



Assemblée générale

Distr. générale
20 mars 2007
Français
Original : anglais

Soixante et unième session

Point 46 de l'ordre du jour

Suite à donner aux textes issus de la vingt-sixième session extraordinaire : mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

Déclaration d'engagement et Déclaration politique sur le VIH/sida : progrès accomplis au cours des 12 derniers mois

Rapport du Secrétaire général

Résumé

À la Réunion de haut niveau sur le sida, tenue à New York le 2 juin 2006, un nouvel objectif mondial a été défini : ouvrir à tous l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'appui d'ici à 2010. Cet engagement marque un tournant important sur la voie de la réalisation d'ici à 2015 des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier de l'objectif 6, consistant à enrayer et à commencer à faire reculer l'épidémie, mais aussi d'objectifs plus larges concernant la pauvreté, l'éducation, l'égalité des sexes, la mortalité infantile et la santé maternelle. Il renforce l'action menée par les gouvernements pour donner suite aux engagements qu'ils ont pris dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, intitulée « À crise mondiale, action mondiale », adoptée par l'Assemblée générale à sa vingt-sixième session extraordinaire en 2001.

À mi-parcours du délai que nous nous sommes fixé pour atteindre les OMD, le présent rapport résume les faits les plus récents concernant la lutte mondiale contre le sida et a valeur de bilan intérimaire des efforts déployés à cette fin au cours des 12 derniers mois. Un bilan plus complet est prévu en 2008, après que les pays auront présenté leur rapport intérimaire, conformément à la Déclaration politique sur le VIH/sida.

D'importants travaux préparatoires à l'action de longue haleine nécessaire pour concrétiser l'objectif d'accès universel ont été effectués au cours de l'année. Quarante-vingt-dix pays à faible revenu et à revenu intermédiaire se sont fixés des objectifs nationaux à atteindre avant la fin de 2006 et 25 ont intégré de tels objectifs dans un plan national antisida mis à jour, chiffré et défini comme prioritaire.



Selon des données récentes, des progrès auraient été accomplis dans d'autres domaines depuis l'adoption de la Déclaration politique, mais une action beaucoup plus rigoureuse sera nécessaire pour que les engagements internationaux sur le sida puissent être respectés. Cela nécessite de résoudre un problème majeur, à savoir généraliser les services et concrétiser l'accès universel dès que possible tout en renforçant les infrastructures existantes, notamment celles mises en place par la société civile, pour assurer la viabilité à long terme des services.

L'action menée pour généraliser le traitement continue à prendre de l'ampleur. En décembre 2006, le nombre de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire était estimé à 2 millions – soit 28 % du nombre estimatif des personnes qui en avaient besoin (7,1 millions) –, et il était supérieur de 700 000 au nombre estimatif des personnes qui recevaient ce type de traitement en décembre 2005. Il n'en reste pas moins que le nombre des personnes qui meurent du sida est passé de 2,2 millions en 2001 à 2,9 millions en 2006, ce qui tient largement au fait que le nombre de personnes se trouvant à un stade avancé de la maladie et ayant besoin d'un traitement antirétroviral augmente plus vite que celui des personnes bénéficiant de la généralisation de ce traitement.

La concrétisation de l'accès universel nécessite également d'intensifier la prévention de la contamination à VIH. L'échec des mesures destinées à ralentir la propagation de l'épidémie est due en grande partie à : a) l'insuffisance des investissements dans la prévention; b) le fait que les services de prévention ne desservent qu'une faible fraction des groupes de population les plus touchés et les plus exposés; c) l'absence de mesures propres à atténuer les causes sociales, économiques et culturelles de l'infection à VIH, dont l'inégalité des sexes, la stigmatisation des malades, la discrimination dont ils sont victimes et la non-protection de certains droits de l'homme.

La définition d'objectifs nationaux a mis en lumière des obstacles de taille à une intensification significative de l'action menée actuellement. À titre d'exemple, peu de pays ont indiqué clairement comment ils comptaient surmonter les principaux obstacles à l'accès universel, à savoir l'insuffisance des systèmes de santé et des ressources humaines, l'absence de financement prévisible et soutenu et le coût inabordable des services.

Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le montant des ressources nécessaires pour lutter contre le sida est estimé actuellement à 18 milliards de dollars pour 2007 et à 22 milliards de dollars pour 2008. On estime par ailleurs à 10 milliards de dollars (contre 8,9 milliards de dollars en 2006), le montant des fonds qui pourront être investis dans des programmes liés au VIH dans ces mêmes pays en 2007, soit légèrement moins de la moitié de ce qui est nécessaire. Comme de nombreux pays, en particulier les pays à faible revenu, ne peuvent concrétiser l'objectif d'accès universel sans l'aide de ressources extérieures, il est urgent d'accroître l'aide financière internationale à la santé publique et au développement.

Vingt-cinq ans après le déclenchement de l'épidémie, il est plus clair que jamais qu'il faut mener l'action internationale entreprise, non plus comme une action d'urgence, mais comme une action à long terme qui permette de progresser durablement. Les fonds consacrés à la lutte contre le sida fournissent l'occasion et un moyen de renforcer les services de santé et de protection sociale. Bien utilisés, ils

peuvent améliorer les infrastructures de santé et par là même, permettre de vacciner davantage d'enfants, de rendre les hôpitaux plus salubres et d'élargir l'accès aux services de base nécessaires pour traiter divers problèmes de santé. Pour être viables à long terme, les services de lutte contre le sida devraient fonctionner en corrélation étroite avec les autres services pertinents.

Enfin, de nombreux pays continuent à se battre pour intensifier sensiblement leur lutte contre la maladie et atteindre l'objectif d'accès universel d'ici à 2010. Renforcer la lutte mondiale contre le sida et obtenir que les engagements pris à cet égard par les États Membres soient respectés nécessite que les pays prennent pleinement conscience de leurs problèmes et intensifient la prévention; se fixent une stratégie pour atteindre l'objectif d'accès universel à la prévention et au traitement; financent des plans nationaux de lutte ambitieux et crédibles et les alignent sur leurs systèmes nationaux existants; puissent examiner périodiquement les progrès qu'ils ont accomplis et en rendre compte et renforcent leurs capacités d'agir plus vigoureusement et durablement.

« Nous, chefs d'État et de gouvernement et représentants d'États et de gouvernement... nous engageons à continuer de déployer tous les efforts nécessaires pour intensifier la riposte globale et durable élaborée par les pays afin de mener toute une gamme d'activités intersectorielles de prévention, de traitement, de soins et d'appui, avec la participation totale et active des personnes vivant avec le VIH, des groupes vulnérables, des communautés les plus touchées, de la société civile et du secteur privé, le but étant d'atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'appui d'ici à 2010 »¹.

Déclaration politique sur le VIH/sida

I. Introduction

1. Il y a un an, la communauté internationale a renforcé sensiblement son engagement de faire reculer le sida et de faire diminuer le nombre annuel de décès imputables à la maladie. À la Réunion de haut niveau sur le sida, tenue à New York le 2 juin 2006, un nouvel objectif mondial a été défini : l'accès universel. Par sa résolution 60/262, l'Assemblée générale a adopté la Déclaration politique sur le VIH/sida, qui définit les conditions nécessaires pour que les pays atteignent cet objectif en matière de prévention, de traitement, de soins et de services d'appui d'ici à 2010.

2. L'engagement de concrétiser l'objectif d'accès universel constitue une étape importante dans la réalisation des OMD, non seulement de l'objectif 6, consistant à enrayer et à commencer à faire reculer l'épidémie de sida d'ici à 2015, mais aussi des objectifs concernant la pauvreté, l'éducation, l'égalité des sexes, la mortalité infantile et la santé maternelle. Au cours des 12 derniers mois, la notion d'accès universel a évolué et les éléments essentiels de sa concrétisation ont été mieux définis. L'objectif de l'accès universel n'est pas un objectif en soi mais souligne que la lutte antisida menée au niveau national doit respecter beaucoup plus strictement les impératifs de rapidité, d'équité, d'accessibilité financière et de durabilité et doit être menée dans une optique globale et multisectorielle. Pour atteindre cet objectif, il faut inciter les parties prenantes nationales à définir leurs propres objectifs et c'est pourquoi, dans la Déclaration politique, les gouvernements se sont engagés à fixer rapidement des objectifs nationaux qui tiennent compte de la nécessité urgente d'intensifier l'action entreprise pour atteindre l'objectif d'accès universel d'ici à 2010.

3. La Déclaration politique renforce les engagement pris par les gouvernements dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, intitulée « À crise mondiale, action mondiale »². Les pays continueront de rendre compte tous les deux ans de leurs progrès dans l'application des deux déclarations, leur prochain rapport intérimaire devant être présenté d'ici au 31 janvier 2008. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) analysera les données qui y

¹ Voir résolution 60/262 de l'Assemblée générale, annexe.

² Résolution S-26/2 de l'Assemblée générale en date du 27 juin 2001, annexe.

figureront et un rapport intérimaire complet sera présenté à l'Assemblée générale en 2008, conformément à la Déclaration politique.

4. Le présent rapport traite essentiellement des progrès accomplis depuis la Réunion de haut niveau sur le sida, en ce qui concerne notamment la fixation d'objectifs nationaux, l'efficacité des principales interventions et la volonté politique des gouvernements telle qu'elle ressort notamment du montant estimatif des fonds dégagés pour la lutte antisida pour 2007. Il sera complété par un rapport qu'ONUSIDA fera paraître en juin 2007, qui appellera l'attention sur le rôle et la contribution particulière de l'ONU³.

5. Vingt-cinq ans après le déclenchement de l'épidémie, il est plus clair que jamais qu'il faut mener l'action internationale entreprise, non plus comme une action d'urgence, mais comme une action à long terme qui permette de progresser durablement. Il faudra pour cela établir des cadres de financement solides et fiables et appliquer des stratégies qui permettent de créer des infrastructures nationales et de les préserver, ce qui nécessite notamment d'investir dans la société civile. Il faudra également neutraliser plus rapidement les facteurs de propagation de l'épidémie, dont l'inégalité des sexes, la stigmatisation des malades et la discrimination dont ils sont victimes et la non-protection de certains droits de l'homme.

II. Faits survenus depuis l'adoption de la Déclaration politique sur le VIH/sida : progrès accomplis dans la concrétisation de l'accès universel

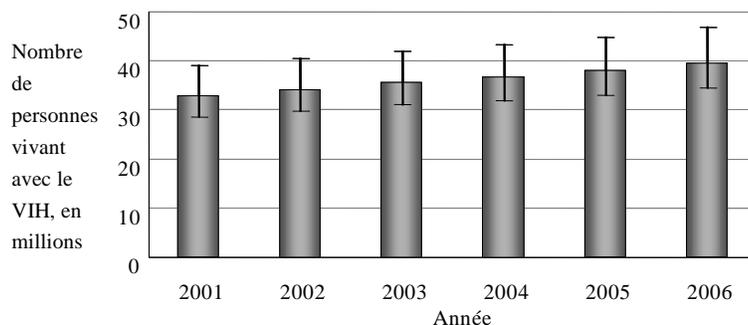
6. Des progrès ont été accomplis dans la concrétisation de l'objectif d'accès universel au cours des 12 derniers mois. La présente section en décrit les principaux facteurs, à savoir les changements intervenus sur le plan politique, la fixation d'objectifs nationaux, l'estimation des besoins de ressources, la généralisation du traitement et l'intensification de la prévention. Cela étant, un certain nombre de problèmes demeurent. De nombreux plans nationaux ne traitent toujours pas de manière suffisante des thérapies antirétrovirales de deuxième ligne, du coût de la prise en charge des orphelins, des investissements dans les infrastructures et du coût des mesures de prévention prises dans des secteurs autres que celui de la santé, lesquelles concernent prioritairement : les jeunes, tant scolarisés que non scolarisés; la mobilisation de la population; les homosexuels; les utilisateurs de drogues injectables; et la sensibilisation sur le lieu de travail. Il est par ailleurs manifeste, à mesure que l'on s'oriente vers une action à long terme, que non seulement il faudra davantage de ressources financières pour lutter contre le sida mais aussi qu'il faudra utiliser ces ressources de façon plus stratégique et novatrice si l'on veut mettre en œuvre davantage de programmes de prévention et de traitement, ce qui suppose des services sociaux publics plus solides et une mobilisation plus importante de la population.

³ Voir <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Governance/20070625-pcb20.asp>.

A. État de l'épidémie mondiale de sida

7. À la fin de 2006, le nombre des personnes qui vivaient avec le VIH dans le monde était estimé à 39,5 millions et avait augmenté considérablement par rapport à 2001, où il avait été estimé à 32,9 millions (fig. 1).

Figure 1
Nombre estimatif des personnes vivant avec le VIH dans le monde, 2001-2006



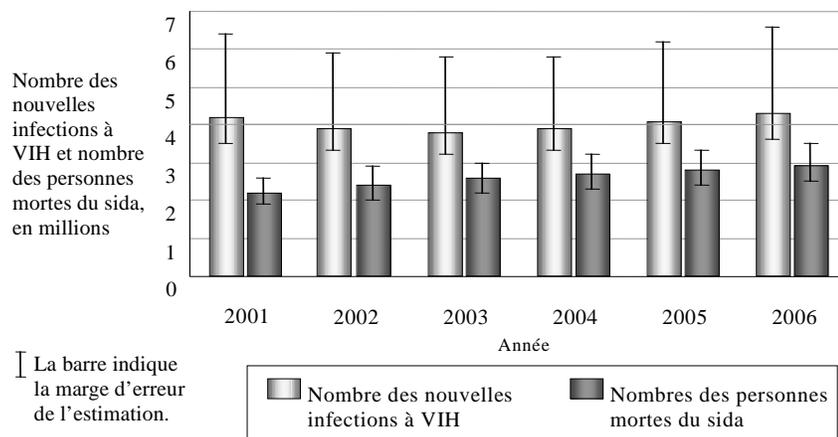
[La barre indique la marge d'erreur de l'estimation.

Note : Voir Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *AIDS Epidemic Update* (UNAIDS/06.29E) (Genève, décembre 2006), à l'adresse suivante : http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf.

Le nombre annuel des nouvelles personnes contaminées par le VIH est demeuré aux alentours de 4 millions, alors que le nombre des personnes qui meurent du sida est passé de 2,2 millions en 2001 à 2,9 millions en 2006 (fig. 2). Cette augmentation tient en grande partie au fait que le nombre des personnes ayant atteint un stade avancé de la maladie et ayant un besoin urgent d'un traitement⁴ augmente plus rapidement que celui des malades recevant une thérapie antirétrovirale.

⁴ Telles qu'elles sont définies dans les directives de l'OMS relatives au traitement.

Figure 2
**Nombre estimatif des nouvelles infections et nombre
 des personnes mortes du sida, 2001-2006**



Note : Voir Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *AIDS Epidemic Update* (UNAIDS/06.29E) (Genève, décembre 2006), à l'adresse suivante : http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf.

8. En 2002, le sida a été la quatrième principale cause de décès dans le monde. Si, pour intensifier la lutte contre l'épidémie, on se contentait de généraliser les thérapies antirétrovirales sans renforcer la prévention, on estime qu'en 2030, il deviendrait la troisième principale cause de décès. On estime en revanche que, si les thérapies antirétrovirales étaient combinées à des programmes de prévention efficaces, le fardeau de l'épidémie et de la mortalité qu'elle entraîne pourrait être substantiellement allégé (voir tableau 1).

9. Une diminution de la prévalence du VIH chez les jeunes a été signalée en 2006 dans plusieurs pays (Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Haïti, Kenya, Malawi, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Zimbabwe) mais, dans l'ensemble, les mesures de prévention ne sont pas proportionnées à la vitesse de propagation de l'épidémie. Même dans des pays très touchés par la maladie tels que l'Afrique du Sud et le Swaziland, une grande partie de la population estime toujours ne pas risquer d'être contaminée par le VIH. Dans la plupart des pays, la stigmatisation des personnes qui vivent avec le virus et la discrimination dont elles sont victimes découragent de nombreuses personnes de se soumettre à un test de dépistage et de révéler leur séropositivité à leurs partenaires sexuel(le)s.

Tableau 1
Classement des 15 principales causes de décès en 2002 et 2030

Causes de décès	Classement en 2002	Classement en 2030
Cardiopathie ischémique	1	1
Accidents cérébro-vasculaires	2	2
Infection des voies respiratoires inférieures	3	5

<i>Causes de décès</i>	<i>Classement en 2002</i>	<i>Classement en 2030</i>
VIH/sida	4	3
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	5	4
Pathologies périnatales	6	9
Maladies diarrhéiques	7	16
Tuberculose	8	23
Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	9	6
Accidents de la circulation routière	10	8
Diabète sucré	11	7
Paludisme	12	22
Cardiopathies hypertensives	13	11
Blessures auto-infligées	14	12
Cancer de l'estomac	15	10
Néphrite et néphrose	17	13
Cancers du colon et du rectum	18	15
Cancer du foie	19	14

Source : Colin D. Mathers et Dejan Loncar, « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 », *PLOS Medicine*, vol. 3, n° 11 (novembre), tableau 2.

10. L'inégalité des sexes continue à féminiser l'épidémie, mais différemment. Un nombre croissant de femmes mariées, et non plus seulement de filles et de jeunes femmes, sont infectées. Dans de nombreuses régions, un nombre plus important que jamais de filles et de femmes âgées de plus de 15 ans sont porteuses du VIH et, dans le monde, les femmes représentent désormais 48 % des personnes contaminées. Les jeunes en particulier constituent un groupe à risque, puisqu'en 2006, ils représentaient 40 % des personnes nouvellement infectées chez les plus de 15 ans.

11. Dans le monde, les utilisateurs de drogues injectables, les travailleurs sexuels, les détenus, les migrants et les homosexuels se voient régulièrement refuser l'accès à l'information et aux services et sont souvent en butte à la discrimination et à la violence, ce qui les range parmi les groupes de population risquant le plus d'être infectés par le VIH. Au cours des deux dernières années, le nombre des homosexuels infectés par le virus a augmenté de façon patente au Cambodge, en Chine, en Inde, au Népal, au Pakistan, en Thaïlande et au Viet Nam. Récemment, l'utilisation de drogues injectables est apparu comme un nouveau facteur d'infection à VIH en Afrique subsaharienne, en particulier à Maurice, mais aussi en Afrique du Sud, au Kenya, au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie. Malheureusement, cela n'a pas toujours déclenché une campagne nationale de prévention suffisamment rigoureuse.

B. Action politique et concrétisation de l'objectif d'accès universel

12. La volonté des gouvernements de lutter contre le sida a continué à se renforcer en 2006, comme en témoigne particulièrement la Déclaration politique sur le VIH/sida adoptée à la Réunion de haut niveau sur le sida. L'Assemblée générale a

rappelé que l'épidémie créait une situation d'urgence qui constituait un formidable défi. À l'heure actuelle, sur le plan politique, l'accent est mis, non plus sur le consensus mondial, mais sur l'action à mener au niveau des pays, où il faut renforcer les capacités pour donner plus d'ampleur et d'efficacité à la lutte contre le sida et lui conférer un caractère multisectoriel et pouvoir ainsi faire la meilleure utilisation possible des ressources financières disponibles.

13. Les mesures bilatérales et multilatérales destinées à appuyer la lutte antisida dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire privilégient souvent les résultats rapides par rapport aux résultats durables sur le long terme. De nombreux donateurs ont créé leurs propres systèmes de gestion et de suivi, parallèlement à des plans et systèmes nationaux plus importants. En 2004 ont été élaborés les Trois principes, ensemble de principes directeurs destiné à améliorer la coordination des mesures nationales de lutte antisida⁵. Dans le Document final du Sommet mondial de 2005, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à s'employer activement à les appliquer et l'Assemblée générale les a approuvés à nouveau dans la Déclaration politique sur le VIH/sida.

14. Selon ONUSIDA, en janvier 2007, 73 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire s'étaient dotés d'un cadre national de lutte contre le sida qui était le fruit d'un processus participatif auquel avaient été associés de nombreux partenaires, et 51 se servaient de ce cadre comme base de négociation avec leurs principaux partenaires financiers. Cependant, dans de nombreux pays, d'importants éléments de planification font défaut. Seuls 49 pays se sont dotés d'un dispositif d'examen participatif périodique des progrès accomplis et 40 seulement ont transformé leur cadre d'action national en plan opérationnel chiffré. En ce qui concerne le troisième des principes susmentionnés, celui concernant le système national de suivi et d'évaluation, selon ONUSIDA, 56 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire disposent de systèmes de suivi et d'évaluation fonctionnels mais seuls 35 ont pris des dispositions pour collecter et analyser les rapports de leurs principaux partenaires.

15. En 2006, afin d'appuyer l'application des Trois principes au niveau national, le secrétariat d'ONUSIDA et la Banque mondiale ont élaboré, à l'intention des pays, un instrument d'harmonisation et d'alignement devant servir à la fois de cadre et de guide pour vérifier dans quelle mesure les organisations nationales et internationales alignent leurs programmes sur les priorités nationales⁶. À en juger par les premières conclusions relatives à l'utilisation de ce nouvel instrument, les partenaires internationaux ne respectent pas pleinement les engagements qu'ils ont pris dans la Déclaration de Rome de 2003 sur l'harmonisation et dans la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide au développement : appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle. Les résultats obtenus dans les sept pays où l'instrument a été mis à l'essai rendent compte du degré d'engagement de la société civile et montrent que ce n'est pas parce qu'il y a participation à la planification qu'il y a participation dans d'autres domaines critiques, tels que les débats sur l'allocation des ressources, par exemple.

⁵ En vertu de ces principes, les partenaires nationaux et internationaux sont invités à aligner leurs efforts sur un seul cadre d'action et à confier la coordination à une seule autorité nationale dotée d'un large mandat multisectoriel et le suivi à un seul système national de suivi et d'évaluation.

⁶ Cet instrument a été mis à l'essai à la fin de 2006 dans les sept pays suivants : Botswana, Brésil, Indonésie, Nigéria, République démocratique du Congo, Somalie et Zambie.

16. De nouveaux progrès sont manifestement nécessaires pour que les Trois principes puissent être pleinement appliqués au niveau national mais on a vu apparaître, ces dernières années, plusieurs bonnes pratiques concernant l'alignement de l'action de la communauté internationale sur les priorités nationales. Au Mozambique, par exemple, le Gouvernement, les donateurs, la société civile et les organismes des Nations Unies ont signé en 2006 un code de conduite qui définit les principes, les mécanismes et le fonctionnement d'un forum national des partenaires, qui donnera lieu à des réunions de coordination mensuelles, à des examens conjoints, à des processus d'évaluation annuels et à la prestation d'une aide technique à l'autorité nationale chargée de coordonner la lutte antisida.

C. Fixation d'objectifs nationaux aux fins de la concrétisation de l'objectif d'accès universel

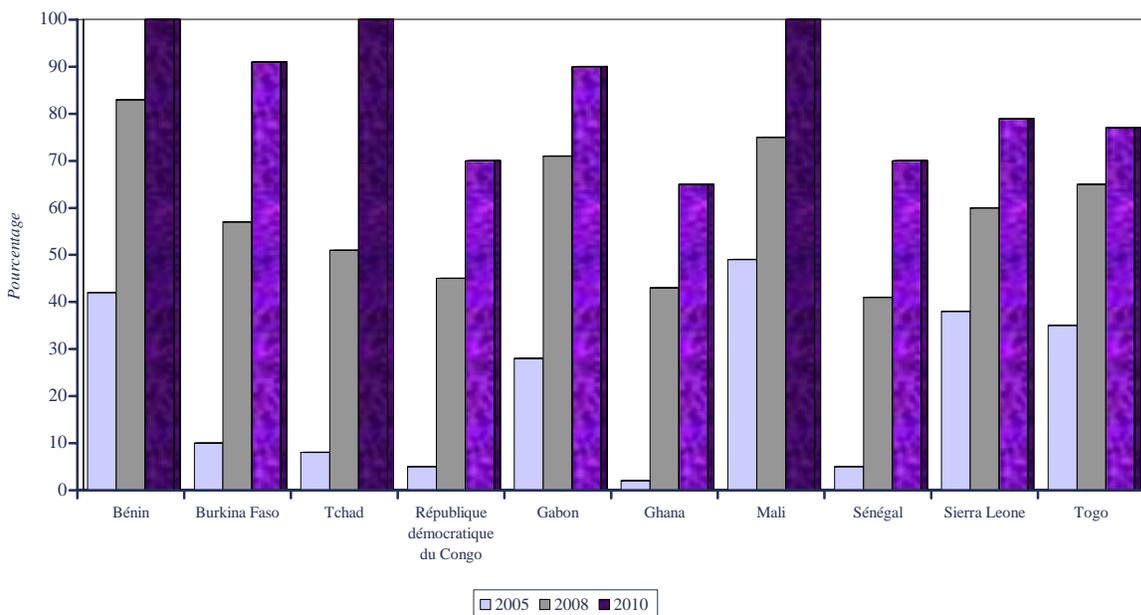
17. Dans la Déclaration politique sur le VIH/sida, il est demandé à tous les pays de se fixer, avant la fin de 2006, des objectifs nationaux ambitieux en matière de prévention, de traitement, de soins et de services d'appui, conformes à l'engagement qu'ils ont pris d'atteindre l'objectif d'accès universel d'ici à 2010. Des objectifs nationaux clairs – dont des objectifs intermédiaires pour 2008 et des objectifs de résultat pour 2010 – facilitent l'alignement de l'action des partenaires sur les priorités nationales et rendent les pays directement responsables de la réalisation des objectifs qu'ils se sont fixés. Ils aident par ailleurs les pays et les partenaires internationaux à mobiliser des ressources et un appui internationaux.

18. La procédure qu'ONUSIDA recommande d'utiliser pour fixer des objectifs⁷ permet de rassembler une large gamme de parties prenantes, dont des représentants de la société civile, offre un cadre d'analyse critique pour l'évaluation des engagements nationaux, aide les gouvernements à adapter leur action aux caractéristiques de l'épidémie dans leur pays et aux besoins particuliers qui en découlent et encourage la transparence et la responsabilité.

19. À la fin de 2006, 90 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire s'étaient fixé des objectifs. Ainsi, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, plusieurs pays se sont fixé des objectifs ambitieux, consistant à multiplier les services de traitement antirétroviral et de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et ils mettent actuellement à jour leur programme stratégique national en conséquence (fig. 3 et 4).

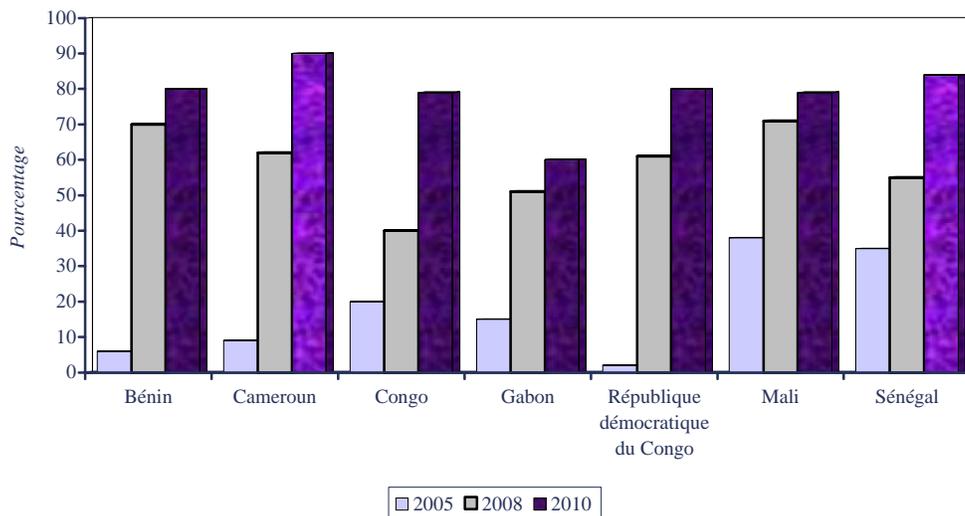
⁷ ONUSIDA (2006). *Setting National Targets for Moving Towards Universal Access: Operational Guidance* (Genève, 2006).

Figure 3
Femmes, hommes et enfants ayant atteint un stade avancé de la maladie qui recevaient un traitement antirétroviral en 2005 et objectifs projetés pour 2008 et 2010 dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne



Source : ONUSIDA, d'après les données présentées à une réunion que les dirigeants du Programme ont tenue à Glion (Suisse) en février 2007.

Figure 4
Femmes enceintes séropositives qui recevraient une prophylaxie antirétrovirale complète, destinée à réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant, en 2005, et objectifs projetés pour 2008 et 2010 dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne



Source : ONUSIDA, d'après les données présentées à une réunion que les dirigeants du Programme ont tenue à Glion (Suisse) en février 2007.

20. À la fin de 2006, le Kenya a lancé l'initiative résultats rapides, dans le cadre de laquelle il demandait aux districts de se fixer des objectifs à atteindre en matière de traitement en 100 jours. Les résultats ont été extraordinaires : presque tous les districts ont dépassé les résultats visés, ce qui montre bien que se fixer des objectifs est mobilisateur et permet d'établir des priorités d'action.

21. À la fin de 2006, sur les 90 pays qui s'étaient fixé des objectifs, 81 s'étaient fixé des objectifs concernant le traitement, 51 s'étaient fixé des objectifs concernant la prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables et 84 s'étaient fixé au moins un objectif en matière de prévention mais les nombreuses initiatives en la matière sont apparues comme moins consistantes. Les deux tiers de ce dernier groupe de pays se sont fixé des objectifs en ce qui concerne la distribution de préservatifs et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, alors que près de la moitié seulement se sont fixé des objectifs en matière de dépistage du VIH, de modification des comportements et d'éducation des jeunes.

22. Conscients de la diversité de leurs interlocuteurs, de nombreuses autorités nationales chargées de la lutte antisida ont associé des représentants de personnes vivant avec le VIH, d'organisations dispensant des services aux malades, de communautés confessionnelles, de syndicats et de groupes d'affaires aux procédures de consultation et de fixation d'objectifs, dont celles relatives à la mise en œuvre et au suivi des mesures de lutte contre le VIH. Au Malawi, l'association nationale des personnes vivant avec le VIH a pris l'initiative de créer une coalition de groupes de

la société civile qui joue un rôle décisif dans la concrétisation de l'objectif d'accès universel.

23. Les consultations engagées au niveau national et la fixation d'objectifs nationaux ont facilité l'édification d'un consensus entre les partenaires quant aux moyens de concrétiser plus rapidement l'accès universel et ont ravivé l'intérêt pour les mesures de prévention en tant que moyen d'appuyer les efforts de traitement. À en juger par les rapports soumis par certains pays, cependant, d'aucuns craignent que, si les objectifs fixés sont trop ambitieux, les résultats soient inférieurs à ce qu'on pourrait attendre.

24. Quelque 70 pays sont en train d'étoffer leur plan national de lutte contre le sida ou de le mettre à jour afin d'y incorporer les objectifs qu'ils ont définis et, au total, 25 pays ont déjà chiffré leur nouveau plan. Une étude effectuée par ONUSIDA de ces plans renforcés révèle toutefois que leur qualité est inégale, en particulier pour ce qui est de l'envergure des interventions, de la hiérarchisation des activités prévues et de l'établissement des coûts. Nombre de plans ne font aucun cas des obstacles à l'accès universel identifiés lors des consultations nationales ayant eu lieu au cours des mois qui ont précédé la Réunion de haut niveau sur le VIH/sida de 2006, notamment l'inégalité des sexes, la stigmatisation et la discrimination, les déficiences des systèmes de santé, l'insuffisance des ressources humaines, l'absence de financement prévisible et durable et d'accès à des services et des articles abordables, ou n'établissent pas le coût des mesures essentielles à prendre pour surmonter ces obstacles.

25. De nombreux pays n'ont pas établi le coût des traitements de deuxième intention nécessaires, les prix élevés des médicaments en question les rendant pour le moment inaccessibles sur le long terme dans la plupart des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Une estimation récente des ressources au Kenya a montré un accroissement exponentiel des ressources nécessaires du fait de l'ajout des traitements de deuxième intention.

26. Certains des pays qui ont établi les coûts de leurs plans nationaux ont été confrontés à une dure réalité au niveau du financement disponible et de la viabilité de plans ambitieux. Le plan renforcé de la Zambie, par exemple, qui prévoit des mesures visant à remédier à la crise existant sur le plan des ressources humaines, a fixé un objectif de couverture de 50 % car le Gouvernement n'était pas certain que sa contribution autoriserait un niveau de couverture plus élevé. La Mauritanie a saisi l'occasion que lui donnait le calcul des coûts dans le contexte de la définition de son cadre de dépenses à moyen terme pour mobiliser des ressources internes et externes supplémentaires.

27. Certains pays rencontrent des difficultés pour mobiliser des fonds auprès de sources internationales ou nationales du fait des résultats obtenus par le passé, ce qui rend encore plus difficiles la définition et la réalisation d'objectifs ambitieux. L'amélioration de la façon dont les ressources disponibles sont utilisées devrait être un objectif aussi bien des gouvernements que des partenaires de développement et demande un renforcement de la coordination de l'appui technique et une harmonisation des efforts déployés. L'un des principaux problèmes est de trouver un équilibre entre la nécessité de développer les services offerts et de parvenir à un accès universel dans des délais aussi courts que possible et celle de renforcer les infrastructures existantes, notamment d'améliorer les capacités de la société civile, de manière à assurer la durabilité de ces services.

D. Ressources financières : De combien a-t-on besoin et quelles seront les sources de financement?

28. Les estimations actuelles des besoins mondiaux en ressources nécessaires à la lutte contre le VIH dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire sont de 18 milliards de dollars en 2007 et de 22 milliards en 2008. Les besoins des pays à faible revenu⁸ représentent environ la moitié des besoins mondiaux pour 2008. On estime que les pays à revenu intermédiaire auront besoin d'environ un tiers des ressources mondiales, soit environ 6,5 milliards de dollars en 2008.

29. Quelque 10 milliards de dollars seront disponibles pour les programmes concernant le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en 2007. Bien qu'il s'agisse là d'une augmentation par rapport aux 8,9 milliards de dollars disponibles en 2006, cela ne représente qu'un peu plus de la moitié des 18 milliards de dollars dont les pays devraient avoir besoin en 2007.

30. De nombreux pays n'étant pas en mesure de réaliser les objectifs d'un accès universel aux soins sans aide extérieure, il faut absolument que la communauté internationale accroisse le financement qu'elle apporte dans le domaine de la santé publique et du développement. Les pays qui en ont la possibilité, en particulier ceux qui ont une économie robuste ou connaissent une croissance économique, doivent également investir davantage de leurs propres ressources dans les programmes concernant le VIH et la santé en général.

31. Les mécanismes de financement mondiaux, tels que le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale et des systèmes novateurs de mobilisation des ressources comme l'imposition d'une taxe aérienne utilisée par la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), contribuent à ce que le financement mondial des programmes concernant le VIH augmente de manière plus stable et plus prévisible. Des organisations telles que la Bill et Melinda Gates Foundation, la William J. Clinton Foundation et d'autres contribuent également de façon non négligeable au financement de ces programmes et à l'appui technique. Les systèmes d'assurance publics et privés assurant une protection financière et sociale sont également importants pour garantir la prévisibilité et la viabilité du financement et aider les ménages pauvres touchés par le VIH qui consacrent une partie importante de leurs revenus à des dépenses liées au virus.

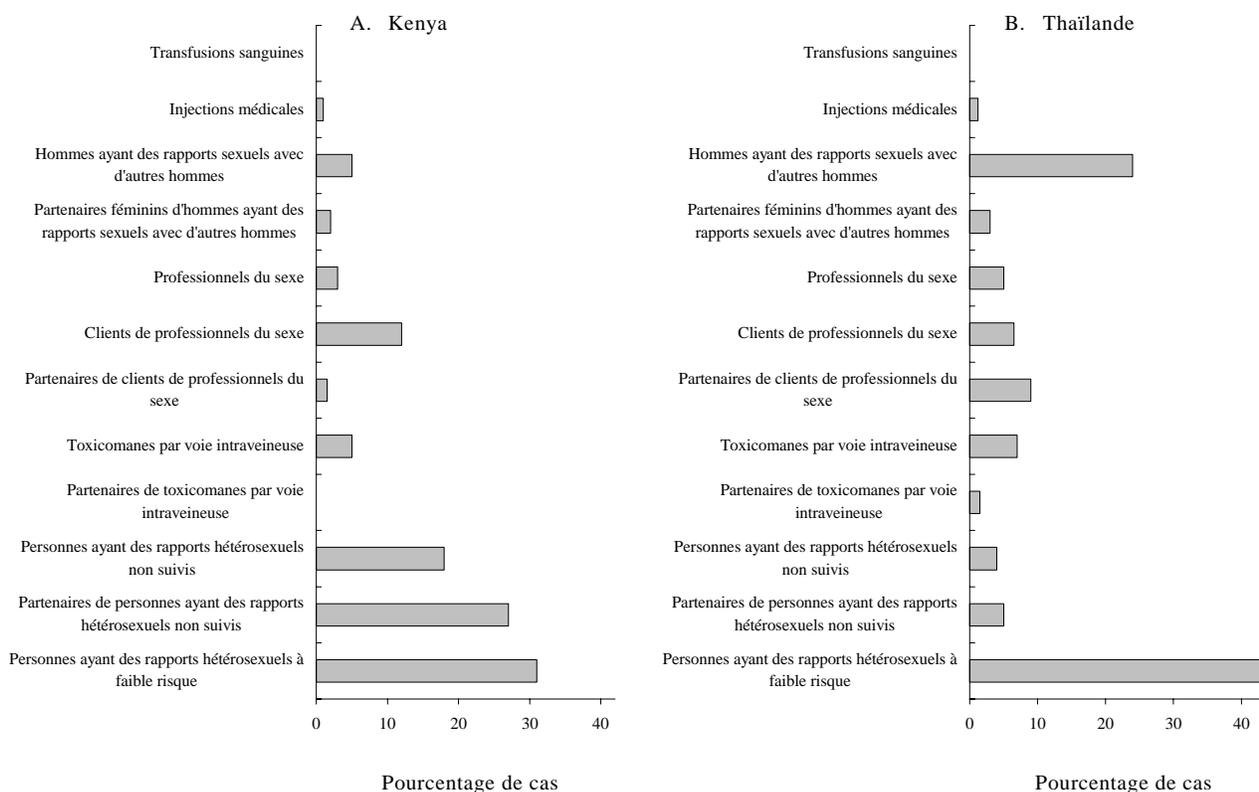
E. Comment traiter les causes de propagation de l'épidémie

32. Il ne faut pas seulement dépenser davantage mais également dépenser de manière plus judicieuse pour obtenir des résultats durables. Le choix des activités à financer, ou à financer en priorité, doit se faire sur la base d'une analyse fondée sur des données factuelles épidémiologiques de l'infection à VIH et d'une étude des comportements et de la situation sociale qui empêchent les individus d'accéder aux informations et aux services concernant le VIH et de les utiliser. Les informations sur la manière dont l'infection se propage peuvent renseigner utilement les décideurs sur la nature de l'épidémie dans leur pays. Il est donc essentiel, pour

⁸ Pays ayant un revenu national brut par habitant inférieur à 875 dollars des États-Unis.

hiérarchiser les interventions menées sur le plan national pour lutter contre le sida, de connaître la nature de l'épidémie, comme le montre la figure 5 qui dresse la liste des populations les plus à risque susceptibles d'avoir besoin de services spécialisés tant dans le cadre d'une épidémie généralisée que dans le cadre d'une épidémie à caractère plus limité.

Figure 5
Répartition des cas en pourcentage par type d'exposition



Source : E. Gouws *et al.*, « Short-term Estimates of adult HIV incidence by mode of transmission : Kenya and Thailand as examples », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, Supplément n° 3.

33. Toutefois, dans nombre de pays, la volonté ou la capacité de faire porter les efforts sur les facteurs juridiques, sociaux, économiques et culturels qui causent la propagation de l'épidémie sont limitées. Les groupes dont on sait qu'ils ont le plus de risques d'être infectés, à savoir les professionnels du sexe, les toxicomanes par voie intraveineuse et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, ne bénéficient que rarement des services dont ils ont besoin, ce qui rend les mesures prises inopérantes. La stigmatisation, tant ouverte que cachée, et la discrimination contre ces groupes constituent d'importants obstacles à la collecte de données et au financement et à la programmation ciblés.

34. De même, dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, les femmes, les jeunes filles et les jeunes gens, les prisonniers et les migrants sont des groupes tout particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, mais ces groupes ne bénéficient

guère de programmes répondant à leurs besoins spécifiques. Les ressources financières ou les programmes consacrés à la lutte contre l'inégalité des sexes, la stigmatisation, la discrimination et la violence contre les femmes et les filles ne sont pas suffisants et accroissent leur vulnérabilité à l'infection à VIH et au sida.

35. Dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et la Déclaration politique sur le VIH/sida, les gouvernements ont pleinement reconnu l'importance des droits de l'homme et de l'égalité des sexes dans les initiatives nationales de lutte contre le VIH et se sont engagés à agir dans ces domaines, mais les programmes promouvant les droits de l'homme et l'égalité des sexes en la matière ne bénéficient pas encore d'un rang de priorité élevé. Il s'agit notamment des réformes juridiques, de la formation des responsables de l'application des lois censée promouvoir et protéger l'accès des groupes vulnérables aux services de prévention et de soutien, aux traitements et aux soins, de la formation des agents sanitaires aux questions touchant le consentement donné librement et en toute connaissance de cause, la non-discrimination et la confidentialité concernant le VIH, des initiatives visant à mettre un terme à des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mariages d'enfants, la violence contre les femmes et les mutilations génitales féminines, des efforts déployés pour que les écoles ne deviennent pas le cadre de violences sexuelles contre les filles et de la fourniture aux prisonniers de services liés au VIH.

Connaître l'épidémie et les programmes qui y sont adaptés

Tout programme efficace de prévention du VIH passe par l'adoption de mesures de lutte contre les causes de la propagation de l'épidémie au niveau communautaire. Les décideurs et ceux qui mettent au point les programmes doivent connaître l'épidémie à laquelle ils sont confrontés : qui est infecté et quels sont les liens entre les comportements à risque, les facteurs de vulnérabilité et la situation économique, juridique, politique, culturelle et psychosociale. Ces évaluations doivent inciter les communautés et les membres des groupes vulnérables à identifier quels sont les facteurs qui déterminent la vulnérabilité, les obstacles à l'obtention d'informations et à l'accès aux services concernant le VIH et à leur utilisation et les mesures à prendre pour surmonter ces obstacles.

Causes de la propagation de l'épidémie et facteurs de risque

L'expression « causes de propagation de l'épidémie » se rapporte à des facteurs structurels et sociaux tels que la pauvreté, l'inégalité des sexes et les violations des droits de l'homme qui accroissent la vulnérabilité des individus à l'infection à VIH mais ne sont pas aisément mesurés. L'expression « facteurs de risque » est définie dans la troisième édition du dictionnaire d'épidémiologie comme un aspect d'un comportement ou d'un mode de vie personnel, une exposition dans l'environnement ou une caractéristique innée ou héritée qui, sur la base des éléments de preuve épidémiologiques dont on dispose, sont connus pour être associés à des problèmes de santé dont on estime qu'il est important de les prévenir. Il s'agit notamment de comportements tels que la toxicomanie par voie intraveineuse, les rapports sexuels non suivis sans protection et les rapports avec un grand nombre de partenaires en

même temps sur une longue période de temps et avec un recours peu fréquent ou irrégulier aux préservatifs^a.

Source : John M. Last, éd., *A Dictionary of Epidemiology*, 3^e éd. (New York), Oxford University Press, 1995.

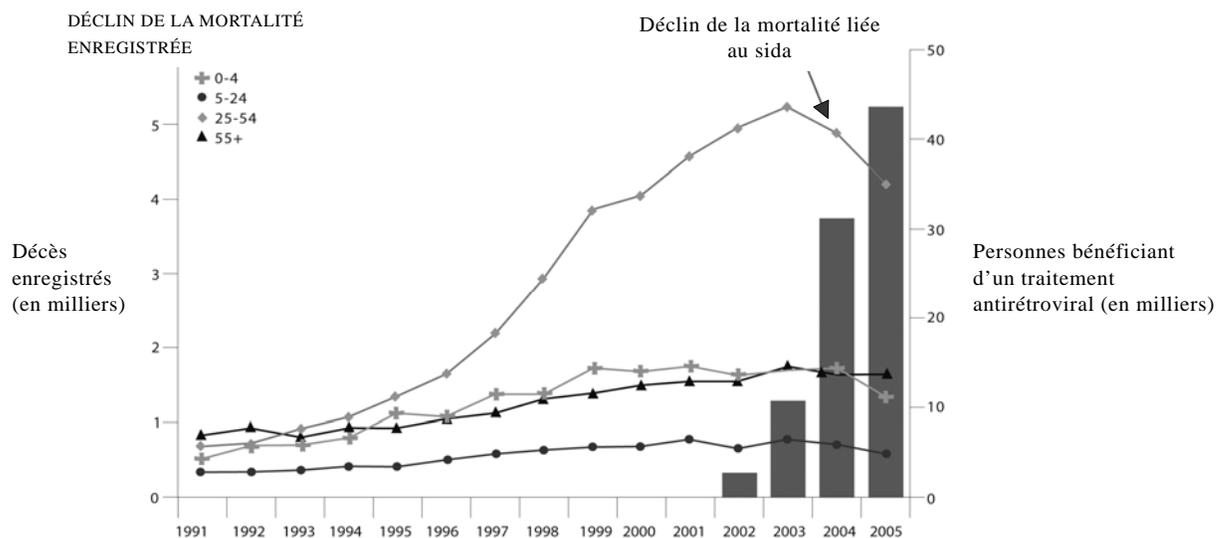
^a Récemment, l'expression « causes de la propagation de l'épidémie » a été utilisée pour décrire les facteurs de risque qui sont tellement fréquents qu'ils sont à l'origine de l'accroissement et du maintien de l'épidémie dans une population.

F. Renforcement des services offrant des traitements

36. L'accès aux services offrant des traitements vitaux est un élément essentiel de l'accès universel. En décembre 2006, environ 2 millions de personnes recevaient un traitement antirétroviral dans des pays à revenu intermédiaire ou à faible revenu, soit 28 % des quelque 7,1 millions de personnes qui en avaient besoin, un accroissement de 700 000 personnes par rapport aux estimations de décembre 2005. En Afrique subsaharienne, 1,3 million de personnes reçoivent un traitement antirétroviral, soit 28 % de celles qui en ont besoin, contre juste 100 000 personnes traitées et 2 % de celles qui en avaient besoin trois années plus tôt. L'impact du développement des traitements antirétroviraux sur la mortalité a été prouvé dans un certain nombre de pays (voir fig. 6).

Figure 6

Botswana : déclin de la mortalité des adultes par groupe d'âge grâce aux traitements antirétroviraux



Source : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Partners in Impact: Results Report* (Genève, 2007), fig. 39.

37. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le pourcentage de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral est de 19 % en Asie, de 72 % en Amérique latine et dans les Caraïbes et de 14 % dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de l'Europe et de l'Asie centrale. C'est en Afrique du Nord et au Moyen-Orient que le pourcentage est le moins élevé, seuls 5 % des personnes ayant besoin d'un traitement en bénéficiant.

38. Le pourcentage d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral et en bénéficiant est particulièrement peu élevé. Seuls 8 % des enfants séropositifs ayant besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire y ont accès. Dans ces pays, les enfants représentent actuellement 4 % de l'ensemble des personnes bénéficiant de ce type de traitement alors que, selon les estimations faites en se fondant sur le principe de l'égalité d'accès, ils devraient représenter au moins 13 %.

39. Si la tendance actuelle au développement des soins et des traitements se poursuit au même rythme, le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral en 2010 atteindra environ 4,5 millions⁹, soit moins de la moitié de celles qui en ont besoin d'urgence. Pour accroître de façon notable le nombre de bénéficiaires, il convient d'augmenter considérablement les investissements faits dans les infrastructures des systèmes de santé, s'agissant notamment des ressources humaines, administratives et financières des mécanismes de passation de marchés.

40. Les tuberculeux vivant dans des endroits où la prévalence du VIH est élevée ont des taux importants de co-infection par le VIH et la tuberculose est l'une des principales causes de maladie et de décès chez les séropositifs. En 2005, seulement 7 % des tuberculeux dans le monde ont été soumis à un test de dépistage du VIH; 23 % d'entre eux étaient séropositifs. En Afrique, où jusqu'à 80 % des malades de la tuberculose sont également séropositifs, seulement 10 % ont été soumis à ce test¹⁰. Il est par conséquent hautement prioritaire pour le secteur de la santé de s'assurer que les malades de la tuberculose sont soumis à un test de dépistage du VIH et reçoivent par conséquent les soins et les traitements nécessaires. Il faudrait également que les séropositifs subissent régulièrement des tests de dépistage de la tuberculose et que l'on s'efforce d'empêcher la propagation de la tuberculose dans les centres de santé, en particulier lorsque la prévalence du VIH est élevée. Il est particulièrement important de prendre ces mesures compte tenu de l'apparition d'une tuberculose à bacilles très résistants (la tuberculose XDR) qui ne répond pas aux principaux médicaments de première et deuxième intentions contre cette maladie et à laquelle les séropositifs sont vulnérables du fait de la faiblesse de leur système immunitaire.

41. Les groupes de la société civile et les séropositifs doivent notamment bénéficier d'un appui pour contribuer au développement des traitements. Si les ressources nécessaires leur sont accordées, leur rôle dans le soutien aux communautés sous forme d'informations concernant les traitements, de conseils et d'activités de plaidoyer et de lutte contre la stigmatisation peut s'avérer crucial.

42. De nouveaux types de médicaments antirétroviraux sont actuellement mis au point. Parmi ces nouveaux médicaments, figurent les inhibiteurs d'intégrase et les

⁹ ONUSIDA, Groupe de travail technique sur les ressources nécessaires, Genève, février 2007.

¹⁰ Organisation mondiale de la santé, *Lutte mondiale contre la tuberculose : surveillance, planification, financement. Rapport de 2007* de l'OMS (WHO/HTM/TB/2007.376) (Genève).

bloqueurs de récepteurs de chimiokines qui viennent s'ajouter aux produits existant déjà pour traiter les personnes séropositives. Leur coût actuel interdit toutefois leur utilisation dans de nombreux pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire qui rencontrent déjà des difficultés pour payer le prix plus élevé des traitements de deuxième intention comportant des médicaments non génériques. Il est à l'évidence urgent que les gouvernements collaborent avec l'industrie pharmaceutique et autres parties prenantes pour réduire les prix des médicaments de deuxième et troisième intentions destinés aux pays en développement.

G. Commerce et aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce

43. Dans la Déclaration politique sur le VIH/sida, l'Assemblée générale a souligné l'importance des accords commerciaux mondiaux dans la lutte contre le sida, et notamment l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC)¹¹ et la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et à la santé publique¹². L'OMS et le PNUD poursuivent leur analyse de l'utilisation des brevets et du rôle des tarifs douaniers dans l'accès aux médicaments essentiels.

44. Au cours des deux dernières années, il a semblé que les gouvernements étaient davantage disposés à se prévaloir de la flexibilité de l'Accord sur les ADPIC. En 2005, le Cameroun, l'Érythrée et le Ghana ont délivré des licences obligatoires pour l'importation de médicaments génériques contre le VIH. En novembre 2006 et janvier 2007, le Gouvernement thaïlandais a annoncé sa décision d'autoriser l'utilisation de deux produits antirétroviraux brevetés en Thaïlande, ce qui lui a permis d'importer et de fabriquer localement des versions génériques de ces médicaments.

H. Orphelins et enfants vulnérables¹³

45. Il a été estimé en 2005, que 15,2 millions d'enfants de par le monde avaient perdu l'un de leurs parents ou leurs deux parents du fait du sida. Quelque 80 % de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne et selon les estimations d'ici à 2010, plus de 20 millions d'enfants seront devenus orphelins à cause du sida.

46. Plusieurs pays s'emploient à fournir un minimum de services aux orphelins et aux enfants vulnérables, notamment en leur permettant d'avoir accès à l'éducation, aux soins de santé et aux services de protection sociale. En Afrique du Sud, pays qui compte le plus grand nombre d'orphelins du fait du sida, plus de 7,1 millions d'enfants de moins de 14 ans vivant dans la pauvreté – 79 % de ceux répondant aux conditions requises – bénéficiaient d'une aide à l'enfance en avril 2006. Ce chiffre

¹¹ Voir *Instruments juridiques reprenant les résultats des négociations commerciales multilatérales du Cycle d'Uruguay*, Marrakech, 15 avril 1994 (publication du Secrétariat du GATT, numéro de vente GATT/1994-7).

¹² Voir Organisation mondiale du commerce, document WT/MIN(01)/DEC/2. À consulter sur le site <http://docsonline.wto.org>.

¹³ Fondé sur OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Children and AIDS: A Stocktaking Report* (rapport d'évaluation sur les enfants et le sida) (New York, UNICEF, 2007).

représente un accroissement de deux tiers depuis 2004 et a été multiplié par 20 depuis 2000.

47. Le document de stratégie pour la réduction de la pauvreté au Mozambique pour la période 2006-2009 comprend des objectifs concernant la fréquentation scolaire, l'aide extérieure apportée aux dispensateurs de soins et l'établissement d'un mécanisme de suivi. Le document de stratégie pour la réduction de la pauvreté en République-Unie de Tanzanie pour la période 2005-2010, qui a été mis au point en coopération avec la société civile, les organisations non gouvernementales (ONG) et les autorités locales, tente de remédier aux problèmes de vulnérabilité dans un contexte de protection sociale général. Alors qu'au Botswana, 95 % des foyers comptant au moins un orphelin reçoivent une forme quelconque d'aide extérieure aux orphelins et aux enfants vulnérables, dans d'autres pays, ce pourcentage atteint à peine 10 %.

48. Actuellement, en Afrique subsaharienne, 79 % des enfants devenus orphelins, quelle que soit la cause du décès de leurs parents, fréquentent l'école. Vingt-quatre pays ont évalué le taux de fréquentation scolaire des orphelins et il s'est avéré que ce taux avait augmenté dans 15 pays, les enfants orphelins tendant souvent à être davantage scolarisés que ceux qui ne le sont pas. Une partie de ces progrès est due à la suppression des frais de scolarité, comme au Kenya ou en Ouganda.

I. La prévention à l'honneur

49. Le processus de mise en place d'un accès universel aux soins fournit l'occasion d'améliorer la prévention du VIH. Les données recueillies en 2005 montrent que peu de progrès ont été faits pour ce qui est de l'élargissement des services de prévention. Le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services permettant de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant est passé de 9 % en 2005 à 11 % seulement en 2006. Bien que la difficulté d'accès aux services de prévention prénatals soit un phénomène alarmant, il ressort des données disponibles qu'il est possible pour les pays de surmonter les obstacles au développement de ces services. Au moins sept pays à faible revenu et revenu intermédiaire fournissent des services de prévention à au moins 40 % des femmes séropositives enceintes et il est estimé que le pourcentage de femmes recevant un traitement prophylactique antirétroviral permettant de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant va de moins de 1 % dans certains pays à 90 % dans d'autres.

50. D'après des enquêtes réalisées dans 12 pays durement touchés de l'Afrique subsaharienne, seuls 12 % des hommes et 10 % des femmes ayant subi un test de dépistage du VIH en avaient reçu le résultat. De manière générale, le taux de nouvelles infections à VIH a largement dépassé le développement des traitements du VIH, démontrant clairement que l'objectif consistant à mettre un terme à la propagation de l'épidémie mondiale de VIH ou à renverser la tendance ne peut être atteint que si les mesures de prévention portent davantage leurs fruits.

51. La publication d'ONUSIDA intitulée *Directives pratiques permettant d'améliorer la prévention du VIH : pour un accès universel*¹⁴ note que l'échec de la

¹⁴ À consulter sur le site :

http://data.unaids.org/pub/Guidelines/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access%5d.pdf.

prévention du VIH dans de nombreux pays est à ce jour largement attribuable à trois facteurs : a) l'insuffisance de l'investissement dans la prévention; b) le manque de services de prévention du VIH destinés aux populations ayant des taux élevés d'infection à VIH et de risque de contamination par le virus; et c) l'absence de mesures contre les causes sociales, économiques et culturelles de l'infection à VIH, à savoir notamment l'inégalité des sexes, la stigmatisation et la discrimination, et la non-protection des droits de l'homme. Ces problèmes sont souvent dus au manque d'engagement politique et au choix fait par les autorités d'allouer des ressources à des mesures « culturellement sûres » comme les campagnes de sensibilisation au VIH destinées au grand public.

52. Il existe par exemple une certaine réticence à fournir des informations, des services et des produits d'hygiène de la procréation aux jeunes en temps utile en dépit des preuves dont on dispose concernant l'efficacité de certaines initiatives telles que la distribution de préservatifs à l'école. Il ressort de certaines données fournies par le Brésil que bien que le recours aux préservatifs ait augmenté chez les adolescents au cours des sept dernières années, le pourcentage d'adolescents ayant une activité sexuelle est resté stable, ce qui montre qu'encourager les jeunes à utiliser des préservatifs ne revient pas à encourager l'activité sexuelle.

53. En 2005, moins de 25 % des populations courant le plus de risques bénéficiaient de services de prévention de base. Il ressort des estimations fournies par 94 pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire que le pourcentage de toxicomanes par voie intraveineuse bénéficiant de services de prévention était de 8 % en 2005, ce qui indique que ce groupe de population très exposé est presque totalement négligé. À l'échelle mondiale, seulement 9 % des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ont actuellement accès à des services de prévention du VIH. Les travailleurs et travailleuses du sexe ne reçoivent pas encore d'informations et de services suffisants en matière de VIH. Dans la plupart des pays, les prisonniers ne bénéficient guère d'informations ou de soins de santé liés au VIH, même si la fourniture de préservatifs et de soins aux prisonniers en République islamique d'Iran montre que ces services bénéficient réellement à ces populations marginalisées.

54. Un certain nombre de pays commencent actuellement à recueillir des informations sur leurs groupes de population les plus à risque de manière à faciliter la mise au point de programmes de prévention ciblés. Par exemple, en 2006, l'Algérie, l'Égypte, le Liban, le Maroc, l'Oman, la République arabe syrienne et la République islamique d'Iran ont procédé à une évaluation des comportements à risque et des tendances chez les toxicomanes par voie intraveineuse et des mises en place des programmes de sensibilisation. Les organismes nationaux chargés de la lutte contre le sida dans les pays d'Asie et du Pacifique ont étudié les moyens de mobiliser un soutien politique permettant de renforcer la prévention du VIH dans les pays les moins touchés par le fléau et de consacrer les ressources disponibles aux services destinés aux groupes vulnérables et à ceux qui courent le plus de risques. Dix-huit pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale ont commencé à revoir leur législation sur le VIH et les droits de l'homme, tandis qu'en Amérique latine, une réunion importante de femmes séropositives de la région a été organisée. Les initiatives régionales ont pris une importance encore plus grande. L'initiative portant sur le corridor Abidjan-Lagos en Afrique de l'Ouest, qui concerne le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Nigéria et le Togo, comprend un élément de prévention

important et a bénéficié d'une aide du Fonds mondial pour 2007-2010 à hauteur de 46,5 millions de dollars.

55. La Communauté de développement de l'Afrique australe (CDAA) a entrepris un ensemble d'activités stratégiques en partenariat afin de renforcer la prévention du VIH dans une région où l'infection a atteint un taux de prévalence chez les adultes de plus de 15 %. Au Lesotho, par exemple, un groupe régional de réflexion est parvenu à la conclusion que les relations sexuelles à long terme, multiples et simultanées, l'absence de circoncision chez les hommes et l'importance des rapports sexuels intergénérationnels, de la contrainte sexuelle et des violences sexistes étaient les causes principales de l'épidémie chez les hétérosexuels en Afrique australe. La Communauté a également lancé une action sans précédent afin de renforcer les stratégies de prévention, notamment la mobilisation de la société en faveur du changement social, la promotion d'une modification des comportements masculins et l'aide aux pays afin qu'ils renversent la situation.

56. Au niveau mondial, des consultations internationales ont eu lieu pour redonner un nouvel élan aux mesures visant à modifier les comportements et à prévenir la transmission par voie sexuelle et définir l'importance des services concernant les infections transmises sexuellement pour le contrôle des nouvelles épidémies de VIH et de celles qui existent déjà. Une vaste coalition de pays, de donateurs, d'organismes des Nations Unies (OMS et UNICEF) et d'entités apportant un appui technique ont mis au point une stratégie mondiale pour améliorer les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. En outre, dans le domaine de l'éducation, le Groupe de haut niveau sur l'éducation pour tous a tenu sa première session sur le sida en novembre 2006, ce qui s'est traduit par un renforcement de l'engagement politique de renforcer le rôle du secteur de l'éducation dans les efforts de prévention.

J. Nouvelles interventions pour la prévention du VIH

57. Tandis que les pays s'emploient à renforcer les initiatives existant en matière de prévention, les chercheurs ont défini de nouvelles stratégies de santé publique pour lutter contre la transmission du VIH. En 2006, deux études effectuées au Kenya et en Ouganda ont confirmé que l'infection à VIH était de 60 % inférieure chez les hommes hétérosexuels adultes qui avaient été circoncis. Les preuves scientifiques indiscutables ont débouché sur une consultation mondiale multipartenaire en mars 2007, qui a recommandé de promouvoir la circoncision des hommes adultes dans les régions où la prévalence du VIH était élevée et celle de la circoncision faite à titre de stratégie supplémentaire pour la prévention de l'infection à VIH chez les hommes lors de rapports hétérosexuels. Les efforts conjugués de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l'UNICEF et du secrétariat d'ONUSIDA s'agissant de la circoncision des hommes aux fins de la prévention de la transmission du VIH visent à promouvoir un comportement sexuel responsable permettant de minimiser l'accroissement des comportements à risque résultant de l'idée énoncée que les risques sont réduits chez les hommes circoncis et la prise de décisions partagée entre hommes et femmes pour les questions touchant la sexualité, l'égalité des sexes et l'amélioration de la santé en matière de procréation et de l'hygiène sexuelle.

58. Le Groupement mondial pour le vaccin contre le VIH a rallié scientifiques, militants, bailleurs de fonds et autres parties prenantes dans le monde entier autour d'un plan scientifique stratégique visant à accélérer la mise au point d'un vaccin efficace contre le VIH. Plus de 30 vaccins expérimentaux contre le VIH en sont au début des essais cliniques chez l'être humain dans plus d'une vingtaine de pays et deux vaccins font l'objet d'une étude d'efficacité à large échelle.

59. Un microbicide sûr et efficace n'a pas encore été trouvé mais presque une douzaine d'entre eux sont actuellement à l'essai chez l'être humain. Deux de ces microbicides semblent accroître le risque d'infection du VIH chez les femmes. Toutefois, trois produits microbicides des première et deuxième générations font encore l'objet d'études d'efficacité à large échelle, toutes réalisées en Afrique. Certains médicaments antirétroviraux permettant de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle ou par le sang font actuellement – ou feront à terme – l'objet de tests. Deux essais cliniques en cours devraient permettre de déterminer s'il est possible de prévenir l'infection à VIH en supprimant le virus de l'herpès simplex de type 2, qui est connu pour accroître les risques de transmission et l'acquisition du VIH.

K. Accès universel et réforme de l'ONU

60. Les efforts conjugués déployés par les institutions spécialisées et les organismes des Nations Unies pour soutenir la lutte mondiale contre le sida n'ont cessé de se renforcer depuis la création d'ONUSIDA en 1996. Pour agir de façon plus cohérente au niveau national, le secrétariat d'ONUSIDA et ses 10 organismes coparrainants¹⁵ ont examiné les avantages comparatifs de diverses entités des Nations Unies pour la fourniture d'un appui technique aux partenaires nationaux. Cette répartition des tâches montre clairement quels sont les organismes chargés de tracer la voie dans 17 domaines d'action clefs.

61. Conformément à une directive publiée en décembre 2005 par le Secrétaire général, les coordonnateurs résidents des Nations Unies ont créé des équipes mixtes des Nations Unies sur le sida dans au moins 65 pays. Ces équipes font principalement porter leurs efforts sur l'appui technique et l'orientation mais promeuvent également la mobilisation des ressources, aident les pays à coordonner leur action dans les domaines clefs et, dans le cas de certaines entités des Nations Unies, en particulier le Programme alimentaire mondial (PAM), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et l'UNICEF, fournissent des services de prévention et de traitement directement.

62. En 2006, les services d'appui technique d'ONUSIDA ont fourni une assistance technique aux pays à la demande des équipes mixtes des Nations Unies dans cinq régions pour un certain nombre de domaines prioritaires, notamment la planification stratégique et opérationnelle, le suivi et l'évaluation, et le développement institutionnel.

63. La Banque mondiale, le PNUD et le secrétariat d'ONUSIDA ont renforcé les capacités des pays afin de leur permettre de mettre au point des stratégies et plans d'action concernant le sida qui soient ciblés, hiérarchisés, concrets et chiffrés et de

¹⁵ HCR, UNICEF, PAM, PNUD, FNUAP, ONUDC, OIT, UNESCO, OMS et Banque mondiale.

tenir compte des priorités en matière de sida dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et les plans de développement nationaux.

64. L'OMS a participé à la mise au point et à la diffusion d'informations techniques stratégiques pertinentes sur les protocoles thérapeutiques, l'utilisation des brevets pour les technologies médicales, la sécurité des injections, l'établissement de rapports concernant les cas de VIH, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et l'estimation des ressources humaines nécessaires dans le secteur de la santé, notamment l'importance de la redistribution des tâches entre les prestataires de soins.

65. Un certain nombre d'institutions spécialisées des Nations Unies ont fait porter leurs efforts sur des domaines négligés. Le FNUAP a fourni un appui à la gestion des prévisions de besoins et des achats de préservatifs dans 90 pays. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a collaboré avec 25 pays à un examen des politiques, à des analyses juridiques et à la mise en œuvre de programmes de prévention et de traitement du VIH à l'intention des toxicomanes par voie intraveineuse et de la population carcérale. L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a soutenu les efforts déployés par les ministères de l'éducation de plus de 70 pays afin de renforcer les programmes de prévention du VIH et, à la fin de 2006, 29 pays avaient mis au point des stratégies très complètes de sensibilisation au VIH dans le cadre de l'Initiative mondiale sur l'éducation et le VIH/sida (EDUSIDA). L'Organisation internationale du Travail (OIT) a fait des dispositions prises par le monde du travail s'agissant du sida une question de développement et aidé les départements chargés de la santé au travail des sociétés à fournir des services de prévention et de traitement du sida aux familles de leurs employés et aux collectivités locales.

66. Enfin, un groupe de membres du personnel représentant les quelque 3 500 employés des Nations Unies infectés par le VIH, connu sous le nom de UN+, a été créé en 2006 pour s'assurer que le personnel a accès aux services appropriés et peut travailler sans souffrir de stigmatisation ni de discrimination. Ce groupe se compose désormais de plus de 100 membres répartis dans 35 pays et représentant 22 organisations, programmes et entités associées.

L. Aller de l'avant : pour des interventions durables

67. Les pays se dirigeant vers un accès universel aux soins, il convient de faire en sorte que l'action menée soit durable. Le nombre de centres de soins offrant des services en matière de VIH augmentant, il importe d'en renforcer les capacités pour s'assurer qu'ils disposent du personnel, de l'équipement, des laboratoires et des médicaments nécessaires et que ces services font l'objet d'un suivi et d'une évaluation périodiques.

68. Lorsqu'ils sont utilisés à bon escient, les fonds consacrés au sida peuvent permettre d'améliorer les infrastructures sanitaires et par là même, de vacciner davantage d'enfants, de rendre le milieu hospitalier plus sûr, de mieux équiper les laboratoires et de faciliter l'accès aux services de prévention et de traitement de base d'autres problèmes de santé. Il est par exemple ressorti d'une étude d'un programme de soins de santé primaires en Haïti que les efforts dynamiques déployés en matière de prévention du VIH et les soins apportés dans le cadre de la communauté aux personnes se trouvant à un stade avancé du sida avaient permis

d'atteindre plus facilement un certain nombre d'objectifs de soins de santé primaires, notamment en matière de vaccination, de planification de la famille, de détection des cas de tuberculose et de soins des personnes atteintes, et de promotion de la santé¹⁶.

69. La création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui concernait à l'origine le sida, a considérablement accru le montant des ressources consacrées à deux autres problèmes de santé mondiaux, à savoir la tuberculose et le paludisme. L'amélioration des systèmes de passation des marchés et de logistique concernant les préservatifs, les médicaments contre le VIH et les tests de diagnostic du VIH est en mesure de faciliter l'approvisionnement en autres biens essentiels. Enfin, les efforts déployés pour lutter contre le sida peuvent permettre au secteur de l'éducation de disposer de davantage de ressources pour les fournitures scolaires et la formation des enseignants.

70. Des stratégies novatrices à long terme doivent être élaborées pour s'assurer que le personnel de santé qualifié nécessaire est disponible. La formation d'agents sanitaires supplémentaires n'est qu'une partie de la solution. Les gouvernements doivent également encourager le personnel des centres de santé publics des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire à rester où il est plutôt qu'à émigrer vers les villes ou à l'étranger et aller travailler dans le secteur privé, plus lucratif. Les programmes de fidélisation mis en place devront comprendre un certain nombre de mesures d'incitation, notamment l'amélioration des conditions de travail et des salaires, et faire partie de stratégies nationales chiffrées.

71. Compte tenu de l'ampleur de l'épidémie mondiale de sida et de son urgence, les mesures prises à ce jour pour y faire face ont eu un caractère exceptionnel et les mécanismes mis en place en matière de financement, de gouvernance et de mise en œuvre ont été très spécifiques. Il convient désormais d'incorporer ces mesures en encourageant toutes les entités gouvernementales compétentes à participer à la planification, à l'intégration et à la fourniture des services concernant le VIH. Lorsque les secteurs tant public que privé jouent un rôle important dans la fourniture de ces services, les pays devront faire en sorte que le secteur privé soutienne l'objectif d'un accès équitable. Vu la gravité des problèmes existants, ce serait toutefois une erreur fatale que de ne plus avoir recours aux mesures exceptionnelles.

III. Recommandations

72. Un an après l'adoption de la Déclaration politique sur le VIH/sida, des bases importantes ont été jetées en vue d'initiatives à plus long terme en faveur de l'accès universel. Nombre de pays continuent toutefois de se débattre pour pouvoir améliorer de manière notable les services offerts et s'acheminer vers l'objectif de l'accès universel d'ici à 2010. Les efforts déployés pour définir des objectifs nationaux en matière d'accès universel ont souligné l'existence de problèmes fondamentaux. C'est par le biais d'un effort concerté et multisectoriel des principales parties prenantes tenant compte des cinq recommandations ci-après que ces problèmes pourront être résolus au mieux :

¹⁶ David A. Walton *et al.*, « Integrated HIV Prevention and Care Strengthens Primary Health Care: Lessons from Rural Haïti, *Journal of Public Health Policy*, vol. 25, n° 2.

- **Bien connaître l'épidémie et mieux prévenir le VIH :** Pour connaître l'épidémie à laquelle ils doivent faire face, il faut que les pays mettent en place un système intégré de surveillance épidémiologique, de suivi et d'évaluation leur permettant de recueillir des informations stratégiques et de renforcer ou d'affiner leur plan national de lutte contre le sida. Bien connaître l'épidémie signifie également qu'il faut comprendre l'efficacité des mesures prises pour y faire face, dans le domaine tant de la prévention que du traitement, et notamment connaître les véritables bénéficiaires de ces mesures. Les ressources limitées dont ces pays disposent peuvent alors être consacrées aux domaines qui en ont le plus besoin : les zones où le taux de transmission est élevé, les populations risquant le plus d'être infectées par le VIH, les facteurs facilitant la transmission du VIH et les principaux obstacles au renforcement des programmes. Dans nombre de pays, le fait que les autorités n'accordent pas une attention suffisante aux causes de la propagation de l'épidémie, notamment à l'inégalité des sexes, à la stigmatisation, à la discrimination et à la non-protection d'autres droits de l'homme, limite les progrès réalisés en matière de prévention du VIH. Les efforts déployés pour répondre aux besoins des femmes et des fillettes, des enfants et des orphelins, des jeunes, des migrants et de groupes fortement stigmatisés tels que les professionnels du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les toxicomanes par voie intraveineuse et les prisonniers doivent avoir priorité dans des plans nationaux de lutte contre le sida qui soient chiffrés, budgétisés et effectivement mis en œuvre. Les initiatives concernant la prévention et le traitement doivent également être renforcées lors des situations d'urgence et des déplacements tant en ce qui concerne les populations touchées que celles des pays d'accueil. Les organisations nationales de la société civile et les réseaux de séropositifs ont un rôle critique à jouer en la matière car ils représentent les intérêts des groupes affectés et contribuent à la prestation des services nécessaires;
- **Ouvrir la voie à l'accès universel :** Les objectifs en matière d'accès universel doivent être à la fois ambitieux et réalistes. Afin de réaliser cet équilibre, il convient d'évaluer soigneusement les ressources nécessaires pour vaincre les obstacles au renforcement des programmes, tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs. Il est tout aussi important de connaître le niveau et la qualité des services offerts actuellement que d'être au fait des capacités permettant de les renforcer. Ce type d'informations est essentiel à l'amélioration ou à la révision des plans nationaux de lutte contre le sida qui identifient les ressources financières nécessaires à chaque programme ou service ou à chaque groupe bénéficiaire et peut constituer un outil important pour mobiliser des fonds supplémentaires et offrir le niveau de services envisagé dans le cadre de l'accès universel. Il importe, au titre de ce processus, de hiérarchiser les éléments clefs des plans de lutte contre le sida en se fondant sur ce qui fonctionne réellement et en tenant compte de l'éventualité de ne pas obtenir toutes les ressources demandées. Il convient, par conséquent, de disposer de cadres et de plans d'action prioritaires nationaux bien conçus et chiffrés pour assurer une mise en œuvre réussie des programmes;

- **Financer des plans nationaux de lutte contre le sida ambitieux et crédibles et les adapter aux systèmes nationaux :** La communauté internationale a reconnu dans la Déclaration politique qu'il existait des problèmes de financement importants pour lutter contre le sida et s'est engagée à faire en sorte que tout plan national crédible et durable soit financé et mis en œuvre. En l'absence d'annonces de contributions complémentaires – tant de la part des donateurs que des gouvernements –, les pays à faible revenu et certains des pays à revenu intermédiaire ne sont pas en mesure de définir des objectifs ambitieux leur permettant de s'acheminer vers l'accès universel. La communauté internationale doit également honorer les engagements qu'elle a pris d'adapter le soutien extérieur aux plans et systèmes nationaux comme l'indiquent les principes « Trois fois un ». L'instrument d'harmonisation et d'alignement national fournit aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire une méthode axée sur l'action leur permettant d'évaluer et d'améliorer la participation, la coordination et l'harmonisation des activités des donateurs dans le cadre des stratégies nationales de lutte contre le sida et il conviendrait d'encourager les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire à utiliser cet instrument;
- **Renforcer les capacités pour des interventions plus efficaces et plus durables.** Il importe au plus haut point d'investir dans les infrastructures et les ressources humaines si l'on veut que les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire absorbent ces ressources et mettent en place des stratégies efficaces et durables de lutte contre le sida. Le manque persistant d'agents sanitaires dans les pays à faible revenu n'a fait que s'aggraver du fait du VIH. Il convient de former du personnel sanitaire supplémentaire, de retenir les médecins et le personnel infirmier qui veulent quitter le secteur public pour de meilleures conditions de travail et remplacer ceux qui ont été victimes de l'épidémie de VIH. Il faudra aussi, au nom de la durabilité, que les programmes de lutte contre le VIH soient davantage intégrés dans les systèmes de soins de santé locaux et autres systèmes pertinents de manière à améliorer le niveau des services sociaux. Le secteur public ne parviendra toutefois pas seul à faire de l'accès universel une réalité. Tous les organismes gouvernementaux compétents doivent inciter la société civile à contribuer comme il convient à la prestation de services concernant le VIH et au suivi des résultats obtenus sur le plan national. Les partenariats entre les gouvernements, d'une part, et le secteur privé et les organisations non gouvernementales, de l'autre, peuvent permettre de fournir des services financés par l'État à un nombre de plus en plus important de personnes. Ce n'est que par le biais de cette stratégie plus vaste et intégrée qu'il sera possible d'atteindre l'objectif n° 6 des objectifs du Millénaire pour le développement, à savoir la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies, ainsi que les autres objectifs du Millénaire qui ont trait à cette épidémie;
- **Faire état des progrès réalisés en matière d'engagements internationaux :** Les pays devraient se préparer à l'examen global de la situation concernant le sida en 2008 en renforçant leurs systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation. Comme l'indiquait la Déclaration politique sur le VIH/sida, l'analyse en 2008 des progrès réalisés dans le domaine du sida comprendra un réexamen très complet par les pays de leurs indicateurs de succès concernant

la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. ONUSIDA a adressé à tous les États Membres des lignes directrices concernant cette série révisée d'indicateurs et la date limite pour l'établissement des rapports a été fixée au 31 janvier 2008. Comme pour les derniers rapports, les groupes de la société civile nationale devront être encouragés à jouer un rôle de suivi pour ce qui est des progrès réalisés en matière d'établissement des rapports, en s'intégrant au processus officiel et également en présentant des rapports officieux. Un rapport détaillé sur les progrès réalisés sera établi et présenté à l'Assemblée générale à sa session de 2008.
