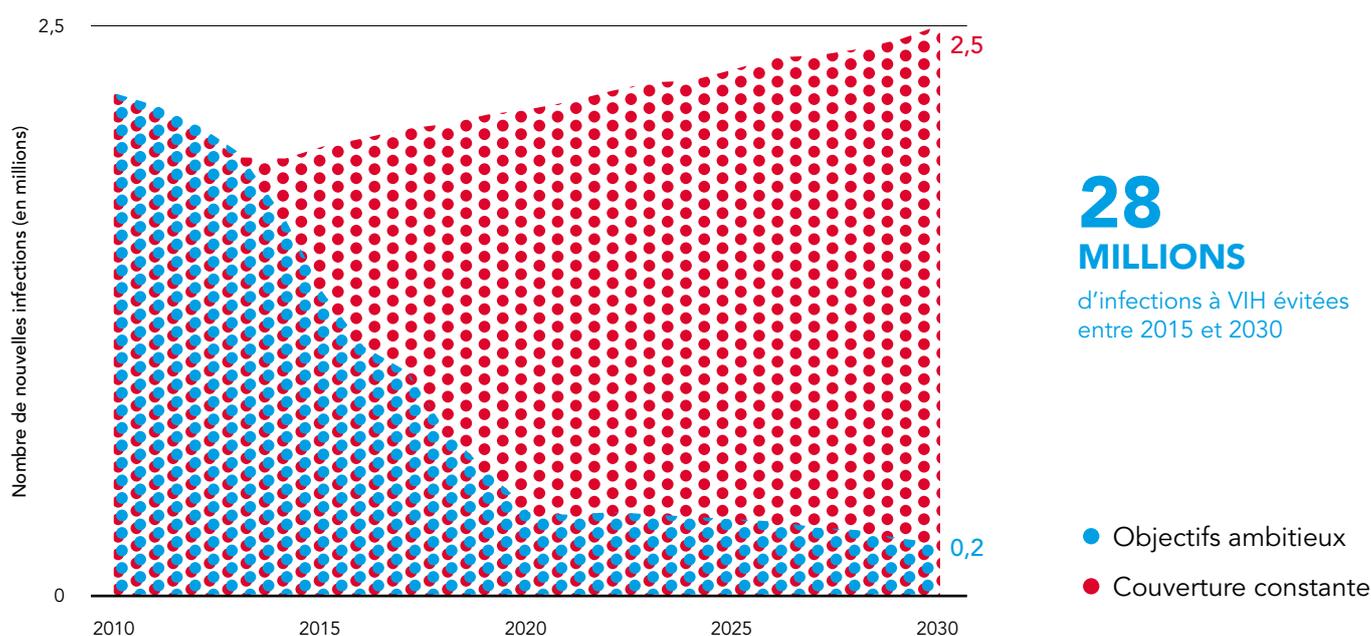


Fig. 6b Décès liés au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2010–2030, avec la réalisation des objectifs ambitieux d'accélération de la riposte, par comparaison au maintien du niveau de couverture de 2013

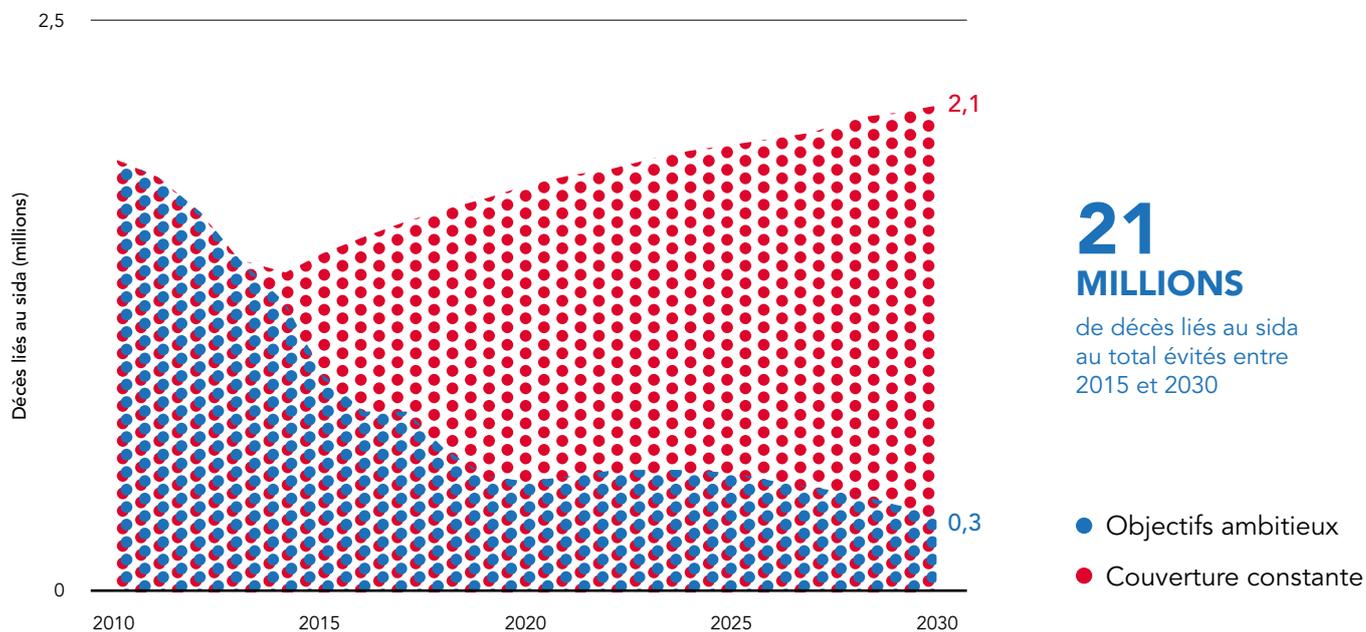


Fig. 7 Nombres cumulés des infections à VIH et des décès liés au sida évités par la réalisation des objectifs ambitieux d'accélération de la riposte, à comparer au maintien des niveaux de couverture actuels, pays à revenu faible ou intermédiaire, 2015-2030

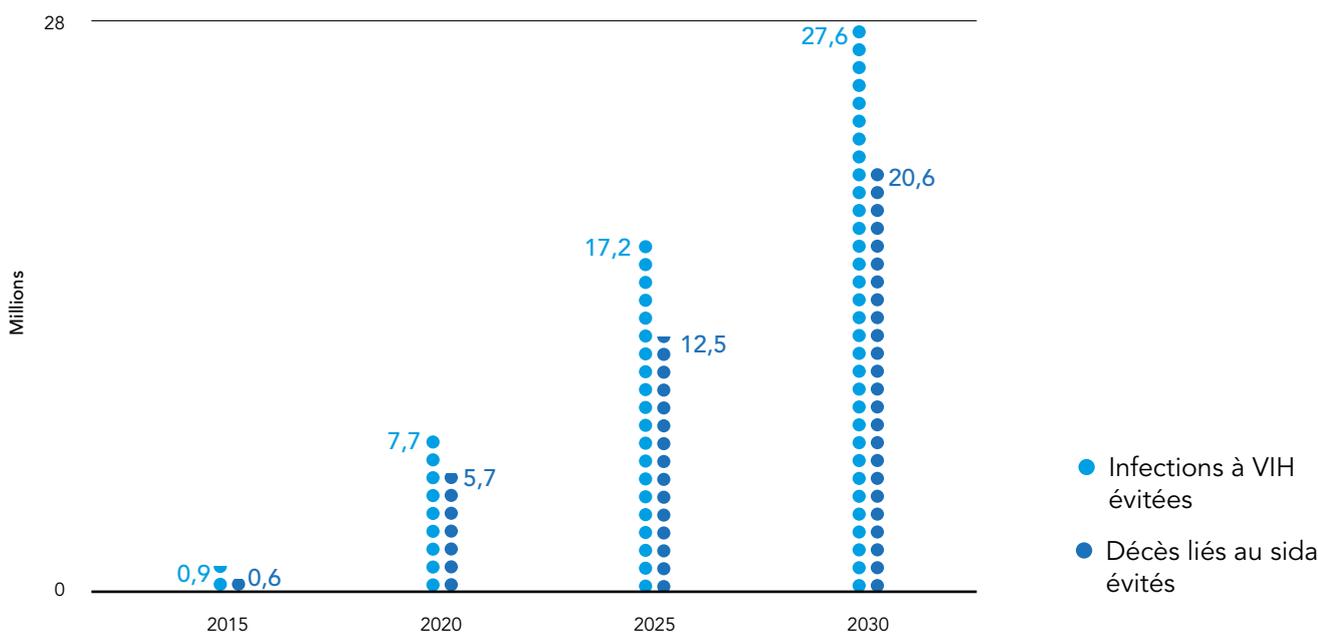
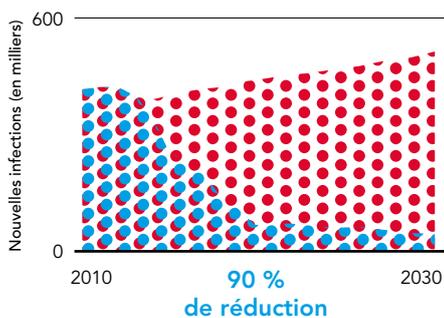


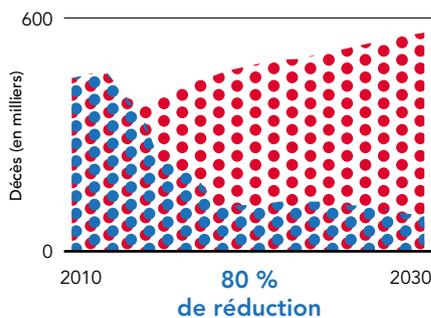
Fig. 8 Estimation du nombre annuel de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida par région, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, comparaison de la réalisation des objectifs ambitieux d'accélération de la riposte et du maintien des niveaux de couverture de 2013, et pourcentage de réduction avec des objectifs ambitieux, 2010-2030

AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Nouvelles infections à VIH

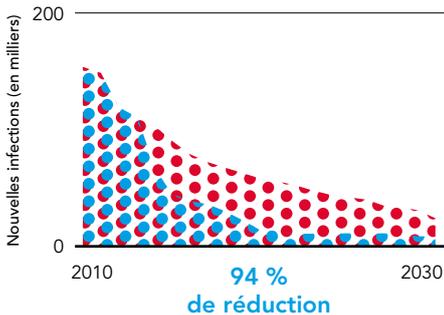


Décès liés au sida

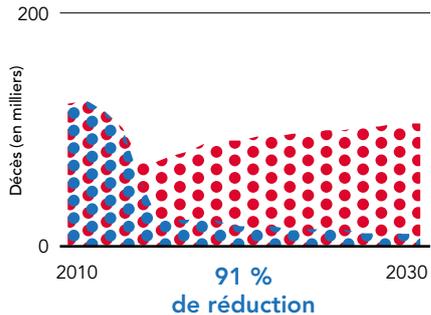


CARAÏBES

Nouvelles infections à VIH

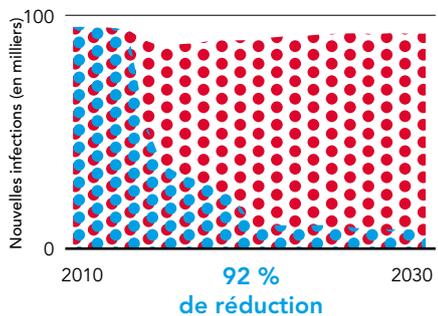


Décès liés au sida

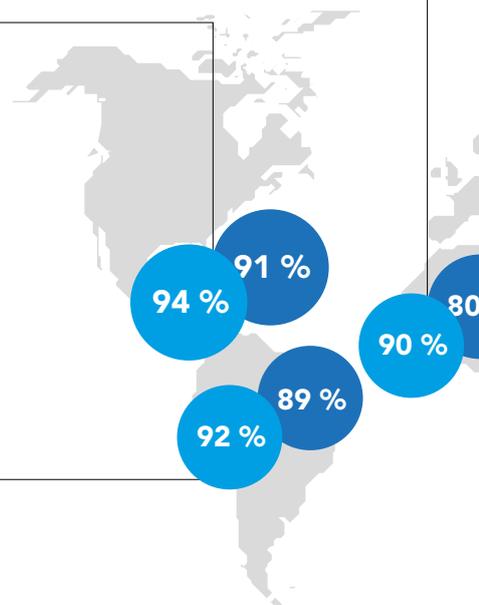
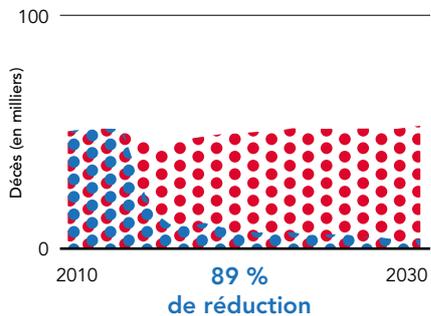


AMÉRIQUE LATINE

Nouvelles infections à VIH



Décès liés au sida



Nouvelles infections à VIH

- Objectifs ambitieux
- Couverture constante

Décès liés au sida

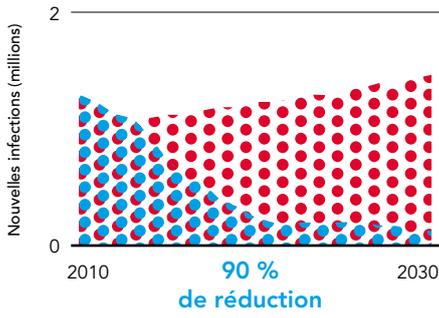
- Objectifs ambitieux
- Couverture constante

Impacts des objectifs ambitieux, 2010-2030

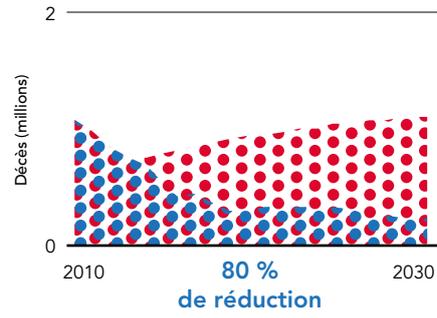
- % Réduction du nombre de nouvelles infections à VIH
- % Réduction du nombre de décès liés au sida

AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE

Nouvelles infections à VIH

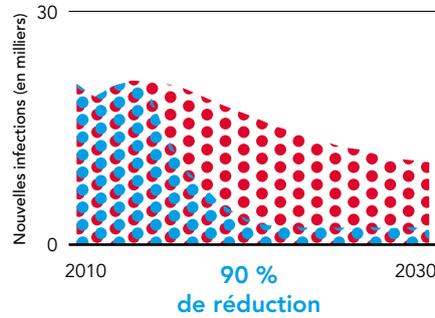


Décès liés au sida

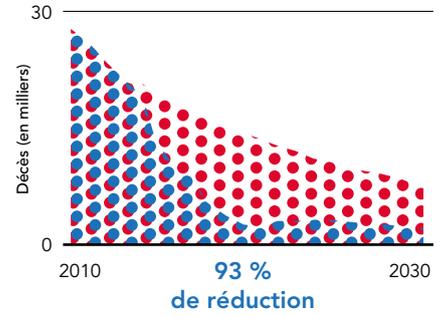


EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE

Nouvelles infections à VIH

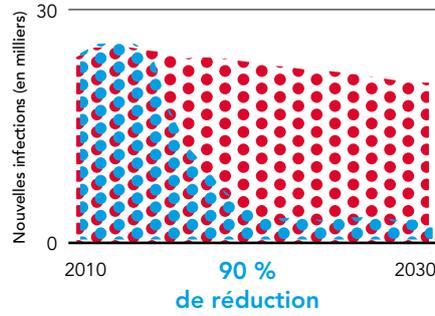


Décès liés au sida

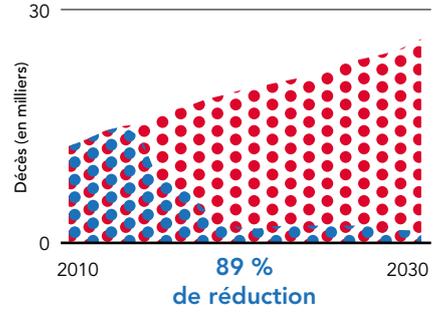


MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Nouvelles infections à VIH

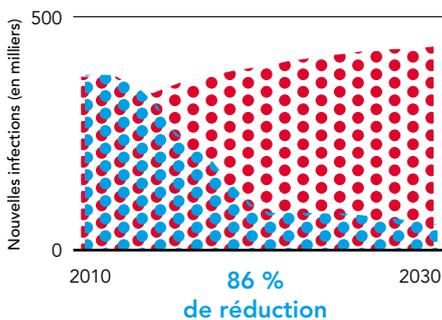


Décès liés au sida

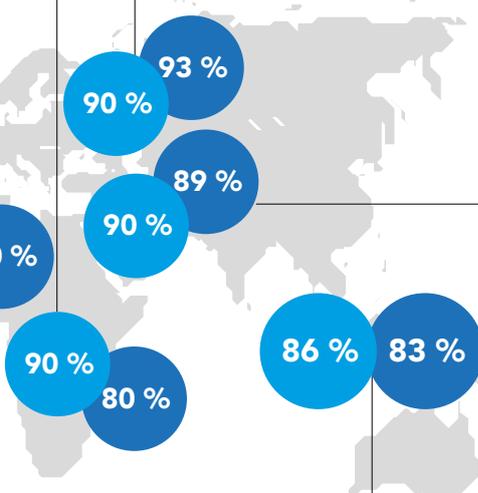
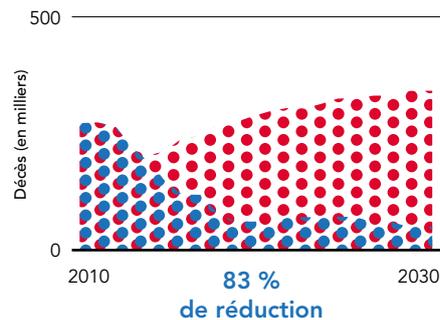


ASIE ET PACIFIQUE

Nouvelles infections à VIH



Décès liés au sida



Les tendances concernant le nombre d'infections à VIH évitées au sein de différents groupes de populations grâce à la réalisation d'objectifs ambitieux d'accélération de la riposte seront variables selon les régions.

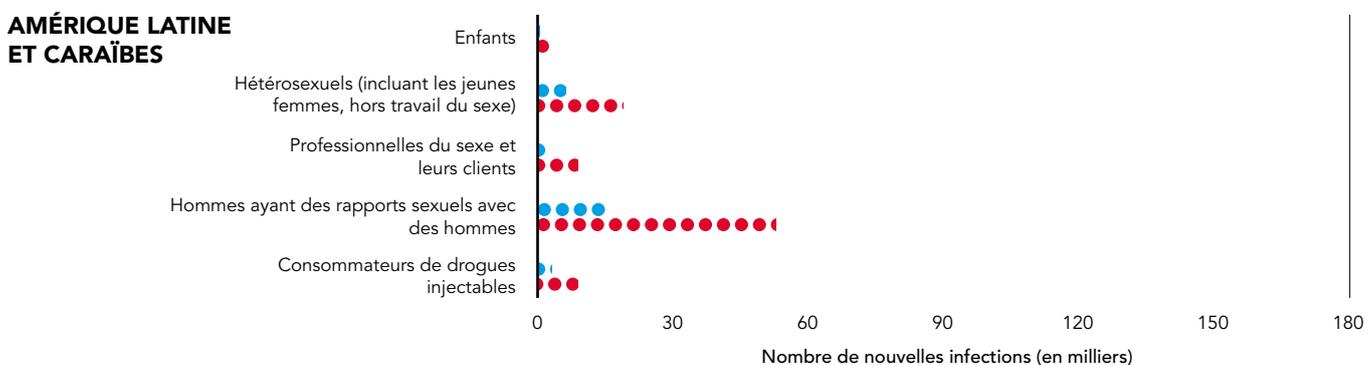
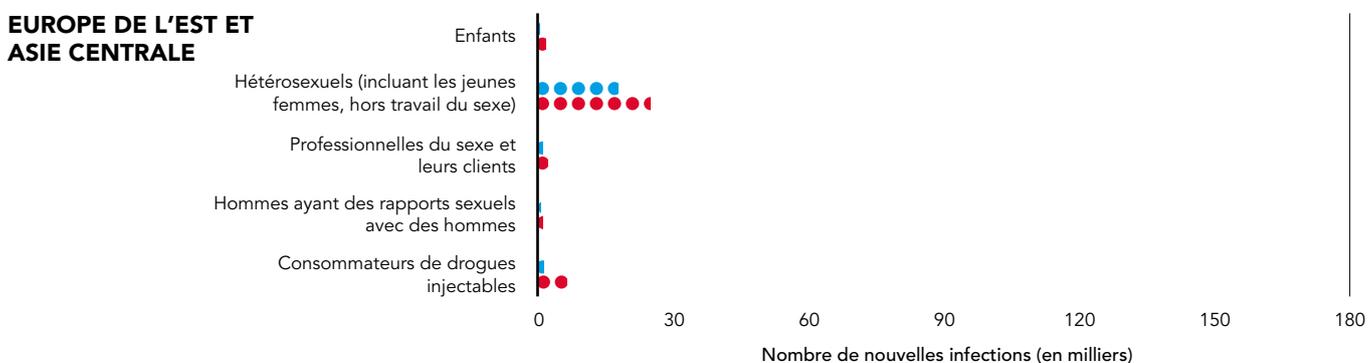
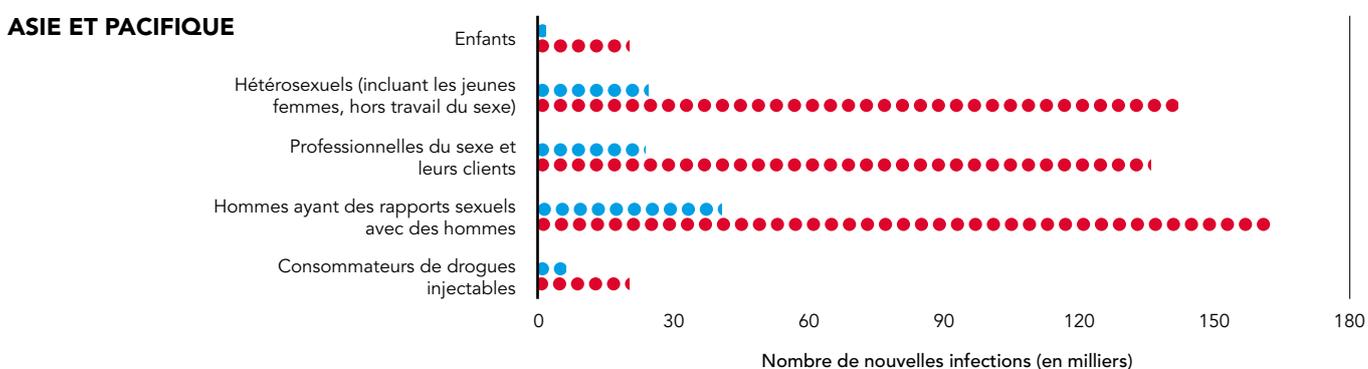
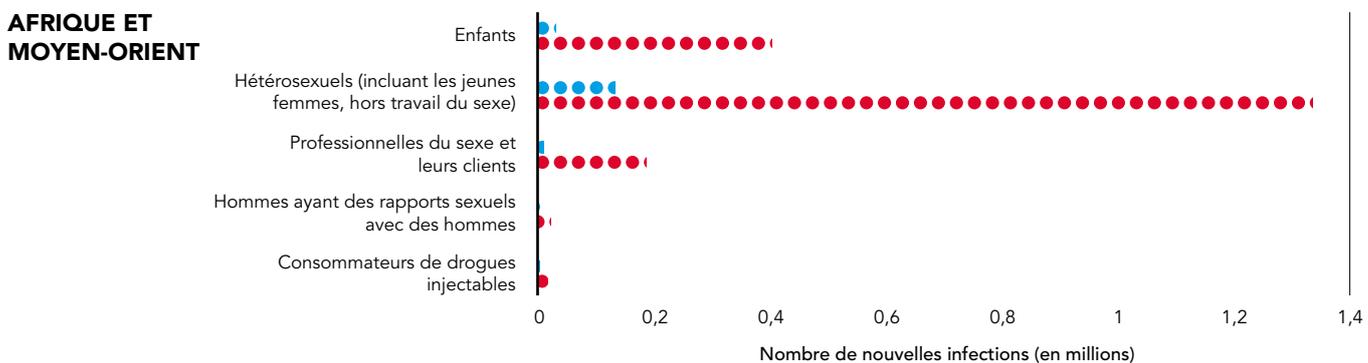
En Afrique et au Moyen-Orient, l'accélération de la riposte pour les programmes de traitement et de prévention du VIH permettra d'éviter environ 13 millions de nouvelles infections à VIH par transmission hétérosexuelle hors travail du sexe (Fig. 9). En particulier, les jeunes femmes, qui continuent d'être touchées de manière disproportionnée par l'épidémie dans la région, seront protégées du VIH. Des progrès rapides dans le sens de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants permettront d'éviter l'infection de près de 5,6 millions d'enfants. Pour chaque population, le nombre de nouvelles infections à VIH évitées est sensiblement supérieur en cas de réalisation des nouveaux objectifs par rapport à la poursuite des niveaux de couverture actuels. En 2030, l'Afrique et le Moyen-Orient devraient atteindre près de 2 millions de nouvelles infections à VIH si la couverture est constante aux niveaux de 2013, par rapport à 173 000 infections en cas de riposte accélérée au sida.

En Asie et dans le Pacifique, l'accélération de la riposte permettra de réduire les lacunes en termes de prévention du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe et leurs clients, et d'éviter un nombre similaire de nouvelles infections parmi ces populations (Fig. 9). Une accélération des avancées dans le sens de l'objectif de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants permettra d'éviter une infection à près de 250 000 enfants. Le développement rapide de l'accès à des stratégies de prévention et de traitement éprouvées permettra aussi d'empêcher un nombre important de nouvelles infections à VIH non liées au travail du sexe. L'Asie et le Pacifique devraient voir le nombre de nouvelles infections à VIH passer à 480 000 en 2030 si la couverture reste aux niveaux de 2013, mais ce nombre serait limité à 97 000 infections en cas de riposte accélérée au sida.

En Europe de l'Est et en Asie centrale, l'accélération du rythme permettra de combler l'écart en termes de prévention pour les consommateurs de drogues injectables. Compte tenu de l'accroissement rapide de la transmission par voie sexuelle dans ce qui était initialement une épidémie régionale principalement causée par la consommation de drogues injectables, la majeure partie des infections évitées se produira chez les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels (Fig. 9). Des progrès rapides dans le sens de l'objectif de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants permettront d'éviter une infection à près de 13 000 enfants. Le nombre total des infections à VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale devrait dépasser 36 000 en 2030 si la couverture reste aux niveaux de 2013, ce nombre étant réduit à 21 000 nouvelles infections en cas de riposte accélérée au sida.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, le déficit sera réduit pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, avec 672 000 nouvelles infections à VIH évitées d'ici à 2030. Près de 250 000 cas de transmission hétérosexuelle du VIH non liés au travail du sexe seront également évités dans la région par la réalisation des objectifs d'accélération de la riposte (Fig. 9). Des progrès rapides en direction de l'objectif de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants permettront d'éviter une infection à près de 41 000 enfants. Le nombre total de nouvelles infections à VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes devrait dépasser 93 000 en 2030 si la couverture reste aux niveaux de 2013, ce nombre ne devant pas dépasser 28 000 nouvelles infections en cas de riposte accélérée au sida.

Fig. 9 Estimation des nouvelles infections à VIH, 2015–2030, avec la réalisation des objectifs d'accélération de la riposte, par comparaison au maintien du niveau de couverture de 2013



● Objectifs ambitieux de couverture ● Couverture constante

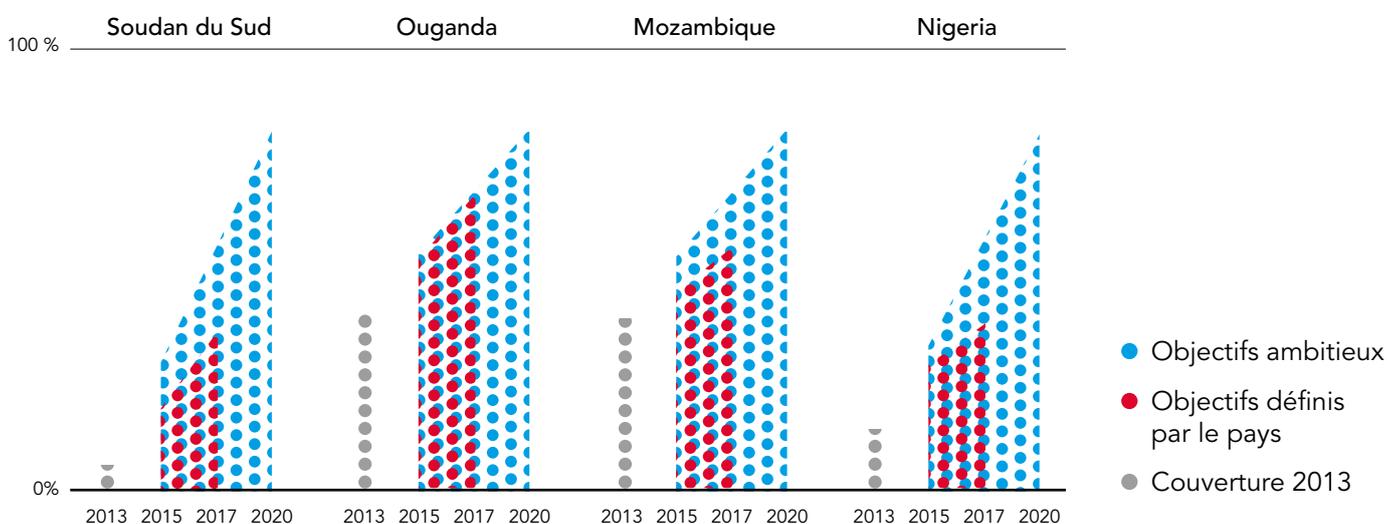
LES PAYS S'ALIGNENT SUR LES OBJECTIFS D'ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE

Les épidémies varient considérablement entre les différents pays et régions et à l'intérieur de ceux-ci, et cela se traduit dans les ripostes nationales. Le succès dépend de la focalisation sur les régions et les populations présentant le risque le plus élevé. Des objectifs nationaux, soutenus par des systèmes robustes pour le suivi des performances, permettent aux acteurs nationaux d'évaluer en continu les efforts nationaux, de répondre aux problèmes ou aux goulets d'étranglement à mesure qu'ils émergent, et de responsabiliser chacun par rapport aux résultats.

De nombreux objectifs nationaux récents dans la lutte contre le sida sont alignés sur les nouveaux objectifs mondiaux pour la période post-2015. Par exemple, de nombreux programmes nationaux pour le traitement du VIH sont actuellement révisés pour mettre en œuvre les directives consolidées 2013 de l'OMS sur le traitement antirétroviral (Fig. 10), et dans le même temps les programmes pour la prévention de la transmission mère-enfant sont également révisés.

Pendant, des lacunes importantes restent également évidentes. Au Mozambique, les objectifs nationaux en matière de programmation pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes sont largement inférieurs à l'objectif mondial (Fig. 11). D'autres pays, comme le Soudan, sont également encore loin des objectifs mondiaux pour les populations cibles à risque élevé, comme les travailleurs du sexe. Diverses raisons expliquent le faible niveau de ces objectifs de couverture pour les populations cibles, notamment la perception selon laquelle les membres de ces groupes seraient peu nombreux dans ces pays ou qu'il serait trop difficile de les atteindre. Les très faibles objectifs de renforcement pour certaines populations cibles dans ces pays viennent souligner la nécessité d'améliorer les outils essentiels, de façon à prendre en compte les cadres politiques et d'autres facteurs qui nuisent à l'efficacité de la riposte pour ces groupes.

Fig. 10 Objectifs de couverture de la thérapie antirétrovirale pour 2015–2020 dans certains pays



Si l'accélération de la riposte est nécessaire dans tous les pays, des efforts particuliers doivent être déployés dans les 30 pays indiqués ci-dessous qui, ensemble, représentent toutes les régions du monde et 89 % du total des nouvelles infections à VIH au niveau mondial, car les résultats dans ces pays auront un effet important sur les perspectives de mettre fin à l'épidémie. Pour accélérer les ripostes nationales, une forte mobilisation des ressources humaines, institutionnelles et financières sera nécessaire. En collaborant avec les acteurs nationaux et les partenaires stratégiques internationaux, l'ONUSIDA va intensifier l'assistance fournie à la définition d'objectifs nationaux, la planification des investissements et l'analyse critique des approches nationales pour accélérer les avancées dans le sens des objectifs intermédiaires pour 2020 dans ces pays prioritaires.

Pays représentant 89 % du total des nouvelles infections à VIH

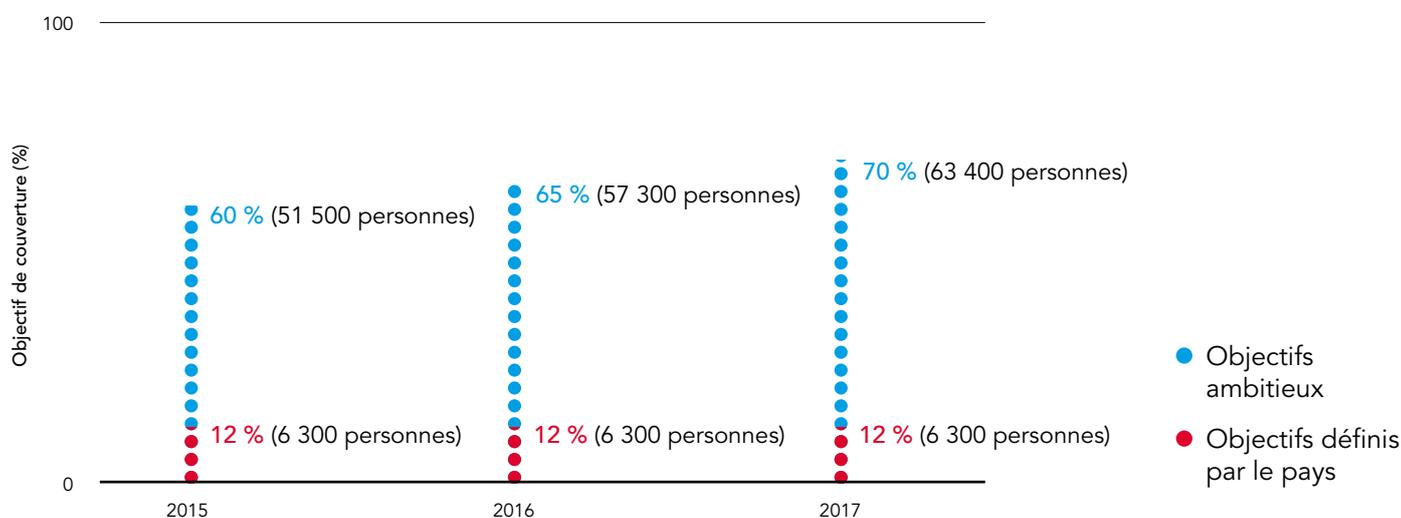
PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

- Angola
- Brésil
- Cameroun
- Tchad
- Chine
- Côte d'Ivoire
- République démocratique du Congo
- Éthiopie
- Haïti
- Inde
- Indonésie
- Iran (République islamique d')
- Jamaïque
- Kenya
- Lesotho
- Malawi
- Mozambique
- Nigeria
- Pakistan
- Afrique du Sud
- Sud-Soudan
- Swaziland
- Ouganda
- République-Unie de Tanzanie
- Ukraine
- Vietnam
- Zambie
- Zimbabwe

PAYS À REVENU ÉLEVÉ

- Fédération de Russie
- États-Unis d'Amérique

Fig. 11 Objectifs de couverture des services de sensibilisation pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Mozambique



COMBIEN CELA VA COÛTER

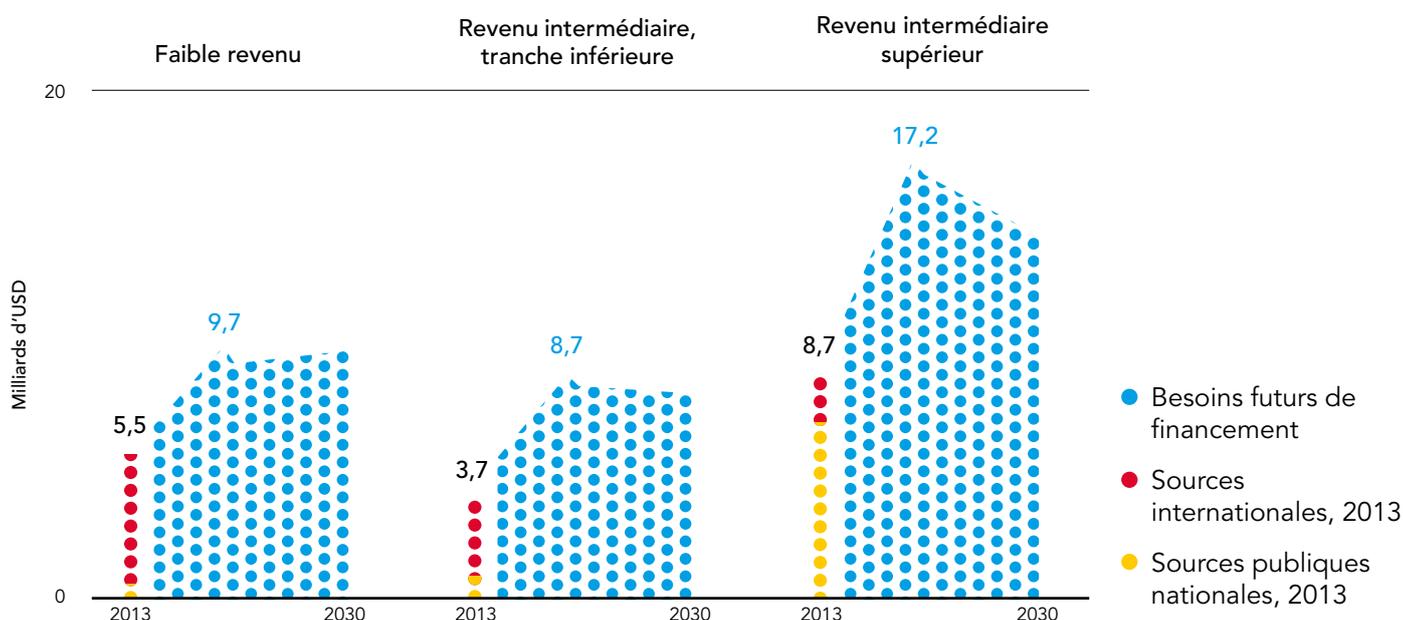
Pour accélérer la riposte et mettre fin à l'épidémie de sida, les pays à faible revenu auront besoin de 9,7 milliards de dollars de financement en 2020 et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, de 8,7 milliards de dollars. En raison de leur niveau de revenu et de l'ampleur de leurs épidémies de VIH, ces pays continueront d'avoir besoin d'un soutien international pour financer leur riposte au sida.

Dans le cadre de la stratégie d'accélération, les pays à revenu intermédiaire supérieur auront besoin d'un financement de 17,2 milliards de dollars en 2020 pour la riposte au sida, après quoi leurs besoins seront ramenés à 14,2 milliards de dollars en 2030 (Fig. 12). Les pays à revenu intermédiaire supérieur financent déjà la plupart de leurs efforts de lutte contre le sida à partir de sources publiques nationales (80 % en 2013), au lieu de 22 % dans les pays à revenu intermédiaire inférieur et de 10 % dans les pays à faible revenu. Les pays à revenu intermédiaire supérieur auront besoin d'environ la moitié des investissements pour la lutte contre le sida au niveau mondial.

Parmi ces régions, l'Afrique subsaharienne aura besoin de la plus grande partie du financement destiné au sida, avec 19,4 milliards de dollars en 2020.

Ces ressources permettront de fournir des traitements antirétroviraux à deux fois plus de personnes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en 2020 qu'en 2015, notamment à destination des femmes enceintes ; une couverture nettement plus élevée des services de prévention pour les principales populations affectées ; des transferts de fonds pour la prévention du VIH chez les filles dans les pays à très forte prévalence du VIH ; la circoncision masculine médicale volontaire dans les pays prioritaires ; et une prophylaxie de pré-exposition pour les populations sélectionnées.

Fig. 12 Ressources disponibles en 2013 et ressources nécessaires sur la période 2015-2030, par niveau de revenu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire



Les ressources nécessaires et la répartition entre les programmes varient selon les régions et les pays, et évolueront à mesure que les objectifs seront atteints. Par exemple, le nombre d'orphelins du sida diminuera à mesure que la prévention et le traitement du VIH se développeront, de sorte que les fonds nécessaires pour aider les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le sida devraient passer de 204 millions de dollars en 2013 à 91 millions de dollars d'ici 2030.

Les services communautaires occuperont une place croissante dans la riposte au sida et l'ONUSIDA estime que les ressources destinées à la mobilisation communautaire passeront de 1 % des besoins mondiaux en matière de financement en 2014 (216 millions d'USD) à 3,6 % en 2020 et 4 % en 2030. Cela inclut le traitement antirétroviral et le dépistage et le conseil sur le VIH. Le renforcement du système communautaire vise à soutenir le rôle des populations cibles, des communautés et des organisations communautaires dans la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation des services, des activités et des programmes.

MOBILISER LES RESSOURCES NÉCESSAIRES

Pour mettre fin à l'épidémie de sida à l'horizon 2030, la communauté mondiale devra à nouveau faire mentir les prévisions. Pour parvenir au financement nécessaire pour mettre fin à l'épidémie de sida, il faudra un engagement réaffirmé, un financement innovant et une priorisation stratégique intensifiée. La décision de mobiliser ces ressources est en réalité simple, puisque les dépenses consacrées à l'accélération de la riposte généreront des avantages de santé historiques et des rendements économiques très supérieurs.

En s'appuyant sur les principes de solidarité mondiale et de responsabilité partagée, il sera essentiel d'avoir une approche stratégique pour mobiliser les ressources nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de sida :

- Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire devront fournir un financement interne proportionnel à leur niveau de richesse nationale et au poids du VIH dans leur population. Dans presque tous les cas, cela exigera une augmentation du financement national destinée à la riposte au sida. Au fur et à mesure que les économies nationales se développeront, les dépenses nationales pour la riposte devraient également augmenter.
- Les pays à faible revenu, en particulier ceux présentant une forte prévalence du VIH, auront besoin d'un soutien international significatif pour assurer une intensification rapide de la riposte afin de mettre fin à l'épidémie.
- Les pays à revenu intermédiaire inférieur devront aller vers un autofinancement plus important de la riposte, même si les pays à forte prévalence continueront à avoir besoin d'un soutien considérable des donateurs.
- Les pays à revenu intermédiaire supérieur doivent prendre des mesures immédiates pour passer à un autofinancement de la riposte, avec des accords de pays visant à clarifier la transition de la dépendance aux donateurs à l'autofinancement.
- Un financement accru des donateurs sera nécessaire au cours des prochaines années. Les donateurs devront orienter le financement vers les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire inférieur, en puisant dans le financement pour les pays à revenu

intermédiaire supérieur pendant une période de transition planifiée et régie par des accords nationaux. Toutefois, des dispositions particulières peuvent être nécessaires dans les cas où la réduction du financement des donateurs risque d'entraîner la suppression du financement de programmes essentiels pour les populations cibles dans les pays à revenu intermédiaire supérieur.

- Toutes les parties prenantes doivent prioriser les efforts visant à accroître l'efficacité des fonds investis dans la riposte, tout en collaborant entre elles pour mobiliser de nouvelles ressources indispensables.

Les pays à revenu faible ou intermédiaire devront accélérer leurs investissements si le monde veut arriver à mobiliser les ressources nécessaires pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030. Les pays disposent de plusieurs options pour élargir la marge budgétaire pour le sida, notamment par la mobilisation de nouveaux financements publics nationaux réguliers, l'introduction de mécanismes de financement nouveaux et innovants et l'amélioration de l'efficacité et l'efficacités des programmes sur le sida.

En reconnaissant que la santé est au cœur de la prospérité nationale et du développement, dans la Déclaration d'Abuja de 2001, les pays africains se sont engagés à affecter 15 % de leurs budgets nationaux à la santé, bien que, jusqu'à 2013, seuls six pays avaient tenu compte de cette exigence (3). Le respect des engagements de la Déclaration d'Abuja permettrait d'obtenir une augmentation substantielle des ressources pour la santé en Afrique du Nord et sub-saharienne, et donnerait une marge de manœuvre pour augmenter les budgets affectés aux programmes sur le sida. Il doit être accompagné par une allocation des ressources de santé à la riposte au sida correspondant à la proportion des années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) perdues à cause du sida.

Si les pays d'Afrique subsaharienne adhéraient à ces principes (le respect de l'objectif d'Abuja pour les dépenses de santé et l'affectation de ces ressources selon leurs charges de santé publique), d'importantes ressources nouvelles dans le secteur de la santé deviendraient mobilisables pour la riposte au sida.

Des innovations seront également nécessaires. Il est urgent de dégager de nouvelles sources durables de financement pour la riposte au sida et de nombreux pays étudient activement et adoptent des mécanismes novateurs. Certains pays ont mis en place des prélèvements fiscaux spéciaux dont le produit est affecté à des activités sur le sida. Ces prélèvements peuvent porter par exemple sur le transport aérien des passagers, l'utilisation de la téléphonie mobile, les achats d'alcool et les revenus des sociétés et des particuliers. Les taxes sur les envois de fonds et le tourisme peuvent également fournir de nouveaux financements pour la lutte contre le sida. Quelques pays ont envisagé des loteries pour financer les activités sur le sida et des mécanismes visant à capter les retours sur investissement de fonds en déshérence (actifs non réclamés). Les « obligations sida », c'est-à-dire un endettement public destiné à couvrir les dépenses liées au sida, pourrait fournir un autre mécanisme. Toutefois, celui-ci est souvent considéré comme une option de dernier recours, qui ne devrait être envisagée que par des pays qui ont des niveaux d'endettement supportables.

Idéalement, les mécanismes de financement innovants seraient :

- **Durables** : en fournissant un financement renouvelable qui ne diminue pas au fil du temps ;
- **Supplémentaires** : en mobilisant de nouvelles ressources sans remplacer les fonds existants ;

- **Stables** : en produisant des fonds qui sont fiables d'une année à l'autre ;
- **Progressifs** : en faisant porter le fardeau aux personnes qui sont les plus en mesure de payer ;
- **Efficace** : en évitant des coûts administratifs importants ;
- **Sans effets secondaires importants** : sans conséquences pour le développement économique, politique ou social.

Une autre façon innovante de générer de nouveaux fonds pour le sida est d'intégrer le VIH dans des systèmes de financement de la santé nationaux plus larges, comme l'assurance maladie. Cette approche peut fournir de nouveaux fonds pour le sida et générer des bénéfices sanitaires plus généraux. Presque tous les régimes d'assurance maladie permettent le partage des risques et des ressources entre les membres et s'accompagnent généralement d'une redistribution des membres des plus riches vers les plus pauvres de la société.

Pour que les pays mobilisent des ressources supplémentaires pour les programmes sida, que ce soit par des enveloppes budgétaires ou la mise en place de mécanismes de financement novateurs, ils doivent disposer d'une marge budgétaire suffisante pour le faire. Cette marge de manœuvre budgétaire permet à un gouvernement d'accroître les ressources pour un usage particulier sans nuire à la situation financière du gouvernement. De multiples facteurs sont à envisager, notamment la richesse nationale, les enveloppes budgétaires, la possibilité d'un nouveau financement grâce à des mécanismes innovants et l'existence de programmes de financement de la santé plus larges auxquels le VIH pourrait être intégré. La marge budgétaire nécessaire pour accroître les dépenses intérieures pour la riposte au sida varie donc d'un pays à l'autre.

Selon le contexte national, la marge budgétaire peut également être obtenue par des emprunts auprès de la Banque mondiale ou des banques régionales de développement. Dans tous les cas, les prêts devraient être assortis de conditions très favorables et compatibles avec les stratégies nationales de développement. Les pays qui ont un niveau d'endettement élevé ne pourront peut-être pas accéder à des prêts.

Au fur et à mesure que les économies progresseront, le financement national destiné à la riposte au sida devrait également augmenter. La Banque mondiale prévoit une croissance économique de 5,2 % pour l'Afrique sub-saharienne en 2014 (4). Ce rythme soutenu de la croissance économique permettra une augmentation des recettes fiscales nationales et offrira aux différents pays une marge de manœuvre pour augmenter les dépenses intérieures permettant une riposte accélérée au sida.

Certains pays présentant une forte prévalence de VIH ont déjà pris des mesures pour accroître la responsabilité nationale vis-à-vis de l'action contre le sida. Au fur et à mesure que les pays renforceront leur financement national et réduiront leur dépendance vis-à-vis des donateurs, ils auront besoin de systèmes et processus pour mettre en œuvre des transitions souples et durables, notamment en assurant le suivi et la transparence et la responsabilisation vis-à-vis des engagements pris par les pays et les donateurs. La mise en place d'accords de pays pourrait fournir un mécanisme viable pour une coordination efficace entre la communauté des donateurs et les gouvernements.

Pour atteindre les nouveaux objectifs ambitieux pour la période post-2015, les pays devront optimiser leurs capacités de prestation de services, en utilisant tous les fonds aussi efficacement

que possible. La plupart des pays devront intensifier leur riposte jusqu'à la limite de leurs capacités de prestation de services, ce qui exigera des efforts particuliers pour réduire les coûts. De multiples stratégies seront nécessaires, notamment des réductions de coûts, une augmentation de l'échelle ou une généralisation (et un passage à) des services communautaires.

Si les financements internes vont jouer un rôle central dans la mobilisation des ressources nécessaires pour atteindre de nouveaux objectifs ambitieux dans la période post-2015, il sera impossible de mettre fin à l'épidémie de sida sans la poursuite de l'aide internationale. La continuation de l'engagement de la communauté internationale dans la riposte au sida est une reconnaissance du fait que la fin de l'épidémie de sida est une obligation mondiale qui profitera au monde entier.

Même en utilisant la marge budgétaire disponible pour accroître leur financement national en matière de sida, de nombreux pays continueront d'avoir besoin d'un financement international. Les études des marges budgétaires ont conclu que les pays à faible revenu et à forte prévalence du VIH sont en mesure d'affecter jusqu'à 2 % de leur produit intérieur brut (PIB) à la riposte au sida sans remettre en cause la situation dans d'autres secteurs (5). Cependant, les besoins en ressources de la riposte au sida dépassent 2 % du PIB dans plusieurs pays, ce qui souligne l'urgence de la poursuite de l'engagement des donateurs. En outre, comme la transition vers un financement plus important de ces pays prendra du temps, même pour les pays les plus motivés, la poursuite de l'engagement des donateurs internationaux sera essentielle.

La communauté des donateurs peut mettre à profit de différentes façons les niveaux actuels de financement pour aider à combler le déficit de ressources pour mettre fin à l'épidémie de sida. Tout d'abord, les pays donateurs devraient veiller à ce que le pourcentage de leur participation financière dans la riposte au sida soit égal ou supérieur à leur pourcentage dans l'économie mondiale. Parmi les pays à revenu élevé, seuls quatre ont une participation à la riposte mondiale au sida supérieure à leur pourcentage dans le PIB mondial : Le Danemark, la Norvège, les États-Unis et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Une approche plus ambitieuse, mais toujours possible, consisterait à ce que tous les pays donateurs apportent une contribution par habitant au moins égale à la contribution par habitant des principaux donateurs. Il y a un écart énorme entre les contributions par habitant des pays donateurs, ce qui offre clairement la possibilité à de nombreux donateurs d'accroître leurs contributions.

LES NOUVEAUX OBJECTIFS DE L'ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE VONT PRODUIRE DES RÉSULTATS EXTRAORDINAIRES

L'accès à la prévention et au traitement du VIH renforce la capacité économique des pays en prolongeant l'espérance de vie et en améliorant l'état de santé des personnes vivant avec le VIH, en évitant les futures pertes de productivité et les dépenses de santé liées au VIH grâce au nombre d'infections évitées, et en réduisant le nombre d'enfants orphelins du sida et les dépenses sociales correspondantes. Les dépenses nécessaires pour répondre aux besoins des enfants vulnérables sont ainsi réduites au minimum.

Des estimations préliminaires de l'ONUSIDA utilisant une approche du revenu total (6) indiquent que l'accélération de la riposte au sida entre 2015 et 2030 permettrait un retour sur investissement de 15 USD par dollar investi, sur la base du total des avantages économiques permis par l'amélioration de la santé grâce au renforcement de l'accès à un traitement vital et aux infections évitées.

Chaque région enregistrerait d'importants bénéfices économiques en mettant fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique. C'est l'Afrique subsaharienne qui devrait en retirer des avantages les plus importants.

LA FOURNITURE DES SERVICES DEVRA ÊTRE AMÉLIORÉE

Si l'on veut atteindre les objectifs de la riposte accélérée, des innovations devront être apportées dans la fourniture des services. Les initiatives de dépistage devront être plus stratégiquement ciblées pour atteindre efficacement les populations les plus exposées au risque, et les pays devront utiliser des stratégies multiples (notamment des campagnes de dépistage communautaire, le dépistage et la fourniture de conseils initiés par un prestataire et l'auto-dépistage) pour atteindre l'objectif consistant à s'assurer que 90 % du total des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2030 pourrait s'élever à 41,5 millions si les services de traitement et de prévention sont maintenus au même niveau qu'en 2013 (couverture actuelle). Inversement, si des objectifs ambitieux sont atteints d'ici à 2020, le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2030 sera ramené à 29,3 millions.

L'accent devra être mis beaucoup plus fortement sur la fourniture de services au niveau communautaire. Selon des consultations menées avec des pays et des experts, 95 % de la fourniture de services liés au VIH est actuellement réalisée en établissement. Pour renforcer l'efficacité de la riposte, l'ONUSIDA estime que la fourniture de services communautaire devra être renforcée pour couvrir au moins 30 % de la fourniture totale de services. Non seulement la fourniture de services au niveau communautaire permet de réduire les coûts, mais en offrant des services plus près des gens qui en ont besoin, elle améliorera également l'utilisation des services.

Une poursuite des investissements sera nécessaire pour renforcer les capacités des systèmes de santé et des systèmes communautaires, pour atteindre l'objectif ambitieux post-2015 consistant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Surtout, l'accélération du rythme de déploiement des services essentiels de traitement et de prévention du VIH, engendra à elle seule des avantages importants pour les systèmes de santé dans leur ensemble. Outre le fait qu'ils aideront la riposte au sida, les investissements dans les programmes VIH pourront potentiellement transformer la capacité nationale à traiter d'autres priorités en matière de santé, comme les maladies non transmissibles et la santé maternelle et infantile, les maladies émergentes et les épidémies de maladies infectieuses.

Le rôle de la riposte au sida en tant que catalyseur pour le renforcement des systèmes de santé est évident au Rwanda, où l'espérance de vie a doublé depuis le milieu des années 1990 (7). La décision rapide du Rwanda d'intensifier le traitement du VIH, associée à un soutien financier conséquent pour la lutte contre le VIH provenant de donateurs externes, a fortement renforcé le système de soins primaires du pays, permettant ainsi au Rwanda de fournir une gamme de services de santé de plus en plus étoffée. En conséquence, le taux de vaccination des enfants a atteint 97 %, et 69 % des naissances sont désormais suivies par des cliniciens dans des établissements de santé.

De même, l'expérience acquise au Kenya confirme que les investissements dans les programmes VIH génèrent d'importants avantages pour le système de santé. Si les investissements du Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la Lutte contre le sida ont conduit à de nettes

améliorations des résultats concernant le VIH au Kenya (plus de deux tiers des femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient des médicaments antirétroviraux en 2009), des investissements essentiels ont également été réalisés dans le renforcement de l'ensemble du système de santé, notamment dans la formation des travailleurs de la santé, la rénovation des établissements médicaux, le renforcement des capacités des laboratoires, et des innovations pour améliorer la gestion de la fourniture de produits de santé et la chaîne d'approvisionnement (8).

Les investissements dans la riposte au sida vont aussi réduire de façon spectaculaire les charges futures associées au VIH pour les systèmes de santé. Les investissements visant à atteindre de nouveaux objectifs mondiaux ambitieux sur le sida au cours de la période post-2015 permettront en outre aux systèmes de santé de se concentrer sur d'autres priorités médicales. Les récentes poussées épidémiques d'Ebola ont eu lieu dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest qui avaient des investissements liés au VIH inférieurs à ceux des pays à plus forte prévalence de VIH. La gravité et la propagation de l'épidémie d'Ebola sont, au moins en partie, liées à des systèmes de santé plus faibles.

Si la fin de l'épidémie de sida peut être obtenue avec les outils actuellement disponibles, des investissements supplémentaires dans la recherche et le développement sont nécessaires. En particulier, l'innovation est nécessaire pour produire des formulations de médicaments antirétroviraux plus puissants et durables pour le traitement et la prophylaxie, un vaccin prophylactique ou curatif, et un traitement curatif, afin d'accélérer la fin de l'épidémie de sida.

RÉCOLTER LES FRUITS DES EFFORTS FOURNIS

Le monde doit récolter les fruits des investissements réalisés dans la riposte au sida au cours des dernières décennies.

En prolongeant la tendance à la hausse observée au cours des 10 dernières années de soutien national et international dans la riposte au VIH, il sera possible de diminuer de 90 % le nombre annuel d'infections à VIH et de décès liés au sida d'ici à 2030. Selon des estimations préliminaires, la réalisation de ces objectifs permettra non seulement de mettre fin à une bonne fois pour toutes à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique mais aussi d'obtenir des bénéfices économiques 15 fois supérieurs aux investissements nécessaires (6). Elle permettra également de renforcer considérablement les systèmes de santé par la construction d'infrastructures essentielles et aidera les systèmes de santé à se concentrer sur l'amélioration des services pour d'autres priorités, comme les maladies émergentes ou chroniques et les épidémies de maladies extrêmement infectieuses.

Si les pays n'intensifient pas rapidement leurs services de prévention et de traitement du VIH d'ici à 2020 et ne font que maintenir les niveaux de couverture actuels des services, le coût de l'inaction sera énorme. Ils passeront à côté de l'opportunité d'épargner 21 millions de vies humaines, et 28 millions de personnes supplémentaires vivront avec le VIH d'ici 2030. En maintenant les taux de couverture actuels, le monde, au lieu d'éviter ces décès et ces nouvelles infections, devra dépenser 24 milliards de dollars supplémentaires chaque année pour la thérapie antirétrovirale d'ici à 2030.

COMBLER L'ÉCART :

TABLEAUX DE BORD DES RÉSULTATS DE LA RIPOSTE AU SIDA PAR PAYS

Tableaux de bord des pays

Légende

1	2	3	4	5a	5b	5c	6
● <30 %	● <30 %	● <30 %	● <50 %	● <30 %	● <50 %	● <50 %	● Oui
● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 50 à 80 %	● Oui, mais avec des conditions
● >50 %	● >50 %	● >50 %	● >80 %	● >50 %	● >80 %	● >80 %	● Non

1. Estimation du pourcentage d'adultes (âgés de 15 ans et plus) vivant avec le VIH qui reçoivent une thérapie antirétrovirale, 2013
2. Estimation du pourcentage d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH qui reçoivent une thérapie antirétrovirale, 2013
3. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante qui ont reçu un traitement à la fois pour la tuberculose et le VIH, 2013
4. Pourcentage estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2013
5. Utilisation du préservatif (données les plus récentes communiquées en 2014)
 - 5a = Utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel chez les personnes ayant des partenaires sexuels multiples
 - 5b = Utilisation du préservatif : professionnels du sexe
 - 5c = Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
6. Restrictions d'entrée, de séjour ou de résidence liées au VIH, 2014

	1. Thérapie antirétrovirale : adultes	2. Thérapie antirétrovirale : enfants	3. Tuberculose et VIH	4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	5a. Utilisation du préservatif : partenaires multiples	5b. Utilisation du préservatif : professionnels du sexe	5c. Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	6. Restrictions au voyage liées au VIH
AFRIQUE SUBSAHARIENNE								
Angola	●	●		●	●	●	●	●
Bénin	●	●	●	●	●	●	●	●
Botswana	●	●	●	●	●	●	●	●
Burkina Faso	●	●	●	●	●	●	●	●
Burundi	●	●	●	●	●	●	●	●
Cameroun	●	●	●	●	●	●	●	●
Cabo Verde	●	●	●	●	●	●		
République centrafricaine	●	●	●	●	●	●	●	●
Tchad	●	●	●	●	●	●		●
Comores					●	●	●	●
Congo	●	●	●	●	●	●	●	●
Côte d'Ivoire	●	●	●	●	●	●	●	●
République démocratique du Congo	●	●	●	●	●	●	●	●
Guinée équatoriale			●		●	●		
Érythrée	●	●	●	●	●	●		
Éthiopie	●	●	●	●	●	●		●

Légende

1	2	3	4	5a	5b	5c	6
● <30 %	● <30 %	● <30 %	● <50 %	● <30 %	● <50 %	● <50 %	● Oui
● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 50 à 80 %	● Oui, mais avec des conditions
● >50 %	● >50 %	● >50 %	● > 80 %	● >50 %	● >80 %	● >80 %	● Non

	1. Thérapie antirétrovirale : adultes	2. Thérapie antirétrovirale : enfants	3. Tuberculose et VIH	4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	5a. Utilisation du préservatif : partenaires multiples	5b. Utilisation du préservatif : professionnels du sexe	5c. Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	6. Restrictions au voyage liées au VIH
Gabon	●	●	●	●	●	●		●
Gambie	●	●	●	●	●		●	●
Ghana	●	●	●	●	●	●	●	●
Guinée	●	●	●	●	●	●	●	●
Guinée-Bissau	●	●	●	●	●	●		●
Kenya	●	●	●	●	●		●	●
Lesotho	●	●	●	●	●			●
Liberia	●	●	●	●	●		●	●
Madagascar	●	●	●	●	●		●	●
Malawi	●	●	●	●	●			●
Mali	●	●	●	●	●	●	●	●
Mauritanie			●		●	●		●
Maurice	●		●		●	●	●	●
Mozambique	●	●	●	●	●			●
Namibie	●	●	●	●	●			●
Niger	●	●	●	●	●	●		
Nigeria	●	●	●	●	●	●	●	●
Rwanda	●		●		●	●	●	●
Sao Tomé et Príncipe	●	●	●	●	●	●		
Sénégal	●	●	●	●	●	●	●	●
Seychelles								
Sierra Leone	●	●	●	●	●	●	●	●
Afrique du Sud	●	●	●	●	●	●	●	●

Légende

	1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
	● <30 %	● <30 %	● <30 %	● <50 %	● <30 %	● <50 %	● <50 %	● Oui		
	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 50 à 80 %	● Oui, mais avec des conditions		
	● >50 %	● >50 %	● >50 %	● > 80 %	● >50 %	● >80 %	● >80 %	● Non		
			1. Thérapie antirétrovirale : adultes	2. Thérapie antirétrovirale : enfants	3. Tuberculose et VIH	4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	5a. Utilisation du préservatif : partenaires multiples	5b. Utilisation du préservatif : professionnels du sexe	5c. Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	6. Restrictions au voyage liées au VIH
Soudan du Sud			●	●		●				
Swaziland			●	●	●	●	●			●
Togo			●	●	●	●	●	●		●
Ouganda			●	●	●	●	●	●	●	●
République-Unie de Tanzanie			●	●	●	●	●	●		●
Zambie			●	●	●	●	●			●
Zimbabwe			●	●	●	●	●			●
ASIE ET PACIFIQUE										
Afghanistan			●	●	●	●		●	●	●
Australie									●	●
Bangladesh			●	●	●	●	●	●	●	●
Bhoutan			●		●		●			
Brunei Darussalam										●
Cambodge			●	●	●	●	●	●	●	●
Chine					●		●	●		●
République populaire démocratique de Corée										●
Fidji		●			●		●	●		●
Inde		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Indonésie							●	●	●	●
Japon							●	●	●	●
Kiribati										
République démocratique populaire lao		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Malaisie		●	●	●	●		●	●	●	●
Maldives		●								●
Iles Marshall							●			●
Micronésie (États fédérés de)							●	●		●

Légende

	1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
	● <30 %	● <30 %	● <30 %	● <50 %	● <30 %	● <50 %	● <50 %	● Oui		
	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 50 à 80 %	● Oui, mais avec des conditions		
	● >50 %	● >50 %	● >50 %	● > 80 %	● >50 %	● >80 %	● >80 %	● Non		
			1. Thérapie antirétrovirale : adultes	2. Thérapie antirétrovirale : enfants	3. Tuberculose et VIH	4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	5a. Utilisation du préservatif : partenaires multiples	5b. Utilisation du préservatif : professionnels du sexe	5c. Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	6. Restrictions au voyage liées au VIH
Mongolie			●		●		●	●	●	
Myanmar			●	●	●	●	●	●	●	
Nauru										
Népal			●	●	●	●			●	
Nouvelle-Zélande									●	
Pakistan			●	●		●		●	●	
Palaos						●				
Papouasie-Nouvelle-Guinée			●	●	●	●	●	●	●	
Philippines					●		●	●	●	
République de Corée						●	●	●	●	
Samoa								●	●	
Singapour						●	●	●	●	
Iles Salomon						●			●	
Sri Lanka			●		●		●	●	●	
Thaïlande			●	●	●	●	●	●	●	
Timor-Leste						●	●	●		
Tonga						●		●	●	
Tuvalu						●		●		
Vanuatu						●	●	●	●	
Vietnam			●	●	●	●	●	●	●	
CARAÏBES										
Antigua-et-Barbuda						●		●		
Bahamas			●	●	●	●		●	●	
Barbade			●		●	●			●	
Cuba			●		●	●	●	●	●	
Dominique						●		●	●	
République dominicaine			●		●	●	●	●	●	

Légende

1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
● <30 %	● <30 %	● <30 %	● <50 %	● <30 %	● <50 %	● <50 %	● Oui		
● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 50 à 80 %	● Oui, mais avec des conditions		
● >50 %	● >50 %	● >50 %	● >80 %	● >50 %	● >80 %	● >80 %	● Non		
		1. Thérapie antirétrovirale : adultes	2. Thérapie antirétrovirale : enfants	3. Tuberculose et VIH	4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	5a. Utilisation du préservatif : partenaires multiples	5b. Utilisation du préservatif : professionnels du sexe	5c. Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	6. Restrictions au voyage liées au VIH
Grenade					●			●	
Haïti	●		●	●	●	●	●	●	
Jamaïque	●	●	●	●	●	●	●	●	
Saint-Kitts-et-Nevis					●		●	●	
Sainte-Lucie					●		●	●	
Saint-Vincent-et-les Grenadines					●		●		
Trinité-et-Tobago	●	●	●	●			●	●	
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE									
Albanie		●				●	●		
Arménie	●		●		●	●	●	●	
Azerbaïdjan	●	●	●	●	●	●	●	●	
Bélarus	●		●		●	●	●	●	
Bosnie-Herzégovine					●	●	●	●	
Géorgie	●	●	●	●		●	●	●	
Kazakhstan				●	●	●	●	●	
Kirghizistan	●	●	●	●	●	●	●	●	
Monténégro			●			●	●	●	
République de Moldavie	●	●	●	●	●	●	●	●	
Fédération de Russie					●	●	●	●	
Tadjikistan	●	●	●	●	●	●	●	●	
Ex-République yougoslave de Macédoine	●					●	●	●	
Turkménistan								●	
Ukraine	●		●		●	●	●	●	
Ouzbékistan	●	●	●	●		●	●	●	
AMÉRIQUE LATINE									
Argentine	●				●	●	●	●	
Belize	●	●	●	●	●	●	●	●	

Légende

1	2	3	4	5a	5b	5c	6
● <30 %	● <30 %	● <30 %	● <50 %	● <30 %	● <50 %	● <50 %	● Oui
● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 50 à 80 %	● Oui, mais avec des conditions
● >50 %	● >50 %	● >50 %	● > 80 %	● >50 %	● >80 %	● >80 %	● Non

	1. Thérapie antirétrovirale : adultes	2. Thérapie antirétrovirale : enfants	3. Tuberculose et VIH	4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	5a. Utilisation du préservatif : partenaires multiples	5b. Utilisation du préservatif : professionnels du sexe	5c. Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	6. Restrictions au voyage liées au VIH
Bolivie (État plurinational de)	●	●	●	●	●	●	●	
Brésil	●				●	●	●	●
Chili	●				●	●	●	●
Colombie	●		●			●	●	●
Costa Rica	●		●		●	●	●	●
Équateur	●	●	●	●	●		●	●
El Salvador	●	●	●	●		●	●	●
Guatemala	●	●	●	●	●	●	●	●
Guyana	●		●		●	●	●	●
Honduras	●	●	●	●	●	●	●	
Mexique	●	●	●	●		●	●	●
Nicaragua			●			●	●	●
Panama	●	●		●	●	●	●	●
Paraguay	●	●	●	●		●	●	●
Pérou	●	●	●	●	●		●	●
Suriname			●		●	●	●	
Uruguay	●		●		●	●	●	●
Venezuela (République bolivarienne du)	●	●	●	●				●
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD								
Algérie	●	●	●	●	●	●		
Bahreïn								●
Djibouti	●	●	●	●	●	●		●
Égypte	●	●	●	●		●	●	●
Iran (République islamique d')	●	●	●	●	●	●	●	●
Irak								●
Jordanie						●		●
Koweït								●

Légende

1	2	3	4	5a	5b	5c	6
● <30 %	● <30 %	● <30 %	● <50 %	● <30 %	● <50 %	● <50 %	● Oui
● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 50 à 80 %	● Oui, mais avec des conditions
● >50 %	● >50 %	● >50 %	● > 80 %	● >50 %	● >80 %	● >80 %	● Non

	1. Thérapie antirétrovirale : adultes	2. Thérapie antirétrovirale : enfants	3. Tuberculose et VIH	4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	5a. Utilisation du préservatif : partenaires multiples	5b. Utilisation du préservatif : professionnels du sexe	5c. Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	6. Restrictions au voyage liées au VIH
Liban					●	●	●	●
Libye							●	●
Maroc	●	●	●	●	●	●	●	●
Oman			●					●
Qatar								●
Arabie saoudite								●
Somalie	●	●	●	●				●
Soudan	●	●	●	●	●	●	●	●
République arabe syrienne								●
Tunisie	●		●		●	●	●	●
Émirats arabes unis								●
Yémen	●	●	●	●		●	●	●
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD								
Andorre							●	
Autriche								●
Belgique							●	●
Bulgarie			●		●	●	●	●
Canada					●		●	●
Croatie						●	●	●
Chypre					●			●
République tchèque							●	●
Danemark							●	●
Estonie			●		●	●	●	●
Finlande						●		●
France					●		●	●
Allemagne					●	●	●	
Grecia			●		●	●	●	●
Hongrie					●		●	●

Légende

	1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
	● <30 %	● <30 %	● <30 %	● <50 %	● <30 %	● <50 %	● <50 %	● Oui		
	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 30 à 50 %	● 50 à 80 %	● 50 à 80 %	● Oui, mais avec des conditions		
	● >50 %	● >50 %	● >50 %	● > 80 %	● >50 %	● >80 %	● >80 %	● Non		
			1. Thérapie antirétrovirale : adultes	2. Thérapie antirétrovirale : enfants	3. Tuberculose et VIH	4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	5a. Utilisation du préservatif : partenaires multiples	5b. Utilisation du préservatif : professionnels du sexe	5c. Utilisation du préservatif : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	6. Restrictions au voyage liées au VIH
Islande									●	
Irlande					●				●	
Israël									●	
Italie								●	●	
Lettonie					●		●	●	●	
Liechtenstein									●	
Lituanie					●	●	●	●	●	
Luxembourg									●	
Malte						●			●	
Monaco									●	
Pays-Bas								●	●	
Norvège								●	●	
Pologne								●	●	
Portugal						●	●	●	●	
Roumanie					●		●	●	●	
Saint-Marin										
Serbie					●	●	●	●	●	
Slovaquie									●	
Slovénie					●			●	●	
Espagne						●		●	●	
Suède					●	●	●	●	●	
Suisse						●	●	●	●	
Turquie					●	●		●	●	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord						●		●	●	
États-Unis d'Amérique								●	●	

RÉFÉRENCES

1. Shannon K, Strathedee SA, Godenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al., Global epidemiology of HIV among female sex workers : influence of structural determinants, Lancet, 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60931-4.
2. La modélisation a été réalisée par le Futures Institute, en utilisant le Goals and Resource Needs Model, et les résultats ont été confirmés par le Kirby Institute en utilisant Optima. Les objectifs ambitieux initiaux sont issus d'une réunion d'experts qui a eu lieu les 7 et 8 avril 2014.
3. African Union, Accountability Report on Africa – G8 partnership commitments : Delivering results toward ending AIDS, Tuberculosis and Malaria in Africa, 2013, ONUSIDA : Genève.
4. World Bank., Africa's pulse. Volume 9., avril 2014: Consulté le 12 novembre 2014 sur : http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/Report/Africas-Pulse-brochure_Vol9.pdf.
5. Haacker M, Lule E, The fiscal dimensions of HIV/AIDS in Botswana, South Africa, Swaziland and Uganda, 2012, Washington DC : Banque mondiale.
6. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A et al., Global health 2035 : a world converging within a generation. The Lancet 2013 ; 382: 1898–955.
7. Binagwaho A, Farmer PE, Nsanzimana S, Karema C, Gasana M, Ngirabega J et al., Rwanda 20 years on : investing in life. Lancet. 2014; 384: 371-5.
8. Dutta A, Wallace N, Savosnick P, Adungosi J, Kioko UM, Stewart S et al., Investing in HIV services while building Kenya's health system : PEPFAR's support to prevent mother-to-child HIV transmission. Health Affairs. 2012; 31 : 1498-1507.

ONUSIDA/ JC2686

ISBN 978-92-9253-063-1

Copyright © 2014.

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

Tous droits réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues en contactant l'Unité de production de l'information de l'ONUSIDA.

La reproduction de graphiques, de tableaux, de cartes et la reproduction partielle du texte est autorisée à des fins éducatives, non lucratives et non commerciales, à condition que l'ONUSIDA soit correctement mentionnée comme source en indiquant : ONUSIDA + année. Pour les photos, la source doit être mentionnée comme suit : ONUSIDA/nom du photographe + année. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction, que ce soit pour la vente ou une distribution non commerciale, doit être adressée à l'Unité de production de l'information par e-mail à : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication soit complète et correcte et ne pourra pas être tenue pour responsables des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) conduit et mobilise le monde pour réaliser sa vision stratégique partagée, avec « zéro nouvelles infections à VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au sida ». L'ONUSIDA conjugue les efforts de 11 organisations de l'ONU, à savoir l'UNHCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, le FNUAP, l'ONUSIDA, ONU Femmes, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale, et travaille en étroite collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux pour obtenir les meilleurs résultats dans la riposte au sida. Pour en savoir plus, consultez le site unaids.org ou rejoignez-nous sur Facebook et Twitter.



ONUSIDA
Programme commun des Nations Unies
Sur le VIH/sida

UNHCR
UNICEF
PAM
PNUD
FNUAP
ONU DC
ONU FEMMES
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org