



# Assemblée générale

Distr. générale  
7 avril 2009  
Français  
Original : anglais

---

## Soixante-troisième session

Point 41 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

## Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida

### Rapport du Secrétaire général

Dans la plupart des pays, la législation tolère les discriminations à l'encontre des femmes, des hommes ayant des relations homosexuelles, des travailleuses du sexe, des usagers de drogue et les minorités ethniques.

Cela doit changer. J'appelle tous les pays à honorer leurs engagements visant à promulguer et appliquer des lois interdisant la discrimination à l'encontre des personnes qui vivent avec le VIH ou appartiennent à des groupes vulnérables. Dans les pays qui n'ont pas légiféré pour protéger les travailleuses du sexe, les usagers de drogues et les hommes ayant des relations homosexuelles, l'accès aux services de prévention est extrêmement réduit. À l'inverse, il est beaucoup plus facile dans les pays où les droits de toutes ces personnes sont mieux garantis et protégés. De ce fait, il y a moins de nouvelles infections, les besoins en traitement antirétroviral sont réduits, les décès sont moins nombreux. Ne pas protéger ces groupes est non seulement contraire à l'éthique; cela n'a aucun sens sur le plan sanitaire. Nous en sommes tous pénalisés.

Ban Ki-moon  
Secrétaire général de l'ONU  
Conférence internationale sur le sida  
Mexico, 3 août 2008



## Résumé

Le présent rapport fait le point de l'action engagée pour lutter contre le sida, rappelle les objectifs fixés pour 2010, recommande un certain nombre de mesures propres à accélérer l'obtention de résultats et appelle à une mobilisation renouvelée autour de l'objectif d'accès universel à la prévention et au traitement anti-VIH, ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement.

En juin 2008, la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida a évalué les progrès accomplis dans la lutte mondiale contre l'épidémie de VIH. Les rapports présentés par 147 pays ont fait apparaître d'importantes avancées, notamment en ce qui concerne l'accès à la thérapie antirétrovirale et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. De nombreux acteurs y ont contribué, qu'il s'agisse des gouvernements nationaux, de la société civile et des personnes vivant avec le VIH. Le gouvernement des États-Unis a consacré 18,8 milliards de dollars à la lutte contre le sida dans les cinq dernières années, et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a fourni des antirétroviraux à environ 2 millions de personnes.

Malgré ces évolutions encourageantes, il reste encore beaucoup à faire, face notamment à l'accès nettement insuffisant des populations concernées aux principaux services de prévention et de traitement du VIH. Le développement des programmes de traitement n'arrive pas à suivre le rythme des primo-infections et les efforts de prévention restent insuffisants. Le montant des aides versées aux pays à revenus faibles ou intermédiaires pour la lutte contre le sida a certes atteint 13,7 milliards de dollars en 2008 contre 11,3 milliards en 2007, mais l'économie mondiale est entrée en récession depuis la réunion de haut niveau en 2008. Comme la lutte contre la pandémie de VIH est l'un des plus utiles de tous les investissements mondiaux possibles, l'engagement, la volonté et l'effort de tous doivent être plus solides que jamais malgré la crise économique.

Forts des engagements souscrits par l'Assemblée générale à sa vingt-sixième session extraordinaire tenue en 2001 sur la question du VIH/sida, les États Membres sont convenus en 2006 d'instaurer à l'horizon 2010 l'accès universel aux programmes de prévention et de traitement ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement. En février 2009, 111 pays s'étaient fixé des objectifs nationaux en matière d'accès universel à travers des consultations nationales largement participatives.

L'objectif d'accès universel traduit un précepte essentiel des droits de l'homme et s'inscrit dans les nombreux autres engagements souscrits par les États Membres pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH ou exposés au risque d'infection. Pourtant, nombre de législations et de politiques nationales viennent contredire ces engagements en ce sens qu'elles réduisent l'accès aux services et aux centres de prévention et de traitement. En 2007, un tiers des pays ont déclaré qu'ils n'avaient pas encore légiféré pour interdire les discriminations liées à la séropositivité au VIH, et les pays qui ont adopté des lois anti-discrimination peinent souvent à les faire appliquer. Au total, 84 pays ont indiqué que leur législation et leurs règlements limitaient l'accès des groupes vulnérables à la prévention et au traitement du VIH ainsi qu'aux services soins et d'accompagnement. Une soixantaine restreignent l'entrée, le séjour et la résidence sur le territoire national des personnes vivant avec le VIH, du seul fait de leur séropositivité. Enfin, les pays sont de plus en plus nombreux à promulguer des lois d'application très générale érigeant en

infraction pénale la transmission du VIH, l'exposition d'autrui à la contamination et la non-divulagation de séropositivité. Les mesures de ce genre n'encouragent sans doute personne à se faire dépister et elles sapent les efforts déployés pour instaurer l'accès universel.

Avec l'amélioration des méthodes d'analyse, les pays savent mieux saisir l'évolution de leur profil épidémique, choisir les interventions appropriées et définir à partir de données factuelles des stratégies de lutte adaptées à la situation nationale. Ces stratégies sur mesure amplifient l'impact de la lutte contre le VIH et réduisent les gaspillages d'efforts et les facteurs d'inefficacité. Grâce à des systèmes de suivi et d'évaluation améliorés, les pays peuvent réviser leurs stratégies nationales selon l'évolution de leur profil épidémique. Ils doivent élaborer des stratégies qui cadrent parfaitement avec leur situation concrète et s'employer à cerner et corriger les déterminants sociaux et structurels du risque et de la vulnérabilité, à savoir notamment les inégalités homme-femme, la marginalisation, la stigmatisation et la discrimination.

L'épidémie de VIH est un problème planétaire qui appelle un engagement de longue haleine et une riposte concrète pensée sur la durée. La couverture et la qualité des programmes de lutte et de prévention s'améliorent; il faut maintenant redoubler d'efforts pour renforcer les services de santé, d'éducation, d'aide sociale et autres services essentiels, mais aussi s'attaquer de front à la fois au sida et à la tuberculose dans les services de santé sexuelle et procréative et les autres dispositifs sanitaires. La lutte contre le sida ne progressera durablement que si l'on parvient beaucoup mieux à ralentir le rythme des nouvelles infections à VIH tout en proposant les meilleurs services possibles aux séropositifs. La mise en place de stratégies associant judicieusement changement des comportements, avancées biomédicales et mesures structurelles permettrait de réduire de plus de la moitié les nouveaux cas d'infection entre aujourd'hui et 2015. L'accès à un arsenal de stratégies combinées reste toutefois très limité dans la plupart des pays. Selon les estimations, il faudra dépenser 25 milliards de dollars par an, et cela pendant deux ans, pour atteindre les objectifs nationaux d'accès universel d'ici à 2010, d'où la nécessité d'un engagement renouvelé de la part de tous les acteurs qui financent les programmes de lutte contre le sida. L'efficacité durable de la lutte contre la pandémie exigera une volonté politique sans précédent à tous les niveaux – gouvernements, société civile et communautés touchées.

### **Principales recommandations**

Toutes les parties prenantes doivent réaffirmer leur volonté d'instaurer d'ici à 2010 l'accès universel à la prévention et au traitement anti-VIH ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement.

Les stratégies de prévention nationales doivent correspondre aux besoins nationaux et locaux, tenir compte des profils épidémiques locaux et intégrer les méthodes de prévention de la contamination par le VIH les plus efficaces aux niveaux individuel, communautaire et sociétal.

Le financement annuel, toutes origines confondues, doit être porté à 25 milliards de dollars à l'horizon 2010 pour que les objectifs nationaux d'accès universel soient atteints. Les dirigeants mondiaux doivent inventer et financer des mécanismes de financement innovants pour s'attaquer au défi du VIH et aux autres problèmes de développement.

Les lois et leur application doivent être améliorées; il faut élargir les programmes d'accès à la justice afin de mieux protéger les personnes vivant avec le VIH et les populations à risque contre les discriminations. Les mesures de restriction

des déplacements pour cause de séropositivité doivent être levées; l'incrimination pénale de la transmission du VIH doit être limitée aux cas de contamination intentionnelle; les lois qui interdisent ou restreignent l'accès des travailleuses du sexe, des hommes ayant des rapports homosexuels et des usagers de drogues injectables aux services doivent être abrogées.

Toutes les parties prenantes doivent engager résolument la lutte à l'échelle mondiale dans un souci de transparence et de responsabilité maximum, notamment en rendant compte à intervalles réguliers de la mise en œuvre de leurs engagements nationaux et internationaux.

## I. Introduction

1. La réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur le VIH/sida tenue en juin 2008 a permis de faire le point de la lutte contre la pandémie de VIH et de mesurer les résultats obtenus au regard des objectifs assortis d'échéances adoptés à l'unanimité par les États Membres dans la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida. Les engagements souscrits ont été réaffirmés dans la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida, par laquelle les États Membres se sont engagés à avancer d'ici à 2010 vers l'accès universel à la prévention et au traitement anti-VIH ainsi qu'aux services de soins et d'accompagnement.

2. Les rapports communiqués par 147 pays font apparaître quelques progrès marquants :

a) L'accès à la thérapie antirétrovirale s'est accru de 47 % en 2007, et 3 millions d'adultes en ont bénéficié dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique a quasiment triplé entre 2005 et 2007. La couverture antirétrovirale des populations sans ressources a décuplé en l'espace de cinq ans, ce qui a amené la première baisse du nombre annuel de décès liés au sida depuis la survenue de l'épidémie au début des années 80;

b) Le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant de services de prévention de la transmission mère-enfant est passé de 15 % en 2005 à 33 % en 2007;

c) La baisse de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes dans plusieurs pays d'Afrique particulièrement touchés par l'épidémie prouve que l'effort de prévention engagé dans la région induit de véritables changements dans les comportements sexuels.

3. Ces avancées encourageantes illustrent l'impact des immenses efforts déployés par les acteurs de la lutte contre l'épidémie. La réunion de haut niveau a toutefois pointé quelques lacunes et faiblesses importantes dans les initiatives en cours :

a) Globalement, 70 % des personnes qui avaient besoin du traitement antirétroviral en 2007 n'y avaient pas accès;

b) Toujours en 2007, on a enregistré cinq nouveaux cas d'infection pour deux démarrages de traitement antirétroviral;

c) La même année, dans 11 pays à prévalence élevée, 85 % des enfants orphelins ou fragilisés par le VIH vivaient dans des familles ne recevant aucune aide;

d) Seuls 40 % environ des 15-24 ans étaient suffisamment et correctement renseignés sur le VIH;

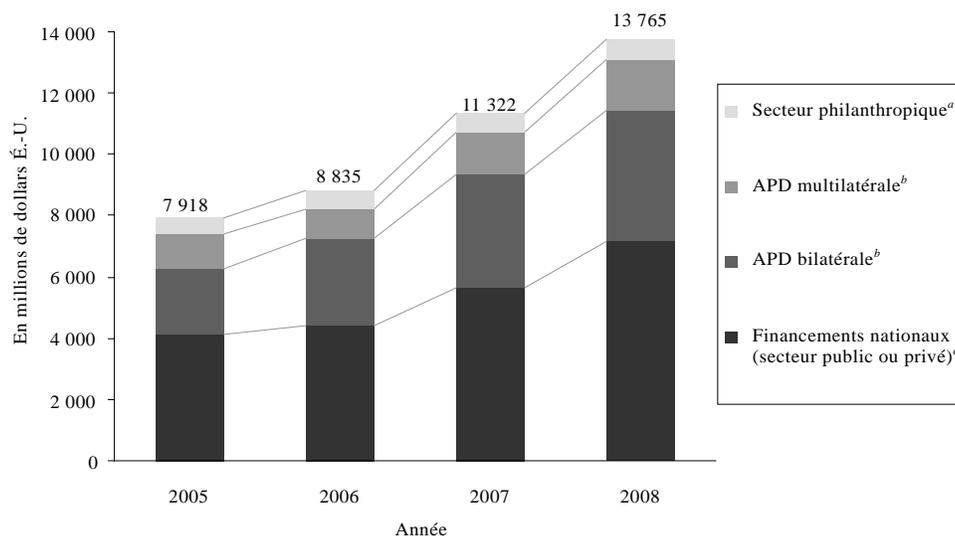
e) Près des deux tiers des pays ont des lois et des politiques qui entravent l'accès des populations vulnérables aux services de prévention et de traitement anti-VIH, et près de la moitié ne financent pas de programmes ciblés sur les femmes;

f) Face à la résurgence de la tuberculose causée par le VIH, il est urgent d'améliorer l'intégration des services et la couverture des personnes co-infectées par le VIH et le bacille de la tuberculose.

4. Le montant des fonds disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire a été d'environ 11,3 milliards de dollars en 2007 et proche de 13,7 milliards en 2008 (voir fig. I), soit une augmentation de 21 % entre 2007 et 2008. Les financements provenaient pour 53 % de sources nationales, pour 31 % de donateurs bilatéraux, pour 12 % d'institutions multilatérales, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et pour 5 % d'institutions philanthropiques.

Figure I

#### Financement annuel des programmes de lutte contre le VIH/sida



<sup>a</sup> Rapports de Funders concerned about AIDS (2008) et du Groupe financier européen.

<sup>b</sup> Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), chiffres au 19 décembre 2008.

<sup>c</sup> ONUSIDA, 2008.

5. À la réunion de haut niveau de 2008, de nombreux pays avaient fait savoir qu'ils n'atteindraient peut-être pas leurs objectifs nationaux d'accès universel à l'horizon 2010. Depuis, la crise de l'économie mondiale n'a fait que s'aggraver, et il devient de plus en plus difficile de tenir les engagements mondiaux en matière de

lutte contre le sida. À l'heure où ils s'efforcent de faire face aux conséquences de la récession, les gouvernements doivent impérativement continuer d'investir davantage dans la lutte contre le sida pour obtenir de vrais résultats dans un avenir proche et les décennies à venir.

6. Le présent rapport vise quatre objectifs : a) faire le point de l'action engagée pour lutter contre le sida; b) rappeler les objectifs fixés pour 2010 et montrer qu'ils font partie intégrante de tout effort soutenu et durable de lutte contre l'épidémie; c) recommander un certain nombre de mesures indispensables pour accélérer la concrétisation des engagements souscrits; d) renouveler l'engagement d'atteindre l'objectif d'accès universel à la prévention et au traitement anti-VIH ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement.

## **II. Répondre des engagements souscrits en matière de droits de l'homme**

7. Dans leur Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida, les États Membres sont convenus à l'unanimité que le respect des droits des personnes vivant avec le VIH/sida supposait l'adoption de mesures efficaces; ils ont promis de prendre des mesures spécifiques pour protéger les droits des séropositifs, des femmes et des filles, des jeunes, des migrants et des populations vulnérables. Ils ont réitéré et précisé ces engagements dans la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida. Force est pourtant de constater que les gouvernements n'ont pas pris des mesures politiques, juridiques et programmatiques suffisantes pour pouvoir tenir leurs promesses. Or, la réalisation de ces droits de l'homme est la pierre angulaire de toute avancée rapide de la lutte contre le VIH et vers l'objectif d'accès universel.

### **Interdire les discriminations liées au VIH**

8. Les éléments factuels présentés à la réunion de haut niveau de 2008 montrent que les pays sont de plus en plus nombreux à adopter des lois qui protègent les personnes vivant avec le VIH contre les discriminations. Pourtant, en 2007, un tiers des pays ont déclaré qu'ils n'avaient pas légiféré en la matière. Compte tenu des obligations qu'ils ont souscrites en vertu des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans la Déclaration politique de 2006, à savoir « intensifier les efforts visant à promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et les membres des groupes vulnérables », les pays qui n'ont pas encore de loi antidiscrimination doivent remédier à cette lacune.

9. Les lois antidiscrimination n'atteindront leur but que si elles sont strictement appliquées et s'accompagnent d'initiatives plus générales de lutte contre la stigmatisation. De nombreux pays ne recensent pas systématiquement les actes de stigmatisation et de discrimination, n'ont pas de programmes de lutte contre ces phénomènes et n'incluent pas prioritairement dans leurs plans d'action nationaux des programmes qui pourraient renforcer la protection juridique des personnes touchées par le VIH/sida.

### **Levée des restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence**

10. En 2008, quelques 60 pays appliquaient des dispositions restreignant l'entrée, le séjour et la résidence de certaines personnes du seul fait de leur séropositivité. Outre qu'elles sont discriminatoires, ces interdictions risquent d'avoir des conséquences désastreuses pour celles et ceux qui cherchent à migrer, obtenir l'asile, rejoindre leur famille, étudier, faire du commerce ou participer à des conférences sur les politiques et les pratiques en matière de VIH.

11. En 2008, la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions aux voyages liées au VIH, où siègent des représentants des gouvernements, des organisations internationales et de la société civile, a souligné que ces restrictions ne protégeaient nullement la santé publique et ne constituaient pas une stratégie rationnelle et juste pour éviter les coûts associés au traitement du VIH. Des indications récentes donnent à penser que ces lois contre-productives commencent à être abrogées. Le Tadjikistan vient de lever ses restrictions; la Chine, la Namibie et les États-Unis s'appêtent apparemment à faire de même.

### **L'incrimination pénale de la transmission du VIH : une fausse bonne idée**

12. Bien que le fait de transmettre le VIH et d'y exposer autrui soit considéré comme une infraction pénale dans un certain nombre de pays riches depuis des années, plus de 15 pays africains ont adopté des lois dans ce sens en 2007 ou 2008. En règle générale, ces législations faites spécifiquement pour le VIH sanctionnent au pénal tout individu qui transmet le virus ou y expose autrui. Or, rien ne prouve que ces textes généraux et flous aient un effet dissuasif et il y a fort à craindre au contraire qu'ils n'accentuent la stigmatisation liée au VIH et conduisent les gens à vouloir ignorer leur statut sérologique et à taire leur séropositivité.

13. La transmission intentionnelle du VIH à autrui est un acte de malveillance qui doit être sanctionné. Pourtant, les faits montrent qu'elle est extrêmement rare et que la plupart des séropositifs confirmés prennent des précautions pour ne pas exposer autrui à l'infection. Les lois pénales générales en vigueur permettent déjà de sanctionner la transmission intentionnelle. Ces lois spéciales pour le VIH, qui s'appliquent à des catégories de comportement générales, perpétuent l'idée selon laquelle les séropositifs sont dangereux et ne méritent pas de bénéficier de la solidarité nationale. Mais elles ne cadrent ni avec la réalité ni avec l'engagement figurant dans la Déclaration politique de 2006, à savoir « instaurer un cadre social et juridique qui favorise la divulgation sans risque et avec le consentement des personnes concernées d'informations sur la sérologie VIH ».

14. Ces lois d'une portée trop large risquent de conduire à l'incrimination de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées ou qui ne comprennent pas comment le VIH se transmet, ou qui ont révélé leur séropositivité à leur partenaire et ont pris des précautions pour éviter de le/la contaminer. Certains indices donnent également à penser qu'elles frappent de manière disproportionnée les populations marginalisées.

15. Les partisans de la pénalisation de la transmission du VIH invoquent volontiers la nécessité de protéger les femmes, qui sont souvent exposées au risque de contamination en raison des comportements sexuels de leurs maris ou autres

partenaires masculins. Pourtant, ces lois risquent en fait d'exposer de nombreuses femmes à des poursuites. En effet, les femmes consultent les services de médecine plus fréquemment que les hommes – pendant une grossesse ou pour planifier des naissances; elles sont donc souvent les premières à être diagnostiquées comme séropositives et risquent de ce fait d'être accusées d'avoir « apporté le VIH dans le couple » ou d'exposer leur nouveau-né à la contamination.

16. Non contents de pénaliser la transmission du VIH, de nombreux pays répriment par des lois les relations homosexuelles, la prostitution et l'usage de drogues injectables. Ces législations entravent considérablement l'accès aux populations ayant besoin de services de prévention et de traitement. Ces comportements doivent être dépénalisés et les toxicomanes doivent bénéficier de programmes de sevrage.

17. Au lieu de privilégier les législations répressives, les États devraient promulguer et appliquer des lois qui protègent les séropositifs contre les discriminations et les violences sexuelles et garantissent l'accès de tous à l'information, aux services et aux structures concernant le VIH. L'expérience a largement prouvé que les campagnes encourageant l'abandon des comportements à risque, associées à une solide protection des droits humains, sont infiniment plus efficaces pour enrayer la propagation de l'épidémie que l'application contre-productive de sanctions pénales et autres formes de contrainte.

### **III. L'accès universel**

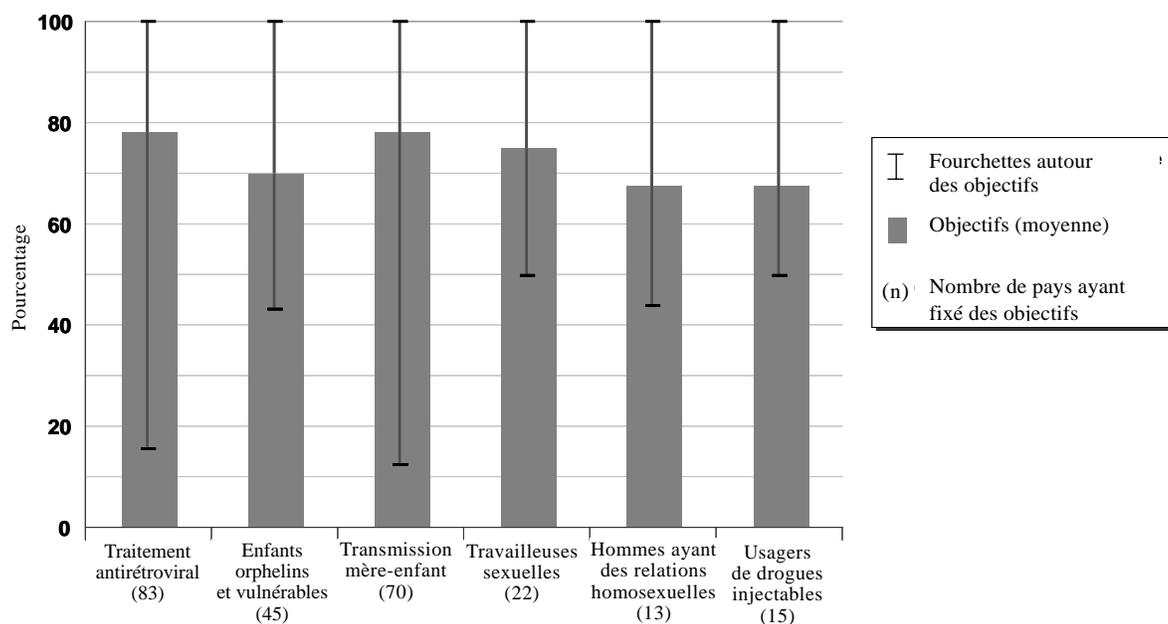
18. La promotion de l'accès universel a incité la communauté internationale à renforcer les services de prévention et de traitement anti-VIH partout dans le monde. En février 2009, 111 pays s'étaient fixé des objectifs nationaux de résultats et de couverture en matière d'accès universel. De nouveaux mécanismes d'assistance technique et de coordination ont été créés, par exemple les unités d'appui technique régionales, les centres de connaissances sur le VIH et l'Équipe mondiale mixte d'appui à l'analyse des problèmes et à la mise en œuvre de solutions, afin d'aider les pays à élaborer et exécuter des programmes de lutte contre le VIH/sida. Les systèmes nationaux de suivi et évaluation se sont améliorés; ils rendent compte de manière plus transparente et plus régulière des progrès accomplis et des améliorations à apporter dans la couverture et la qualité des services.

#### **Comprendre l'accès universel**

19. Le terme « accès universel » n'implique pas que 100 % des individus vont avoir accès à tous les services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement. Il traduit plutôt une volonté mondiale de faire des avancées mesurables et soutenues afin d'étendre de manière substantielle et concrète la couverture des interventions nécessaires pour maîtriser diverses épidémies. L'accès universel signifie que les services doivent être équitables, accessibles, abordables, diversifiés et adaptés aux besoins individuels. Il n'est pas uniquement centré sur l'obtention de résultats mesurables, mais constitue aussi une nouvelle manière d'aborder la santé et le développement international. Il est basé sur les droits et les solutions, l'appropriation nationale et le pragmatisme, la responsabilisation et la transparence optimales.

20. Comme le montre la figure II, les pays se sont fixé des fourchettes de couverture pour les différentes composantes de l'accès universel, et leurs objectifs sont en règle générale ambitieux mais réalisables. Certains objectifs nationaux pour 2010 sont plus modestes que d'autres, en raison essentiellement des délais jugés nécessaires pour renforcer les services de prévention et de traitement anti-VIH et non par manque de volonté d'instaurer l'accès universel.

Figure II  
Nombre de pays ayant fixé les objectifs de couverture des divers services à l'horizon 2010



21. Le rang de priorité accordé aux différents services est fonction du profil épidémique des pays. Le panachage des interventions dépend d'une série de facteurs, dont la prévalence du VIH, l'importance relative des différents modes de transmission, l'ampleur et la répartition des vides à combler en termes de services et les populations les plus touchées par l'épidémie.

22. Les coparrains et le secrétariat du Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) coordonnent l'action engagée pour aider les pays à instaurer l'accès universel; ils facilitent les concertations et le processus d'établissement des objectifs par les pays, étudient avec leurs partenaires les ressources nécessaires pour instaurer l'accès universel et mettent l'objectif d'accès universel au cœur du plan de travail commun d'ONUSIDA. Avec sa nouvelle équipe, ONUSIDA a mis l'accès universel au premier rang de ses priorités.

#### L'accès universel : un objectif ambitieux mais réalisable

23. Si l'accès universel est un objectif ambitieux, les résultats obtenus dans diverses régions prouvent qu'il peut être atteint. L'utilisation des antirétroviraux a largement quintuplé au Cambodge entre 2004 et 2007. Au Sénégal, en Afrique du

Sud et en Thaïlande, le nombre de personnes traitées aux antirétroviraux a doublé entre 2005 et 2007. Des taux de progression plus rapides encore ont été signalés en Europe centrale et orientale.

24. Des progrès du même ordre ont été constatés pour les services de prévention de la transmission mère-enfant. En 2007, le Botswana avait déjà instauré l'accès universel aux services de prévention de la contamination anténatale. D'autres pays – Argentine, Bélarus, Bénin, Brésil, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kenya, Namibie, République de Moldova, Rwanda, Swaziland et Ukraine – ont enregistré des avancées majeures vers l'accès universel aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant<sup>1</sup>.

### **Un impératif permanent**

25. Les faits démontrent que la prévention peut produire des résultats majeurs. Dans 14 des 17 pays africains étudiés, le taux de séropositivité chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans a diminué entre 2000 et 2007, et 9 de ces pays ont déjà obtenu la diminution de 25 % du taux de prévalence du VIH demandée dans la Déclaration d'engagement de 2001.

26. Comme le rythme des nouvelles infections à VIH reste supérieur à celui des décès causés par le sida, le nombre de séropositifs continue d'augmenter, et avec lui le nombre de personnes qui auront un jour besoin de services thérapeutiques. La nécessité impérieuse d'administrer des traitements à celles et ceux qui en ont besoin signifie qu'il faut de toute urgence renforcer et étendre les infrastructures de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

27. Si la prévention des nouvelles infections à VIH ne donne pas plus rapidement des résultats tangibles, l'expansion des programmes de traitement ne réussira pas à rattraper le rythme des primo-infections. Le cas d'un certain nombre de pays montre que des mesures de prévention combinées peuvent faire chuter les taux de primo-infection à VIH. En Namibie, par exemple, la sensibilisation au VIH dans le cadre de l'initiation à la vie active, le dépistage volontaire et l'accompagnement psychologique, ainsi que la distribution massive de préservatifs ont contribué à ramener le taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes à 14 % en 2007, contre 18 % en 2003. On estime que la réalisation à l'horizon 2010 des objectifs nationaux des pays à revenu faible ou intermédiaire en matière d'accès universel permettrait d'éviter 2,6 millions de nouveaux cas d'infection et 1,3 million de décès en 2009 et 2010.

28. La « prévention combinée » désigne un dosage approprié de stratégies comportementales, biomédicales et structurelles de prévention du VIH adapté aux besoins spécifiques des populations à risque<sup>2</sup>. En fait, l'effort de prévention porte tout particulièrement sur les jeunes, qui sont touchés de plein fouet par le VIH partout dans le monde.

<sup>1</sup> En plus de leurs objectifs nationaux d'accès universel aux services de prévention de la transmission mère-enfant, ces États Membres ont également adopté l'objectif mondial fixé dans la Déclaration d'engagement de 2001, à savoir une couverture de 80 % pour les services de prévention de la transmission anténatale à l'horizon 2010.

<sup>2</sup> Voir ONUSIDA, *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper*, 2005, disponible à l'adresse [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/UmbrellaPolicies/Prevention\\_Umbrella\\_Policies.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/UmbrellaPolicies/Prevention_Umbrella_Policies.asp).

### **Cibler les groupes les plus exposés au risque**

29. Le risque de contamination par le VIH et l'impact de la maladie ne sont pas les mêmes partout. En Afrique australe, par exemple, le risque est de 2 à 4,5 fois plus élevé chez les adolescentes que parmi les garçons du même âge. Dans presque tous les pays, la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée dans certains groupes précis que dans le reste de la population.

30. Les services doivent être élargis en direction de ceux qui en ont le plus besoin et tenir compte des besoins et des difficultés d'accès spécifiques des différentes communautés. Ainsi, en Europe orientale, les usagers de drogues injectables représentent 80 % des cas de séropositivité, mais moins de 25 % du nombre de personnes traitées aux antirétroviraux. ONUSIDA rapporte que les programmes de prévention nationaux ne correspondent vraiment bien aux besoins nationaux que dans 10 % des pays.

31. Outre qu'il leur faut améliorer l'accès des femmes et des filles aux services de prévention, les pays doivent aussi redoubler d'efforts pour s'attaquer aux inégalités des sexes qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH. Les partenaires nationaux doivent s'employer à instaurer l'accès universel à l'éducation primaire et secondaire, prendre des mesures pour empêcher les violences sexistes, veiller à l'adoption et à l'application de cadres juridiques solides garantissant les droits des femmes à la propriété, à l'héritage, à l'égalité de participation à la vie politique et aux débouchés économiques.

### **S'occuper des enfants séropositifs ou touchés par le VIH**

32. Il est particulièrement important de s'assurer que les enfants séropositifs ou touchés par le VIH ont accès aux services. Comme l'a souligné le rapport de février 2009 de la Joint Learning Initiative on Children and AIDS, la lutte contre le sida laisse de côté des millions d'enfants et leurs familles. S'ils ne reçoivent pas de traitement, les enfants infectés par le VIH ont seulement une chance sur deux de survivre au-delà de l'âge de deux ans. Pourtant, seuls 8 % des enfants nés de mère séropositive sont soumis à des tests de dépistage dans les deux mois qui suivent leur naissance, et les enfants d'Afrique subsaharienne ont moins de chances que les adultes de recevoir un traitement antirétroviral. Mais on peut rapidement accroître l'accès des enfants aux traitements. En 2008, le nombre d'enfants traités aux antirétroviraux dans le cadre du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) a augmenté de 51 %.

33. Environ 15 millions d'enfants – dont 80 % vivent en Afrique sub-saharienne – ont perdu leur père, leur mère ou les deux parents à cause du sida. Le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables à l'épidémie fait ressortir l'urgente nécessité de renforcer les systèmes d'aide sociale et de protection de l'enfance.

### **L'accès universel : 2010 et au-delà**

34. L'instauration de l'accès universel aura des répercussions bien au delà de la date butoir de 2010. Accroître l'accès aux services de prévention du VIH permettrait d'éviter plus de la moitié des nouveaux cas d'infection qui risquent de survenir entre aujourd'hui et 2015 si rien n'est fait. La réalisation de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, qui appelle la communauté internationale à avoir arrêté et commencé à inverser à l'horizon 2015 la propagation du VIH/sida, aidera à avancer vers les autres objectifs, notamment les objectifs 4 et 5, qui concernent la santé des enfants et des femmes, respectivement.

35. L'objectif d'accès universel induit déjà des effets prometteurs – il accentue la décentralisation des initiatives de lutte nationales, galvanise la mobilisation de la société civile et des personnes vivant avec le VIH, renforce les articulations entre santé sexuelle et santé procréative, contribue à la mise en place de systèmes nationaux d'achats de médicaments, de gestion des approvisionnements, de réglementation des médicaments et de ressources humaines.

#### **Associer de multiples secteurs à l'instauration de l'accès universel**

36. Si les gouvernements se doivent d'être à la pointe de la lutte contre le sida, l'accès universel appelle néanmoins la participation de tout un éventail de partenaires non gouvernementaux. La Coalition des réseaux régionaux Asie-Pacifique sur le VIH/sida, l'un des acteurs activement engagés dans cette entreprise, a défini des normes minimum pour la participation de la société civile à l'accès aux services. L'International Treatment Preparedness Coalition publie des rapports périodiques d'évaluation des progrès accomplis dans l'accès au traitement à partir des recherches de la société civile dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les réseaux régionaux de réduction des risques militent en faveur de l'accès universel des usagers de drogues injectables aux services anti-VIH.

37. L'action engagée pour instaurer l'accès universel ne pourra se poursuivre jusqu'à 2010 et au delà sans la participation massive et soutenue de divers secteurs. La lutte contre le sida a aidé à mettre en place de nouveaux mécanismes solidaires et participatifs d'élaboration, d'exécution, de suivi et d'évaluation des programmes. Cette approche doit être renforcée et intensifiée pour que le défi à long terme que représente le sida soit affronté selon un mode à la hauteur des enjeux, c'est-à-dire largement participatif et pensé sur la durée.

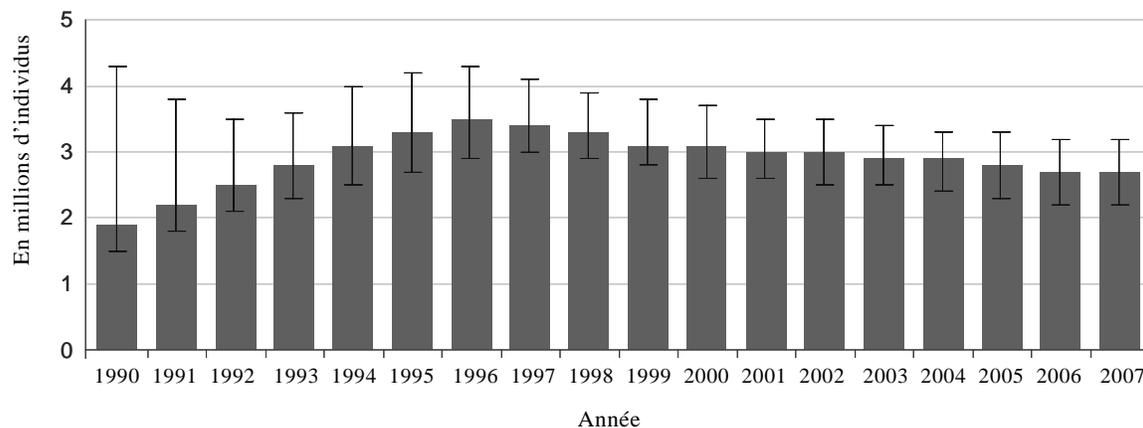
## **IV. Penser la lutte contre le sida dans les contextes nationaux et locaux**

38. Les pays doivent connaître leur profil épidémique et leurs moyens de lutte afin de choisir les interventions appropriées et de concevoir sur une base concrète des stratégies correspondant à leur situation nationale et infranationale. En modulant leurs interventions en fonction de la dynamique de l'épidémie, ils peuvent réduire les gaspillages et les facteurs d'inefficacité, mais aussi amplifier l'impact des efforts nationaux.

#### **Où en est l'épidémie?**

39. On estime qu'il y avait dans le monde 33 millions de séropositifs au VIH en 2007. Le nombre annuel de nouvelles infections a progressivement diminué dans la dernière décennie pour s'établir à 2,7 millions en 2007 après avoir culminé à 3,5 millions en 1996 (voir figure III), tandis que le nombre annuel de décès causés par le sida diminuait lui aussi, passant de 2,2 millions en 2005 à 2 millions en 2007. Au total, 96 % des primo-infections de 2007 se sont produites dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2007, le nombre de nouvelles infections chez les enfants de moins de 15 ans avait diminué de 80 000 par rapport à 2000, grâce en partie à l'élargissement de la couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant.

Figure III  
**Nombre de primo-infections par le VIH dans le monde :**  
**estimation pour 1990-2007**



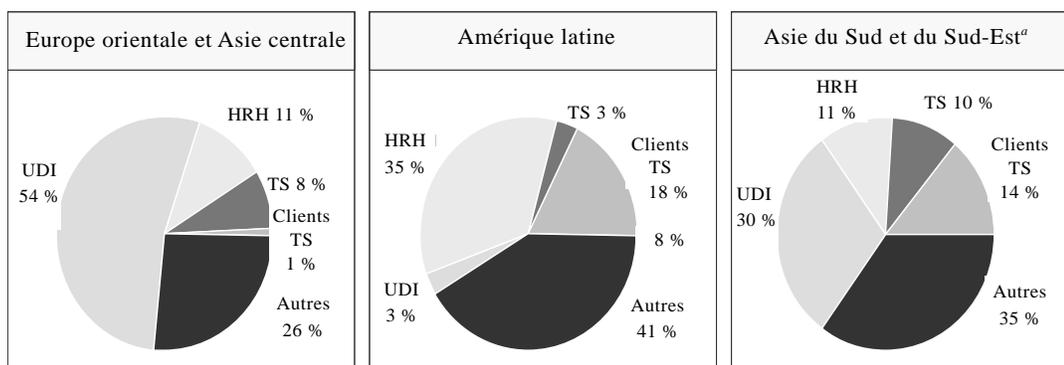
Fourchette des estimations.

#### **Les multiples visages de la pandémie de VIH**

40. L'épidémie de VIH n'est pas homogène et se présente très différemment selon les populations et les régions (voir figure IV). Les femmes représentent 60 % ou plus des cas de primo-infections à VIH en Afrique subsaharienne, tandis que dans d'autres régions les séropositifs sont en majorité des hommes. Les adolescents et les jeunes adultes sont les plus exposés au risque d'infection.

41. En Afrique subsaharienne, la transmission est surtout hétérosexuelle, avec des taux de prévalence du VIH particulièrement élevés en Afrique australe, où se sont produits 35 % de tous les nouveaux cas d'infection enregistrés dans le monde en 2007. Ailleurs dans le monde, les profils épidémiques sont différents selon les régions. En Amérique latine, les hommes ayant des relations homosexuelles sont les plus à risque, et on relève des taux d'infection élevés parmi les travailleuses du sexe et leurs clients ainsi que chez les usagers de drogues injectables. En Asie, où plusieurs modes de transmission du virus coexistent, les profils épidémiques nationaux se caractérisent par des taux d'infection élevés parmi les toxicomanes, les travailleuses du sexe et leurs clients. Alors que l'utilisation de seringues contaminées est la principale cause de primo-infection en Europe orientale et en Asie centrale, les contaminations par voie sexuelle y deviennent de plus en plus courantes.

Figure IV  
**L'infection à VIH dans différents groupes de population, par région (2007)**

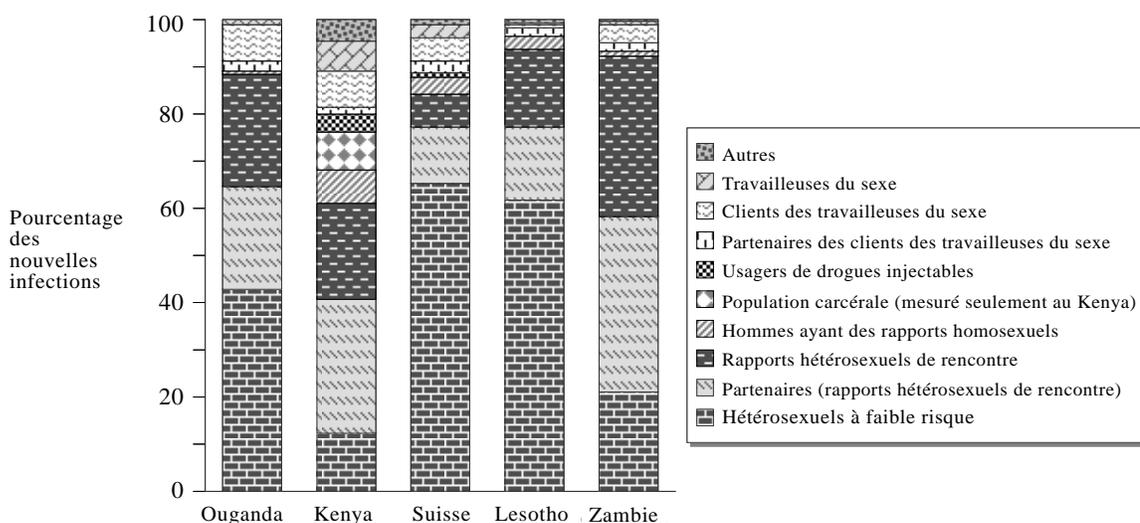


UDI : Usagers de drogues injectables  
 HRH : Hommes ayant des relations homosexuelles  
 TS : Travailleuses du sexe

<sup>a</sup> Cette analyse n'inclut pas l'Inde, où l'échelle de l'épidémie de VIH (caractérisée par un mode de transmission surtout hétérosexuel) masque la représentation d'autres populations à risque dans le profil épidémique régional.

42. La diversité frappante des profils épidémiques nationaux apparaît clairement à la figure V. Bien que la transmission hétérosexuelle soit une importante source de primo-infections dans chaque pays africain étudié, les sous-populations hétérosexuelles les plus à risque ne sont pas les mêmes. Ainsi, les hétérosexuels mariés ou vivant en couple sont minoritaires parmi les nouveaux cas d'infection au Kenya, en Ouganda et en Zambie, mais majoritaires au Lesotho et au Swaziland.

Figure V  
**Primo-infections à VIH dans différents pays d'Afrique sub-saharienne : modes de transmission**



43. On sait depuis longtemps que les taux de prévalence du VIH sont particulièrement élevés parmi les travailleuses du sexe en Afrique subsaharienne et dans d'autres régions. On note aussi depuis quelques années des taux élevés chez les hommes ayant des relations homosexuelles et les usagers de drogues injectables en Afrique subsaharienne, où leur position dans les profils épidémiques nationaux était auparavant mal connue. Au Malawi, plus d'un cinquième des hommes ayant des relations homosexuelles sont séropositifs, et dans le sud-ouest du Nigéria, le taux de contamination des hommes ayant des relations homosexuelles est 3,5 fois plus élevé que dans l'ensemble du pays. Au Kenya, plus de 4 usagers de drogues injectables sur 10 vivent avec le VIH, et en Afrique du Sud, 8 sur 10 sont infectés.

#### **Nouvelles stratégies pour aider les pays à connaître leur profil épidémique et leurs moyens de lutte**

44. Pour élaborer concrètement des mesures de lutte adaptées à leur situation nationale, les pays doivent disposer en temps voulu de données factuelles fiables sur leur profil épidémique. De nouveaux outils et des méthodes améliorées ont été mis au point pour les aider à collecter et analyser l'information dont ils ont besoin pour définir leurs plans nationaux sur la base de ce profil. Un nombre croissant de pays utilisent des analyses de modes de transmission pour connaître à la fois l'évolution des taux de primo-infection à VIH et les groupes les plus touchés.

45. Ces études aident les pays à réviser leur stratégie de lutte contre le sida à la lumière des données épidémiologiques. En ce qui concerne l'Ouganda, par exemple, des estimations ont montré que 43 % des nouveaux cas d'infections survenaient chez les couples mariés ou vivant en concubinage. Les autorités ougandaises ont donc décidé de privilégier les stratégies de prévention de la transmission du VIH dans les couples, par le biais de services de conseil et de consultations et de campagnes encourageant la monogamie ou la réduction du nombre de partenaires sexuels concomitants.

46. Les nouvelles données font apparaître des besoins de prévention inédits ou mal connus auparavant. C'est ainsi que, à la suite d'études épidémiologiques, les autorités kényanes prennent maintenant des mesures pour assortir les stratégies de réduction du risque au sein de la population kenyane d'initiatives ciblées de prévention des primo-infections parmi les hommes ayant des relations homosexuelles avec les hommes, les usagers de drogues injectables et dans les groupes à taux de prévalence élevé.

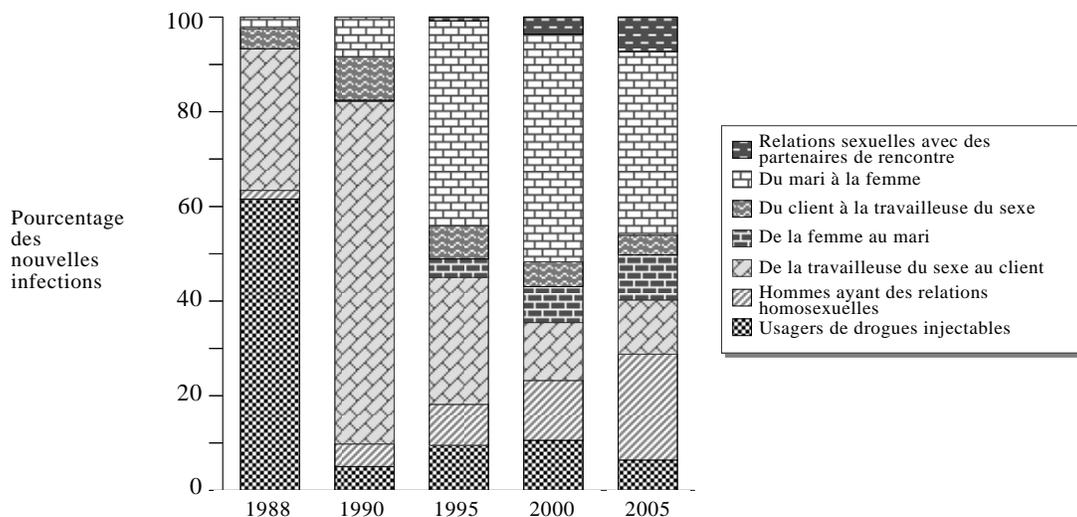
47. Les rapports de sexe et la dynamique des réseaux sexuels favorisent eux aussi la propagation rapide du VIH. Les analyses montrent notamment que le fait d'avoir des partenaires multiples accélère la propagation du VIH dans tout le réseau dès après l'introduction du virus. Dans les pays où l'épidémie touche surtout les usagers de drogues injectables, on note un nombre croissant de nouveaux cas d'infection chez les partenaires sexuels de ces mêmes usagers. Il faut définir précisément l'arsenal des stratégies qui correspondront le mieux aux besoins nationaux, et à cet effet la veille épidémiologique doit s'accompagner d'études sociologiques, ethniques et comportementales pertinentes.

#### **Répondre à des besoins changeants**

48. Les études épidémiologiques permettent de déterminer l'évolution chronologique de l'épidémie au niveau national et infranational et font apparaître la

nécessité de réorienter la prévention du VIH et les programmes thérapeutiques. Alors qu'en Thaïlande le virus s'est longtemps propagé essentiellement dans l'industrie du sexe, des données récentes révèlent une nette augmentation des taux de primo-infection dans le reste de la population, avec notamment la transmission du mari à la femme, mais aussi parmi les hommes ayant des relations homosexuelles (voir fig. VI).

Figure VI  
Évolution des primo-infections en Thaïlande, 1988 -2005



### Réformer les politiques et les programmes

49. Le caractère évolutif des profils épidémiques nationaux impose la mise en place de solides systèmes nationaux de suivi, d'évaluation et de surveillance du VIH. Ces systèmes donnent aux responsables de programmes les informations stratégiques voulues pour améliorer et élargir les services, promouvoir la responsabilisation des parties prenantes, aider les pays à mobiliser des ressources et faire le bilan des réussites et des échecs. Il faut garder assez de souplesse pour réorienter les ressources là où elles sont les plus nécessaires, ce qui suppose une vraie structure nationale de coordination et de gestion, à savoir une autorité nationale de lutte contre le sida et un vigoureux engagement multisectoriel.

50. Les pays doivent être préparés à adopter et utiliser de nouvelles technologies et stratégies et à en assurer l'acceptabilité une fois qu'elles sont introduites. À titre d'exemple, face au médiocre succès de leurs campagnes de consultation et de dépistage volontaires, un certain nombre de pays ont institué des services de dépistage et de conseil à l'initiative des prestataires, ce qui a nettement augmenté le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique VIH.

51. De la même manière, un certain nombre de pays à forte prévalence de VIH et à faible taux de circoncision prennent des mesures pour créer des services de circoncision de l'adulte ou renforcer les structures existantes, des études ayant

montré que ce geste chirurgical permettait de diminuer d'environ 60 % le risque de transmission de l'homme à la femme. Par leurs conseils, leur assistance technique et leurs financements, les responsables doivent appuyer l'accès élargi à des services de circoncision sûrs et efficaces et faire en sorte que cette stratégie soit étayée par de vigoureuses campagnes de promotion des préservatifs. D'autres outils de prévention vont peut-être voir le jour dans les années qui viennent – on songe notamment aux microbicides et à la prophylaxie antirétrovirale avant exposition – ce qui ne fait que confirmer la nécessité d'adopter et d'appliquer de nouvelles stratégies.

52. La vigilance et la souplesse nationales sont tout aussi indispensables en ce qui concerne le traitement du VIH. Avec le soutien des organisations scientifiques internationales et des donateurs, les pays doivent surveiller l'apparition de souches résistantes aux antirétroviraux, évaluer les effets secondaires des médicaments et prévoir les besoins en nouveaux protocoles et médicaments. L'intégration plus poussée des services de traitement du VIH et de la tuberculose doit intervenir sans attendre.

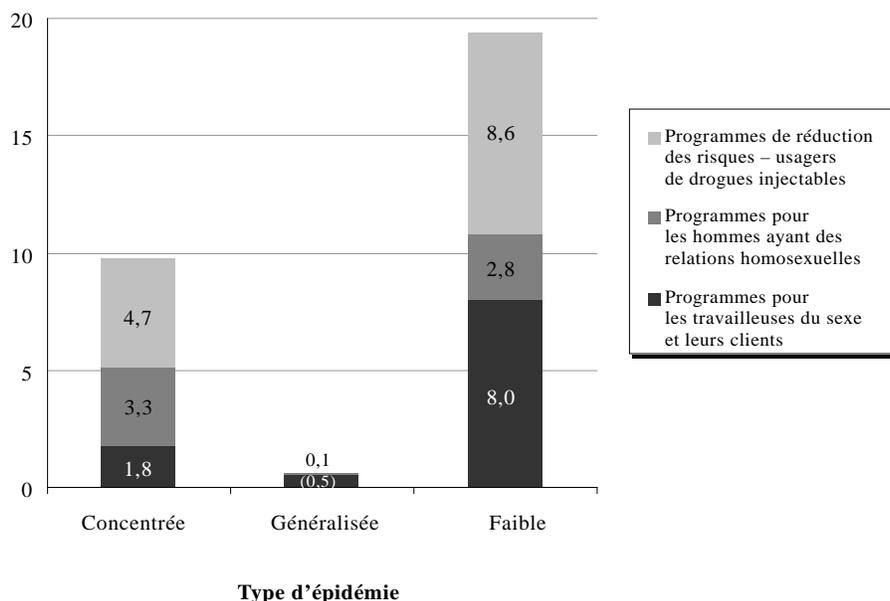
### **Services pour les populations marginalisées**

53. Des efforts particuliers doivent être faits pour garantir l'accès des populations marginalisées les plus exposées au risque d'infection par le VIH à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement (voir fig. VI). Dans de nombreux pays à épidémie concentrée, moins de 10 % des dépenses de 2006 au titre de la prévention du VIH ont été dirigées vers les populations les plus à risque. Les données concernant 40 pays montrent que seul un usager de drogues injectables sur quatre environ a bénéficié des services de prévention de base en 2007, et que moins de la moitié d'entre eux savaient comment empêcher la transmission du VIH. Le nombre de pays s'étant fixé des objectifs de couverture des services pour les usagers de drogues injectables reste peu élevé (voir fig. II).

54. Dans le même ordre d'idées, peu de pays ont formulé des objectifs de services pour les hommes ayant des relations homosexuelles (voir fig. II). Les conséquences de ce manque d'accès aux services sont illustrées de manière éloquent par l'explosion des taux d'infection à VIH dans ces groupes de population en Asie. De plus, en 2006, malgré des taux de primo-infection élevés parmi les travailleuses du sexe et leur clients, les pays à forte prévalence n'ont consacré que 0,5 % de leurs dépenses de prévention aux programmes de prévention de la transmission du VIH dans le commerce du sexe.

55. La couverture des services anti-VIH s'est considérablement élargie en direction des réfugiés, avec des taux d'accès au traitement antirétroviral et aux services de prévention de la transmission mère-enfant atteignant 75 % et 68 %, respectivement, des réfugiés ayant besoin de ces services en 2008. Pourtant, les programmes et les politiques restent très insuffisants pour atteindre les populations touchées par des catastrophes et des crises; les services aux migrants, aux réfugiés et aux déplacés sont rarement prioritaires dans les plans stratégiques nationaux et les financements accordés par les donateurs.

Figure VII  
**Dépenses de prévention affectées aux populations à risque, en pourcentage du montant total des dépenses de prévention et par type d'épidémie (2005-2007)**



### **S'attaquer aux déterminants sociaux et structurels du risque et de la vulnérabilité au VIH**

56. Pour pouvoir définir des politiques et des stratégies programmatiques conformes aux besoins nationaux, les pays doivent comprendre les facteurs sociaux et structurels qui accroissent la vulnérabilité au VIH et qui, s'ils sont mal appréhendés, risquent de freiner les progrès vers l'accès universel. La stigmatisation liée au VIH et les inégalités homme-femme excluent et marginalisent, de sorte qu'il est très difficile pour les personnes qui en sont victimes de réduire leur risque d'infection ou d'avoir accès aux services anti-VIH. Des programmes spécifiques peuvent réduire la prévalence et les effets de la stigmatisation et des inégalités de sexe, mais en règle générale ils ne sont pas portés à l'échelle nationale et n'ont donc guère d'impact.

57. Il faut s'attaquer aux facteurs qui augmentent la vulnérabilité des groupes à risque, sous peine de ralentir les progrès vers l'accès universel. De peur d'être ostracisés ou maltraités, beaucoup d'hommes et de femmes appartenant à ces populations évitent de se soumettre à des tests de dépistage ou de se renseigner sur le VIH. Des attitudes discriminatoires dissuadent souvent les décideurs de mettre en œuvre des mesures de prévention et de traitement centrées sur les groupes qui en ont le plus besoin. En 2007, plus de 90 pays avaient des lois interdisant les relations sexuelles librement consenties entre adultes du même sexe. En 2008, la thérapie de substitution des opioïdes n'était disponible que dans 52 pays, à travers des programmes d'une envergure, d'une portée et d'une qualité très inégales. De plus, même dans les pays qui proposent des services de thérapie de substitution des opioïdes, le traitement s'arrête souvent quand les toxicomanes sont envoyés en prison.

58. Des expériences récentes prouvent qu'on peut, moyennant des initiatives fortes et courageuses, lever les obstacles qui freinent le développement de politiques rationnelles. Plusieurs pays, dont la Chine, l'Iran, la Malaisie, l'Ukraine et le Viet Nam, ont pris des mesures qui améliorent l'accès aux traitements de substitution et qui semblent contribuer à réduire le taux de transmission du VIH chez les usagers de drogues injectables. L'Inde propose des services d'aide sanitaire aux travailleuses du sexe dans les zones à fort taux de prévalence du VIH. En 2008, le Nicaragua et le Panama ont réformé leurs lois en dépénalisant les relations homosexuelles masculines et en février 2009, le Sénat burundais a rejeté un projet de loi qui aurait sanctionné au pénal les conduites homosexuelles.

## V. Inscrire la lutte contre le VIH dans la durée

59. La pandémie de VIH, reconnue officiellement comme telle il y a près de trois décennies, restera un défi planétaire de taille pour les générations à venir. À ce jour, la riposte se caractérise par une approche de crise à court terme permettant d'obtenir rapidement des résultats. Mais il semble de plus en plus évident qu'il faudra un engagement, un appui et des moyens financiers constants dans les décennies à venir pour empêcher de nouvelles contaminations, diminuer les taux de morbidité et de mortalité associés au VIH et aider les sociétés, les communautés et les ménages à faire face aux fléaux de l'épidémie.

### Créer des capacités nationales durables

60. Engager une action dans la durée implique d'investir dans des mesures de renforcement durable des capacités des pays à revenus faibles ou intermédiaires. Ainsi, alors que les deux tiers des séropositifs que compte le monde aujourd'hui vivent en Afrique subsaharienne, la région n'a que 3 % de l'effectif mondial des professionnels de santé. La pénurie de personnel qui caractérise les services de santé publique des pays les plus touchés par le VIH est aggravée par la médiocrité des salaires et des conditions de travail et par le fait que les soignants désertent les établissements publics pour prendre des emplois mieux payés dans le secteur privé ou à l'étranger. Par ailleurs, les efforts consentis pour élargir la couverture des principaux services anti-VIH se heurtent souvent à d'autres problèmes de capacités, par exemple des infrastructures inadéquates, la pénurie de laboratoires et autres équipements et le sous-développement des systèmes de réglementation, d'acquisition et de gestion des médicaments.

61. Pour instaurer et maintenir l'accès universel à la prévention et au traitement de l'infection à VIH et aux services de soins et d'accompagnement, il faut à la base des systèmes de santé rationnels et en bon état de marche. Pourtant, avec l'expansion rapide des services anti-VIH dans des contextes de ressources limitées, la lutte contre le sida est parfois accusée d'ébranler des systèmes de santé fragiles en dénaturant les priorités de santé locales et en détournant des ressources destinées à d'autres priorités sanitaires. On note toutefois depuis huit ans une nette augmentation de l'aide publique au développement à la fois pour les services anti-VIH et pour d'autres services sans rapport avec le VIH.

62. Le cas de Haïti, du Rwanda et d'autres pays montre que la création de services anti-VIH spécialisés peut améliorer d'autres prestations sanitaires – vaccinations, lutte contre la tuberculose et le paludisme, services de santé sexuelle et procréative,

soins de santé maternelle et infantile. Elle contribue aussi à autonomiser les patients et à engager les communautés dans des mesures d'éducation des patients, des campagnes sanitaires et des initiatives visant à encourager l'observance thérapeutique et à améliorer les résultats. De plus, élargir l'accès aux thérapies antirétrovirales et aux services de prévention du VIH permettra d'alléger la charge des systèmes de soins et de faire en sorte que les soignants vivant avec le VIH puissent continuer à mener une existence productive. Le renforcement des services anti-VIH spécialisés a également permis d'accentuer le transfert de certaines tâches des médecins aux infirmières et auxiliaires de santé et donc de tirer le meilleur parti possible d'effectifs professionnels limités.

63. Comme l'accès universel ne peut se concevoir sans des systèmes de santé solides, il faut tout mettre en œuvre pour multiplier les mesures de renforcement des dispositifs sanitaires qui sous-tendent les services anti-VIH. Des signes encourageants pointent déjà dans cette direction. Ainsi, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme encourage activement les pays à inclure le renforcement des systèmes de santé dans leurs propositions de financement. Le Gouvernement des États-Unis a décidé que ses fonds d'aide à la lutte contre le VIH pouvaient servir à des actions de renforcement des systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ainsi qu'à la lutte contre la tuberculose et le paludisme. Au Ghana, le financement des services anti-VIH a permis au Gouvernement d'augmenter les salaires de toutes les équipes soignantes.

64. L'action engagée pour mettre en place des services anti-VIH spécialisés adossés aux systèmes de santé est freinée par l'incertitude qui prévaut quant aux stratégies les plus performantes pour optimiser les synergies entre les programmes dits « verticaux », centrés sur une maladie particulière, et les programmes plus généraux, dits « horizontaux ». Nombre d'institutions réfléchissent à l'élaboration de politiques de renforcement des systèmes de santé dans le cadre du renforcement des services anti-VIH. Une attention beaucoup plus soutenue doit être portée à la collecte des données factuelles requises pour aider les autorités nationales. Il faut de même s'employer sans relâche à mieux intégrer les services anti-VIH, les services antituberculeux, les services de santé sexuelle et procréative et les autres services pertinents.

65. Bien que primordial pour toute action réussie à long terme, le système de santé n'est que l'un des nombreux systèmes nationaux qu'il convient de consolider pour vaincre l'épidémie de VIH. La pérennité des résultats obtenus dépendra également du renforcement durable des capacités dans d'autres secteurs, dont les services sociaux, l'éducation et l'emploi.

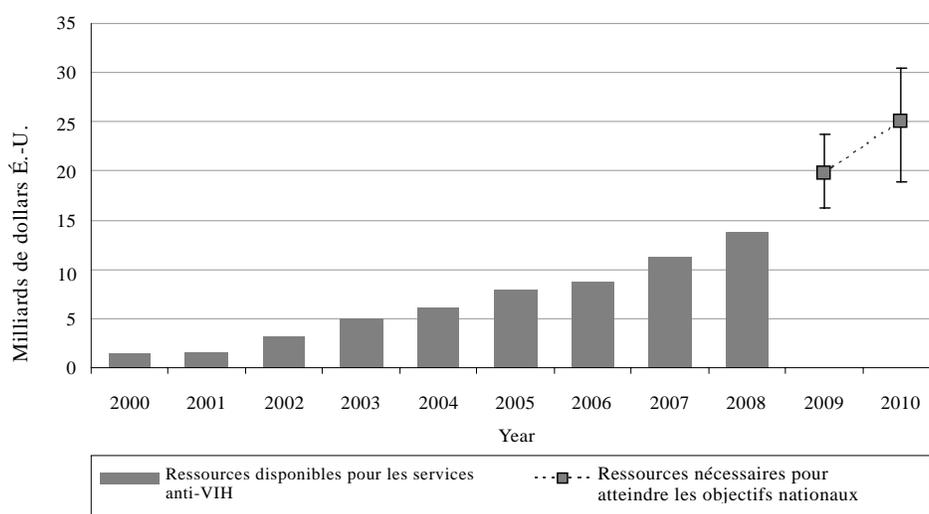
#### **La lutte contre le VIH : mobiliser des financements durables pour obtenir des résultats à long terme**

66. La récente augmentation des financements mondiaux et nationaux résulte de l'engagement et de la volonté de toute une série d'organismes, d'organisations bilatérales et multilatérales, de fondations et d'autres acteurs. Par le biais du PEPFAR, le Gouvernement des États-Unis a consacré 18,8 milliards de dollars à des projets d'assistance concernant le VIH au cours des cinq dernières années; en septembre 2009, on estimait que cette aide avait déjà sauvé environ 3,3 millions d'années de vie adulte. En décembre 2008, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme avait financé l'administration de traitements

antirétroviraux à 2 millions de personnes, ainsi que des services de conseil et de dépistage du VIH, auxquels ont eu recours 62 millions de personnes. De leur côté, les pays investissent davantage dans le renforcement des services anti-VIH. Entre 2004 et 2007, les dépenses publiques par habitant au titre de la lutte contre le VIH ont presque doublé dans les pays d'Afrique subsaharienne à revenu faible ou intermédiaire.

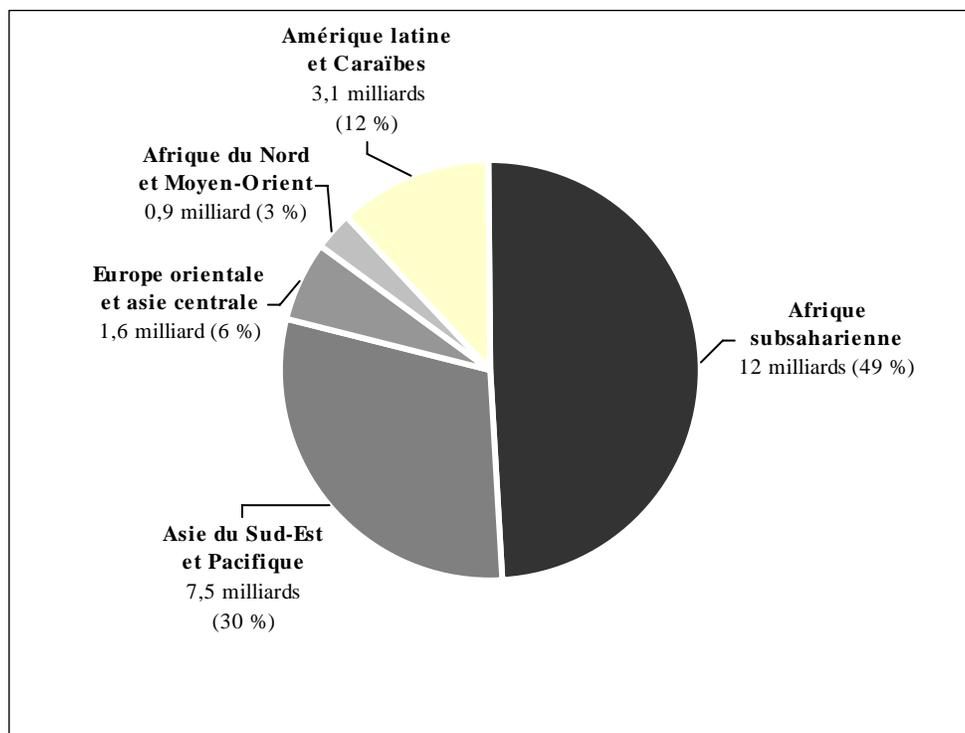
67. Bien que les fonds mobilisés pour les programmes VIH aient sensiblement augmenté ces dernières années, le rythme de croissance actuel ne permettra pas d'atteindre d'ici à 2010 les objectifs nationaux en matière d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement. Comme le montre la figure VIII, des projections récentes indiquent qu'il faudra dépenser 25 milliards de dollars par an pendant deux ans pour atteindre les objectifs d'accès universel à l'horizon 2010. ONUSIDA annonce que les donateurs internationaux devront couvrir environ les deux tiers de ces coûts pour que l'accès universel soit réalisé. Malgré leur volonté d'appuyer cet objectif, les donateurs internationaux ne seront peut-être pas en mesure d'apporter l'intégralité des fonds manquants, ce qui signifie que les gouvernements des pays à revenus faibles ou intermédiaires devront continuer d'augmenter leur investissement national dans la création et le fonctionnement de services anti-VIH.

**Figure VIII**  
**Ressources disponibles pour les services anti-VIH en 2000-2008**  
**et estimation des ressources financières requises pour 2008-2010**



68. Les profils épidémiques nationaux et locaux doivent déterminer la répartition des ressources affectées à la réalisation des objectifs nationaux en matière d'accès universel. ONUSIDA estime que 49 % des ressources devront aller à l'Afrique subsaharienne, 30 % à l'Asie du Sud et du Sud-Est, 12 % à l'Amérique latine et aux Caraïbes, 6 % à l'Europe orientale et à l'Asie centrale et 3 % au Moyen-Orient et à l'Afrique du Nord (voir fig. IX).

Figure IX  
Ventilation par régions des investissements nécessaires



69. Bien que ces chiffres puissent paraître vertigineux dans le contexte actuel de crise économique mondiale, les décideurs doivent songer à ce qu'il en coûterait de ne pas faire de tels investissements. Il va falloir 11,3 milliards de dollars supplémentaires pour combler l'écart entre les dépenses de 2008 et les investissements nécessaires pour atteindre les objectifs nationaux d'ici à 2010. C'est peu en comparaison du montant astronomique des plans de relance économique mis en place récemment par différents gouvernements. Cet investissement ambitieux mais pourtant gérable dans l'accès universel pourrait produire des dividendes exceptionnels (voir tableau).

70. Les donateurs doivent tenir leurs engagements en finançant la lutte contre le sida de manière plus prévisible. Les financements aléatoires accordés sur une base annuelle ne permettent pas de faire des plans nationaux efficaces et empêchent de mettre en œuvre des stratégies à long terme pour renforcer les capacités nationales. Un certain nombre d'options innovantes à l'étude permettraient de mieux garantir le financement de la lutte contre le sida. Il est notamment question de convertir les programmes de dons en lignes de crédit permanent accordés aux pays et d'utiliser davantage les financements communs ou approches sectorielles qui permettent à

plusieurs donateurs de mutualiser leurs ressources pour appuyer les stratégies et les priorités nationales.

71. L'épidémie constitue un défi de longue haleine qui nécessitera un engagement financier fort s'inscrivant dans la durée. La lutte contre le sida a déjà produit de nombreux mécanismes innovants de mobilisation des ressources, notamment des dispositifs multilatéraux tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou la Facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM), ainsi que des initiatives privées comme la campagne ruban rouge. Le besoin de financements à long terme signifie qu'il faut trouver des mécanismes de financement supplémentaire innovants et durables pour soutenir la lutte contre le sida.

### Résultats et effets escomptés du financement intégral des objectifs nationaux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici à 2010

(En millions)

Nombre de primo-infections évitées (2009-2010)	2,6
Nombre de décès évités (2009-2010)	1,3
Personnes sous traitement antirétroviral	6,7
Enseignants du primaire formés	1,0
Travailleuses du sexe conseillées	7,5
Conseil et dépistage volontaires	40,9
Préservatifs distribués	8 153,7
Travailleurs informés et sensibilisés sur leurs lieux de travail	46,2
Unités de sang non contaminé produites	42,6
Femmes enceintes bénéficiant de services complets de prévention de la transmission mère-enfant	74,5
Usagers de drogues bénéficiant des programmes de réduction des risques	9,6
Hommes ayant des relations homosexuelles	20,4
Détenus contactés et informés	6,2
Matériel d'injection non contaminé	4 247,1
Circoncisions effectuées	1,5
Orphelins aidés	6,7
Patients recevant des traitements pour des infections opportunistes et des soins palliatifs	2,1

### Accroître l'efficacité des dépenses pour la lutte contre le VIH

72. Dans un contexte de crise économique mondiale, il faut plus que jamais s'assurer que l'investissement dans la lutte contre le sida produit le maximum d'effets. Comme l'indique la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, les acteurs du développement s'accordent sur la nécessité d'harmoniser et d'aligner les différentes initiatives d'aide internationale afin de réduire les doubles emplois, de garantir l'appropriation et la maîtrise nationales de l'action et d'encourager des efforts ciblés de renforcement de l'impact stratégique.

En ce qui concerne plus spécifiquement la lutte contre le sida, l'effort d'harmonisation et d'alignement est illustré par les trois Principes, qui prévoient un cadre stratégique unique pour guider les efforts des pays, une seule autorité de coordination nationale et un cadre unique convenu pour le suivi et évaluation.

73. L'harmonisation et l'alignement des initiatives antisida se sont améliorés dans de nombreux pays, qui utilisent de plus en plus leurs schémas nationaux de lutte contre le sida pour soutenir les processus nationaux de planification du développement. Le service des stratégies et des plans d'action nationaux de lutte contre le sida a aidé plus de 50 pays à élaborer, évaluer ou réviser leurs schémas stratégiques. Il faut cependant s'employer sans attendre à réduire le poids des formalités et obligations administratives superflues pesant sur les pays et renforcer la coordination stratégique afin d'appuyer les stratégies définies par les pays sur la base de leur profil épidémique. L'harmonisation plus poussée des efforts de suivi et évaluation est particulièrement prioritaire.

#### **Autres priorités essentielles de la lutte contre le sida**

74. La lutte contre le sida est une entreprise de longue haleine qui va nécessiter un leadership sans précédent à tous les niveaux dans divers secteurs. Lorsque les problèmes cessent d'être « nouveaux », ils risquent de moins intéresser les décideurs, et cela qu'ils aient ou non été résolus. Comme dans le cas du VIH/sida, des millions de vies sont en jeu, ce relâchement aurait des conséquences mortelles.

75. S'il faut une volonté politique forte et soutenue pour remporter des victoires durables sur l'épidémie, l'engagement massif de la société civile et des communautés touchées est tout aussi capital. La participation active et visible des personnes vivant avec le VIH est essentielle pour faire avancer le processus. Comme l'a montré la forte participation de la société civile à la réunion de haut niveau de 2008, la mobilisation des communautés dans la lutte contre le VIH a remarquablement progressé. Pourtant, les organisations de la société civile peinent encore à s'engager concrètement dans le combat contre l'épidémie en raison de problèmes de gouvernance, d'infrastructures limitées et de la résistance de certains gouvernements. Selon les informations communiquées à ONUSIDA par des interlocuteurs non gouvernementaux, les organisations de la société civile n'ont accès que dans 20 % des pays à des financements aux fins de renforcer leurs capacités à s'investir davantage dans la lutte contre le sida.

## **VI. Accélérer les progrès vers l'accès universel : quelques recommandations concrètes**

76. Il reste moins de deux ans avant l'échéance fixée pour instaurer l'accès universel à la prévention et au traitement de l'infection à VIH ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement. Un certain nombre de pays ont déjà atteint leurs objectifs nationaux d'accès universel ou sont en passe d'en réaliser les principales composantes. Mais beaucoup d'autres sont encore loin du but. En gardant à l'esprit l'objectif d'accès universel, toutes les parties prenantes – gouvernements, donateurs internationaux, organismes des Nations Unies et organisations scientifiques internationales, société civile, communautés touchées et personnes vivant avec le VIH – doivent redoubler d'efforts pour intensifier et accélérer la lutte contre la pandémie. Les coparrains et le secrétariat d'ONUSIDA doivent réaffirmer leur

vocation à appuyer les pays dans ces efforts. Il importe à cette fin de porter sans attendre toute l'attention voulue à l'application des recommandations formulées ci-après.

### **Réaffirmer l'engagement en faveur de l'accès universel**

77. Aux niveaux mondial, régional et national, toutes les parties prenantes doivent réaffirmer leur engagement à instaurer d'ici à 2010 l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH, aux soins et à l'accompagnement. En utilisant toutes les sources d'appui technique et financier disponibles, les pays doivent évaluer les obstacles et les surmonter en élaborant des stratégies ancrées dans les faits et les droits. Les acteurs internationaux doivent améliorer l'appui technique et financier qu'ils fournissent aux pays. L'accès universel doit conserver son rang de priorité élevé dans l'ordre du jour de toutes les réunions au sommet de 2009, 2010 et 2011. En collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux, ONUSIDA doit intensifier son effort d'assistance aux pays qui s'emploient à évaluer leurs progrès, identifier les obstacles à surmonter et aller de l'avant vers leurs objectifs.

### **Tenir les engagements en matière de droits de l'homme et de lois et politiques appuyant l'accès universel**

78. Les pays doivent revoir et réviser le cas échéant leurs législations, leurs politiques et les mécanismes d'application correspondants de manière à protéger les droits des séropositifs et des populations vulnérables. Les lois doivent être accompagnées de programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Ils doivent lever les restrictions imposées à l'entrée, au séjour et à la résidence sur la base du statut sérologique VIH et limiter l'application du droit pénal aux seuls cas de transmission intentionnelle du VIH. Ils doivent agir pour que les personnes touchées par le VIH aient accès à la justice, aux services d'aide judiciaire, aux campagnes d'information sur la justice et aux programmes visant à protéger les droits des femmes à la propriété et à l'héritage.

### **Intensifier l'action de prévention du VIH**

79. Les stratégies de prévention nationales doivent être intensifiées, être calquées sur les réalités nationales et locales et tenir compte des profils épidémiques nationaux, de l'évolution de la pandémie et des initiatives qui ont fait leurs preuves. Les pays doivent appliquer une démarche de « prévention combinée » associant judicieusement campagnes de changement des comportements, programmes biomédicaux et interventions structurelles. Ils doivent aussi mettre en œuvre des programmes élargis pour s'attaquer aux facteurs sociaux, juridiques et économiques sous-jacents qui augmentent le risque et la vulnérabilité vis-à-vis du VIH.

### **Financer l'accès universel**

80. Le financement annuel doit être porté à 25 milliards de dollars d'ici à 2010 pour que les objectifs nationaux d'accès universel soient atteints. Les donateurs internationaux seront appelés à augmenter leurs financements étant donné que les ressources disponibles ne permettent pas aux pays à faible revenu d'atteindre leur objectif d'accès universel, malgré le fait que tous les pays doivent investir davantage dans la lutte contre le sida. Les donateurs doivent par ailleurs améliorer la prévisibilité des financements concernant le VIH et d'autres activités de

développement et réfléchir activement à des stratégies viables propres à faciliter la planification stratégique à long terme au niveau des pays. Les dirigeants mondiaux doivent trouver des mécanismes de financement innovants. Pour produire le maximum de résultats à long terme, les financements en cours doivent soutenir l'effort de recherche de nouvelles technologies et de stratégies de prévention et de traitement de l'infection à VIH.

**Renforcer les systèmes de santé, d'éducation et d'aide sociale pour étayer les services anti-VIH**

81. L'accès universel nécessitera des financements, des politiques et des initiatives fortes ciblées sur le VIH, ainsi que le renforcement général des systèmes de santé et autres dispositifs essentiels. Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire doivent élaborer et mettre en œuvre des plans stratégiques pour recruter et conserver une main-d'œuvre efficace dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de l'aide sociale. Des aides techniques ciblées doivent être proposées pour aider les pays à appliquer les stratégies qui semblent les mieux adaptées pour renforcer les systèmes de santé, par exemple le transfert de certaines tâches et les services de santé en ligne.

**Rendre compte des résultats obtenus dans la lutte contre le sida**

82. Tous les acteurs de la lutte mondiale contre le sida doivent montrer leur détermination à agir avec le maximum de transparence et de responsabilité. Les donateurs et les gouvernements doivent rendre compte intégralement de la manière dont les fonds qu'ils consacrent à la lutte contre le VIH sont dépensés. Tous les partenaires nationaux doivent immédiatement aligner et harmoniser leurs actions dans un système de suivi et évaluation unique conformément aux trois Principes. Tous les pays doivent s'assurer qu'ils sont prêts à collecter et publier en temps voulu des données normalisées basées sur des indicateurs de résultats convenus aux fins du suivi de l'accès universel et de l'état des autres engagements figurant dans la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida et la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida.

---