



Assemblée générale

Distr. générale
1^{er} avril 2008
Français
Original : anglais

Soixante-deuxième session

Point 44 de l'ordre du jour

**Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida
et de la Déclaration politique sur le VIH/sida**

Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et Déclaration politique sur le VIH/sida : progrès accomplis à mi-parcours du délai fixé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport résume les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006. Les constatations qu'il contient se fondent principalement sur l'analyse des rapports reçus de 147 États Membres sur les résultats obtenus à l'échelon national dans la lutte contre le VIH qui, pris ensemble, représentent la somme la plus complète des éléments de preuve jamais rassemblés sur la lutte contre le VIH dans des pays à faible revenu, à revenu moyen et à revenu élevé^a. L'établissement de ce rapport intervient deux ans seulement avant la date que le monde s'est fixée pour atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'appui et à mi-parcours de la date butoir, 2015, qui a été fixée pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

^a Pour une analyse complète des données relatives aux indicateurs des différents pays, voir le *Rapport de 2008 sur la pandémie mondiale du sida* (publication des Nations Unies, à paraître en août 2008). Dans l'intervalle, les rapports intérimaires de pays peuvent être consultés sur le site Web d'ONUSIDA, à l'adresse <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2007CountryProgress.asp>.



Depuis 2006, les progrès dans la lutte contre le VIH sont évidents dans de nombreuses régions et font suite aux investissements substantiels réalisés jusqu'ici. Les progrès sont toutefois inégaux et la propagation de l'épidémie proprement dite est souvent plus rapide que le développement des moyens mis en œuvre pour la combattre. En 2007, le nombre des nouveaux cas a été deux fois et demie plus élevé que le nombre des personnes recevant un traitement antirétroviral, mettant encore plus en lumière la nécessité urgente de renforcer l'engagement en faveur de la prévention de la contamination par le VIH. Faute de progrès plus conséquents et plus rapides pour atteindre toutes les personnes qui ont besoin de services essentiels, la charge que l'épidémie fait peser sur les ménages, les collectivités et les sociétés continuera à s'alourdir.

Principales constatations

État de l'épidémie

En décembre 2007, le nombre des personnes qui vivaient avec le VIH dans le monde était estimé à 33,2 millions^b. En 2007, le nombre des nouvelles infections par le VIH était estimé à 2,5 millions et celui des personnes mortes du sida à 2,1 millions.

Connaissance des jeunes sur le VIH

En 2007, les enquêtes nationales ont montré que 40 % des jeunes hommes (âgés de 15 à 24 ans) et 36 % des jeunes femmes avaient des connaissances précises au sujet du VIH, niveau encore très inférieur à l'objectif de 95 % des jeunes pleinement informés du VIH que les États Membres ont approuvé à l'unanimité dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

La proportion des femmes enceintes séropositives qui reçoivent des traitements antirétroviraux afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant est passée de 14 % en 2005 à 34 % en 2007.

Prévention de la contamination par le VIH parmi les groupes de population qui courent le plus de risques

À travers le monde, la plupart des utilisateurs de drogues injectables et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes n'ont pas vraiment accès à des services de prévention de la contamination par le VIH. Les travailleurs sexuels ont plus de chances de bénéficier des services de prévention de la contamination par le VIH, même si l'accès à ces services est extrêmement limité dans de nombreux pays.

^b Ce chiffre varie entre 30,6 et 36,1 millions de personnes.

Les femmes et le VIH

Plus de 80 % des pays, dont 85 % appartiennent à l'Afrique subsaharienne, ont mis en place des politiques visant à garantir aux femmes l'égalité d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH. En Afrique subsaharienne, les femmes ont le même accès ou un meilleur accès aux traitements antirétroviraux, mais c'est l'inverse qui se produit dans les épidémies localisées. Si la plupart des pays disposent de cadres stratégiques pour s'attaquer à l'impact de cette épidémie sur les femmes, 53 % d'entre eux seulement prévoient un appui budgétaire chiffré pour les programmes axés sur les femmes.

Traitement du VIH

La proportion des personnes infectées bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a progressé de 47 % en 2007, soit 3 millions de personnes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, c'est-à-dire environ 30 % des personnes infectées. Malgré l'existence de traitements d'un prix abordable contre la tuberculose, 31 % seulement des personnes infectées à la fois par le VIH et le bacille de la tuberculose ont reçu un traitement antirétroviral et antituberculeux en 2007.

Enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH

Selon les récentes enquêtes sur les ménages réalisées dans 11 pays à forte prévalence, la proportion d'orphelins vivant dans des foyers qui reçoivent une forme quelconque d'aide est estimée à 15 %, ce qui ne représente qu'une modeste progression par rapport au chiffre estimatif de 10 % signalé en 2005 par les pays à forte prévalence.

Discrimination et stigmatisation

Si le nombre des pays dotés de lois destinées à protéger les personnes infectées par le VIH contre la discrimination a augmenté depuis 2003, un tiers des pays ne disposent d'aucune protection juridique à cet égard. Alors que 74 % des pays ont adopté des politiques pour garantir l'égalité d'accès aux services de prévention et de soins pour les groupes vulnérables, 57 % d'entre eux ont des lois ou des politiques qui gênent cet accès.

Financement

Le financement des activités liées au VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a atteint 10 milliards de dollars en 2007, ce qui représente une progression de 12 % par rapport à 2006, ce financement ayant décuplé en moins de 10 ans. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les dépenses intérieures par habitant en rapport avec le VIH ont plus que doublé entre 2005 et 2007.

Principales recommandations

Dirigeants nationaux

Presque tous les pays ont des politiques nationales de lutte contre le VIH, mais la plupart d'entre elles n'ont pas été pleinement appliquées, certains éléments essentiels des stratégies nationales ne recevant souvent pas d'affectations budgétaires. Les dirigeants politiques nationaux, avec l'aide des donateurs, des organismes techniques et de la société civile, devraient s'employer avec énergie à garantir la mise en œuvre de ces politiques concernant le VIH.

Viabilité de l'action

Les dirigeants nationaux et les gouvernements, les donateurs, les spécialistes de la recherche, les organisations gouvernementales et tous les intervenants dans la lutte contre le VIH doivent commencer à planifier sur le long terme, associant à leurs efforts des stratégies de nature à garantir la viabilité de l'action collective énergique, adaptable et durable qui s'imposera pendant des générations à venir.

Intensification de la prévention du VIH dans les pays fortement endémiques

Dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 15 %, seule une mobilisation nationale sans précédent faisant appel à tous les secteurs de la société et à tous les moyens de prévention disponibles permettra de relever le défi que pose une propagation aussi catastrophique du VIH si elle n'est pas enrayée.

Organisation d'une lutte efficace contre le VIH dans les zones d'infection localisées

Même dans les pays où le taux d'infection par le VIH est faible, les groupes les plus vulnérables de la population sont lourdement touchés et comptent notamment un nombre élevé de nouvelles infections par le VIH. L'intensification des nouvelles stratégies de prévention parmi les groupes de la population qui courent les plus gros risques d'infection par le VIH est un impératif urgent dans le domaine de la santé publique qui nécessite le courage et l'impulsion politiques qui ont souvent fait défaut.

Poursuite de l'intensification du traitement du VIH doublée du renforcement des mesures de lutte contre la coïnfection VIH/tuberculose

Tout en poursuivant et en renforçant les efforts visant à parvenir à un accès universel au traitement de la contamination par le VIH, y compris aux traitements antirétroviraux, les pays doivent prendre de toute urgence des initiatives en vue d'améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les séropositifs et de diagnostiquer l'infection à VIH chez les tuberculeux.

Lutte contre l'inégalité des sexes dans la pandémie de VIH

Les pays devraient procéder à une mobilisation massive sur les plans politique et social afin de lutter contre les inégalités liées au sexe, les conventions sexuelles et leur rôle dans l'accroissement des risques et de la vulnérabilité au VIH.

I. Introduction

1. Depuis 2006, on observe un ralentissement plus marqué de la propagation de l'épidémie du VIH dans quasiment toutes les régions du monde. Même là où les ressources font le plus défaut, les traitements propres à sauver la vie des séropositifs sont multipliés et l'évolution des comportements sexuels contribue à réduire le nombre des nouvelles infections.

2. Le monde commence à récolter le fruit des sommes sans précédent investies au cours de la décennie actuelle pour lutter contre la pandémie du VIH. Les résultats encourageants signalés dans de nombreux rapports illustrent ce que permettent de réaliser une détermination mondiale, un engagement politique et la participation active des personnes qui vivent avec le VIH et des collectivités touchées.

3. Cette tendance positive ne se retrouve toutefois pas uniformément d'un pays à l'autre ou même à l'intérieur d'un même pays. Le nombre des nouvelles infections continue à augmenter dans plusieurs pays, alors que la couverture des services essentiels de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH demeure trop insuffisante dans de nombreuses parties du monde pour influencer sensiblement sur l'évolution de l'épidémie. Surtout dans les pays les plus lourdement touchés par le VIH, l'impact de l'épidémie continue de s'aggraver, ce qui se traduit par un nombre croissant de ménages et d'enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH. En outre, les progrès récents ne sauraient dissimuler le lourd tribut toujours payé à l'épidémie du sida qui, selon les estimations, a tué 25 millions de personnes depuis son déclenchement.

4. L'expansion de l'accès aux services essentiels ne progresse pas au même rythme que l'épidémie elle-même, et cela est particulièrement évident dans le cas de la prévention de la contamination par le VIH. Alors que les traitements antirétroviraux ont été étendus à 1 million de personnes supplémentaires en 2007, le nombre des nouvelles infections a atteint 2,5 millions. À défaut d'une action immédiate de la communauté internationale pour donner suite aux engagements et prendre des mesures de lutte exceptionnelles contre le VIH, le tribut humanitaire et économique de l'épidémie continuera de s'alourdir.

II. Le moment est venu d'évaluer les progrès

5. Faisant suite à l'énoncé des objectifs du Millénaire pour le développement en 2000, les États Membres se sont engagés à améliorer la sécurité, la santé et l'équité dans le monde. En 2001, les États Membres ont adopté à l'unanimité un ensemble d'objectifs assortis de certains délais dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (annexe de la résolution S-26/2 de l'Assemblée générale). Dans la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida (annexe de la résolution 60/262 de l'Assemblée générale), les États Membres ont réitéré leur volonté d'atteindre les objectifs assortis de délais convenus en 2001 et de progresser vers l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010.

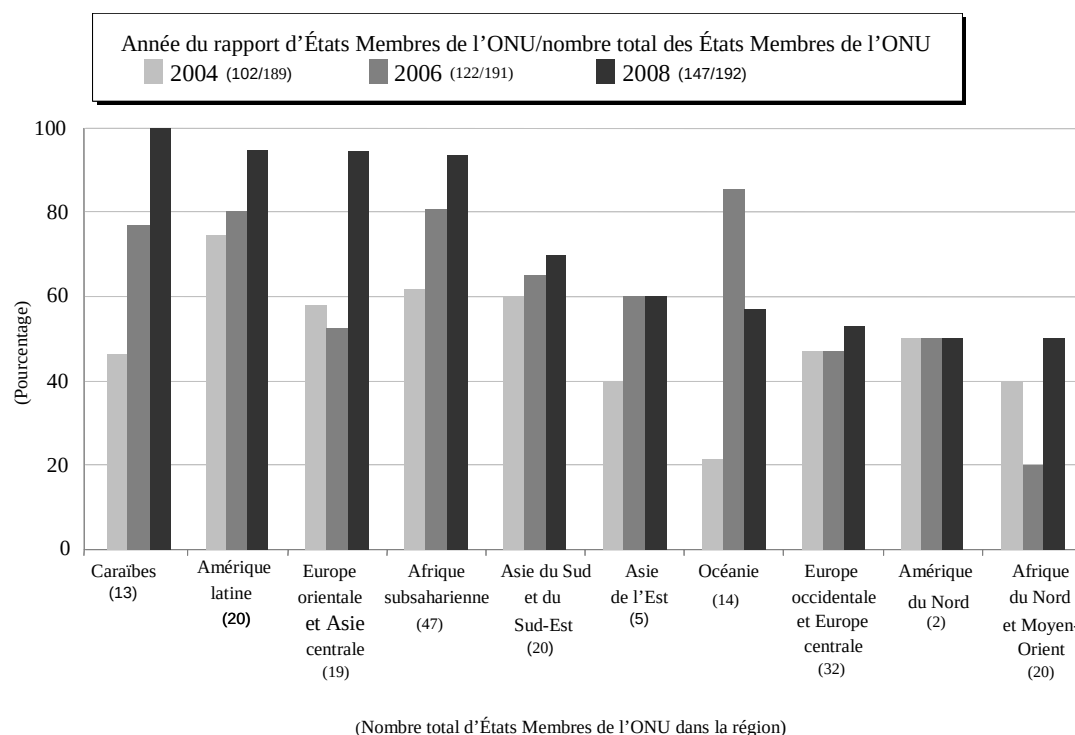
6. La lutte contre le VIH, si elle se rattache directement au sixième des objectifs du Millénaire pour le développement, qui vise à réduire le fardeau que représente cette épidémie, contribue également à la réalisation de la plupart des autres objectifs. C'est ainsi que la réduction de l'impact de l'épidémie contribuera à la

réalisation de l'objectif 1, qui vise à éliminer l'extrême pauvreté et la faim dans le monde, la lutte contre le VIH contribuant aussi à autonomiser les femmes et à promouvoir l'égalité des sexes (objectif 3). Étant donné que plus de la moitié des nouveau-nés infectés par le VIH meurent avant d'atteindre l'âge de 2 ans, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la fourniture de soins pédiatriques contre le VIH contribuent à la réalisation de l'objectif 4, qui concerne la réduction de la mortalité infantile. La lutte contre le VIH vient aussi appuyer l'effort en faveur de l'éducation universelle, qui constitue l'objectif 2, et contribue à faciliter les mesures novatrices et les partenariats mondiaux au service du développement (objectif 8). Ainsi donc, les progrès visant à enrayer l'épidémie du VIH sont au cœur du vaste programme international en matière de développement.

7. Étant donné qu'il ne reste que deux ans avant l'échéance fixée pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement en matière de VIH et la moitié du délai prévu pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, le présent rapport évalue les progrès enregistrés à ce jour dans la lutte mondiale contre le VIH. Au 10 mars 2008, 147 États Membres avaient fourni des renseignements nationaux à partir des 25 indicateurs de base fixés pour suivre la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001. Ces indicateurs de base couvrent toute une gamme de variables telles que la prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, la couverture des thérapies antirétrovirales et les principales mesures de prévention, les services d'appui aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH et l'adoption par les pays des politiques recommandées dans ce domaine. Les renseignements fournis par les pays au sujet des progrès enregistrés ont été complétés par des données provenant d'autres sources : enquêtes sur les ménages, rapports de la société civile, données sur le suivi des budgets et des programmes fournies par des gouvernements donateurs, les coparrains du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), des fondations philanthropiques et des établissements de recherche biomédicale. L'annexe au présent rapport contient des informations complémentaires sur l'action menée par les coparrains d'ONUSIDA en rapport avec le VIH.

8. Ainsi qu'il ressort de la figure 1, le nombre des pays qui ont rendu compte des progrès enregistrés en fonction des indicateurs de base a régulièrement augmenté au cours des dernières années.

Figure 1
**Pourcentage des États Membres de l'ONU ayant envoyé des rapports,
 par région, 2004-2008**



9. Dans presque tous les pays, des groupes de la société civile ont activement participé au suivi et à l'établissement des rapports sur les indicateurs de base pour ce qui est de la Déclaration d'engagement. Leur participation a notamment consisté à fournir des données supplémentaires ou qualitatives afin de compléter les rapports nationaux, à prendre part à des ateliers nationaux sur l'établissement des rapports et à produire des rapports officiels. Dans 75 % des pays, les groupes de la société civile ont indiqué que leur participation à la lutte nationale contre le VIH s'était intensifiée entre 2005 et 2007, tout en indiquant que cette participation demeurerait insuffisante dans près d'un quart des pays.

III. État de l'épidémie du VIH

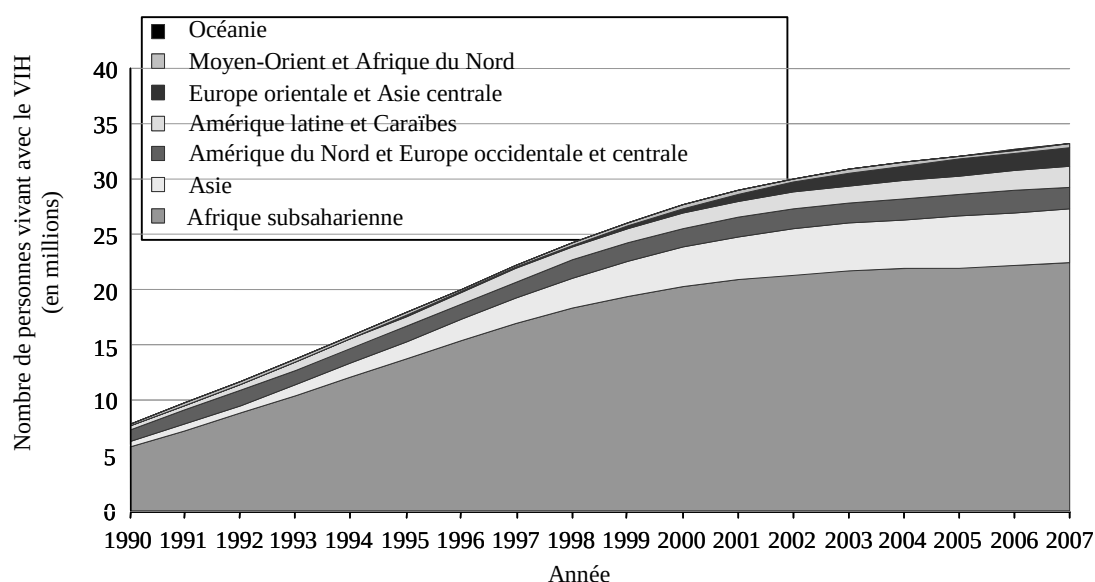
10. Les estimations de l'ampleur et de l'évolution de l'épidémie se sont améliorées en raison du nombre croissant d'enquêtes nationales sur les ménages, de programmes de surveillance élargis et de méthodes de modélisation améliorées. Les données les plus récentes comportent quelques nouvelles encourageantes, même si l'épidémie demeure sans précédent parmi les maladies infectieuses de l'époque moderne par son ampleur et sa gravité. Le nombre des personnes vivant avec le VIH à travers le monde était estimé à 33,2 millions¹ en décembre 2007 (voir fig. 2). Le taux annuel des nouvelles infections par le VIH semble avoir reculé au cours des

¹ Ce chiffre varie entre 30,6 et 36,1 millions de personnes.

10 dernières années, les nouvelles infections étant estimées à 2,5 millions en décembre 2007, contre 3,2 millions en 1998. Le nombre annuel de morts causées par le sida est tombé de 3,9 millions en 2001 à 2,1 millions en 2007, ce qui s'explique en partie par une augmentation sensible de l'accès aux services de traitement du VIH au cours des dernières années. À l'échelle mondiale, les femmes représentent la moitié de l'ensemble des infections par le VIH parmi les adultes, mais 61 % des personnes infectées en Afrique subsaharienne.

Figure 2

Nombre estimatif d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH, par région, 1990-2007



11. En 2007, l'Afrique subsaharienne comptait 68 % de tous les adultes vivant avec le VIH, 90 % des enfants infectés par le VIH dans le monde et 76 % de toutes les morts causées par le sida. À l'intérieur de cette région particulièrement touchée, où le sida demeure la première cause de décès, les caractéristiques de l'épidémie varient sensiblement d'un pays à l'autre. Selon les estimations nationales fondées sur des enquêtes de séroprévalence parmi la population faisant intervenir des outils de surveillance avancée, le pourcentage des adultes âgés de 15 à 49 ans vivant avec le VIH varie entre 0,7 % au Sénégal et 25,9 % au Swaziland. Dans de nombreux pays, en particulier en dehors de l'Afrique subsaharienne, de faibles niveaux d'infection dans l'ensemble de la population adulte cachent des taux d'infection beaucoup plus élevés dans d'autres groupes particulièrement à risque, dont les professionnels du sexe, les utilisateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. En Asie, où le pourcentage de la population vivant avec le VIH est nettement inférieur à ce qu'il est en Afrique subsaharienne, un rapport récent a montré que le sida demeure la principale cause de décès par maladie parmi les personnes âgées de 15 à 44 ans.

12. Selon des séries de données élargies et de nouvelles méthodes d'analyse, si le rythme des nouvelles infections a reculé à travers le monde, le nombre des

personnes nouvellement infectées a augmenté dans certains pays, dont la Chine, l'Indonésie, la Fédération de Russie et l'Ukraine, tandis que les infections à VIH semblent également être en augmentation dans les pays de l'Union européenne et en Amérique du Nord. Le nombre des nouvelles infections n'a pas encore diminué dans certains des pays les plus touchés tels que l'Afrique du Sud, le Lesotho et le Swaziland. En outre, même là où les taux d'infection se sont stabilisés ou ont reculé, les dimensions de l'épidémie demeurent alarmantes. Surtout en Afrique subsaharienne, le VIH constitue toujours une crise humanitaire et l'une des plus graves menaces pour le développement.

13. L'accroissement du nombre de patients nécessitant une thérapie continue d'aller plus vite que celui des ressources financières, humaines et logistiques disponibles. La viabilité des programmes de traitement pourrait être menacée. Rien ne doit être épargné pour abaisser fortement le nombre des nouvelles infections à VIH.

IV. État de la lutte contre la pandémie du VIH

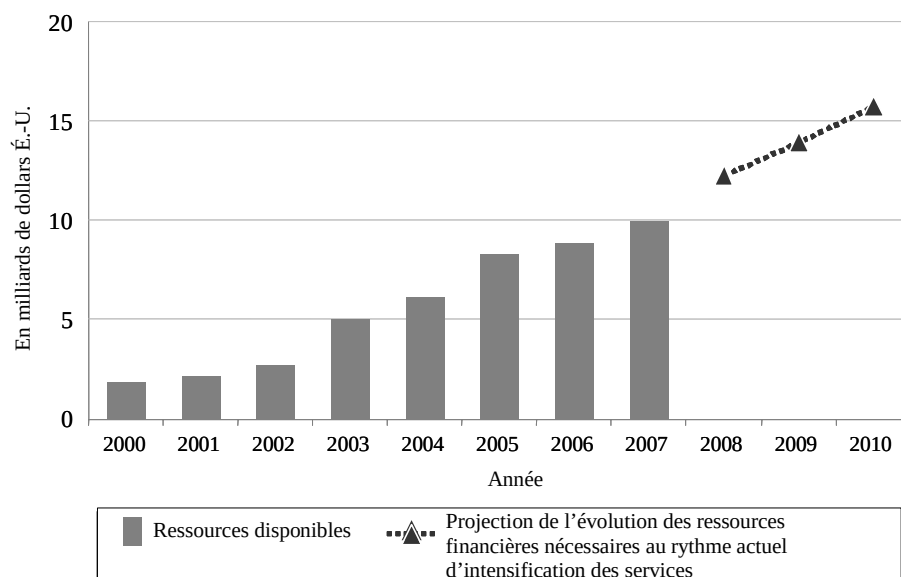
14. Des progrès substantiels ont été réalisés dans le renforcement des services essentiels de prévention, de traitement, de soins et d'appui aux personnes qui en ont besoin. Les ressources financières disponibles pour une lutte multisectorielle contre le VIH continuent d'augmenter, et de nombreux pays mettent en place les politiques et les programmes nécessaires pour engager une action fondée sur des données factuelles épidémiologiques de l'infection à VIH.

15. Pourtant, peu de pays encore ont effectivement adopté à l'échelle voulue toute la gamme des stratégies nécessaires pour mener un effort global contre l'épidémie. Certains services essentiels, appui par exemple aux enfants rendus orphelins par l'épidémie, ne se développent pas aussi rapidement que d'autres. En outre, certains pays qui avaient tout d'abord signalé des résultats positifs dans la lutte contre l'épidémie éprouvent des difficultés à maintenir leur élan. En Ouganda, par exemple, où un engagement précoce en faveur d'une action énergique contre le VIH avait conduit à une transformation générale des comportements et à un net abaissement des taux de nouvelles infections par le VIH, des enquêtes récentes ont mis en évidence une recrudescence des comportements à risque et un recul des connaissances concernant le VIH parmi les jeunes.

16. Si les ressources mobilisées à ce jour sont spectaculaires, l'écart entre les ressources disponibles et les besoins réels s'agrandit d'année en année. Les tendances actuelles donnent à penser que le monde ne parviendra pas à atteindre l'objectif de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH sans un accroissement sensible des ressources disponibles pour des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. La figure 3 présente une estimation des ressources minimales nécessaires pour simplement maintenir le taux actuel d'accroissement des services.

Figure 3

Total des ressources annuelles disponibles pour la prévention, le traitement, les soins et les services d'accompagnement en matière de VIH entre 2000 et 2007 et tendances projetées des ressources nécessaires conformément au renforcement actuel des services entre 2008 et 2010



A. Disponibilité des pays

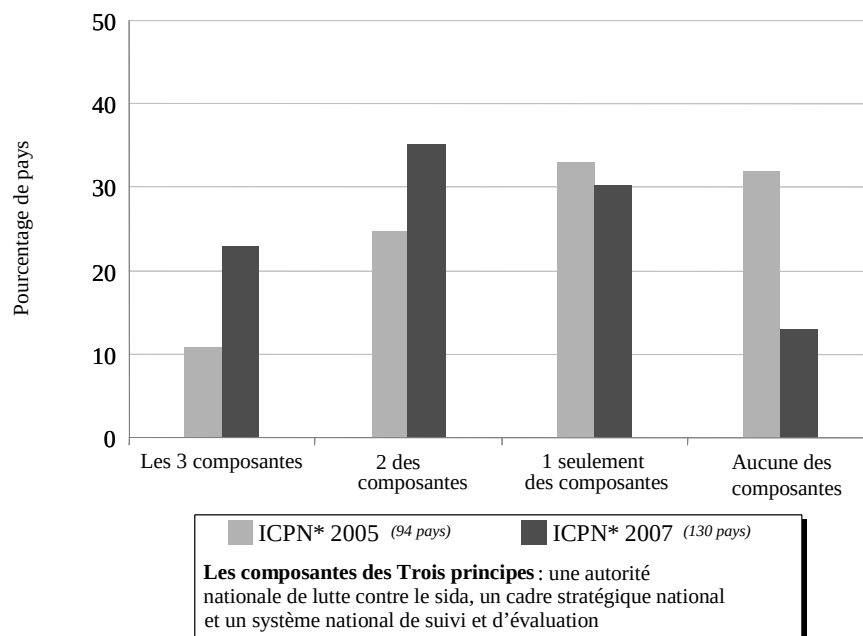
17. Les mesures que les pays doivent prendre pour planifier et mettre en œuvre une lutte nationale efficace contre le VIH sont clairement définies. Les pays devraient avoir mis en place des stratégies multisectorielles, hiérarchisées et chiffrées ainsi que des plans d'action fondés sur des preuves solides de l'épidémie nationale, mais aussi des politiques d'ensemble pour appuyer une lutte efficace contre le VIH.

18. Des cadres pour une action nationale efficace existent dans la plupart des pays. Quatre-vingt-dix-sept pour cent des pays ont une stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH, 92 % disposent d'un organe national de coordination en matière de VIH, 92 % ont un plan national de suivi et d'évaluation en place ou en cours d'élaboration, et tous les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont intégré la lutte contre le VIH dans leurs plans nationaux de développement. Dans 69 % des pays, les cadres nationaux en matière de VIH ont été transposés dans des plans opérationnels chiffrés, avec indication des sources de financement.

19. Afin d'harmoniser l'aide internationale au développement avec les stratégies et les plans sous le contrôle des pays eux-mêmes et de l'aligner sur ces derniers, les pays sont encouragés à appliquer les Trois principes directeurs – une autorité nationale chargée de la lutte contre le sida, un cadre stratégique national et un système national de suivi et d'évaluation. Les pays ont régulièrement progressé dans l'application de ces Trois principes (fig. 4), même si la qualité de cette application par les intervenants nationaux doit être améliorée dans de nombreux pays.

Figure 4

Progrès des pays dans l'amélioration de la qualité de l'application des Trois principes : une autorité nationale de lutte contre le sida, un cadre stratégique national et un système national de suivi et d'évaluation



* Indice composite des politiques nationales.

20. Selon les rapports des gouvernements, 83 % des organismes nationaux de coordination de la lutte contre le sida comprennent des représentants de la société civile. Les rapports de groupes de la société civile indiquent qu'ils ont participé à l'examen des stratégies nationales en matière de VIH dans 84 % des pays et à la planification et budgétisation nationales dans 59 % des pays. Les groupes de la société civile n'ont toutefois accès à un appui financier adéquat que dans 19 % des pays.

21. Si la volonté nationale de lutter contre le VIH s'est améliorée, de nombreux cadres nationaux n'ont pas été pleinement mis en œuvre. C'est ainsi que, si près de la moitié de tous les pays ont des cadres stratégiques nationaux pour protéger les groupes de la population qui courent le plus de risques, moins de la moitié ont mis en place des services de prévention de la contamination à VIH axés sur les toxicomanes par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les professionnels du sexe dans la totalité ou la plupart des districts qui en ont besoin.

B. Prévention en matière de VIH

22. Selon la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, la prévention doit être « le fondement de notre action ». Les États Membres se sont engagés à mettre en œuvre des stratégies fondées sur des données de fait afin de réduire le nombre des nouvelles infections à VIH et de financer des programmes ciblés visant à

prévenir la transmission du VIH dans les groupes vulnérables de la population les plus lourdement touchés par l'épidémie. Dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à organiser une action aux niveaux mondial, régional et national pour garantir l'accès universel à des mesures de prévention de la contamination au VIH propres à sauver des vies humaines.

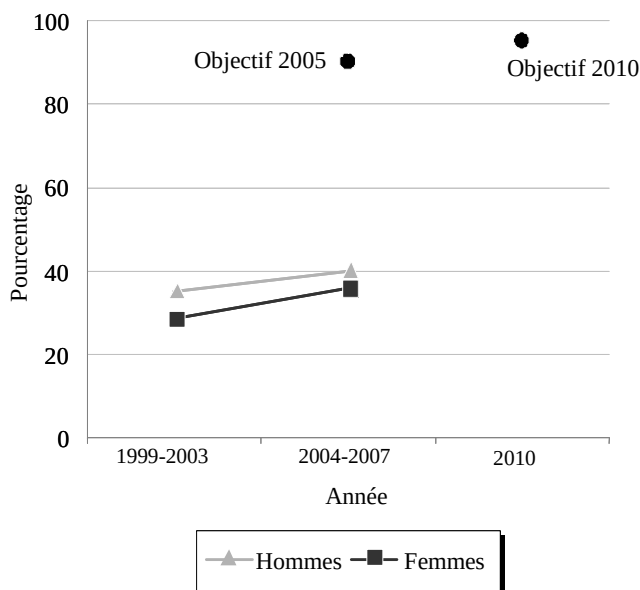
23. Dans le cadre de la Déclaration d'engagement de 2001, les États Membres ont pris l'engagement de réduire de 25 % d'ici à 2010 le nombre d'infections au VIH parmi les jeunes. Afin d'évaluer les progrès réalisés en vue d'atteindre cet objectif, les pays ont communiqué des données provenant d'enquêtes sur la séroprévalence des jeunes femmes réalisées dans des dispensaires prénatals. Dans 12 pays à forte prévalence² qui disposent de données suffisantes pour dégager des tendances, la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes a diminué depuis 2000-2001, de plus de 25 % dans certains cas, dans des proportions plus modestes dans d'autres cas. Toutefois, aucun recul de la prévalence du VIH parmi les jeunes n'a été observé en Afrique du Sud, au Mozambique et en Zambie.

1. Amélioration des connaissances des jeunes

24. Les États Membres se sont engagés à veiller à ce que, d'ici à 2010, au moins 95 % des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans aient des connaissances précises et complètes sur le VIH. En 2007, des enquêtes nationales ont constaté que 40 % des jeunes hommes et 36 % des jeunes femmes avaient des connaissances exactes sur le VIH, telles que mesurées par cinq questions posées dans le cadre de ces enquêtes concernant le VIH (fig. 5). Bien que ces chiffres dénotent un relèvement du niveau des connaissances par rapport aux niveaux observés à des dates antérieures de la décennie en cours, ils n'en demeurent pas moins nettement inférieurs à ceux envisagés dans la Déclaration d'engagement de 2001. Aussi bien en Afrique subsaharienne que dans l'ensemble du monde, les jeunes femmes ont un niveau de connaissances de base sur le VIH inférieur à celui des hommes. La plupart des jeunes savent que les préservatifs peuvent prévenir la transmission sexuelle, et 80 % des jeunes, hommes et femmes, savent qu'une relation de monogamie avec une personne de même sérosité constitue une mesure de prévention efficace.

² Bahamas, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland et Zimbabwe.

Figure 5
**Connaissances approfondies concernant le VIH parmi les jeunes
 (15-24 ans), 1995-2005**



25. Parmi les pays où l'épidémie est généralisée, moins de 70 % donnent un enseignement concernant le VIH dans les écoles de la totalité ou de la majorité des districts, et 61 % ont mis en place des programmes de prévention à la contamination à VIH pour les jeunes non scolarisés. Là où des programmes existent, leur qualité n'a souvent pas été évaluée.

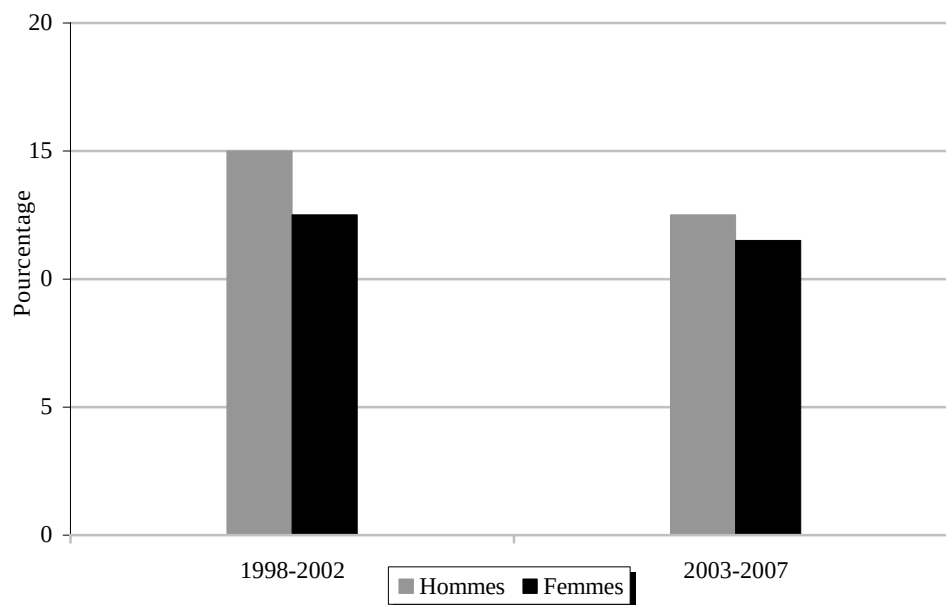
2. Réduction de la transmission sexuelle du VIH

26. Au cours des dernières années, il ressort des données relatives à certains pays tels que le Kenya et le Zimbabwe que d'importantes transformations des comportements sexuels peuvent s'opérer dans l'ensemble de la population et que ces transformations offrent la possibilité d'enrayer les épidémies à l'échelle nationale.

27. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le pourcentage des jeunes qui ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans diminue dans toutes les régions, ce qui confirme les tendances observées depuis le début de cette décennie (fig. 6). Entre 1998 et 2007, le pourcentage de jeunes du monde entier qui indiquaient avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est tombé de 14 à 12 %. À l'échelle mondiale, les garçons ont beaucoup plus de chances que les filles de déclarer avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, sauf en Afrique subsaharienne, où les jeunes adolescentes de moins de 15 ans ont presque 50 % plus de chances que les garçons d'être sexuellement actives. Alors que, dans le monde, la tendance à commencer plus tard la vie sexuelle est évidente, les enquêtes font apparaître d'importantes variations d'un pays à l'autre, et notamment une tendance à l'abaissement de l'âge où commence la vie sexuelle dans certains pays. Dans le monde, 15 % d'hommes adultes âgés de 15 à 49 ans ont indiqué avoir eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents, contre 6 % de femmes.

Figure 6

Pourcentage de jeunes ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, par sexe

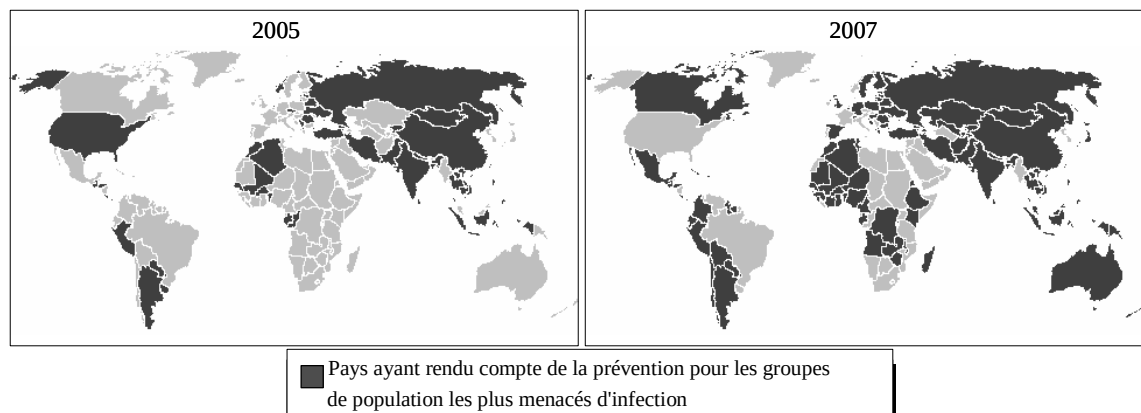


3. Prévention du VIH pour les groupes de population qui courent le plus de risques

28. Dans divers pays à travers le monde, certains groupes risquent tout particulièrement d'être contaminés par le VIH : toxicomanes par voie intraveineuse, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et professionnels du sexe.

Figure 7

Pays ayant rendu compte en 2005 et 2007 des services de prévention pour les groupes de population qui courent le plus de risques



29. Ainsi que le montre la figure 7, un nombre croissant de pays rendent compte des besoins concernant le VIH des groupes de population qui courent le plus de risques d'infection, ce qui est peut-être la conséquence de la sensibilisation croissante à la place centrale que ces groupes occupent dans la lutte menée à l'échelon national. Toutefois, la plupart des pays n'ont pas encore mis en œuvre des programmes de prévention pour ces groupes de population particulièrement menacés. C'est ainsi, par exemple, que 34 % seulement des pays où l'épidémie est localisée ou faible ont appliqué des programmes pour réduire les risques parmi les utilisateurs de drogues injectables. Dans 17 des pays ayant soumis un rapport, 46 % des utilisateurs de drogues injectables ont déclaré savoir où ils pouvaient faire un test de dépistage du VIH et obtenir des préservatifs et du matériel d'injection stérile. À l'échelon régional, le niveau le plus élevé de prévention pour les utilisateurs de drogues intraveineuses correspond à l'Asie du Sud et du Sud-Est, où il atteint 62 %. Ainsi, alors que des pays tels que l'Indonésie ont entrepris de multiplier les programmes de réduction des risques à l'intention des toxicomanes par voie intraveineuse, l'accès aux éléments essentiels de ces programmes demeure extrêmement limité dans d'autres pays, y compris dans de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale.

30. Parmi les pays où l'épidémie est localisée ou faible, 39 % ont mis en œuvre des programmes de réduction des risques pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes dans la totalité ou la quasi-totalité des districts qui en ont besoin. Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont été étudiés dans 28 pays, 40 % déclarent savoir comment se procurer un préservatif et où s'adresser pour un test de dépistage. Dans plusieurs pays, dont l'Arménie, la Grèce, le Mexique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Turquie, moins de 25 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont accès à des préservatifs. Un renforcement de l'engagement national s'impose de toute urgence pour consolider les efforts de prévention parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ainsi que le Brésil en a fait la preuve en lançant en 2008 une initiative nationale auprès des médias afin de promouvoir la réduction des risques parmi les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

31. En règle générale, les professionnels du sexe ont plus de chances que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes d'avoir accès à des dispensaires de prévention du VIH. Selon 61 % des pays où l'épidémie est généralisée, des services de prévention pour les professionnels du sexe ont été créés dans la totalité ou la quasi-totalité des districts. Dans l'ensemble, 60 % des professionnels du sexe à travers le monde déclarent avoir accès à des services de dépistage du VIH et des préservatifs même si, dans plusieurs pays, l'accès aux préservatifs est limité à moins de la moitié de ceux qui en ont besoin.

4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

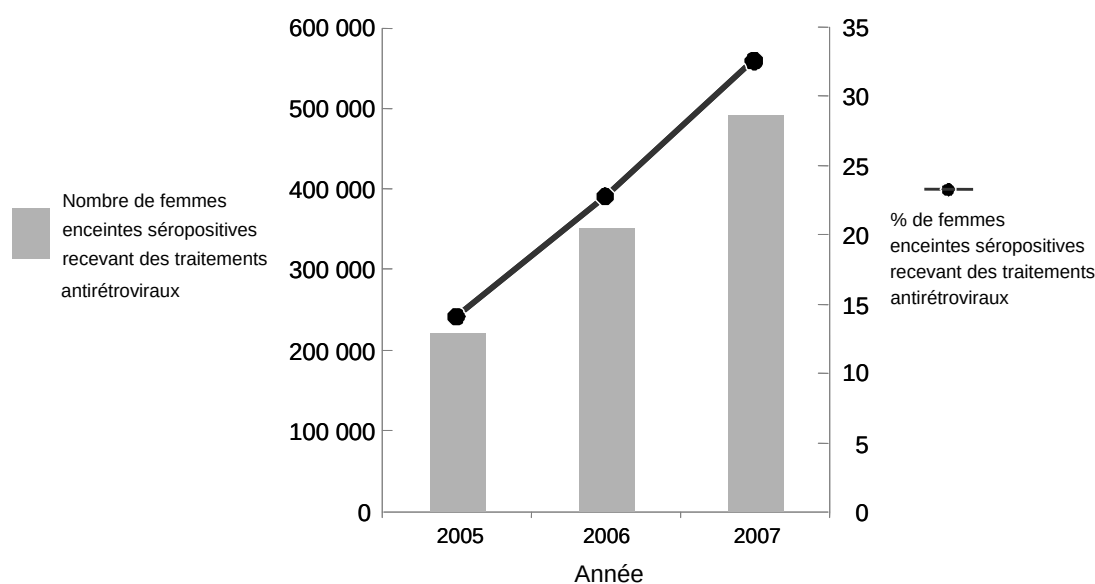
32. Bien que le rapport coût-efficacité des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ait été démontré dans les années 90, les enfants représentaient encore une sur six des nouvelles infections à VIH en 2007. La très grande majorité de ces infections intervient pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement, ou par suite de l'allaitement au sein. La plupart des enfants victimes d'une contamination périnatale meurent avant d'atteindre l'âge de deux ans.

33. Les pays à revenu élevé ont quasiment éliminé le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant en mettant en œuvre des mesures de prévention ambitieuses : prévention primaire pour réduire les infections au VIH, réduction des grossesses non voulues parmi les femmes séropositives, dépistage du VIH et services consultatifs à la demande du prestataire de soins dans des centres prénatals, prestation rapide de traitements prophylactiques antirétroviraux et alimentation sans danger pour les nouveau-nés. Dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, les pays se sont engagés à ce que 80 % des femmes enceintes consultant pour des soins prénatals bénéficient de services de prévention de l'infection à VIH. Sur la base des estimations épidémiologiques révisées, la couverture de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le monde est passée de 14 % en 2005 à 34 % en 2007 (fig. 8).

34. Il existe toutefois des exceptions notables à ces moyennes mondiales, aux Bahamas, au Botswana et en Thaïlande par exemple, où la couverture de la prévention a atteint 80 % en 2007, prouvant ainsi qu'il est effectivement possible d'atteindre l'objectif de l'accès universel à l'échelon national. Au Botswana, où le Gouvernement a fait de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant une priorité nationale, le pays avait ramené à 4 % dès 2007 le taux d'infection des enfants ayant une mère infectée par le VIH, démontrant la faisabilité et l'impact de ces programmes en milieu démun.

Figure 8

Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant des traitements antirétroviraux, 2005-2007



35. Ces progrès démontrent la possibilité de rendre exceptionnels à l'avenir les cas de transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. Faisant fond sur les réalisations récentes, les gouvernements, les donateurs et autres intervenants devraient redoubler d'efforts pour élargir l'accès aux services de prévention de la

transmission de l'infection de la mère à l'enfant, en s'employant tout spécialement à élargir ces services aux zones rurales aussi bien qu'aux zones urbaines.

5. Recherche de technologies nouvelles de prévention de la transmission de l'infection au VIH

36. Depuis la publication des résultats d'essais cliniques sur les hommes circoncis³, qui ont renforcé les conclusions des travaux d'observation selon lesquelles la circoncision réduit d'environ 60 % le risque de transmission sexuelle des femmes aux hommes, de nombreux pays appliquent désormais des programmes de circoncision ou les intensifient. Des travaux sont en cours afin de déterminer si la circoncision des hommes adultes confère un avantage préventif direct aux partenaires féminins et aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

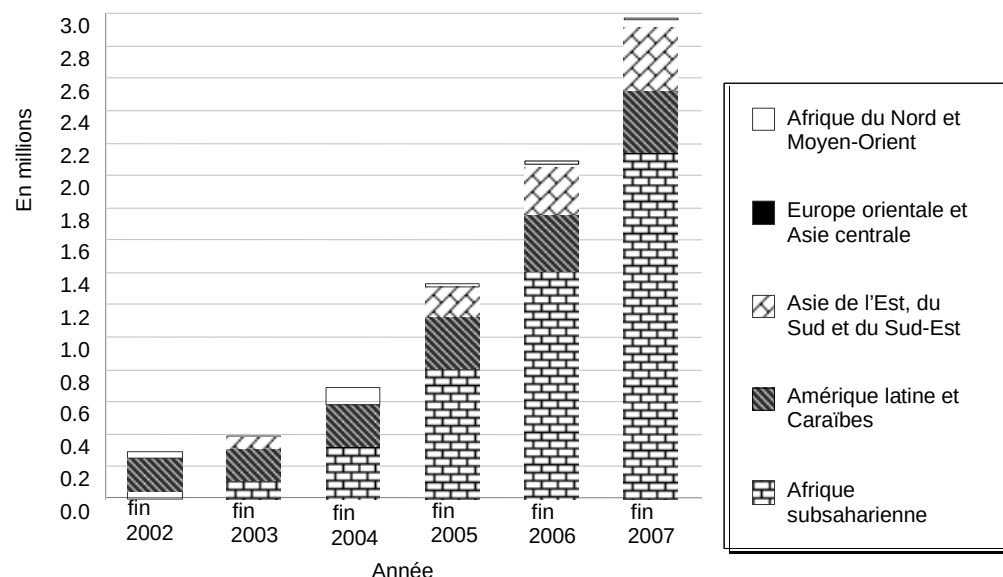
37. Les résultats des tests d'autres méthodes de prévention possibles sont moins encourageants. Les travaux liés au vaccin anti-VIH le plus prometteur ont été abandonnés en septembre 2007 en raison du peu d'efficacité du vaccin. Les travaux sur les microbicides des première et deuxième générations n'ont pas non plus permis de faire apparaître une retombée en matière de prévention et des résultats décevants ont été signalés pour ce qui est des possibilités qu'offrent en matière de prévention du VIH l'utilisation de diaphragmes et le traitement communautaire à base d'acyclovir contre le virus de l'herpès simplex de type 2. Bien qu'ils aient conclu à un manque d'efficacité, ces essais ont été utiles pour orienter la recherche à l'avenir. Dans le cas des microbicides, par exemple, les travaux ont commencé sur la génération suivante de ces produits, dont des gels contenant un médicament antirétroviral utilisés en application locale. Les travaux de recherche sur d'autres méthodes expérimentales se poursuivent, comme par exemple les essais prophylactiques antirétroviraux. La probabilité que les grandes découvertes en matière de nouvelles méthodes biomédicales de prévention prendront pas mal de temps souligne plus encore l'importance qu'il y a à utiliser au maximum les stratégies de prévention efficaces qui sont disponibles actuellement.

C. Traitement et soins en matière de VIH

38. Fin 2007, le nombre des personnes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui recevaient un traitement antirétroviral était estimé à 3 millions, soit 42 % de plus qu'en décembre 2006 et 10 fois plus que cinq ans auparavant. À l'échelle mondiale, près de 30 % du nombre estimatif de personnes nécessitant des médicaments antirétroviraux en 2007 en recevaient (fig. 9).

³ Des essais cliniques ont été effectués en Afrique du Sud, au Kenya et en Ouganda.

Figure 9
**Nombre de personnes recevant des médicaments antirétroviraux
 dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 2002-2007**



39. L'accroissement de l'accès au traitement a été remarquable dans de nombreux pays. En Namibie, par exemple, où le nombre des personnes traitées était négligeable en 2003, 28 % des personnes qui en avaient besoin recevaient un traitement antirétroviral en 2007. Au Rwanda, le pourcentage des personnes bénéficiant de ces traitements est passé de 1 % en 2003 à près de 60 % en 2007. En Thaïlande et au Vietnam, ce pourcentage a plus que décuplé entre 2003 et 2007.

40. À l'échelle mondiale, l'égalité des sexes semble exister pour ce qui est des personnes recevant des médicaments antirétroviraux. Dans un certain nombre de pays où l'épidémie est généralisée toutefois, la proportion des personnes recevant ce type de traitement est sensiblement plus élevée parmi les femmes. En revanche, les femmes qui en ont besoin ont sensiblement moins de chances de recevoir un traitement antirétroviral dans plusieurs pays où l'épidémie est localisée.

41. Malgré les progrès considérables enregistrés dans l'amélioration de l'accès à des traitements vitaux contre le VIH, des progrès sensiblement plus importants encore seront nécessaires pour atteindre l'objectif d'un accès universel au traitement et aux soins en ce qui concerne le VIH. Si la trajectoire actuelle de l'intensification des traitements se maintient, 4,6 millions de personnes qui en ont besoin recevront des traitements antirétroviraux en 2010, et 8 millions en 2015. Ces chiffres sont inférieurs aux besoins projetés; en 2007, on estimait à 9,8 millions le nombre des personnes vivant avec le VIH qui remplissaient les conditions médicales requises pour recevoir un traitement antirétroviral, chiffre qui ne manquera pas d'augmenter à mesure que la maladie gagne du terrain parmi les personnes vivant actuellement avec le VIH, soit plus de 33 millions.

42. Grâce aux activités de sensibilisation menées par des militants, ONUSIDA et d'autres partenaires, l'instauration d'une concurrence entre les producteurs de

produits génériques et des baisses importantes des tarifs appliqués par les sociétés pharmaceutiques⁴, les prix de nombreux médicaments antirétroviraux de première intention ont fortement chuté au cours des 10 dernières années. Les accords internationaux relatifs à la propriété intellectuelle ont aussi contribué à faciliter l'accès aux traitements vitaux pour les personnes vivant avec le VIH. Pourtant, d'autres baisses des prix des médicaments antirétroviraux seront nécessaires pour garantir la viabilité des programmes de traitement, notamment au moyen des médicaments antirétroviraux et autres plus récents pour la thérapie de deuxième et troisième intentions que les traitements normaux de première intention. Les prix des médicaments antirétroviraux ne sont pas immuables, comme l'ont démontré la Fondation Clinton et la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) quand, en mai 2007, elles ont annoncé de fortes réductions des prix de 16 différents traitements fondés sur des médicaments antirétroviraux de deuxième intention.

43. Malgré une amélioration appréciable de l'espérance de vie des personnes qui vivent avec le VIH depuis que l'intensification des traitements a commencé, les personnes traitées au moyen de médicaments antirétroviraux dans les pays à faible revenu connaissent toujours un taux de mortalité plus élevé que leurs homologues dans les pays à revenu élevé. On estime qu'une plus forte prévalence d'autres maladies non diagnostiquées et des différences dans l'accès aux services de santé contribuent à ces inégalités dans les résultats médicaux. Par ailleurs, les premières insuffisances dans le suivi des programmes antirétroviraux se généralisent de plus en plus avec la démultiplication des services de soins antirétroviraux et s'accompagnent de systèmes de paiement à l'acte et d'une recrudescence de l'immunodéficience en début de traitement antirétroviral.

1. La situation particulièrement pénible des enfants vivant avec le VIH

44. Les enfants qui vivent avec le VIH ont beaucoup moins de chances de recevoir un traitement antirétroviral que les adultes séropositifs en Afrique subsaharienne. Les différences dans la couverture des adultes et des enfants sont particulièrement marquées en Afrique de l'Ouest.

45. Le diagnostic de l'infection au VIH est plus difficile chez les petits enfants que chez les adultes et les médicaments normalement utilisés pour soigner les adultes ne peuvent pas être administrés aux jeunes enfants. Les tests fiables de dépistage de l'infection à VIH chez les petits enfants sont heureusement devenus moins coûteux et sont désormais utilisés dans les endroits éloignés. Un appareillage commode a été mis au point afin d'aider les cliniciens à administrer aux enfants des doses appropriées d'antirétroviraux et des formules médicamenteuses adaptées aux enfants deviennent peu à peu disponibles. Une action concertée s'impose maintenant pour élargir au monde entier l'accès à cet appareillage et à ces médicaments afin de garantir aux enfants le même accès au traitement de l'infection au VIH.

2. Coïnfections au VIH et nécessité d'un double traitement

46. La tuberculose demeure l'une des principales causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH, l'Afrique subsaharienne comptant à elle seule 85 %

⁴ Par exemple, le coût annuel moyen du mélange lopinavir/ritonavir pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire est tombé de 4 510 dollars des États-Unis en 2004 à 1 137 dollars des États-Unis en 2007; au cours de la même période, le prix du tenofavir a été ramené de 279 dollars des États-Unis à 225 dollars des États-Unis.

des cas de coïnfections VIH/tuberculose. Toutefois, 31 % seulement des personnes atteintes d'une coïnfection VIH/tuberculose dans le monde, et 34 % de ces malades en Afrique subsaharienne, ont reçu en 2007 à la fois une thérapie antirétrovirale et antituberculose.

47. Sur les 63 pays qui comptent 97 % des cas estimatifs de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, 63 % ont mis en place des plans nationaux qui comprennent des programmes de lutte à la fois contre le VIH et contre la tuberculose. Il ressort toutefois des données sur l'utilisation effective des programmes que bon nombre de ces plans n'ont pas été vraiment appliqués. Bien que le Plan mondial Halte à la tuberculose (2006-2015) ait fixé comme objectif le dépistage du VIH chez 1,5 million de tuberculeux en 2006, seulement 706 000 d'entre eux ont subi des tests de dépistage en 2006. De même, 42 % des pays où l'épidémie de VIH est généralisée ont procédé systématiquement au dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, et 27 % seulement fournissent dans tous les districts un traitement préventif de la tuberculose aux personnes vivant avec le VIH. En 2006, moins de 0,1 % de ces personnes ont reçu un traitement préventif de la tuberculose.

48. L'hépatite B (HBV) et l'hépatite C (HCV) sont aussi des coïnfections fréquentes chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH. Les personnes atteintes d'une coïnfection VIH/HCV ont une espérance de vie inférieure à celles seulement atteintes d'une infection à VIH, mais si les personnes ayant une coïnfection VIH/HCV reçoivent une double thérapie, leur espérance de vie s'améliore.

3. Nécessité de renforcer les systèmes de santé

49. De graves insuffisances de personnel dans le secteur de la santé entravent le renforcement des services de traitement et de prévention en matière de VIH dans de nombreux pays touchés par l'épidémie. Alors que la Norvège compte 347 médecins pour 100 000 habitants, le Malawi et la République-Unie de Tanzanie n'en comptent que 2 pour le même nombre d'habitants. Le problème des ressources humaines dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a mobilisé des efforts considérables et fait appel à de multiples mesures novatrices au cours des dernières années : nouvelles initiatives en matière de formation et d'éducation, nouvelles méthodes de renforcement des capacités et d'assistance technique, transfert de certaines tâches des médecins aux infirmières ou aides médicales dans les services de soins afin de tirer le meilleur parti possible d'effectifs professionnels limités. Les organisations confessionnelles, qui assurent dans de nombreux pays une part substantielle du traitement et des soins en matière de VIH, devraient participer pleinement aux efforts d'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux. Alors que les efforts s'intensifient en vue de renforcer les capacités humaines dans les établissements de soins, des efforts comparables s'imposent pour renforcer les capacités nationales s'agissant de la réglementation des médicaments ainsi que de la gestion, de l'achat et de la fourniture des médicaments et aussi de diagnostic. Tout en s'employant à renforcer les systèmes de santé, les pays et les donateurs devraient également renforcer les capacités des groupes communautaires afin de contribuer à permettre aux membres des groupes vulnérables de la population à avoir accès aux services de santé et d'accompagnement indispensables.

D. Déterminants structurels de risque et de vulnérabilité

50. Si chaque cas de transmission du VIH liée aux rapports sexuels ou à la drogue est la conséquence du comportement des individus, le risque d'infection et la vulnérabilité à l'infection sont aussi souvent soumis à de fortes pressions sociales qui échappent à leur contrôle. Pour des raisons liées à la pauvreté, à l'inégalité entre les sexes et à la marginalisation sociale des groupes les plus menacés, il est difficile pour les individus de réduire les risques ou de bénéficier des services indispensables de prévention, de traitement, de soins et d'appui. En plus de donner à chaque individu l'accès à l'information et aux moyens de prévention indispensables, les efforts visant à enrayer la propagation de l'épidémie doivent aussi porter sur ces facteurs structurels, qui contribuent à accroître le risque de transmission du VIH.

1. Protection et promotion de la santé des femmes et des filles

51. Les inégalités entre les sexes favorisent la propagation du VIH en réduisant l'aptitude des femmes à se protéger contre la transmission sexuelle, en aggravant leur vulnérabilité à la violence sexiste et en les mettant dans une situation où le risque d'infection à VIH se trouve accru. Les femmes représentent actuellement 61 % des adultes séropositifs en Afrique et les taux d'infection pour les adolescentes en Afrique sont plusieurs fois supérieurs à ce qu'ils sont pour les garçons du même âge.

52. À l'échelle mondiale, plus de 80 % des pays, dont 85 % appartiennent à l'Afrique subsaharienne, ont mis en place des politiques visant à garantir l'égalité d'accès des femmes aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement en matière de VIH. S'agissant des antirétroviraux, les pays ont dans l'ensemble réussi à garantir l'accès des femmes à ces traitements. La mesure dans laquelle des stratégies adaptées aux femmes ont été mises en œuvre n'est pas évidente car, si la plupart des pays ont des cadres stratégiques pour s'attaquer aux problèmes que l'épidémie pose pour les femmes, 53 % d'entre eux seulement apportent un appui budgétisé aux programmes axés sur les femmes.

53. Par ailleurs, les politiques qui visent à garantir l'égalité d'accès des femmes aux services en place sont parfois affaiblies par l'absence de textes législatifs reconnaissant le droit des femmes de posséder des biens ou d'en hériter. S'il est vrai que ces cadres juridiques discriminatoires revêtent une importance particulière pour les femmes rendues veuves par le VIH, ils marginalisent toutes les femmes et les filles en les rendant financièrement plus dépendantes des hommes.

2. Ancrage de l'action contre le sida dans les droits de l'homme

54. Dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, les États Membres se sont engagés à mener leur lutte nationale contre le VIH dans la perspective plus large des droits de l'homme. Il ne s'agit pas là d'une simple question d'équité. Étant donné que, dans de nombreuses sociétés, des facteurs structurels contribuent à aggraver le risque d'infection à VIH et la vulnérabilité à cette infection, les efforts de prévention ne pourront avoir l'effet recherché que si la transformation des comportements à risque des individus s'accompagne de changements plus amples dans la société.

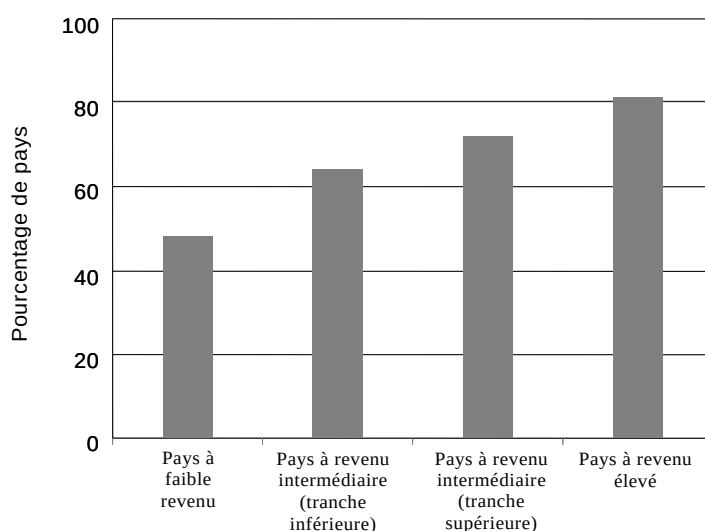
55. En 2001, les États Membres sont convenus à l'unanimité de mettre en place un cadre juridique et directif afin d'éliminer toutes les formes de discrimination à

l'égard des personnes vivant avec le VIH. En 2007, deux pays sur trois ont indiqué dans leur rapport avoir mis en place des lois visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination. Le degré d'application de ces lois antidiscriminatoires est incertain et, dans certains pays, ces textes juridiques favorables sont affaiblis par la pénalisation croissante de la transmission de l'infection à VIH.

56. Dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, les États Membres ont également relevé que l'opprobre et la discrimination dont sont victimes les groupes de population les plus vulnérables à l'infection au VIH compromettent la lutte contre le VIH. Soixante-treize pour cent des pays ont indiqué qu'ils disposent de lois et de règlements antidiscriminatoires qui prévoient des mesures de protection pour les groupes de population vulnérables. D'importants obstacles subsistent toutefois et limitent l'accès aux services de prévention du VIH, 63 % des pays déclarant avoir des politiques qui gênent l'accès des groupes vulnérables aux services liés au VIH. Ainsi qu'il ressort de la figure 10, les pays à revenu élevé ont plus souvent des barrières qui limitent l'accès de groupes importants de la population aux services en matière de VIH.

Figure 10

Pourcentage de pays signalant avoir des lois, des règlements et des politiques qui gênent l'accès des groupes vulnérables aux services en matière de VIH, par catégorie de revenu



E. Comment répondre aux besoins des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le sida

57. Le nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans dont l'un des parents ou les deux sont morts du sida en Afrique subsaharienne est estimé à 12 millions. Des enquêtes montrent que les ménages qui comptent des personnes récemment devenues séropositives sont en augmentation rapide dans quelques-uns des pays les plus lourdement touchés de l'Afrique australe.

58. La Déclaration d'engagement de 2001 prévoyait que les pays mettraient en œuvre des stratégies nationales visant à rendre les gouvernements, les familles et les communautés mieux à même d'assurer un environnement favorable aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH. Les États Membres se sont aussi engagés à protéger les orphelins et autres enfants contre l'opprobre et la discrimination, et les donateurs ont décidé de donner la priorité aux programmes axés sur les enfants.

59. Trente-trois pays où l'épidémie est généralisée ont indiqué qu'ils avaient une stratégie nationale pour répondre aux besoins des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH. Bon nombre de ces politiques ne sont toutefois toujours pas appliquées. Dans 11 pays où la prévalence du VIH dans la population adulte est égale ou supérieure à 5 %, qui ont récemment fait l'objet d'enquêtes sur les ménages, 15 % des orphelins vivent dans des foyers qui reçoivent une forme d'assistance, qu'il s'agisse de soins médicaux, d'aide scolaire, d'appui financier ou de services psychosociaux. Cela ne représente qu'une modeste progression par rapport à l'augmentation de 10 % signalée en 2005 par les pays à forte prévalence.

60. L'éducation est capitale pour la réalisation du potentiel des enfants à l'avenir et pour leur donner confiance en soi, et aussi pour le transfert des connaissances et des valeurs entre les générations au sein de la société. Dans 15 pays durement touchés⁵ pour lesquels on dispose d'enquêtes récentes sur les ménages, les orphelins ont 3 % moins de chances d'être scolarisés que les enfants qui ne le sont pas, ce qui donne à penser que l'écart de scolarité observé antérieurement au sujet de l'épidémie entre les orphelins et ceux qui ne le sont pas pourrait être en passe de s'effacer.

F. Crises humanitaires et situations d'après conflit

61. La Déclaration d'engagement de 2001 prévoyait que les gouvernements et les intervenants humanitaires devraient s'intéresser au VIH dans les situations d'après conflit. Si les efforts visant à mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH dans ces situations se heurtent à d'énormes difficultés, l'amélioration de l'accès aux services pour les populations déplacées a sensiblement progressé. Cela nécessitera toutefois d'importants travaux supplémentaires étant donné que l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement en matière de VIH ne pourra être concrétisé que lorsque les réfugiés et les personnes déplacées bénéficieront de l'intensification des programmes.

G. Mobilisation de ressources financières appropriées

62. En 2001, les États Membres se sont engagés à mobiliser entre 7 et 10 milliards de dollars des États-Unis pour la lutte contre le sida dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en 2005. Cet objectif a été atteint en 2007.

63. Les raisons de l'accroissement des moyens de financement des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont été

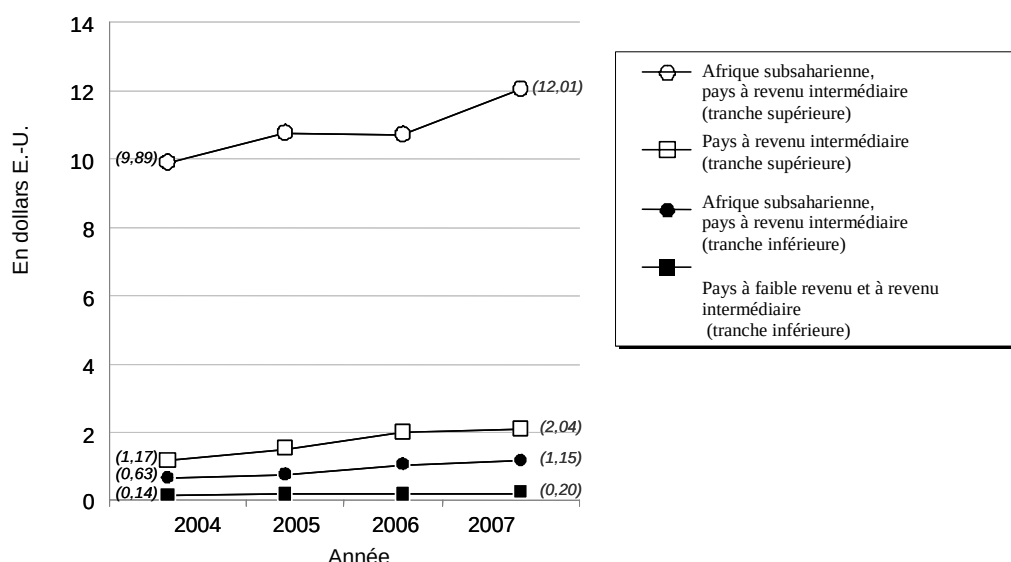
⁵ Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

multiples. Créé directement en réponse à la Déclaration d'engagement, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme avait, en mars 2008, affecté 10,1 millions de dollars des États-Unis au financement pluriannuel de programmes de santé dans 136 pays, la majorité de ces fonds étant destinée à des initiatives liées au VIH. Le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) a fourni une aide financière de plus de 15 milliards de dollars des États-Unis pour la prévention, le traitement, les soins et l'accompagnement en matière de VIH au cours des cinq dernières années; on peut espérer que cette aide augmentera encore au cours des années à venir. En 2006, les décaissements effectués par le Fonds mondial au bénéfice des pays ont atteint 640 millions de dollars des États-Unis et ceux du PEPFAR 2,1 milliards de dollars. L'appui philanthropique aux activités concernant le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a presque doublé entre 2004 et 2006 pour atteindre 979 millions de dollars des États-Unis.

64. Il y a lieu de noter tout particulièrement l'accroissement des dépenses engagées par les pays qui sont les plus touchés par le VIH. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les dépenses nationales par habitant au titre du VIH ont plus que doublé entre 2005 et 2007 (fig. 11). Les dépenses par habitant dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire continuent d'augmenter. Les taux les plus élevés de dépenses par habitant ont été signalés par cinq pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) de l'Afrique subsaharienne, dans lesquels les dépenses projetées devraient atteindre environ 12 dollars des États-Unis par habitant en 2007.

Figure 11

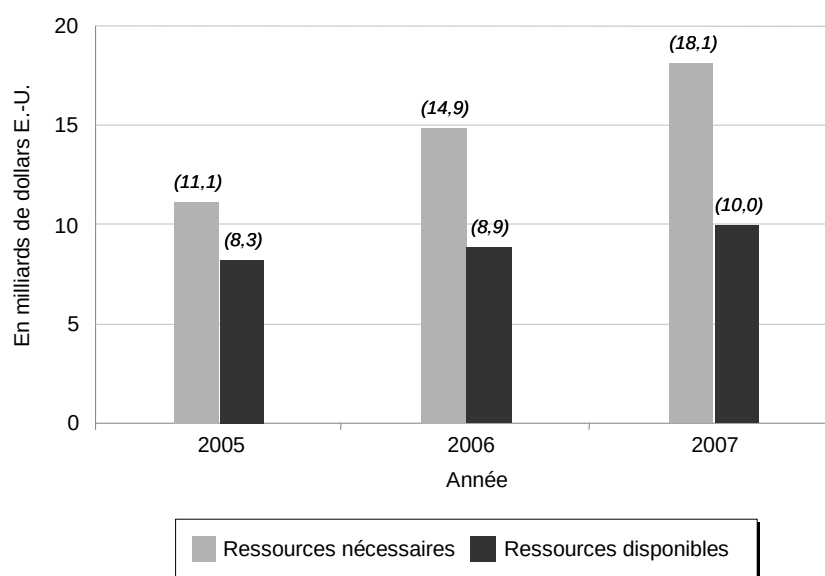
Dépenses par habitant engagées par le secteur public pour lutter contre le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 2004-2007



65. Avec le temps et après une analyse approfondie, il est devenu évident que, dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, les ressources financières nécessaires pour mener, à partir de données de fait, une lutte globale contre le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire avaient été sous-estimées. Ainsi qu'il ressort de la figure 12, malgré l'augmentation des ressources annuelles dont disposent les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le rythme de cet accroissement ne suffira pas à couvrir les ressources nécessaires, selon les estimations, pour atteindre d'ici à 2010 l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement en matière de VIH.

Figure 12

Écart de financement entre les ressources nécessaires et les ressources disponibles, 2005-2007



V. Vers l'accès universel : mesures recommandées

66. À deux ans de la date fixée pour atteindre l'objectif de l'accès universel et à mi-parcours du délai prévu pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, le monde doit tirer parti de ses acquis pour accélérer les progrès en vue d'instaurer l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement dans la lutte contre le VIH. À moins d'intensifier ce rythme, le monde a peu de chances d'atteindre cet objectif de l'accès universel d'ici à 2010. Dans divers pays toutefois, l'accès universel pourrait se concrétiser pour certains sous-objectifs; les Bahamas, le Botswana et la Thaïlande, par exemple, sont déjà parvenus à une couverture de 80 % (ou universelle) dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Tout aussi ambitieux, parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, est celui de commencer à faire reculer l'épidémie au niveau national d'ici à 2015, c'est-à-dire à réduire le pourcentage des

séropositifs parmi les jeunes. Pour relever ces défis majeurs, la mise en œuvre des recommandations suivantes doit être envisagée de toute urgence :

Direction politique

67. Un engagement et une direction politiques solides et soutenus doivent exister et associer tous les secteurs concernés de la société, la société civile et les personnes vivant avec le VIH pour tirer parti des résultats récents et progresser plus rapidement vers l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement. Une direction digne de ce nom se traduit par des actes et non par des mots. Dans de nombreux pays, il existe un fossé entre les cadres stratégiques nationaux et leur mise en œuvre effective. Lorsque c'est le cas, il faut s'employer à le combler. De la même manière, les gouvernements des pays à revenu élevé doivent garantir l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement, et doivent également fournir une aide financière nettement plus substantielle aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire afin de leur permettre d'atteindre l'objectif de l'accès universel. Le meilleur moyen de garantir que les progrès récemment réalisés par certains pays se confirment et soient étendus à d'autres pays consiste à permettre et maintenir un accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement.

Garantie de la poursuite de la lutte contre le VIH

68. À ce jour, la lutte contre le VIH a été dans l'ensemble gérée et considérée comme une intervention d'urgence. Or, la pandémie du VIH nécessite une action soutenue et de longue haleine pour en venir à bout; la poursuite de cette lutte doit occuper une place centrale dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions liées au VIH. Pour cela, les mécanismes de financement doivent être solides et viables à long terme, et doivent être renforcés là où ils sont précaires ou créés là où ils n'existent pas, des ressources humaines sans précédent doivent être mobilisées dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et, selon que de besoin, les nouvelles structures indispensables doivent être mises en place et maintenues afin d'appuyer une action durable. Les dirigeants nationaux dans les pays touchés, les dirigeants des gouvernements des pays donateurs, les spécialistes de la recherche, les organisations non gouvernementales et toutes les autres parties prenantes engagées dans la lutte contre le VIH doivent planifier à long terme.

Intensification de la prévention globale de l'infection à VIH dans les pays fortement endémiques

69. Dans les pays où la prévalence du VIH parmi la population adulte est égale ou supérieure à 15 %, seule une mobilisation générale de la société permettra de venir à bout des problèmes que pose l'épidémie. Dans bon nombre de ces pays toutefois, les jeunes sont mal informés, la couverture des services essentiels de prévention est très insuffisante et rares sont les entreprises qui ont des activités de prévention de base sur le lieu de travail. Tous les outils disponibles à l'échelle nationale doivent être généralisés, notamment les campagnes à l'intention de toute la population sur les risques associés à la promiscuité, la promotion énergique des connaissances universelles sur la séropositivité, la circoncision des hommes adultes, les programmes de

prévention ciblés sur les jeunes, les activités de prévention sur le lieu de travail et la généralisation des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. À mesure que les traitements se généralisent, ils devraient être étroitement liés aux efforts de prévention.

Lancement d'une lutte efficace contre le VIH là où l'infection est localisée

70. Si la prévalence du VIH demeure faible dans les pays où l'épidémie est localisée, le VIH impose un énorme tribut à certains grands sous-groupes de la population, dont les toxicomanes qui utilisent des drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les professionnels du sexe. Dans certains pays où l'épidémie est localisée, l'existence d'éventuels « ponts » épidémiologiques entre les groupes de population qui courent le plus de risques et le reste de la population entraîne la possibilité que l'épidémie se généralise faute de mesures préventives efficaces. L'élargissement des stratégies de prévention ciblées sur les populations qui courent le plus de risques est une nécessité urgente dans le domaine de la santé publique. La couverture des services de prévention est particulièrement limitée pour ces sous-groupes, moins en raison de la complexité de la tâche que principalement par manque de volonté politique. Les dirigeants nationaux doivent s'employer à promulguer des lois et des politiques de nature à protéger et à promouvoir les droits fondamentaux des groupes de population qui sont les plus exposés au risque d'infection à VIH, à mettre en œuvre des politiques destinées à améliorer l'accès aux services, à éliminer les lois, les politiques et les conditions qui gênent l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement en matière de VIH, et s'attacher en priorité à des programmes de prévention ciblés pour les groupes de population qui courent le plus de risques. Le récent rapport de la Commission sur le sida en Asie constitue une excellente feuille de route pour organiser une action vigoureuse et durable contre le VIH dans les pays où l'épidémie est relativement faible et localisée.

Maintien de l'intensification des services de traitement et renforcement des mesures de lutte contre les coïnfections à VIH/tuberculose

71. Si les progrès récents dans l'accès aux services de traitement représentent une grande réussite, le rythme actuel de la généralisation ne permettra pas d'atteindre l'objectif de l'accès universel, c'est-à-dire que des millions de personnes vivant avec le VIH ne recevront pas les traitements vitaux dont elles ont besoin pour survivre. Les gouvernements nationaux, les donateurs et autres intéressés devraient s'employer à accélérer la généralisation du traitement. Cela nécessitera un accroissement constant de l'aide financière pour généraliser le traitement, la mise en place et le renforcement de solides mécanismes nationaux d'achat, de réglementation des produits pharmaceutiques, d'assurance de la qualité et de formation de professionnels de la santé. Bien que la tuberculose soit le plus souvent soignable et guérissable, cette maladie reste l'une des causes de décès les plus fréquentes parmi les personnes qui vivent avec le VIH. Tout en poursuivant et en renforçant leurs efforts pour atteindre l'objectif de l'accès universel aux traitements antirétroviraux, les pays devraient prendre de toute urgence des initiatives en vue d'améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose afin de réduire le

poids inacceptable que cette maladie fait peser sur les personnes vivant avec le VIH.

Lutte contre les inégalités entre les sexes qui aggravent l'épidémie du VIH

72. Du fait que la transmission de l'infection à VIH est le plus souvent d'origine sexuelle, les inégalités dans les relations entre hommes et femmes, de même que les stéréotypes sexistes, favorisent la propagation du VIH. Il est donc capital que les gouvernements se mobilisent massivement aux niveaux politique et social pour lutter contre l'inégalité entre les sexes et les conventions sexistes dans le cadre de leur lutte nationale contre le VIH. Les programmes doivent être fondés sur la volonté de défendre les droits fondamentaux des filles et des femmes et de leur donner les moyens de se protéger contre l'infection et doivent associer les hommes à cet effort en tant que partenaires. Les interventions nationales doivent viser à ce que les femmes aient accès à toute la gamme des services d'hygiène sexuelle et de procréation, lutter contre la violence sexiste, protéger les droits des femmes à la propriété et à l'héritage et s'attaquer à la charge disproportionnée des soins dispensés par les femmes. Les gouvernements devraient veiller à intégrer les questions sexospécifiques à leurs plans d'action nationaux, à chiffrer les moyens de financement et à ce que les interventions nationales bénéficient de la pleine participation des femmes.

Annexe

Rôle de l'ONU dans le renforcement et l'accompagnement de la lutte contre le VIH

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) regroupe dans un seul budget et plan de travail biennal les activités liées au VIH de 10 coparrains et du Secrétariat de l'ONU en harmonie avec sa Division de la répartition des tâches techniques. Voici quelques-unes des activités menées en 2007 :

- Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), travaillant en étroite collaboration avec les partenaires de l'ONU, les gouvernements et les organisations non gouvernementales, a apporté un appui financier et technique à plus de 70 pays. Le HCR a publié des directives officielles sur le VIH dans les situations humanitaires et d'après conflit, mené dans 10 pays des évaluations interinstitutions des programmes relatifs au VIH dans ces situations et contribué à un accroissement sensible de l'application des traitements antirétroviraux aux réfugiés et aux personnes déplacées;
- Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) appuie l'intensification nationale de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH chez les enfants, la protection, les soins et l'appui aux enfants touchés par le sida, enfin la prévention de la transmission du VIH parmi les adolescents dans plus de 100 pays;
- Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a aidé plus de 90 pays à s'intéresser aux liens entre le VIH et le développement. Le PNUD et ses partenaires ont aidé les pays à renforcer les priorités liées au VIH dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et les plans nationaux de développement. Le PNUD a également facilité les efforts nationaux visant à mettre à profit la souplesse des accords sur la propriété intellectuelle pour accroître l'accès aux médicaments essentiels. Avec le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et le secrétariat d'ONUSIDA, le PNUD a organisé une consultation mondiale sur les questions sexospécifiques et le sida afin d'élaborer des directives sur ces questions à l'intention des campagnes nationales de lutte contre le sida;
- L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) dirige l'Initiative mondiale sur l'éducation et le VIH/sida (EDUSIDA) qui, en 2007, a comporté des activités dans 60 pays visant notamment à définir les actions prioritaires nationales dans 39 pays. L'UNESCO a fourni un large appui technique aux activités liées au VIH dans le secteur de l'éducation à travers le monde, notamment en organisant en 2007 sept ateliers sous-régionaux sur le renforcement des capacités;
- Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a aidé 154 pays à élargir l'accès aux services d'hygiène sexuelle et de santé de la procréation et aux fournitures nécessaires, notamment en multipliant les grands programmes de distribution de préservatifs. Le nombre de préservatifs féminins distribués est passé de 13,9 millions en 2005 à 25,9 millions en 2007 et, conjointement avec le HCR, le FNUAP a fourni 28 millions de préservatifs masculins et près de 300 000 préservatifs féminins à des réfugiés dans 23 pays;

- L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a fourni un appui technique et financier à au moins 30 pays en matière de prévention et de soins liés au VIH pour les utilisateurs de drogues injectables et les prisonniers. Il a notamment aidé ces pays à créer un cadre qui leur permettra d'avoir des stratégies nationales efficaces en matière de VIH, d'élaborer des normes pour le traitement de la toxicomanie et d'établir un guide technique qui aidera les pays à progresser sur la voie de l'accès universel à la prévention de l'infection à VIH, au traitement, aux soins et à l'accompagnement des utilisateurs de drogues injectables;
- L'Organisation internationale du Travail (OIT) a apporté en 2007 un appui technique aux gouvernements et aux organisations d'employeurs et de travailleurs dans plus de 70 pays à travers toutes les régions conformément aux principes énoncés dans le Recueil de directives pratiques sur le VIH/sida et le monde du travail de l'OIT. Le réseau d'éducateurs pour les pairs de l'OIT opère dans 47 pays et, en 2007, 28 pays ont bénéficié d'une aide de l'OIT pour élaborer ou réviser des lois et des politiques sur le VIH;
- Le Programme alimentaire mondial (PAM) a apporté une aide alimentaire à plus de 330 000 bénéficiaires dans 16 pays en Afrique pendant la période initiale du traitement du VIH, dans le cadre de l'appui qu'il fournit dans 50 pays aux programmes de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement en matière de VIH. En 2007, le PAM a fourni une aide alimentaire dans le cadre des programmes de prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant réalisés dans 14 pays, cela en étroite collaboration avec des groupes de la société civile et des organismes affiliés à ONUSIDA;
- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a encouragé l'intensification des activités de dépistage et de consultation dans les services de santé, collaboré avec le secrétariat d'ONUSIDA à la mise au point de dispositifs opérationnels pour l'établissement de services de circoncision des hommes adultes et appuyé le renforcement des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. L'OMS a également aidé les pays à estimer les besoins de ressources humaines et à développer la formation, la fidélisation du personnel et la redistribution des tâches entre les prestataires de soins conformément aux plans nationaux. Les traitements de première et deuxième intentions destinés aux enfants et aux adultes ont été simplifiés, et les pays ont été aidés par le biais de systèmes d'achats groupés et de passation de marchés pour les médicaments utilisés pour les traitements de deuxième intention;
- La Banque mondiale a financé des programmes nationaux et régionaux sur le VIH, participé à une mise en œuvre accélérée des programmes et aidé à renforcer les capacités de suivi et d'évaluation dans les pays, en partie sous forme d'appui pratique aux activités de suivi et d'évaluation dans 56 pays grâce à l'équipe mondiale de suivi et d'évaluation du VIH/sida. Par le biais des services de la Stratégie et du Plan d'action concernant le sida d'ONUSIDA, qui sont hébergés par la Banque mondiale, 39 pays ont reçu une assistance technique directe pour leur permettre d'améliorer les stratégies et les plans d'action nationaux.