



Assemblée générale

Distr. générale
7 avril 2017
Français
Original : anglais

Soixante et onzième 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

Revitaliser la lutte contre le sida à l'appui **du développement durable et de la réforme** **de l'Organisation des Nations Unies**

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Des engagements mondiaux audacieux, une responsabilité financière partagée et une approche axée sur l'être humain et fondée sur le principe de l'équité ont abouti à un succès commun dans la lutte contre le sida. La cible 90-90-90 a provoqué un essor spectaculaire du traitement antirétroviral et une baisse considérable du nombre de décès liés au sida, tout en contribuant à la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH. Un plan mondial visant à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant a permis de diminuer de plus de moitié le nombre de nouvelles infections chez les enfants. Qui plus est, la lutte contre le sida a largement contribué au dividende démographique et à la récente croissance économique de l'Afrique, et a suscité l'émergence d'une nouvelle image du continent, faite d'espoir, de promesses et de potentialités à exploiter.

Cet optimisme général s'est traduit par l'inscription, dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, de l'aspiration la plus ambitieuse qui soit : celle de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Pour atteindre cet objectif, une riposte accélérée a été adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution [70/266](#) de 2016, intitulée « 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 ». Nos objectifs en matière de lutte contre le sida sont étroitement liés aux ambitions plus larges du Programme 2030, dans lequel ils s'inscrivent, dont ils embrassent les principes d'équité et de respect des droits de l'homme, et avec lequel ils partagent le dessein de ne laisser personne de côté.



Au cours des premiers mois de mon mandat en tant que Secrétaire général, j'ai demandé au système international de revenir à l'essentiel : œuvrer plus activement à l'édification de sociétés plus résilientes en mettant le respect des droits de l'homme au centre des politiques nationales et internationales, en réduisant la marginalisation et le déni de certains droits, et en autonomisant les femmes et les filles. J'ai également demandé au système des Nations Unies pour le développement d'accélérer le rythme des réformes afin de devenir plus adaptable, efficace et efficient. Les succès obtenus dans la lutte contre le sida présagent de ceux que connaîtront les programmes de développement durable et de réforme de l'ONU.

Toutefois, à moins de quatre années de l'échéance fixée pour atteindre les cibles définies dans la stratégie d'accélération de la riposte d'ici à 2020, l'optimisme ne doit pas devenir de l'autosatisfaction. Les engagements mondiaux ne se concrétisent pas toujours par de nouveaux investissements et initiatives sur le terrain. Le financement de la riposte enregistre une stagnation, et les progrès en matière de réduction des nouvelles infections à VIH chez les adultes sont au point mort.

Les carences des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH sont plus importantes là où les populations ont le plus besoin d'une prise en charge, et les filles et les femmes demeurent les premières victimes de l'épidémie de sida. Chez les populations les plus exposées, telles que les travailleurs du sexe, les usagers de drogues injectables, les personnes transgenres, les détenus, les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le risque d'infection à VIH reste beaucoup plus élevé que dans le reste de la population. Plus de 10 millions de personnes supplémentaires vivant avec le VIH doivent accéder à un traitement d'ici à 2020, mais la plupart ne savent pas qu'elles sont infectées. Le nombre croissant de personnes déplacées de force par des crises humanitaires entraîne des interruptions de plus en plus fréquentes des traitements antirétroviraux susceptibles de sauver des vies. L'insécurité alimentaire en Afrique australe et les menaces de famine dans la Corne de l'Afrique et au Soudan du Sud accentuent la vulnérabilité des populations, en particulier des femmes et des filles.

L'épidémie n'est pas éradiquée, mais en unissant davantage nos forces, nous pourrions en venir à bout. Compte tenu de la reconstitution réussie des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, un investissement supplémentaire d'environ 0,5 dollar par personne et par an à l'échelle mondiale permettrait de maintenir la dynamique de la lutte contre le sida. Ces ressources doivent être investies de façon judicieuse, en adoptant une démarche tenant compte du lieu géographique et de la population et s'appliquant à tous les stades de l'existence, afin de faire face aux difficultés uniques auxquelles sont confrontés les différents villages, villes, pays et régions.

L'éradication du sida exigera également de nouvelles avancées en matière de respect des droits civils, culturels, économiques, politiques, sociaux, sexuels et reproductifs. Il faudra intensifier les efforts visant à améliorer l'accès aux services afin d'atteindre les femmes et les filles, de les autonomiser et de leur donner les moyens d'agir. Les États Membres devront s'attacher à collaborer avec la société civile de manière plus soutenue pour faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH, celles qui risquent d'être infectées et celles qui sont touchées par le virus connaissent leurs droits et puissent accéder à la justice et aux services juridiques afin de prévenir et de combattre les violations des droits de l'homme.

Le dialogue ouvert, un consensus élargi, le militantisme local, les investissements communs, l'innovation et l'action conjointe sont à l'origine des plus grands succès que la lutte mondiale contre le sida ait connus à ce jour. C'est cette formule qui nous permettra de surmonter tous les obstacles et de remédier aux carences recensées. À cet égard, la participation de la société civile est essentielle.

Les États Membres doivent répondre à l'appel lancé par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) pour former une grande coalition à l'appui de la prévention et mobiliser l'action autour des cinq piliers de la prévention combinée du VIH : des services complets pour les jeunes femmes et les adolescentes ainsi que leurs partenaires masculins dans les lieux où la prévalence du VIH/sida est la plus élevée; des programmes de prévention fondés sur des données factuelles et sur les droits de l'homme à l'intention des populations les plus exposées; le renforcement des programmes de distribution de préservatifs au niveau national; la circoncision médicale volontaire dans les pays prioritaires; une prophylaxie avant l'exposition (PrEP) pour les groupes de population les plus exposés au risque d'infection. L'efficacité des programmes nationaux de lutte contre le sida dépend de l'autonomisation des populations locales et de la mise en œuvre d'efforts ciblés permettant de surmonter les obstacles juridiques et politiques. En outre, des mécanismes de responsabilité devront être mis en place afin d'intensifier la lutte contre l'inégalité entre les sexes et la violence sexiste.

Pour continuer d'avancer en direction de la cible 90-90-90 et faire en sorte que trente millions de personnes accèdent à un traitement antirétroviral d'ici à 2020, il est essentiel d'adopter les dernières approches fondées sur des données factuelles en matière de dépistage et de traitement du VIH. Des mesures doivent être prises immédiatement pour former et déployer deux millions de nouveaux agents sanitaires des collectivités, accroître rapidement l'utilisation des modèles de dépistage de proximité, des tests de diagnostic rapide et des méthodes d'autodiagnostic du VIH et de notification des partenaires, et généraliser le contrôle de routine de la charge virale. Les travaux de recherche scientifique, notamment l'élaboration d'instruments novateurs pour la prévention du VIH, de médicaments plus simples et efficaces, d'un vaccin et d'un traitement curatif, doivent être appuyés par de solides investissements. Dans ce domaine, ONUSIDA a un rôle crucial à jouer. Son modèle unique devrait être affiné et renforcé afin que le Programme puisse continuer d'orienter l'action mondiale, d'aider les pays à adopter des stratégies d'accélération de la riposte et de guider la réforme de l'ONU.

Les résultats obtenus au prix de tant d'efforts doivent être consolidés. Une architecture internationale capable de libérer les énergies, de définir des orientations, de mobiliser des niveaux de ressources financières sans précédent et de sauver des millions de vies ne doit pas être considérée comme un acquis. En comblant le déficit d'investissement de sept milliards de dollars par an et en veillant à ce que les ressources financières soient utilisées judicieusement, nous préviendrons des dizaines de millions de nouvelles infections à VIH et de nouveaux décès liés au sida, ce qui représente un retour sur investissement d'une valeur inestimable.

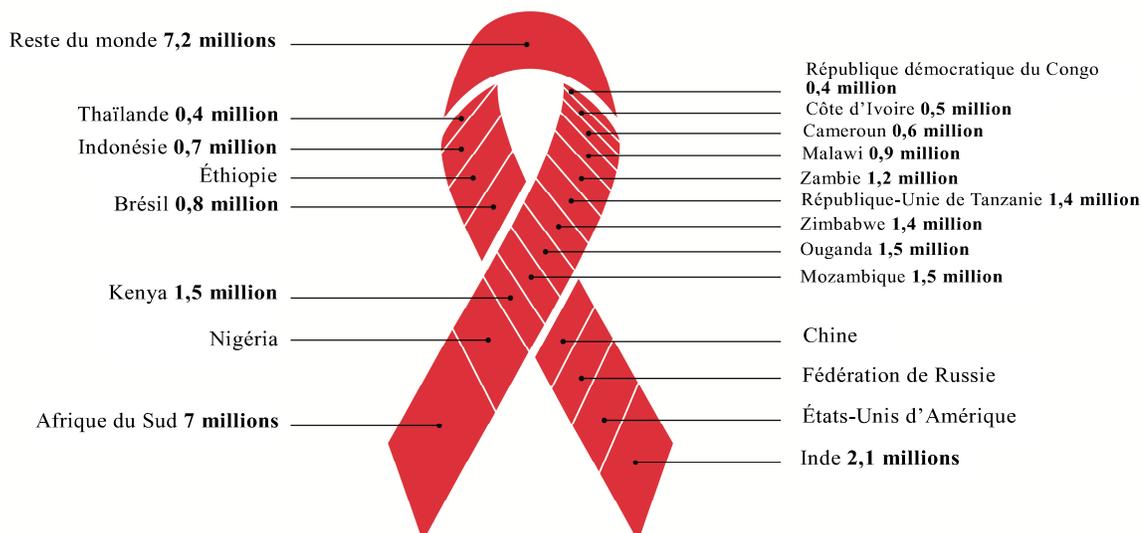
I. Succès communs

1. L'optimisme général qu'ont suscité la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement visant à inverser la progression du VIH/sida et à administrer un traitement salvateur à 15 millions de personnes avant l'échéance de 2015 a nourri l'aspiration la plus ambitieuse qui soit : celle de mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030. Cet objectif est parfaitement en phase avec le Programme 2030, notamment l'engagement de ne laisser personne de côté. 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 »¹ adoptée par l'Assemblée générale le 7 juin 2016 se fonde sur une stratégie d'accélération de la riposte. Faisant fond sur les dispositions du Programme 2030, elle énonce un ensemble complet d'objectifs en matière de riposte accélérée contre le sida.

2. Cependant, notre combat contre le sida est loin d'être terminé. ONUSIDA estime qu'en 2015, 2,1 millions de nouvelles infections à VIH [de 1,8 à 2,4 millions]² se sont produites partout dans le monde, ainsi que 1,1 million de décès liés au sida [de 940 000 à 1,3 million]. La même année, 36,7 millions de personnes [de 34,0 à 39,8 millions], dont 80 % environ résidaient dans 20 pays, vivaient avec le VIH (voir fig. I).

Figure I

36,7 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH en 2015



Source : estimations d'ONUSIDA, 2016.

Note : les estimations relatives à plusieurs pays n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

¹ Résolution 70/266 de l'Assemblée générale.

² Les crochets encadrent les limites d'incertitude des estimations pour indiquer la fourchette dans laquelle se situe la valeur réelle.

Cible 90-90-90 : le fondement de l'action en faveur du dépistage et du traitement du VIH

3. La cible 90-90-90³ établie par ONUSIDA constitue le fondement de l'action de nombreuses parties prenantes. Les preuves scientifiques en matière de dépistage et de traitement du VIH ont été transposées dans des directives mondiales afin d'ouvrir l'accès au dépistage à toutes les personnes vivant avec le VIH et de faire en sorte que leur séropositivité soit établie le plus tôt possible après l'infection et qu'elles puissent bénéficier immédiatement d'un traitement antirétroviral. Cette démarche permet non seulement de réduire considérablement le nombre de décès liés au sida, mais également de prévenir de nouvelles infections. Les résultats de récentes évaluations de l'incidence du VIH chez les populations malawienne, zambienne et zimbabwéenne montrent que le traitement permet d'inhiber la réplication virale chez un pourcentage élevé de patients⁴. Ces résultats confirment la haute qualité des traitements antirétroviraux administrés partout dans le monde, quel que soit le niveau de revenu des différents pays ou du continent concerné.

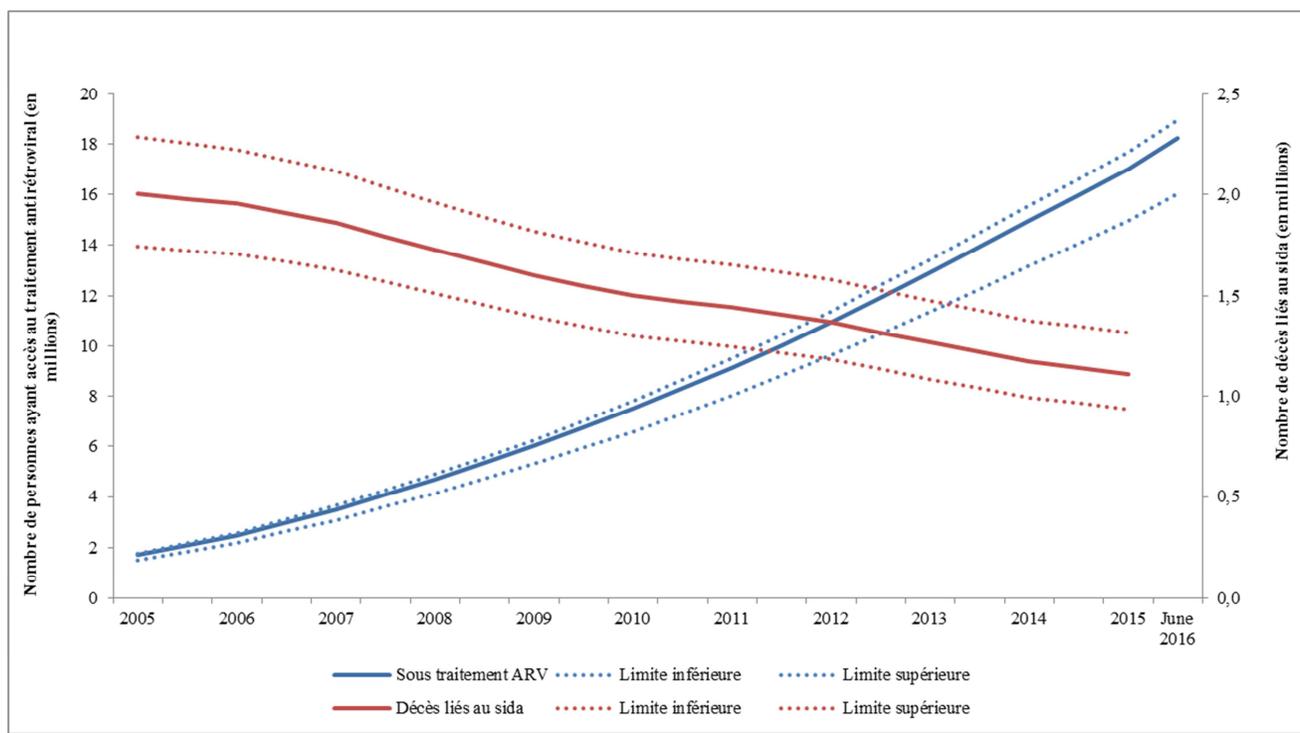
4. L'intensification rapide et soutenue du traitement du VIH est l'un des plus grands succès de la santé publique mondiale. Le nombre de personnes vivant avec le VIH et ayant accès au traitement antirétroviral a battu tous les records depuis 2005, atteignant 18,2 millions [de 16,1 à 19,0 millions] partout dans le monde à la mi-2016. Le nombre de décès liés au sida a chuté de 45 %, passant d'un pic de 2 millions [de 1,7 à 2,3 millions] en 2005 à 1,1 million [de 940 000 à 1,3 million] en 2015 (voir fig. II). L'objectif mondial de 30 millions de personnes ayant accès au traitement d'ici à 2020 et la cible tendant à ramener à moins de 500 000 par an le nombre de décès liés au sida sont donc à portée de main.

5. Néanmoins, le peu d'avancées réalisées pour la première partie de la cible 90-90-90 menace de nuire à l'efficacité de l'ensemble des services de dépistage et de traitement du VIH. À la fin de 2015, 60 % seulement des personnes vivant avec le VIH [de 56 à 65 %] connaissaient leur statut. Les stratégies et outils novateurs, tels que les modèles de dépistage de proximité, les techniques d'autodiagnostic et le contrôle de la charge virale, sont sous-exploités.

³ La cible 90-90-90 lancée par ONUSIDA à la vingtième Conférence internationale sur le sida, tenue en 2014, a permis à la communauté internationale d'axer ses efforts sur un ensemble d'objectifs mesurables devant être atteints d'ici à 2020 : 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 ont une charge virale supprimée.

⁴ Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, « New population-based HIV impact assessments survey data show critical progress towards global HIV targets », disponible à l'adresse www.cdc.gov/globalhivtb/who-we-are/events/world-aids-day/phia-surveys.html (en anglais).

Figure II
Nombre de personnes ayant accès au traitement antirétroviral et nombre de décès liés au sida à l'échelle mondiale, 2005-2016

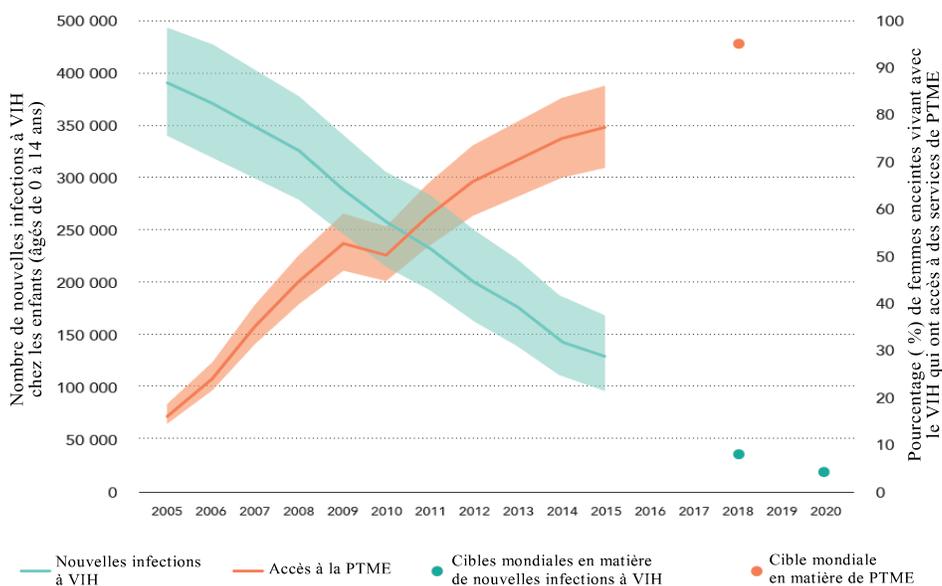


Source : Estimations tirées du rapport d'ONUSIDA intitulé « Get on the fast-track: the life-cycle approach to HIV », Genève, 2016.

Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants

6. Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, mis en œuvre de 2011 à 2015, a permis de stimuler la volonté politique mondiale et les initiatives nationales et de réduire de 56 % le nombre de nouvelles infections chez les enfants âgés de 0 à 14 ans entre 2009 et 2015 (voir fig. III). L'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant a augmenté de façon spectaculaire, passant de 36 % en 2010 [de 32 à 40 %] à 77 % en 2015 [de 69 à 86 %]. En outre, le nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans sous traitement antirétroviral a presque triplé, passant d'environ 357 000 en 2009 à 910 000 [de 801 000 à 947 000] à la mi-2016, ce qui a entraîné une baisse de près de 50 % du nombre de décès liés au sida. Ces avancées ont motivé l'adoption d'une approche axée sur l'ensemble de l'existence, visant à faire en sorte que tous les enfants naissent séronégatifs et le demeurent à l'âge adulte.

Figure III
Nouvelles infections à VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) et pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant des médicaments antirétroviraux (prophylaxie ou traitement à vie) pour prévenir la transmission mère-enfant à l'échelle mondiale, 2005-2015



Source : estimations d'ONUSIDA, 2016.

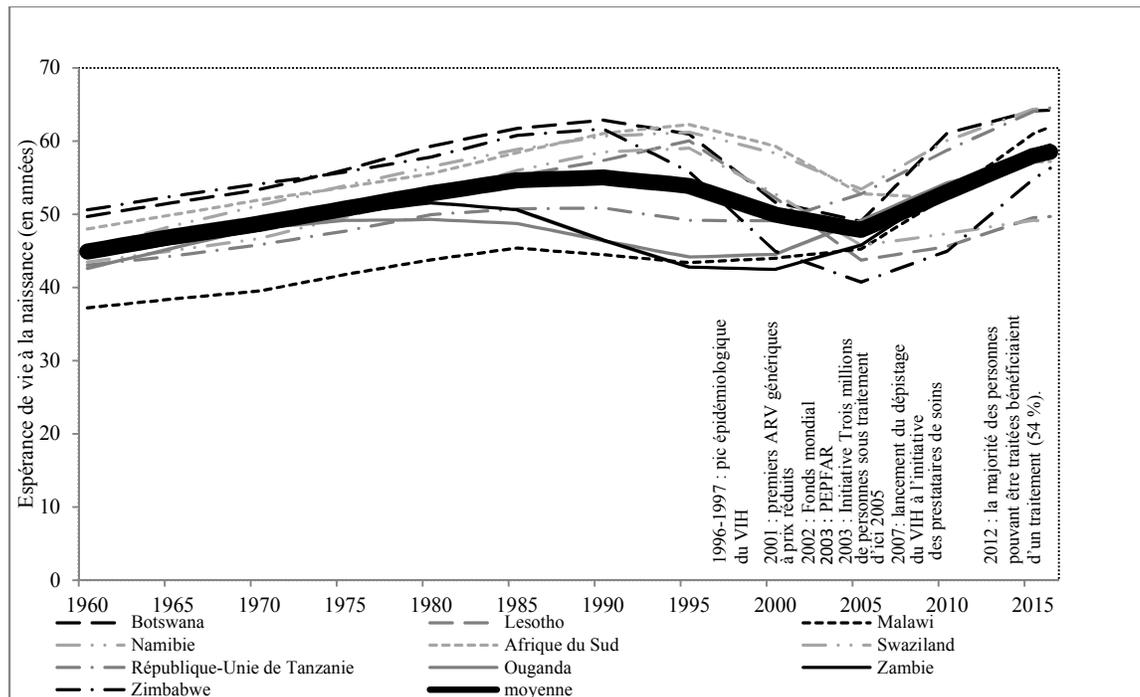
Abréviation : PTME = prévention de la transmission mère-enfant.

Lutte mondiale contre le sida : investir dans les résultats et le développement

7. La lutte contre le sida semble contribuer au dividende démographique et à la croissance économique récente de l'Afrique. Dans les années 1990 et au début des années 2000, tandis que le nombre de décès liés au sida augmentait dans les dix pays les plus touchés d'Afrique orientale et australe, l'espérance de vie passait de 55,0 ans en 1990 à 48,9 ans en 2006. L'impact du sida sur ces populations a diminué lorsqu'un traitement antirétroviral a été mis à la disposition du plus grand nombre. L'espérance de vie a alors augmenté de façon régulière jusqu'à atteindre 58,4 ans en 2015 (voir fig. IV).

8. On observe une corrélation positive entre l'évolution de l'espérance de vie et la croissance économique dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, en particulier dans certains pays tels que la Zambie (voir fig. V). Les progrès tangibles de la lutte contre le sida ont contribué à donner une nouvelle image du continent, faite d'espoir, de promesses et de potentialités à exploiter. Le développement inclusif et durable sur lequel se fondent le Programme 2030 et l'Agenda 2063 élaboré par l'Union africaine constitue la voie la plus sûre vers la stabilisation du continent et la pérennisation de la paix. L'exécution de ces programmes exigera toutefois une volonté politique beaucoup plus affirmée et des investissements bien supérieurs, tant au niveau national qu'international.

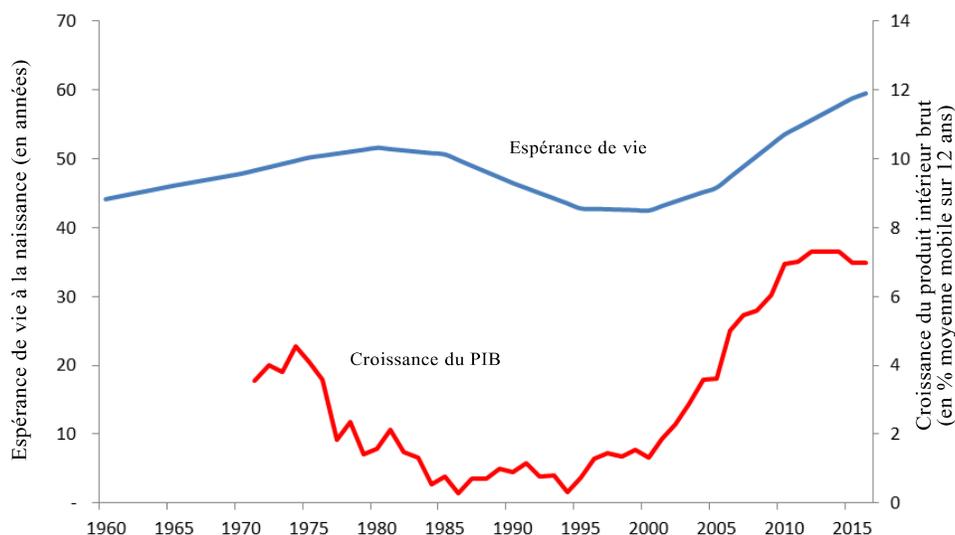
Figure IV
Espérance de vie dans dix pays d'Afrique orientale et australe, 1960-2016



Source : ONUSIDA, analyse des données du rapport World Population Prospects (révision de 2015), publié par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales.

Abréviations : ARV = antirétroviral, PEPFAR = Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida.

Figure V
Espérance de vie et taux de croissance économique en Zambie, 1960-2016



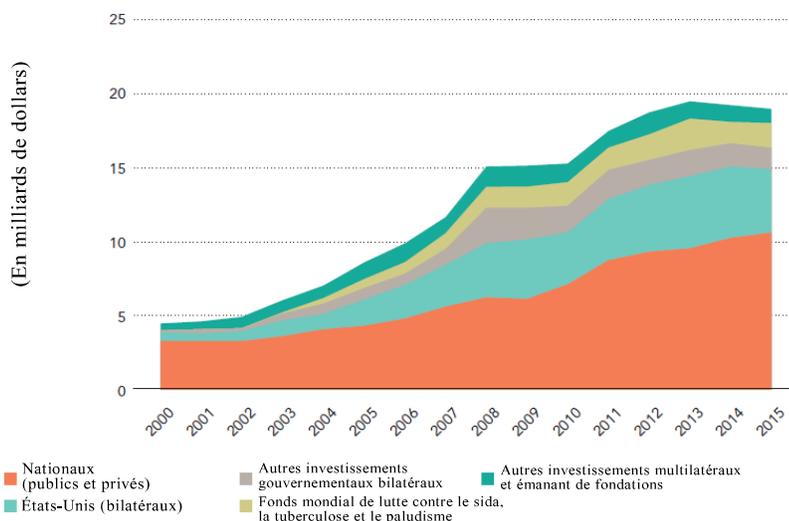
Source : ONUSIDA, analyse des données économiques de la Banque mondiale pour 2017 et des données démographiques du rapport World Population Prospects (révision de 2015), publié par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales.

Accroître et accélérer les investissements communs

9. Au cours des premières années de la lutte contre le sida, l'accélération des investissements communs était largement tributaire de l'aide bilatérale et multilatérale. Plus récemment, les investissements nationaux ont augmenté de façon régulière et représentent aujourd'hui près de 60 % du total des ressources consacrées à la lutte contre le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Des pays à revenu intermédiaire tels que l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, l'Inde et la Thaïlande financent désormais la grande majorité de leurs services en matière de sida. Cette responsabilité financière partagée a été un facteur décisif de progrès et demeure essentielle à la viabilité de l'action dans un contexte mondial en constante évolution.

10. Dans sa Déclaration politique de 2016 sur le VIH/sida, l'Assemblée générale s'est engagée à investir les ressources nécessaires dans une stratégie d'accélération de la riposte en consacrant 26 milliards de dollars aux pays en développement d'ici à 2020, dont 25 % à la prévention du VIH et 6 % à des moyens d'action sociaux. Si les investissements nationaux ont augmenté, la réduction des dépenses des donateurs, la fluctuation des taux de change et le report des décaissements prévus ont entraîné une légère baisse du montant total des investissements annuels dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire au cours de ces dernières années, lequel s'élevait à 19,0 milliards de dollars en 2015 (voir fig. VI).

Figure VI
Investissements à l'appui de la lutte contre le sida dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, par source de financement, 2000-2015



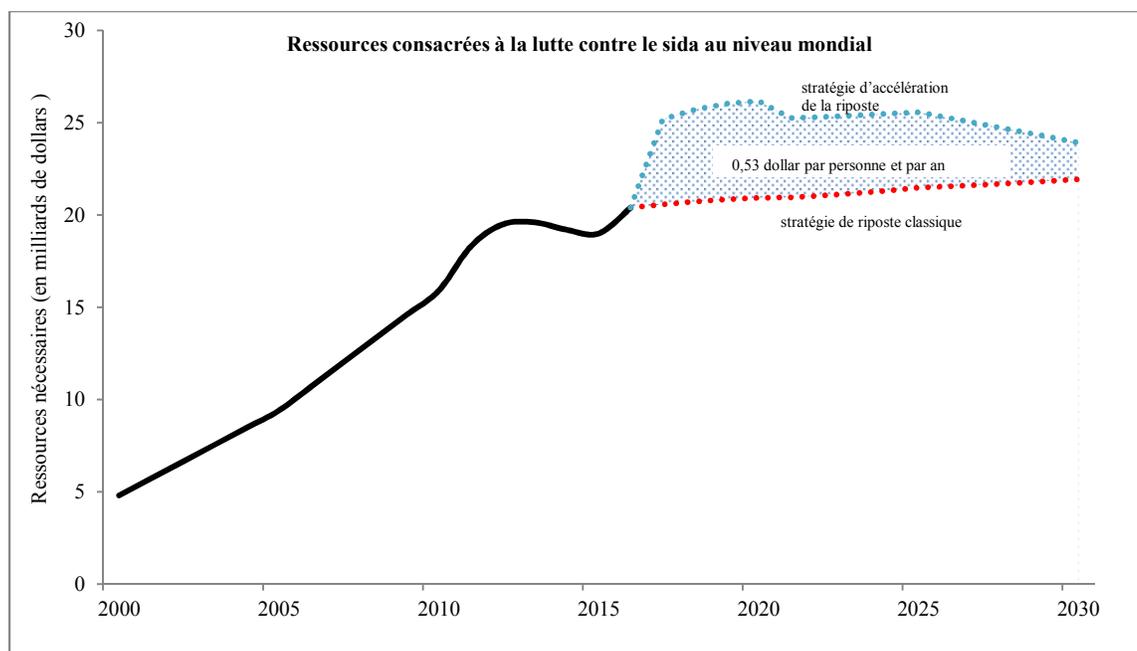
Sources : Estimations d'ONUSIDA, juin 2016; Jennifer Kates *et al.*, « Financing the response to AIDS in low-and middle-income countries » (The Henry J. Kaiser Family Foundation et ONUSIDA, juillet 2016); norme commune de déclaration de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

11. La reconstitution réussie, en septembre 2016, des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme constitue un pas important dans la bonne direction. Il faut à présent que tous les pays engagent des ressources supplémentaires à l'appui de toutes les composantes du système de lutte contre le sida afin de combler le déficit d'investissement de 7 milliards de dollars – qui correspond à un apport de 0,53 dollar supplémentaire [de 0,37 à 0,93 dollar] par personne et par an à l'échelle mondiale entre 2016 et 2030⁵ (voir fig. VII). Cette légère augmentation du montant de l'investissement par habitant produira des bénéfices importants, puisqu'elle permettra d'éviter 21,7 millions de nouvelles infections à VIH et 8,8 millions de décès liés au sida supplémentaires entre 2016 et 2030 (voir fig. VIII). Elle générera également des retombées économiques de 63,30 dollars par personne, soit 8,04 dollars [de 4,56 à 11,52] par dollar investi⁶. Le calcul du retour sur investissement tient compte des bénéfices liés à l'amélioration de l'état de santé et à la baisse de la mortalité.

⁵ Taux de rendement escompté de 3 %, avec des limites inférieure et supérieure correspondant respectivement à une amélioration de l'efficacité et des coûts unitaires s'appliquant uniquement à la stratégie d'accélération de la riposte, ou à la stratégie d'accélération et à la stratégie de riposte classique.

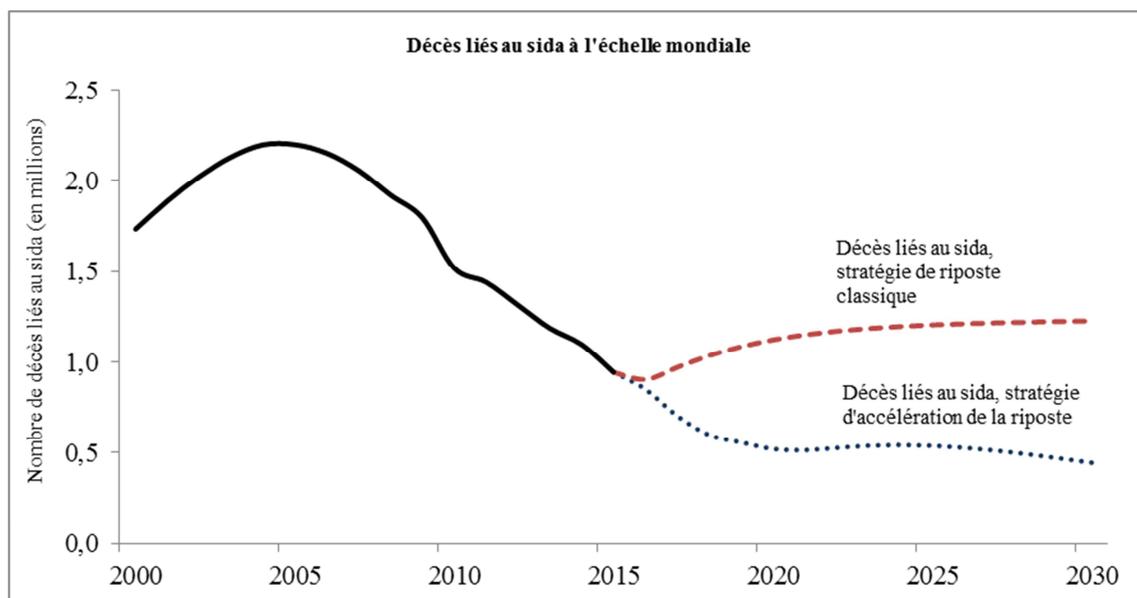
⁶ Erik Lamontagne *et al.*, « The economic returns of ending the AIDS epidemic by 2030 », 2017, sous presse.

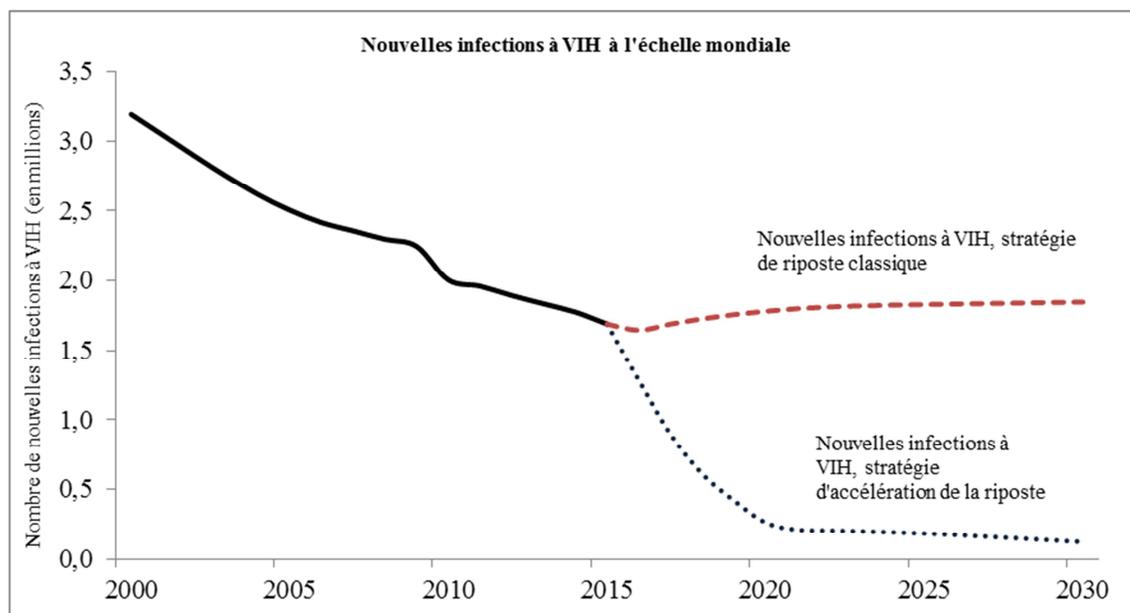
Figure VII
Investissements supplémentaires requis (par personne et par an) pour atteindre les objectifs mondiaux, 2016-2030



Source : Erik Lamontagne *et al.*, « The economic returns of ending the AIDS epidemic by 2030 ».

Figure VIII
Nouvelles infections à VIH et nouveaux décès liés au sida pouvant être évités grâce à une stratégie d'accélération de la riposte, 2016-2030





Source : Erik Lamontagne *et al.* « The economic returns of ending the AIDS epidemic by 2030 ».

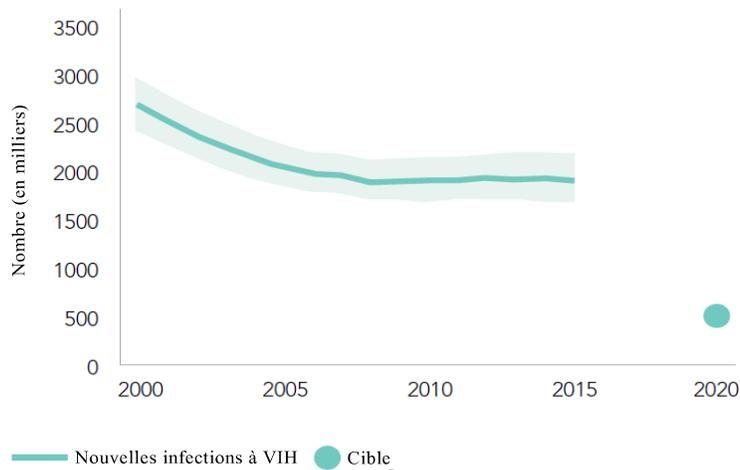
II. Ne laisser personne de côté

12. Les cibles et objectifs stratégiques énoncés dans la Déclaration politique de 2016 ne pourront être atteints si le statu quo persiste. L'épidémie de sida est loin d'être terminée, et des difficultés tenaces doivent encore être surmontées. Dans les efforts que nous déployons pour combler les lacunes existantes, nous devons veiller à ce que personne ne soit laissé de côté. Il nous faudra pour ce faire autonomiser les individus poussés dans les marges de la société, protéger les droits de l'homme et fournir des services à tous ceux qui en ont besoin.

Cinq piliers pour ramener à moins de 500 000 le nombre de nouvelles infections à VIH d'ici à 2020

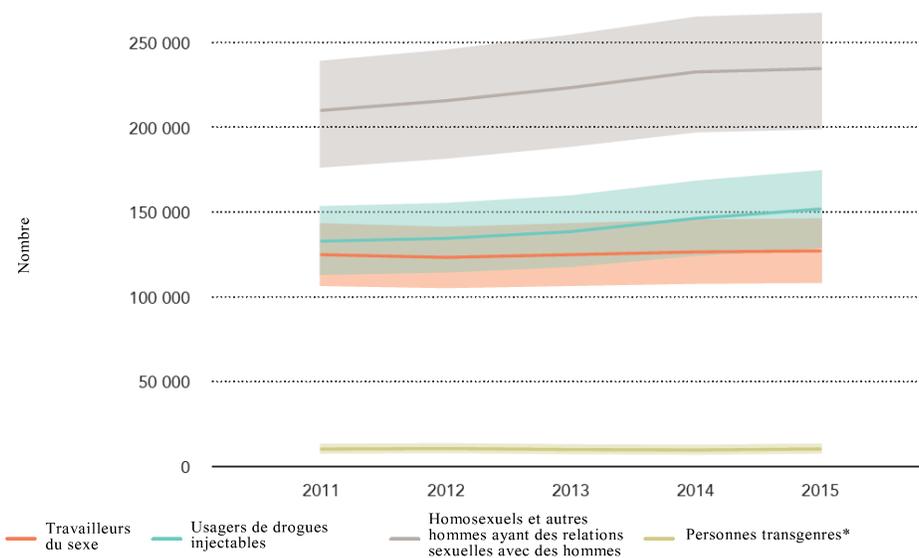
13. Si le nombre d'infections à VIH chez les enfants diminue régulièrement, la réduction du nombre de nouvelles infections chez les adultes a connu un ralentissement. Depuis 2010, le nombre de nouvelles infections enregistrées annuellement chez les adultes (à partir de 15 ans) est resté essentiellement inchangé, à 1,9 million environ [de 1,7 à 2,2 millions pour 2015] (voir fig. IX). Les tendances observées chez les populations les plus exposées sont encore plus préoccupantes. Selon les données disponibles, le nombre de nouvelles infections à VIH a augmenté de plus de 30 % chez les usagers de drogues injectables à l'échelle mondiale entre 2011 et 2015, et de 12 % environ chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Le nombre de nouvelles infections chez les travailleurs du sexe et les personnes transgenres est resté stable au cours de la même période (voir fig. X).

Figure IX
**Nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes
 (à partir de 15 ans) à l'échelle mondiale, 2000-2015**



Source : estimations d'ONUSIDA, 2016.

Figure X
**Tendances observées chez les populations les plus exposées
 à l'échelle mondiale, 2011-2015**



Source : Analyse spéciale d'ONUSIDA, 2016.

* Les données relatives aux personnes transgenres concernent uniquement l'Asie et le Pacifique, l'Amérique latine et les Caraïbes.

14. Les modèles épidémiologiques montrent qu'il est nécessaire d'adopter une approche équilibrée permettant notamment de généraliser l'accès à un ensemble d'initiatives de prévention du VIH à fort impact et de poursuivre l'élargissement des programmes de traitement⁷. L'expérience des pays montre que l'intensification des efforts de prévention du VIH porte ses fruits. En Afrique du Sud et au Zimbabwe, l'utilisation accrue de préservatifs a contribué à réduire l'incidence du virus^{8,9}. De même, en Tchéquie, un lien a été établi entre la dépénalisation de la consommation et de la possession de petites quantités de drogues, conjuguée à un accès relativement large aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et à la thérapie de substitution des opioïdes, et un taux de prévalence du VIH particulièrement faible parmi les usagers de drogues injectables¹⁰.

15. La panoplie d'instruments de prévention du VIH s'est élargie au cours de ces dernières années, et l'adoption de nouvelles technologies peut contribuer à accélérer les résultats. Aux États-Unis d'Amérique, les mesures énergiques mises en œuvre par la ville de San Francisco pour incorporer la PrEP dans son programme global de lutte contre le sida s'est traduite par une réduction de 29 % du nombre de nouvelles infections entre 2012 et 2014¹¹.

16. Pour ramener à 500 000 le nombre de nouvelles infections d'ici à 2020, il faudra mettre davantage l'accent sur des initiatives de prévention combinée du VIH qui soient axées sur l'être humain et articulées autour des cinq piliers suivants :

a) Une prévention combinée comprenant éducation sexuelle complète, autonomisation économique et accès aux services de santé en matière de sexualité et de procréation pour les jeunes femmes et les adolescentes ainsi que pour leurs partenaires masculins là où la prévalence du VIH/sida est la plus élevée;

b) Des programmes de prévention fondés sur des données factuelles et sur les droits de l'homme à l'intention des populations les plus exposées, visant notamment à leur offrir des services spécialisés et à appuyer leur mobilisation et leur autonomisation;

c) Le renforcement des programmes de distribution de préservatifs au niveau national, notamment en ce qui concerne les achats, la distribution et le marketing social, ainsi que la stimulation de la demande de préservatifs et la consolidation des ventes du secteur privé;

d) La circoncision médicale volontaire dans les pays où la prévalence du VIH est élevée et où le taux de circoncision est faible, dans le cadre de la fourniture d'un ensemble de services de santé en matière de sexualité et de procréation à l'intention des garçons et des hommes;

e) Une PrEP à l'intention des groupes de population les plus exposés au risque d'infection à VIH.

17. À cet égard, la Déclaration politique adoptée par l'Assemblée générale en 2016 est la première à inclure des cibles de couverture des principaux programmes

⁷ J. Stover *et al.*, « What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the fast-track approach », PLOS ONE, 9 mai 2016.

⁸ D. Halperin *et al.*, « A surprising prevention success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? », PLOS Medicine, 8 février 2011.

⁹ L. Johnson *et al.*, « The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis », Journal of the Royal Society Interface, 2012.

¹⁰ Joanne Csete, « A Balancing Act: Policymaking on Illicit drugs in the Czech Republic », fondations Open Society, New York, 2012.

¹¹ Département de la santé publique de San Francisco, Division de la santé de la population, Section de l'épidémiologie du VIH, rapport annuel sur l'épidémiologie du VIH pour 2014 (août 2015).

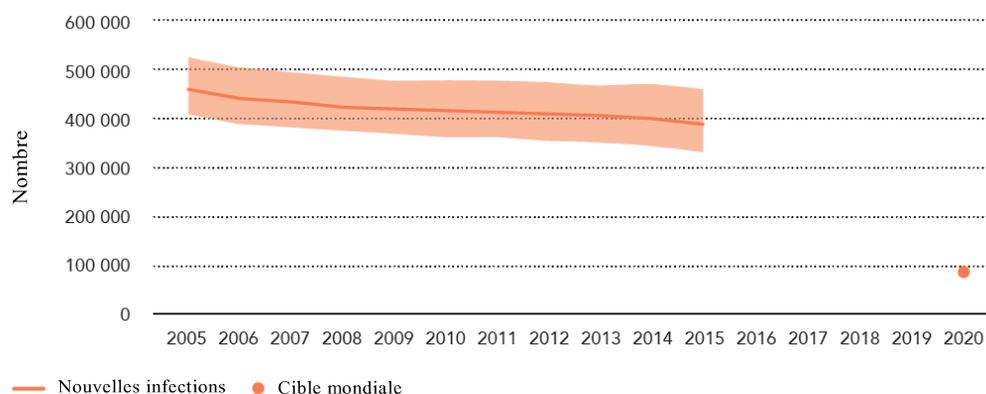
de prévention. Néanmoins, de nombreux pays doivent encore transposer ces objectifs mondiaux au niveau national. En outre, d'importantes lacunes restent à combler en matière de programmes, et la mobilisation des ressources nécessaires au financement des services de prévention demeure problématique.

Les jeunes femmes et les adolescentes, et leurs partenaires masculins

18. Dans sa Déclaration politique de 2016, l'Assemblée générale s'est engagée à ramener à moins de 100 000, d'ici à 2020, le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes infectées chaque année par le VIH de par le monde. Entre 2010 et 2015, le nombre de nouvelles infections chez les femmes âgées de 15 à 24 ans a diminué de 6 %, passant de 420 000 [de 360 000 à 480 000] à 390 000 [de 330 000 à 460 000]. Pour atteindre l'objectif susmentionné, il faudra réduire le nombre de nouvelles infections de 74 % entre 2015 et 2020 (voir fig. XI). À cet égard, il est indispensable de progresser plus avant dans la réalisation de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes et des filles visée dans l'objectif de développement durable n° 5. Dans le cadre des activités de programmation, il importe de tenir compte de la complexité de la vie quotidienne des femmes et des filles à mesure qu'elles grandissent et mûrissent, et d'élaborer des solutions adaptées à leurs besoins.

Figure XI

Nombre de nouvelles infections à VIH chez les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) à l'échelle mondiale, 2005-2015



Source : Estimations d'ONUSIDA, 2016.

19. Des interventions structurelles peuvent être utiles pour s'attaquer aux facteurs responsables de l'augmentation du risque d'infection à VIH chez les jeunes femmes et les filles. À titre d'exemple, la suppression de l'obligation de consentement des parents ou de l'époux pour l'accès au traitement antirétroviral et aux services de santé en matière de sexualité et de procréation peut accroître considérablement le taux d'utilisation des services. L'adoption de lois favorisant une large diffusion d'informations objectives et complètes sur la sexualité permet également à la population de mieux connaître les comportements favorables ou nuisibles à la santé sexuelle et de savoir où et comment obtenir des informations supplémentaires, des conseils et un traitement.

Populations les plus exposées

20. Certaines populations sont beaucoup plus exposées que d'autres au risque d'infection à VIH. Selon des études récentes, le risque d'infection est 24 fois plus élevé chez les usagers de drogues injectables, 10 fois plus élevé chez les travailleurs du sexe et 24 fois plus élevé chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes que chez le reste de la population adulte. En outre, le risque de vivre avec le VIH est respectivement 49 et 5 fois supérieur chez les personnes transgenres et les détenus.

21. Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, la thérapie de substitution des opioïdes et d'autres outils et stratégies permettant d'améliorer la santé et la vie des usagers de drogues injectables sont bien connus, mais leur disponibilité reste limitée dans de nombreux pays. Le risque d'infection à VIH est particulièrement élevé chez les jeunes appartenant aux populations les plus exposées, souvent parce qu'ils connaissent moins bien les risques que d'autres personnes plus âgées et expérimentées, ou parce qu'ils sont moins bien armés pour les éviter. En outre, l'augmentation des ressources engagées pour lutter contre le sida au niveau national ne semble pas bénéficier aux populations les plus exposées. En moyenne, le financement national ne représente que 12 % des fonds alloués aux programmes de prévention destinés aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. La part des fonds affectés à des programmes de prévention destinés aux travailleurs du sexe et aux usagers de drogues injectables au niveau national est également faible (20 et 25 %, respectivement).

Préservatifs

22. Les préservatifs constituent un moyen économique de prévenir le VIH, d'autres maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées. En 2015, les besoins de 47 pays d'Afrique subsaharienne en matière de préservatifs masculins étaient évalués à 6 milliards d'unités par an. Toutefois, selon les estimations, 2,7 milliards de préservatifs seulement ont été distribués la même année, ce qui montre que plus de la moitié de la demande n'a pas été satisfaite.

23. Le nombre insuffisant de préservatifs en Afrique subsaharienne se traduit globalement par un faible taux d'utilisation. Dans 23 des 25 pays de la région pour lesquels des données sont disponibles, moins de 50 % des hommes ayant des partenaires sexuels multiples ont déclaré avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles, tandis que dans 19 pays, moins de 60 % des jeunes femmes ayant des partenaires multiples ont dit en utiliser.

24. Le taux d'utilisation du préservatif est également faible chez les populations les plus exposées. Seuls 3 des 104 pays pour lesquels des données sont disponibles font état d'une utilisation de préservatifs supérieure à 90 % chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes lors de leurs derniers rapports. Le faible taux d'utilisation du préservatif chez les hommes de cette population dans les pays à revenu élevé – où l'on accède facilement au traitement antirétroviral et aux préservatifs – semble aller dans le sens d'un relâchement ou d'une lassitude vis-à-vis de ce moyen de protection.

Circoncision médicale volontaire

25. La circoncision médicale volontaire est une intervention ponctuelle et économique, qui offre une protection partielle contre la transmission du VIH de femme à homme tout au long de la vie. Depuis 2007, des efforts considérables sont faits pour intensifier la circoncision volontaire dans 14 pays prioritaires d'Afrique orientale et australe, qui présentent des taux de prévalence du VIH élevés et des

taux de circoncision faibles. Toutefois, après des années de progression rapide, le nombre de circoncisions pratiquées annuellement dans 8 des 14 pays prioritaires a diminué en 2015. La réalisation de l'objectif de 25 millions de circoncisions supplémentaires chez les jeunes hommes des pays à forte prévalence d'ici à 2020 exigera de multiplier par deux le nombre de circoncisions pratiquées annuellement dans les 14 pays prioritaires.

Prophylaxie avant l'exposition

26. La PrEP est la plus récente des options de prévention combinée destinées aux personnes présentant un risque élevé d'infection à VIH. Elle permet aux patients de contrôler eux-mêmes leur risque d'infection de façon discrète au moyen d'une prise journalière de médicaments antirétroviraux. Un nombre restreint mais croissant de systèmes de santé ont homologué l'utilisation de la PrEP. Toutefois, la disponibilité de cette prophylaxie et l'accès au traitement demeurent limités. À la mi-2016, une PrEP était administrée à 60 000 personnes environ, dont la plupart se trouvaient aux États-Unis. Des efforts considérables seront nécessaires pour atteindre l'objectif mondial visant à ce que trois millions de personnes présentant un risque élevé d'infection à VIH accèdent à une PrEP d'ici à 2020.

Diversité des épidémies : la nécessité d'une démarche tenant compte du lieu géographique et de la population et s'appliquant à tous les stades de l'existence

27. Chaque région du monde fait face à des difficultés qui lui sont propres. L'Afrique orientale et australe ne représente que 6,2 % de la population mondiale mais abrite la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, l'action contre le sida s'est heurtée à des obstacles structurels ainsi qu'aux conflits et à la faiblesse des chaînes d'approvisionnement. La région de l'Asie et du Pacifique compte le deuxième plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH; l'épidémie y est concentrée dans les populations les plus exposées et leurs partenaires intimes. La région de l'Amérique latine et des Caraïbes a accompli des progrès considérables vers l'élimination de la transmission mère-enfant, mais les taux de nouvelles infections à VIH parmi les homosexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes restent élevés dans les zones urbaines. La région Moyen-Orient et Afrique du Nord est celle où la prévalence du VIH est la plus faible, mais le nombre de nouvelles infections a augmenté de 4 % entre 2010 et 2015. L'Europe orientale et l'Asie centrale sont les seules régions où l'épidémie de VIH continue de se propager rapidement, les usagers de drogues injectables représentant la moitié des nouveaux cas d'infection. En Europe occidentale et centrale, la bonne couverture sur le long terme des programmes de réduction des risques a diminué le nombre de nouvelles infections chez les usagers de drogues injectables, mais il apparaît que le taux d'utilisation du préservatif ne s'est pas amélioré parmi les homosexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. En Amérique du Nord, la difficulté principale réside dans l'impact disproportionné que le VIH continue d'avoir sur les homosexuels et les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, les usagers de drogues injectables, les Afro-américains et les migrants venus de régions de forte endémicité.

28. La prise de conscience de la nécessité de renforcer l'action régionale a conduit à l'inclusion dans la Déclaration politique de 2016 d'objectifs régionaux de réduction des nouvelles infections à VIH et d'augmentation du nombre de personnes ayant accès à un traitement. Pour embrasser la diversité des épidémies selon les régions, les pays, les villes et les communautés, il faut une démarche qui tienne

compte du lieu géographique et de la population et qui axe la lutte contre le VIH sur des services à fort impact fondés sur des données factuelles et adaptés aux zones géographiques et aux populations qui en ont le plus besoin. De nombreux pays sont maintenant capables de maîtriser l'épidémie de VIH au niveau infranational. L'exploitation de ces informations peut améliorer l'efficacité et l'efficience de leur lutte contre le sida.

29. Une démarche tenant compte de tout le cycle de vie permettrait de mieux appréhender la complexité de la dynamique de l'épidémie de VIH. Les innovations en matière de collecte des données révèlent comment les risques d'infection, les problèmes d'accès aux services et la réponse à ces problèmes évoluent à chaque étape de l'existence. Le risque d'infection chez l'enfant s'atténue lorsque des diagnostics et des médicaments antirétroviraux facilement accessibles sont utilisés rapidement. Le passage de l'enfance à l'âge adulte est une période particulière, les adolescentes étant nettement plus exposées au risque d'infection par le VIH, notamment dans les milieux à forte prévalence. En outre, l'adolescence est un moment périlleux pour ceux qui vivent déjà avec le VIH; dans ce groupe d'âge, l'observance thérapeutique est faible et le taux d'échec du traitement est élevé. Au moment du passage à l'âge adulte, la proportion des hommes nouvellement infectés par le VIH augmente de manière constante dans le monde. On constate également une augmentation des nouvelles infections à VIH chez les personnes âgées, or les complications à long terme dues aux médicaments antirétroviraux, au mode de vie et aux maladies liées à l'âge contribuent à aggraver les problèmes de santé des personnes âgées vivant avec le VIH.

III. Sida et Programme de développement durable à l'horizon 2030

30. La Déclaration politique de 2016 adhère pleinement au cadre défini par le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Elle comporte des engagements visant à mettre fin aux inégalités entre les sexes; promouvoir, protéger et respecter tous les droits de l'homme et la dignité; œuvrer à l'établissement de la couverture sanitaire universelle; améliorer l'intégration des services pour le VIH, la tuberculose, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles, le cancer du col de l'utérus et autres maladies non transmissibles, la pharmacodépendance, le soutien alimentaire et nutritionnel, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, la santé des hommes, la santé mentale et la santé sexuelle et procréative. Ces engagements renforcent le caractère global de la lutte contre le sida et ses liens avec l'ensemble du Programme 2030.

Égalité des sexes

31. Les filles et les femmes continuent d'être les principales victimes de l'épidémie du sida. En Afrique subsaharienne, chez les 15 à 19 ans, trois nouvelles infections à VIH sur quatre concernent des filles. À l'échelle mondiale, le sida reste l'une des principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 29 ans¹². La grande vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH va bien au-delà des causes physiologiques : elle est étroitement liée à un enracinement profond des inégalités entre les sexes, à des normes sexistes et à des structures sociales qui empêchent les femmes et les filles d'atteindre leur plein potentiel. Les services de santé destinés

¹² Organisation mondiale de la Santé, « Estimations sanitaires mondiales de 2015 : décès par cause, âge, sexe, par pays et par région », 2000-2015 (Genève, 2016).

aux adolescentes et aux femmes, notamment en matière de santé sexuelle et procréative et de VIH, ne sont pas encore universellement disponibles. Une jeune fille contrainte d'abandonner l'école pour compléter les revenus de sa famille aura moins de chances d'acquérir les connaissances et les moyens qui lui permettraient de se protéger du VIH. Des études menées au Botswana et au Swaziland ont montré que les femmes insuffisamment nourries étaient moins enclines à utiliser des préservatifs avec leurs partenaires occasionnels, se livraient davantage à des rapports sexuels monnayés et déclaraient plus souvent ne pas maîtriser leur vie sexuelle¹³.

32. Les faits de violence physique et psychologique au sein du couple dans les milieux à forte domination masculine où la prévalence du VIH est supérieure à 5 % ont été fortement corrélés à l'infection des femmes par le VIH¹⁴. Dans certaines régions, les femmes victimes de violence dans le couple ont 1,5 fois plus de risques de contracter le VIH¹⁵. Les mariages d'enfants favorisent les violences faites aux jeunes femmes dans le couple. Ces unions, qui constituent des atteintes aux droits fondamentaux, peuvent gravement compromettre le développement des jeunes filles, entraîner des grossesses précoces et l'isolement social, interrompre la scolarité et limiter les perspectives de carrière et de promotion professionnelle¹⁶.

33. Des études ont montré que la réussite scolaire des femmes et des filles réduit le risque de violences faites à la femme au sein du couple¹⁷ et qu'elle est associée à une meilleure santé sexuelle et procréative¹⁸, qui se traduit notamment par une baisse du taux d'infection à VIH¹⁹. Des mesures de protection sociale telles que les transferts de fonds favorisent visiblement l'autonomisation des jeunes femmes, les maintiennent à l'école et réduisent considérablement les pratiques sexuelles motivées par l'argent. Les transferts de fonds ont été utilisés avec succès pour encourager la fréquentation scolaire et une vie sexuelle plus saine, avec un effet positif sur les chiffres du VIH²⁰. En Afrique du Sud, un projet utilisant les transferts de fonds a permis de réduire de près de la moitié le pourcentage de filles âgées de 12 à 18 ans se livrant à des rapports sexuels monnayés. Cet apport financier a été associé à un accompagnement social de la part des parents et des enseignants, ce qui

¹³ Sheri Weiser *et al.* « L'insuffisance alimentaire est associée à un comportement sexuel à haut risque chez les femmes du Botswana et du Swaziland », *PLoS Medicine*, vol. 4, n° 10 (23 octobre 2007).

¹⁴ Dirk Durevall et Annika Lindskog, « Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us? », *The Lancet Global Health*, vol. 3, n° 1 (20 novembre 2014).

¹⁵ Organisation mondiale de la Santé, École d'hygiène et de médecine tropicales de Londres, South African Medical Research Council [Conseil sud-africain de la recherche médicale], *Estimations mondiales et régionales de la violence faites aux femmes : prévalence et effets sur la santé de la violence au sein du couple et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève, 2013).

¹⁶ Données du Fonds des Nations Unies pour l'enfance : *Le contrôle de la situation des femmes et des enfants dans le monde*. Disponible à l'adresse suivante : <http://data.unicef.org/child-protection/child-marriage>.

¹⁷ Lore Heise et Andreas Kotsadam, « Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys », *The Lancet Global Health*, vol. 3, n° 6 (Juin 2015).

¹⁸ Fonds des Nations Unies pour la Population, *État de la Population mondiale 2013 : la mère-enfant – face aux défis de la grossesse chez les adolescentes* (New York, 2013).

¹⁹ Jan-Walter De Neve *et al.* « Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment » *The Lancet Global Health*, vol. 3, No 8. (Août 2015).

²⁰ Jessica Taaffe *et al.* « The use of cash transfers for HIV prevention – are we there yet? », *African Journal of AIDS Research*, vol. 15, n° 1 (22 mars 2016).

a permis de réduire encore cette pratique²¹. Des services de protection sociale (par exemple aide nutritionnelle) favorisent également l'adhésion au traitement antirétroviral. La Déclaration politique de 2016 encourage les États Membres à renforcer les systèmes sociaux nationaux et les dispositifs de protection de l'enfance pour faire en sorte que, d'ici à 2020, 75 % des personnes qui sont dans le besoin et vivent avec le VIH, qui risquent d'être infectées ou sont touchées par le VIH, bénéficient d'une protection sociale prenant en compte le VIH, en prévoyant notamment des transferts de fonds.

Placer les droits de l'homme au centre du développement et de la lutte contre le sida

34. Le Programme 2030 promet l'avènement de « sociétés pacifiques, justes et inclusives, libérées de la peur et la violence » et aspire à « un monde où soient universellement respectés les droits de l'homme » favorisant « l'égalité et la non-discrimination » entre les pays et à l'intérieur de leurs frontières. Le maintien de la dynamique de la lutte contre le sida et l'action engagée pour parvenir au développement durable et améliorer la paix et la sécurité mondiales sont interdépendants. Il faut donc revenir à l'essentiel, c'est-à-dire œuvrer à l'édification de sociétés plus résilientes en mettant le respect des droits de l'homme au centre des politiques nationales et internationales, en réduisant la marginalisation et le déni de certains droits, et en autonomisant les femmes et les filles.

35. Dans la Déclaration politique de 2016, les États Membres se sont engagés à appliquer des stratégies nationales de lutte contre le sida, de manière que les personnes vivant avec le VIH, qui risquent d'être infectées ou qui sont touchées par le VIH, puissent connaître leurs droits et avoir accès à la justice et aux services d'aide juridictionnelle pour empêcher les violations des droits de l'homme. De nombreux pays ont donné suite en mettant en place des mesures efficaces : examen et révision des cadres juridiques, sociaux et politiques pour aider les personnes vivant avec le VIH et les populations les plus exposées; élimination des restrictions de déplacement, enseignement de notions élémentaires de droit et d'autres éléments juridiques; accès élargi à la justice; proposition de programmes visant à bannir la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins de santé; renforcement des compétences des législateurs, des policiers, des juges et du personnel médical en matière de droits de l'homme; expansion des services de proximité.

36. Toutefois, des lacunes importantes subsistent. Des lois, des politiques et des pratiques répressives continuent d'entraver l'accès des personnes qui en ont le plus besoin à des services efficaces. Dans la population qui vit avec le VIH, une personne sur huit déclare avoir été privée de soins de santé. De nombreux cas de comportements stigmatisants et de discrimination pure et simple de la part d'agents sanitaires ont été signalés; ces pratiques constituent manifestement un obstacle de taille à la recherche et à l'utilisation des services de prévention et de traitement du VIH, à l'adhésion aux traitements et à la divulgation de la séropositivité. La criminalisation trop extensive de la non-divulgation, de l'exposition et de la transmission du VIH décourage la recherche du statut sérologique personnel et le recours aux services anti-VIH, notamment ceux qui font de la prévention ou proposent des produits et articles de protection. En 2015, des lois d'incrimination pénale de la transmission du VIH étaient en vigueur dans 72 pays. Des poursuites

²¹ Lucie Cluver *et al.* « Combination social protection for reducing HIV-risk behaviour amongst adolescents in South Africa », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 72, n° 1 (mai 2016).

pour non-divulgarion, exposition potentielle ou perçue, ou transmission involontaire, ont été signalées dans 61 pays, en augmentation par rapport à au moins 49 en 2014. En septembre 2015, 35 pays, territoires et régions continuaient de restreindre d'une manière ou d'une autre l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH.

37. Des législations antidiscrimination existent dans de nombreux pays mais leur application est aléatoire. Dans 22 pays, plus d'un cinquième des personnes vivant avec le VIH ont déclaré qu'on leur avait refusé un emploi ou une perspective de carrière en raison de leur séropositivité. Dans sept pays, près de la moitié des séropositifs ont déclaré avoir perdu un emploi ou une autre source de revenus au même motif; et dans sept autres pays, au moins 20 % des personnes vivant avec le VIH ont subi le même traitement²².

38. La stigmatisation, la discrimination et l'incrimination pénale des rapports sexuels entre personnes du même sexe, du travail du sexe, de la possession et de l'usage de drogues entravent quotidiennement le bon fonctionnement des services dans de trop nombreux pays. Ainsi, en juin 2016, les rapports sexuels entre personnes de même sexe étaient toujours illégaux dans 73 pays et 5 entités, et ils étaient passibles de la peine de mort dans 13 pays²³. Les femmes vivant dans les populations les plus exposées se heurtent à des difficultés et à des obstacles spécifiques, notamment la violence et les violations de leurs droits fondamentaux. Il faut agir méthodiquement pour autonomiser les personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque, afin que vraiment personne ne soit laissé pour compte.

Intégrer le sida dans le programme mondial de santé publique

39. La lutte contre le VIH est étroitement liée à l'action engagée pour renforcer les systèmes de santé, élargir l'accès à la santé sexuelle et procréative et aux services de planification familiale et lutter contre une série de maladies transmissibles et non transmissibles. Bien que des progrès notables aient été accomplis dans la lutte contre la tuberculose, cette maladie reste l'une des principales causes de morbidité et de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Les insuffisances des systèmes de santé continuent de se traduire par la non-détection de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH : environ 57 % des cas de tuberculose associée au VIH n'étaient pas traités en 2015. Les obstacles à surmonter sont notamment l'insuffisance des soins après diagnostic, les lacunes et les discontinuités du suivi des patients et l'incapacité à atteindre les individus les plus exposés au risque de maladie. Des cas de plus en plus nombreux de résistance aux antituberculeux menacent de freiner le progrès. Il faut que les patients diagnostiqués tuberculeux soient soumis plus systématiquement à des tests de dépistage du VIH et que ceux qui se révèlent positifs bénéficient immédiatement de traitements antirétroviraux. Les personnes vivant avec le VIH doivent être testées rapidement pour la tuberculose et la résistance à la rifampicine, et recevoir sans délai un traitement préventif et un soutien nutritionnel.

40. Les femmes qui vivent avec le VIH ont quatre à cinq fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus²⁴. Ce risque est lié au papillomavirus humain, agent d'une infection courante chez les hommes et les femmes

²² Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2008-2014.

²³ Angus Carroll, « State-sponsored Homophobia: a World Survey of sexual orientation laws – incrimination, protection and recognition », 11^e éd., Association internationale des lesbiennes, gay, bisexuel, transsexuels et intersexués (Genève, mai 2016).

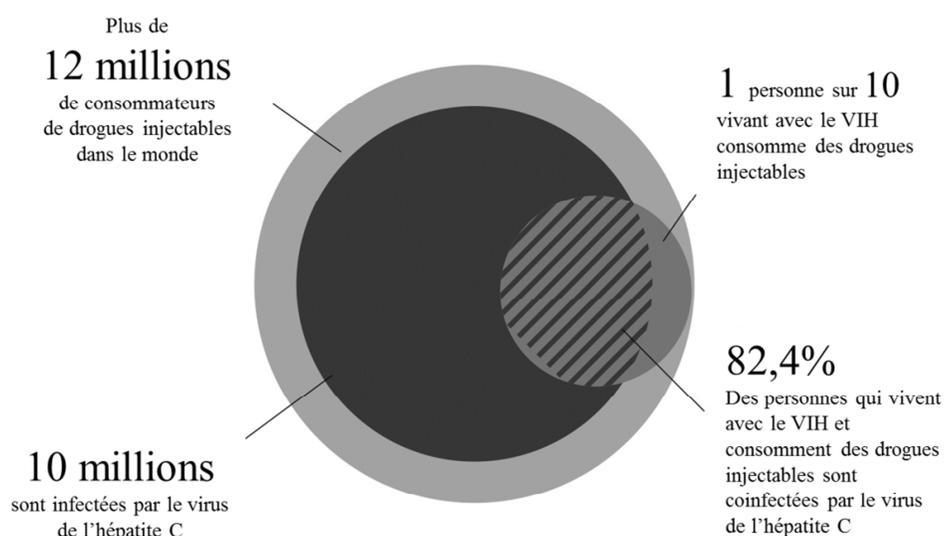
²⁴ Sheri Denslow *et al.* « Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: a systematic global review », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 25 n° 3 (2014).

sexuellement actifs et dont les femmes immunodéprimées ont du mal à se débarrasser. Il faut une démarche globale pour diminuer le nombre de décès liés à ce cancer. Une stratégie essentielle consiste à vacciner les adolescentes avant leur première exposition sexuelle. Jusqu'à présent, les campagnes de vaccination contre le papillomavirus ont concerné principalement 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 intermédiaire²⁵. Associer le dépistage du cancer du col de l'utérus à des services anti-VIH constitue une démarche efficace du point de vue des coûts. En Zambie, l'intégration des services a permis d'élargir le dépistage de ce cancer à plus de 100 000 femmes (dont 28 % vivaient avec le VIH) sur une période de cinq ans²⁶.

41. Environ 10 millions d'usagers de drogues injectables sont infectés par le virus de l'hépatite C, et on estime que 82,4 % sont également séropositifs au VIH (voir fig. XII). Les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles favorisent efficacement la prévention des infections à VIH et de l'hépatite C et permettent d'éviter les traitements longs et coûteux. Dans huit pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, où la couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues a triplé entre 2005 et 2010, les comportements à risque et le nombre de nouvelles infections ont été réduits²⁷.

Figure XII

Coïnfections à VIH et au virus de l'hépatite C dans le monde en 2014



Sources : Estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2015; Organisation mondiale de la Santé, aide-mémoire concernant l'hépatite (2015); Lucy Platt *et al.*, « Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV : a global systematic review and meta-analysis », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 6, n° 7 (juillet 2016).

²⁵ Laia Bruni *et al.* « Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis », *The Lancet Global Health*, vol. 4, n° 7 (juillet 2016).

²⁶ Groesbeck Parham *et al.*, « Implementation of cervical cancer prevention services for HIV-infected women in Zambia: measuring program effectiveness », *HIV Therapy*, vol. 4, n° 6 (novembre 2010).

²⁷ David Wilson *et al.* « The cost-effectiveness of needle-syringe exchange programs in Eastern Europe and Central Asia: costing, data synthesis, modeling and economics for eight case study countries », communication à la dix-neuvième Conférence internationale sur le sida, tenue du 22 au 27 juillet 2012 à Washington.

42. Les services de proximité sont un moyen important de combler les lacunes et de toucher les individus qui n'ont pas accès aux prestataires de services classiques ou n'osent peut-être pas se manifester. C'est la raison pour laquelle l'engagement mondial en faveur de systèmes de santé axés sur l'être humain, qui figure dans la Déclaration politique de 2016, prévoit une cible spécifique, à savoir que les services de proximité représentent au moins 30 % de l'ensemble des prestations d'ici à 2030. Plusieurs bonnes pratiques récentes mobilisent les services de proximité pour accélérer le mouvement. L'initiative pilote Sustainable East Africa Research on Community Health lancée au Kenya et en Ouganda associe le dépistage et le traitement du VIH à toute une gamme de services de soins de santé primaires. La mesure de santé publique qui consiste à approvisionner des communautés en naloxone pour les usagers de drogues opioïdes sauve manifestement des vies dans de nombreux pays. Il faut recruter, former et déployer un nombre beaucoup plus considérable d'agents sanitaires de terrain pour déployer les modèles locaux à l'échelle voulue.

43. La recherche et développement médicale nécessitent des investissements soutenus. Les récentes avancées de la mise au point d'un vaccin contre le VIH ont suscité un regain d'espoir quant à une percée possible. La recherche d'un remède fait des progrès prometteurs, avec notamment des méthodes qui ciblent les réservoirs du VIH dans l'intestin et la moelle osseuse. Le financement de ces travaux plafonne depuis quelques années.

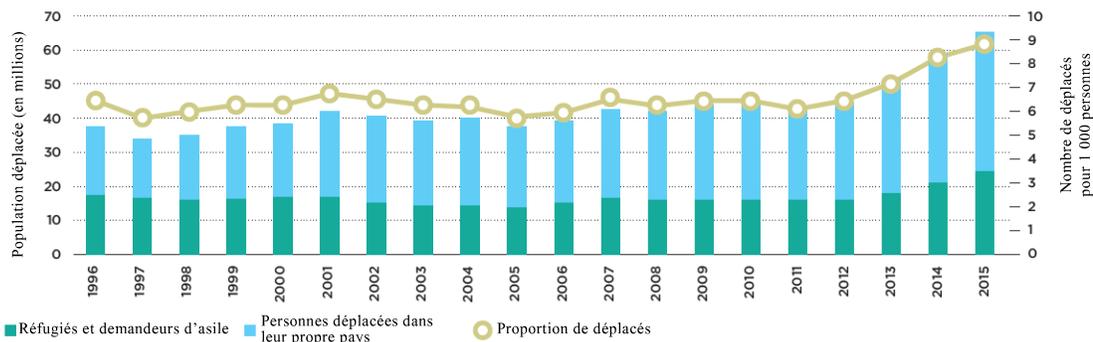
Situations d'urgence humanitaire

44. Le nombre de personnes déplacées de force par les situations d'urgence humanitaire est en hausse. En 2015, il y avait dans le monde 65,3 millions de déplacés chassés par les persécutions, les conflits, les violences généralisées et les violations des droits de l'homme, soit une augmentation de 50 % en cinq ans (voir fig. XIII)²⁸. Au cours de la même période, le nombre de séropositifs sous traitement antirétroviral a presque doublé. Cette combinaison de facteurs fait que les conflits vont probablement continuer de perturber les approvisionnements en traitements anti-VIH. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) estime à 1,6 million le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont été touchées par des crises humanitaires en 2013, soit 1 séropositif sur 22²⁹. Plus de 80 % vivaient en Afrique subsaharienne.

²⁸ En 2014, 59,4 millions de personnes étaient déplacées par ces événements et 19,3 millions d'autres étaient déplacées par des catastrophes naturelles.

²⁹ Note d'ONUSIDA sur le VIH dans les situations d'urgence pour la trente-sixième réunion du Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA, tenue du 30 juin au 2 juillet 2015 à Genève.

Figure XIII
Nombre et proportion des personnes déplacées de force, 1996-2015



Source : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, *Global Trends: Forced Displacement in 2015* (Genève, 2016).

45. Des taux élevés d'exploitation et d'atteintes sexuelles dans les situations de conflit et d'après conflit aggravent singulièrement les risques d'infection à VIH, notamment du fait de l'absence de soins cliniques sûrs et accessibles. La recherche montre invariablement que les violences faites aux femmes et aux filles par leurs partenaires et d'autres civils augmentent en période de conflit³⁰. Les rapports sexuels forcés provoquent des traumatismes génitaux, des abrasions et des lésions coïtales qui facilitent la transmission du VIH³¹. En outre, les auteurs sont plus susceptibles d'avoir des rapports non protégés et des partenaires multiples, ce qui augmente d'autant le risque qu'ils soient infectés par le VIH ou d'autres agents de maladies sexuellement transmissibles³². La stigmatisation sociale et les tabous culturels peuvent empêcher les victimes de demander justice et de recourir aux services médicaux même lorsqu'ils existent. Les schémas de violence à l'égard des femmes et des filles font ressortir la nécessité d'agir pour riposter ouvertement à toutes les manifestations de violence contre les femmes dans les situations de conflit et d'après conflit, et ils mettent particulièrement en évidence les liens entre violence et VIH.

46. La Déclaration politique de 2016 fait ressortir la vulnérabilité accrue des déplacés et des populations en situation d'urgence humanitaire et elle engage les États Membres à assurer la continuité des activités de prévention du VIH, de traitement, de soins et d'accompagnement, et à fournir un ensemble de soins aux personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ou le paludisme dans des situations d'urgence humanitaire ou de conflit, en accordant une attention particulière aux femmes séropositives, à celles qui risquent d'être infectées ou qui sont touchées par le virus en période de conflit ou d'après conflit. Ces efforts doivent s'accompagner d'une vraie action qui permettrait d'atteindre l'objectif de développement durable pour des sociétés pacifiques et inclusives.

³⁰ Lori Heise et Elizabeth McGrory, « Violence against women and girls, and HIV: report on a high-level consultation on the evidence and implications » (STRIVE Research Consortium, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2016).

³¹ Alex de Waal *et al.*, *HIV/AIDS, Security and Conflict: New Realities, New Responses* (New York, Social Science Research Council, 2009).

³² Michael Westerhaus *et al.* « Framing HIV prevention discourse to encompass the complexities of war in northern Uganda », *American Journal of Public Health*, vol. 9, n° 7 (juillet 2007).

IV. Aux avant-postes de la réforme de l'Organisation des Nations Unies

47. L'accélération de la réforme de l'ONU est une priorité absolue. Nous devons mettre en place une culture de responsabilité et de gestion stricte de la performance, en mettant l'accent sur les résultats plutôt que sur les processus et sur l'élément humain plutôt que sur la bureaucratie. Lors de l'examen quadriennal complet de 2016 des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies, les États Membres ont appelé à un système des Nations Unies pour le développement qui soit plus stratégique, intégré, cohérent, efficace, responsable et axé sur les résultats³³.

48. Bon nombre des réformes préconisées dans l'examen quadriennal sont devenues pratique courante à ONUSIDA, comme en témoignent par exemple la coordination active des entités des Nations Unies aux niveaux mondial et national; l'exploitation d'éléments factuels et d'informations stratégiques pour l'élaboration des politiques et des orientations programmatiques; les approches multisectorielles et multipartites fondées sur les valeurs des droits de l'homme, l'égalité des sexes et la durabilité; et une gouvernance transparente engageant la société civile. En outre, ONUSIDA surveille de près la trajectoire de l'épidémie et de la riposte et offre un soutien essentiel à des mécanismes de financement tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, sous forme notamment d'assistance technique pour la préparation et le lancement des campagnes de dons. Néanmoins, l'appui financier dont bénéficie ONUSIDA, qui repose entièrement sur des contributions volontaires, a diminué ces dernières années.

49. Le décalage entre les ambitions mondiales concernant le sida et le niveau de financement d'ONUSIDA compromet la viabilité du Programme et les efforts déployés pour atteindre les objectifs et les étapes définis dans la Déclaration politique de 2016. Le Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA a chargé un groupe d'examen mondial multipartite de faire des recommandations pour que le Programme soit viable et optimal, en révisant et en actualisant son modèle. Bien que les travaux du groupe ne soient pas encore achevés, il est de plus en plus manifeste que la contribution d'ONUSIDA à la lutte mondiale contre le sida est unique en son genre et que le Programme reste particulièrement pertinent dans le nouveau contexte de la réforme de l'ONU; il devrait être affiné et renforcé pour pouvoir obtenir des résultats clairs dans les domaines où il a un avantage comparatif.

V. Recommandations

Relancer la riposte accélérée pour éradiquer le sida

50. Le temps disponible pour accélérer la riposte et corriger les principales lacunes programmatiques et financières ne cesse de se réduire, de sorte qu'il devient de plus en plus difficile de ralentir le rythme des nouvelles infections à VIH et d'atteindre les objectifs arrêtés dans la Déclaration politique de 2016. Il faut une mobilisation concertée pour combler le déficit d'investissement de 7 milliards de dollars, et cela au nom de la solidarité mondiale et du partage des responsabilités, pour sortir un peu plus la question du sida de son isolement et exploiter au mieux les synergies entre les mesures prises pour mettre fin à l'épidémie et l'action engagée pour atteindre les objectifs de développement durable. L'avènement de la couverture sanitaire universelle suppose une meilleure intégration des services pour

³³ Résolution [71/243](#) de l'Assemblée générale.

le VIH, la tuberculose, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles, le cancer du col de l'utérus et autres maladies non transmissibles, la pharmacodépendance, l'aide en matière d'alimentation et de nutrition, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, la santé des hommes, la santé mentale et la santé sexuelle et procréative. Il faut redoubler d'efforts pour répondre aux besoins liés à la lutte anti-VIH et à la santé des populations dans les situations d'urgence humanitaire, des individus exposés aux infections à VIH lors des catastrophes naturelles, des conflits et des migrations forcées, ainsi que des personnes vivant avec le VIH dont le traitement risque être interrompu en raison des circonstances.

Accélérer la mise en œuvre des engagements internationaux pour la prévention combinée du VIH

51. Les progrès réalisés pour atteindre les objectifs de couverture des programmes sont inégaux en ce qui concerne les principales activités de prévention. Les États Membres doivent répondre à l'appel d'ONUSIDA à former une grande coalition destinée à stimuler l'action dans les cinq piliers de la prévention combinée du VIH. Cette coalition de prévention doit s'appuyer sur les modèles réussis de l'initiative 90-90-90 et sur le Plan mondial pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant. Les priorités doivent être les suivantes : conversion en cibles nationales des engagements mondiaux concernant l'offre de préservatifs, la circoncision médicale volontaire et la prophylaxie avant l'exposition; investissement accru dans les programmes de prévention nationaux ciblés sur les populations les plus exposées (travailleurs du sexe, usagers de drogues injectables, personnes transgenres, détenus et hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes); mise à disposition de l'assistance technique nécessaire pour combler méthodiquement les lacunes des programmes dans les pays les plus touchés par l'épidémie; mise en place d'un dispositif de responsabilisation précis permettant aux efforts nationaux de prévention de garder le cap sur les objectifs.

Nouvelle intensification du dépistage du VIH et du traitement

52. Les principaux pays de l'initiative pour l'accès accéléré n'ont pas encore adopté les directives de 2015 par lesquelles l'Organisation mondiale de la Santé demande que le traitement antirétroviral soit proposé immédiatement après le diagnostic et que le contrôle de la charge virale devienne la méthode privilégiée pour surveiller la réaction du patient au traitement, et peu de pays ont adopté les dernières directives de l'OMS concernant le dépistage du VIH. Il est primordial d'adopter les plus récentes approches du dépistage et du traitement du VIH, qui se fondent sur des données factuelles, pour entretenir la dynamique en direction de la cible 90-90-90.

53. Il faut lancer une « révolution du dépistage » qui privilégie le droit de chaque individu de connaître son statut, qui rapproche les services de dépistage du VIH des personnes et des communautés qui ont besoin d'eux et qui augmente l'investissement dans les services de dépistage. Les pays doivent immédiatement prendre des mesures pour généraliser rapidement les modèles de dépistage de proximité, les tests de diagnostic rapide, les techniques d'autodiagnostic et la notification des partenaires, et généraliser également le contrôle de routine de la charge virale. Pour améliorer l'efficacité des programmes et élargir la portée des programmes de traitement, il faut de toute urgence investir dans les deux prochaines années dans le recrutement, la formation et le déploiement d'au moins 2 millions de nouveaux agents sanitaires locaux, dont 1 million en Afrique subsaharienne.

Redoubler d'efforts pour autonomiser les femmes et les filles, les jeunes, les populations les plus exposées et les personnes qui vivent avec le VIH

54. Comblant les lacunes de la couverture des services suppose d'autonomiser les populations qui sont souvent laissées pour compte : les femmes et les filles, les jeunes, les populations les plus exposées et les personnes qui vivent avec le VIH. Tous les programmes nationaux de lutte contre le sida doivent comporter un solide élément d'autonomisation et des mesures spécifiques pour surmonter les obstacles juridiques et les entraves liées aux politiques en vigueur. Le système ONUSIDA de surveillance mondiale du sida et les collectes novatrices de données locales doivent être mis à profit par les États Membres, la société civile et les organisations de femmes, afin de renforcer les mécanismes régionaux, nationaux et mondiaux actuels et d'améliorer au niveau mondial l'engagement des responsabilités pour le maintien des filles à l'école, l'autonomisation économique, la réduction de la violence sexiste et l'offre de l'ensemble des services de santé sexuelle et procréative. La lutte contre les discriminations croisées, en particulier dans le domaine des soins de santé, est essentielle à la réalisation accélérée des objectifs. Les jeunes ont besoin d'un appui supplémentaire pour participer à la lutte contre le VIH en tant que bénéficiaires, partenaires et acteurs de premier plan. La multiplication des collectes et des analyses de données ventilées par âge et par sexe aidera à identifier les difficultés et les possibilités d'avenir qui se présentent à tous les stades de l'existence.

Affiner et renforcer le modèle de fonctionnement du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida afin qu'il aide plus efficacement les pays à tenir leurs engagements et reste aux avant-postes de la réforme de l'Organisation des Nations Unies

55. L'action engagée pour accélérer le rythme de la réforme de l'ONU appelle des mesures dans des domaines qui sont consubstantiels à ONUSIDA : coordination active des entités des Nations Unies, gouvernance inclusive, mobilisation d'éléments factuels et d'informations stratégiques pour l'élaboration de politiques et de programmes et choix d'approches multisectorielles et multipartites reposant sur les valeurs des droits de l'homme, l'égalité des sexes et la durabilité. ONUSIDA joue également un rôle essentiel dans l'ensemble de la lutte contre le sida, en tant que chef de file et en définissant une orientation stratégique, en surveillant l'épidémie et en suivant l'évolution de la riposte, et en aidant les pays à optimiser l'utilisation des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que des investissements nationaux et des autres sources de financement. Les États Membres sont invités à appuyer les efforts qu'ONUSIDA déploie pour affiner et renforcer son modèle de Programme commun afin qu'il puisse rester aux avant-postes de la réforme de l'ONU, continuer à sortir la question du sida de l'isolement et aider les pays à accélérer la cadence dans leur lutte contre le VIH.