



# Assemblée générale

Distr. générale  
2 avril 2014  
Français  
Original : anglais

## Soixante-huitième session

Point 10 de l'ordre du jour

### Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et des Déclarations politiques sur le VIH/sida

## Vers une élimination de l'épidémie du sida : atteindre les objectifs de 2015 et planifier l'après 2015

### Rapport du Secrétaire général

#### *Résumé*

Alors que s'approche à grands pas l'échéance de 2015 fixée pour atteindre les objectifs et les engagements établis par l'Assemblée générale dans sa Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida (annexe de la résolution [65/277](#)), il est établi que l'action mondiale contre le VIH a atteint une phase importante. Il y a une baisse croissante de nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida. Il y a grand espoir que le monde éliminera les nouvelles infections à VIH chez l'enfant et que la vie de la mère sera sauvée. Malgré les défis économiques croissants et les priorités concurrentes, les ressources totales disponibles en faveur des programmes dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire continuent d'accroître.

Le monde a une occasion historique de jeter les bases de l'élimination de l'épidémie de sida. Toutefois, le succès n'est pas garanti. Tout en étant encourageants, les nouveaux développements et les tendances mondiales générales masquent le fait qu'un trop grand nombre de personnes infectées et affectées par le VIH sont laissées pour compte. Dans de douzaines de pays, le traitement antirétroviral d'une importance vitale n'atteint qu'une fraction des personnes éligibles dans le monde, jusqu'en décembre 2012, seule une personne environ sur trois éligibles au traitement en bénéficiait.

Bien trop souvent, la discrimination, la criminalisation et les pratiques répressives limitent une action efficace contre le VIH en faveur des personnes qui en ont le plus besoin, surtout les populations clés les plus exposées au risque d'infection. L'émergence de nouvelles mesures législatives visant à criminaliser certaines populations clés, qui non seulement violent les droits de la personne, mais



aussi éloignent les gens des services essentiels, mérite une attention particulière. L'expérience a prouvé que la peur, le blâme et l'ostracisme ne sont pas des facteurs de réussite dans la lutte contre le VIH. Nous avons plus d'outils que jamais pour lutter contre l'épidémie et notre action doit être guidée par la science et les valeurs partagées plutôt que par les préjugés et le rejet.

La lutte contre le sida ne répond pas aux besoins des jeunes. Les enfants sont deux fois moins susceptibles que les adultes de bénéficier du traitement antirétroviral en cas de besoin. Même si les décès liés au sida sont en baisse dans l'ensemble, la mortalité due au VIH chez les adolescents a augmenté de 50 % depuis 2005. En Afrique subsaharienne, les taux d'infection demeurent substantiellement plus élevés chez les filles que chez les garçons de même âge.

Quoique plusieurs des cibles et des objectifs principaux de 2015 sont à notre portée, le sida sera encore en 2016 un défi mondial urgent de santé et de développement. Si nous voulons tirer parti des acquis exceptionnels réalisés et relever les défis persistants, il faudra faire de l'élimination du sida une priorité dans le programme de développement de l'après-2015. La lutte contre le sida a beaucoup à apporter au domaine plus large du développement, avec l'accent qu'elle met sur le plaidoyer, l'autonomisation des communautés, un leadership politique de haut niveau, une action fondée sur les faits et les droits, des modèles innovants de prise en charge et de prévention ainsi que des partenariats et une collaboration à grande échelle. De même, la lutte contre le sida sera considérablement renforcée si elle passe d'une action isolée à un instrument d'accélération du progrès dans les prochains objectifs de développement durable. En particulier, il existe d'importantes synergies entre la lutte contre le sida et les efforts mondiaux pour éliminer l'extrême pauvreté, garantir une couverture sanitaire universelle et réduire les inégalités.

Éliminer l'épidémie de sida sera un succès mondial historique pour l'humanité toute entière qui, dans le processus renforcera en outre l'égalité des sexes, favorisera les droits de la personne et combat les facteurs d'inégalité et d'exclusion. Même si 2015 représente une échéance importante dans la lutte contre le sida, les travaux doivent continuer de s'intensifier, si nous voulons atteindre l'objectif partagé de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au sida.

## I. Introduction

1. Après plus de 30 années d'effort mené contre l'un des défis sanitaires les plus graves de notre ère, le monde connaît des avancées historiques dans la lutte contre le VIH. Le nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida continue globalement de baisser, avec notamment des réductions considérables dans le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH. Plusieurs pays ont pris des mesures pour augmenter le financement du secteur public national destiné aux activités liées au VIH, un signe encourageant pour une viabilité à long terme de la lutte.

2. Ces progrès, certes impressionnants, ne sont pas visibles partout. En effet, de nouvelles infections au VIH continuent d'être enregistrées dans de nombreux pays, notamment au sein des populations clefs. Même s'il existe des instruments permettant de jeter les bases de l'élimination du sida, ils doivent encore être optimisés. La distribution des préservatifs stagne et moins de la moitié des personnes éligibles au traitement antirétroviral en vertu des directives unifiées de l'Organisation mondiale de la santé de 2013 sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH ont actuellement accès aux services de traitement d'importance vitale. Due en grande partie à l'incapacité de combattre efficacement les facteurs sociaux sous-jacents de la vulnérabilité du VIH, le progrès de la lutte peut bien être retardé, voire reculer au cours des prochaines années.

3. Dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida (annexe de la résolution 65/211 de l'Assemblée générale), la rencontre des pays visait à jeter les bases pour mettre fin à l'épidémie. La Déclaration politique de 2011 fait le plaidoyer d'une action concertée visant à poser une série de jalons d'ici à la fin de 2015. Dans le souci d'appuyer la réalisation de ces objectifs, les pays se sont engagés à pallier au manque de ressources liées au sida afin que la lutte engagée soit davantage intégrée dans les efforts plus vastes de développement et que les inégalités de sexes, la stigmatisation et la discrimination soient éliminés.

4. Au moment du rapport, nous sommes à 600 jours de l'échéance des objectifs et des engagements de 2015. Même si le monde est actuellement en voie de réaliser quelques-uns des 10 objectifs prioritaires et des engagements de la Déclaration politique de 2011, nous sommes encore loin d'avoir atteint la plupart d'entre eux. Dans de très nombreux pays, peu d'objectifs, s'il en existe, sera réalisé d'ici à 2015 si les tendances actuelles subsistent. Il est essentiel que les pays redoublent immédiatement d'efforts pour garantir la mise en œuvre totale et l'intensification des méthodes éprouvées axées stratégiquement sur les zones géographiques et les populations sur lesquelles elles produiront le plus d'effet. Pendant que les actions sont renforcées et accélérées, il est essentiel de faire des efforts pour jeter les bases d'une lutte durable et efficace au-delà de 2015 pour un succès à long terme. Comme l'indique les progrès enregistrés au cours de la dernière décennie, l'élimination du sida est à notre portée, et nous avons de très nombreuses expériences sur lesquelles s'appuyer. Toutefois, la mesure dans laquelle nous atteindrons ce but dépend largement de nous.

## II. L'épidémie mondiale de sida : rapport d'étape

5. En décembre 2012, on estimait à 35,3 millions (32,2 à 38,8 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde. Les femmes constituent 50 % de toutes les personnes vivant avec le VIH, dont environ 58 % en Afrique subsaharienne. L'épidémie continue d'affecter inégalement l'Afrique subsaharienne qui représente environ 71 % de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde, 70 % de nouvelles infections à VIH et 75 % de décès liés au sida. En dehors de l'Afrique subsaharienne, le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH se trouve dans la région de l'Asie-Pacifique (4,8 millions de personnes en 2012, dont 36 % sont des femmes), quoique la prévalence du VIH soit substantiellement plus basse qu'en Afrique subsaharienne.

6. Les tendances épidémiologiques prometteuses prouvent que la prévention et les programmes de traitement du VIH produisent des résultats. Le nombre probable de nouvelles infections à VIH en 2012 dans le monde (2,3 [1,9 à 2,7] millions) était de 33 % plus bas que celui de 2001, tandis que le nombre annuel de décès liés au sida (1,6 [1,4 à 1,9] millions en 2012) a baissé de 30 % depuis 2005.

7. Toutefois, certes pas dans tous les pays, les communautés et les populations se partagent ces progrès. De nouvelles infections à VIH continuent d'accroître en Europe de l'Est, en Asie centrale, au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et dans des régions d'Asie. Aucune réduction notable dans le rythme de décès liés au sida n'a été signalée dans les régions où de nouvelles infections surviennent de plus en plus.

8. L'épidémie varie considérablement tant à l'intérieur des pays et des régions qu'entre eux. Au Kenya par exemple, 9 des 47 comtés du pays représentent 54 % de nouvelles infections à VIH, alors que 70 % d'infections incidentes en Thaïlande surviennent dans 33 provinces. Même si des données limitées sur le risque de VIH chez les hommes et les femmes transgenreistes certes existent, une révision sommaire des informations provenant de 15 pays révèle que les femmes transgenreistes sont généralement 49 fois plus exposées au VIH que les adultes en âge de procréer. La prévalence du VIH est 13,5 fois plus élevée parmi les travailleuses du sexe qu'au sein de la gente féminine en général. Les homosexuels sont 19 fois plus exposés à vivre avec le VIH que les hommes en général. Dans au moins 49 pays, la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent de la drogue est au moins 22 fois plus élevée qu'au sein de la population en général. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH, des infections sexuellement transmissibles, des hépatites B et C et de la tuberculose peut, dans certains cas, être jusqu'à 50 fois plus élevée au sein de la population carcérale qu'au sein de la population en général.

9. L'épidémie continue de faire des ravages parmi dans le monde les jeunes (15 à 24 ans) qui constituent 39 % des nouvelles infections à VIH parmi les adultes. Les risques pour les jeunes femmes sont particulièrement élevés. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles d'être exposées que les jeunes garçons de leur âge. Au milieu de vastes réductions enregistrées dans les décès liés au sida, le nombre d'adolescents (de 10 à 19 ans) qui décèdent des suites de sida a en réalité augmenté de 50 % entre 2005 et 2012, une indication claire que la lutte, en grande partie, ne bénéficie pas à de nombreux jeunes.

10. Étant donné qu'un traitement antirétroviral intensifié augmente la durée de vie et améliore la qualité de la vie, les adultes plus âgées représentent une proportion accrue des personnes vivant avec le VIH. Globalement, environ 3,6 millions (3,2 à 3,9 millions) de personnes vivant avec le VIH avaient plus de 50 ans en 2012, la première fois dans l'histoire de l'épidémie que les personnes âgées représentaient plus de 10 % des personnes vivant avec le VIH. Cette tendance générale est semblable à celle observée auparavant dans les pays à revenu élevé où 30 % ou plus des personnes vivant avec le VIH sont âgées de plus de 50 ans. Étant donné que les options de traitement amélioré permettent à la population vivant avec le VIH de vieillir, les programmes qui les offrent nécessiteront d'être capables non seulement de lutter contre le VIH, mais aussi de relever les défis de santé et de vie associés au vieillissement.

### **III. Progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de 2015**

11. Cette section décrit les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs fixés dans la Déclaration politique de 2011. Pour chacun des 10 objectifs et des engagements d'élimination débattus ci-dessous, des défis croissants et les mesures clefs nécessaires pour les relever sont décrits. Quoique le débat met l'accent sur les réalisations et les manquements passés, l'expérience à ce jour a permis à la communauté internationale d'identifier les stratégies les plus prometteuses pour éliminer les principaux obstacles, fournissant une base solide pour atteindre l'objectif d'éliminer le sida au cours de la période de l'après-2015.

#### **1. Réduire la transmission sexuelle du VIH de 50 % d'ici à 2015**

12. D'importants progrès ont été réalisés pour empêcher la transmission sexuelle du VIH. Le nombre annuel d'infections à VIH en Afrique subsaharienne a baissé de 34 % entre 2001 et 2012, avec une baisse de 49 % signalée aux Caraïbes au cours de la même période. Dans 16 pays de l'Afrique subsaharienne, l'incidence du VIH sur les adultes a baissé de plus de 50 % entre 2001 et 2012. Les réductions observées dans les nouvelles infections sont en grande partie le fait des changements opérés dans les comportements sexuels à risque, y compris l'utilisation accrue du préservatif, le différé des premiers rapports sexuels et une baisse dans le nombre moyen de partenaires sexuels. Toutefois, de récentes études nationales sur les ménages ont noté des augmentations dans le nombre de partenaires sexuels et des réductions dans l'utilisation du préservatif dans de nombreux pays africains, soulignant la nécessité d'investissements continus en faveur de la prévention primaire du VIH pour maintenir les progrès obtenus dans la prévention.

13. Même si une intensification continue du traitement antirétroviral (voir par. 25 à 32 ci-dessous) renforce les efforts de prévention du VIH, l'engagement aux autres formes de prévention du VIH peut être ralenti. Le nombre de préservatifs masculins financés par des bailleurs de fonds dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a baissé de 3,4 milliards en 2011 à 2,4 milliards en 2012, alors que le nombre de préservatifs féminins a baissé de 43,4 millions à 31,8 millions. Les examens à mi-parcours du progrès national vers les objectifs de 2015 ont reflété un soutien en baisse dans de nombreux pays des programmes sociaux et comportementaux de prévention du VIH. Plusieurs jeunes n'ont pas accès à une

éducation sexuelle détaillée qui réponde à leurs besoins et leurs capacités en évolution et demeurent largement exclus des dialogues politiques sur les questions qui les touchent. Un soutien continu en faveur de la prévention fondée sur les faits est nécessaire pour baisser le taux élevé toujours inacceptable des nouvelles infections à VIH et pour éviter qu'au moment où le traitement du VIH change les perceptions populaires de la maladie, les comportements sexuels à risque ne puissent augmenter.

14. Des acquis considérables ont été réalisés dans l'intensification de la circoncision médicale volontaire, ce qui a le potentiel d'éviter plus de 20 % de toutes les nouvelles infections prévues jusqu'en 2030. Jusqu'en décembre 2012, 3,2 millions d'hommes africains âgés de 15 à 49 ans avaient été circoncis dans les 14 pays de l'Afrique subsaharienne où une intensification avait été recommandée. Quoique cela représente seulement 15 % de l'objectif de 20 millions de circoncisions à l'horizon 2015, le rythme d'intensification s'accélère rapidement, le nombre de circoncisions effectués en 2012 étant deux fois celui de 2011. L'Afrique du Sud a effectué plus de circoncisions que tous les autres pays prioritaires, suivie du Kenya, du Mozambique, de l'Ouganda, de la République unie de Tanzanie, du Rwanda et de la Zambie, chacun des pays ayant effectué plus de 130 000 opérations de circoncision en 2012. Le Kenya en a réalisé la plus grande couverture; en effet, jusqu'en décembre 2012, il avait atteint plus de 60 % de sa cible. En 2013, l'OMS a préqualifié le premier appareil de circoncision non chirurgical pour adulte, qui offre une alternative potentiellement séduisante par rapport à la circoncision chirurgicale traditionnelle.

15. L'incapacité pour les services de prévention fondés sur les droits de la personne et sur les faits d'atteindre les populations clefs représente un handicap majeur dans les efforts actuels pour réduire la transmission sexuelle du VIH. La couverture en matière de prévention de ces populations demeure inadéquate en grande partie à cause du financement insuffisant pour de tels efforts, étant donné que seulement 10 % du financement destiné à la prévention du VIH appuie les programmes en faveur des populations clefs. Actuellement, les efforts de prévention limités en faveur de ces populations clefs sont financés par des bailleurs de fonds internationaux dans une proportion exceptionnellement élevée, soulignant le besoin d'un leadership et d'un engagement considérablement plus accrus au plan national afin de garantir que les personnes les plus nécessiteuses bénéficient du soutien essentiel à la prévention du VIH.

16. Il existe de plus en plus de preuves que la protection sociale, la protection de la subsistance, les motivations financières et les programmes d'autonomisation économique réduisent le risque de contracter le VIH en réduisant la vulnérabilité économique qui peut encourager des comportements à risque. Les études de divers régimes de transfert de fonds au Lesotho, en Malawi et en République unie de Tanzanie ont révélé que tels programmes encouragent des comportements sexuels plus sains et réduisent de nouvelles infections sexuellement transmissibles ou à VIH chez les jeunes femmes. Vu l'augmentation régulière, au cours de ces dernières années, du nombre de pays dotés de programmes de transfert de fonds, des efforts sont nécessaires pour stimuler ces initiatives si l'on veut renforcer les efforts de prévention du VIH. Une étude récente de 4 pays a révélé que les personnes vivant avec le VIH rencontrent des obstacles à leur accès aux régimes de protection sociale en raison des facteurs tels que la stigmatisation, la complexité bureaucratique et le manque de prise de conscience.

## **2. Réduire de moitié la transmission du VIH chez les personnes qui s'injectent de la drogue d'ici à 2015**

17. Peu de progrès a été réalisé vers l'atteinte de l'objectif mondial de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez les personnes qui s'injectent de la drogue, lesquelles représentent plus de 40 % des nouvelles infections dans certains pays. Globalement, les personnes qui s'injectent de la drogue représentent environ 0,2 % à 0,5 % de la population mondiale (14 million environ de personnes), mais représentent 5 à 10 % des personnes vivant avec le VIH. La transmission par l'utilisation commune du matériel d'injection contaminé est la principale cause des épidémies nationales en Europe de l'Est et en Asie centrale ainsi que dans des régions de l'Asie de l'Est et du Sud-est, et elle émerge comme un facteur important en Afrique de l'Est.

18. Quoiqu'il ait été démontré qu'un ensemble de services complet de réduction des risques réduit considérablement le risque d'infection du VIH chez les personnes qui s'injectent de la drogue, la couverture des services demeure extrêmement basse. Globalement, seulement 8 % des personnes qui s'injectent de la drogue ont accès au traitement de substitution des opioïdes et dans le monde, seulement deux aiguilles stériles sont distribuées par personne chaque mois. Les lois répressives, y compris le recours abusif à l'incarcération des personnes qui s'injectent de la drogue, et un manque criard des services liés au VIH dans des prisons entravent les efforts visant à répondre aux besoins associés au VIH des personnes qui s'injectent de la drogue.

19. Alors que les tendances mondiales sont décourageantes, des signes d'espoir occasionnels ont été notés, fournissant une base sur laquelle fonder une action plus solide et efficace en faveur des personnes qui s'injectent de la drogue. Selon de récentes études, plus de personnes qui s'injectent de la drogue déclarent avoir utilisé du matériel stérile la dernière fois qu'elles se sont injectées plus qu'elles ne l'ont fait lors des précédentes années. En outre, un bon nombre de pays ont fait du financement des services de réduction des risques une priorité, une pratique digne d'être suivie par d'autres pays.

## **3. Éliminer les infections à VIH chez les enfants et réduire les décès maternels**

20. Il y a de plus en plus d'efforts réalisés dans le monde pour empêcher aux enfants de contacter le VIH. Depuis 2005, les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont empêché 850 000 nouvelles infections chez les enfants. En 2012, environ 260 000 (130 000 à 320 000) enfants ont été nouvellement infectés par le VIH, une réduction de 52 % par rapport à 2001 et une réduction de 35 % au cours de ces trois dernières années. Alors que ces exploits sont historiques, le rythme de progression devra augmenter si nous devons atteindre l'objectif d'éliminer les nouvelles infections chez les enfants d'ici à 2015.

21. Même si la couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez les femmes enceintes vivant avec le VIH continue d'augmenter dans le monde, passant de 57 % en 2011 à 62 % en 2012, la couverture continue d'accuser du retard dans de nombreux pays. La couverture de la prévention chez les femmes enceintes demeure au-dessous de 50 % dans 13 pays frappés d'épidémies généralisées, au-dessous de 30 % dans des régions d'Asie et du Pacifique, et en dessous de 20 % dans le Moyen-Orient et en Afrique du nord.

22. Les directives de l’OMS de 2013 qui appellent à un traitement antirétroviral à vie chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, offrent une importante plateforme sur laquelle accélérer le progrès vers l’objectif mondial d’éliminer la transmission de la mère à l’enfant et d’améliorer les résultats sanitaires chez les femmes enceintes et les mères vivant avec le VIH, cette approche s’étant révélée très efficace pour stimuler l’intensification accélérée des services de prévention dans des centres prénatals. Améliorer la couverture et les résultats des services exigera également une collecte, une analyse et une utilisation plus systématiques des informations stratégiques dans la cascade des services de prévention de la transmission de la mère à l’enfant.

23. D’autres éléments de la prévention efficace de nouvelles infections chez les enfants, comme souligné dans le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l’horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie : 2011-2015, doivent encore atteindre le niveau nécessaire. La couverture antirétroviral chez les femmes enceintes vivant avec le VIH est considérablement plus basse au cours de la période d’allaitement (49 %) qu’au cours de la grossesse et de l’accouchement (62 %). Alors que les défis non satisfaits de la contraception ont quelque peu baissé entre 1990 et 2010, il existe encore des lacunes considérables, avec plus de 20 % des femmes en Afrique de l’Est et en Afrique de l’Ouest qui n’ont pas accès aux services de planning familial. Le modelage révèle que réduire les besoins non satisfaits des services de planning familial est essentiel pour atteindre l’objectif de 2015 d’éliminer la transmission de la mère à l’enfant. En travaillant pour supprimer les lacunes du continuum de prévention, les pays devraient relier les programmes destinés aux femmes enceintes et aux enfants aux efforts plus larges visant à réduire les inégalités entre les sexes et fournir aux femmes et aux jeunes filles les outils dont elles ont besoin pour se protéger du VIH.

24. Le monde ne parvient pas à répondre aux besoins des enfants vivants avec le VIH. Les enfants éligibles au traitement sont deux fois moins susceptibles d’obtenir le traitement antirétroviral que les adultes éligibles au traitement. Les directives de l’OMS de 2013 recommandent un début de traitement antirétroviral, indépendamment du taux de CD4, pour tous les enfants de moins de cinq ans vivant avec le VIH. La mise en œuvre de cette approche nécessitera des améliorations considérables dans l’accès aux services de diagnostic précoce chez les enfants, avec trois pays prioritaires présentant une couverture de diagnostic de moins de 5 %. En outre, une attention mondiale urgente est nécessaire pour remédier au manque ressenti de motivations financières pour en faveur pour mettre en place un éventail complet de formulations pédiatriques antirétrovirales.

#### **4. Atteindre 15 millions de personnes vivant avec le VIH avec le traitement antirétroviral essentiel à la survie d’ici à 2015**

25. Jusqu’en décembre 2012, 9,7 millions de personnes des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire recevaient le traitement antirétroviral, une augmentation de 1,6 million de personnes par rapport à 2011. L’élargissement constant de l’accès au traitement antirétroviral transforme les luttes contre le VIH dans le monde. De 1995 à 2012, le traitement antirétroviral a permis d’éviter près de 6,6 millions de décès liés au sida dans le monde, notamment 5,5 millions dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Au KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, l’intensification du traitement antirétroviral a été associée à une augmentation de l’espérance de vie de 11,3 années. Selon une récente analyse effectuée par des économistes chevronnés,

commencer le traitement antirétroviral tôt est très bénéfique, avec des coûts supplémentaires gérables ajoutés à des augmentations substantielles en nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité.

26. Alors que l'augmentation du traitement antirétroviral représente l'un des succès remarquables de l'histoire de la santé mondiale, des lacunes persistantes sapent les efforts visant à atteindre l'accès universel au traitement. En plus des différences de traitement chez les enfants préalablement mentionnés, les hommes éligibles au traitement sont à 22 % moins susceptibles de bénéficier du traitement par rapport aux femmes éligibles au traitement. La stigmatisation et la discrimination, souvent renforcées par des lois et des politiques répressives, détournent également les populations clefs du recours aux services de dépistage et de traitement du VIH. Par exemple, on estime que seulement 4 % des personnes qui s'injectent de la drogue éligibles au traitement bénéficient du traitement antirétroviral. Au niveau régional, l'accès au traitement du VIH demeure très bas en Europe de l'Est, en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du nord. La couverture du traitement est notamment plus basse en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale qu'en Afrique australe.

27. Dans le cadre des directives de l'OMS de 2013, environ 28,6 millions de personnes dans le monde sont actuellement éligibles au traitement antirétroviral. Il est évident qu'à un certain moment de leur vie, toutes les personnes vivant avec le VIH auront besoin du traitement du VIH. Le modelage par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) révèle que réaliser une couverture à 95 % dans le cadre des directives de 2013 résulterait à une baisse de 83 % des décès liés au sida d'ici à 2020 comparé au niveau le plus haut de la mortalité liée au VIH enregistré en 2004. Pour mettre en œuvre les directives de 2013, les prestataires de service devront être préparés à offrir des soins qui répondent aux besoins des personnes, beaucoup plus tôt après l'infection.

28. Les pays doivent de toute urgence évaluer leurs directives de traitement nationales afin de les aligner sur les directives de l'OMS de 2013. Une revue de l'ONUSIDA sur les directives du traitement dans 108 pays au début de 2014 a révélé que seulement huit pays (y compris quatre en Afrique subsaharienne) avaient formellement approuvé l'utilisation du seuil de numération de 500 CD4 pour un début de traitement en faveur des personnes vivant avec le VIH. Plus de la moitié des pays (58) recommandent d'initier le traitement à 350 CD4 ou moins. À titre de comparaison, au moins cinq pays, aussi bien que la province canadienne de la Colombie britannique, recommandent actuellement de commencer le traitement du VIH chez toutes les personnes diagnostiquées avec le VIH, sans égard au taux de CD4. En Décembre 2013, le Brésil est devenu le premier pays à revenu intermédiaire à recommander que le traitement du VIH soit disponible pour tous, indépendamment du taux de CD4, la priorité étant donnée aux personnes présentant des symptômes ou aux personnes asymptomatiques ayant un taux de CD4 en deçà de 500.

29. La généralité et l'efficacité des systèmes de services devront aussi être améliorées afin d'optimiser les bénéfices potentiels du traitement antirétroviral. À cause des écarts dans la cascade du traitement, moins d'une personne sur quatre vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne a atteint la suppression de la charge virale qui est le but clinique du traitement antirétroviral. La personne type qui commence le traitement du VIH dans la région a un taux de CD4 bas et des

pourcentages considérables éprouvent des difficultés à adhérer au traitement ou à continuer les soins. L'aide alimentaire, la réduction de la stigmatisation, la navigation du patient, l'appui à l'observance par les pairs, l'utilisation innovante des technologies de communications mobiles et d'autres stratégies se sont révélées efficaces pour réduire le nombre de décès des malades au cours de la cascade du traitement.

30. Étant donné que le traitement antirétroviral dure toute la vie, il faut intégrer la planification en vue de la durabilité dans les programmes de traitement nationaux. Étendre les opportunités d'emploi pour les personnes vivant avec le VIH joue un rôle important pour préserver les acquis du traitement, étant donné que les personnes vivant avec le VIH qui travaillent sont à 39 % plus susceptibles de respecter le traitement prescrit que ceux qui ne travaillent pas. À la lumière de la croissance enregistrée en 2013 dans des cas d'urgence humanitaires provenant des conflits et des catastrophes naturelles, des plans devraient être initiés pour assurer la continuité du traitement du VIH dans ces situations.

31. En outre, réduire les coûts des médicaments antirétroviraux demeure une priorité majeure. Des pays tels que l'Afrique du Sud et le Swaziland ont réalisé des réductions notables dans les prix des médicaments antirétroviraux grâce à une structuration soignée des appels d'offres nationaux. Les étapes pour conserver une capacité solide de fabrication des médicaments génériques sont extrêmement importantes. Par ailleurs, les pays doivent de toute urgence maximiser l'utilisation des flexibilités disponibles dans le cadre des règles internationales de propriété intellectuelle et éviter de prendre des engagements qui pourraient affecter leur capacité à utiliser autant que possible les flexibilités des aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Ceci devient d'autant plus important que la disponibilité du financement multilatéral en faveur du traitement du VIH est de moins en moins disponible dans les régions regroupant de nombreux pays à revenu intermédiaire, tels que l'Europe de l'Est, l'Asie centrale, l'Amérique latine et les Caraïbes.

32. En 2013, l'ONUSIDA et l'OMS ont rejoint le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida pour le lancement de l'initiative Traitement 2015, qui fournit une feuille de route pour accélérer l'intensification du traitement, y compris pour l'après-2015. Cette nouvelle initiative appelle une attention axée sur les aspects négligés du programme de traitement, y compris le besoin urgent d'investir dans des stratégies visant à accroître la demande des services de test et de traitement. Le Traitement 2015 invite tous les pays à établir de nouveaux objectifs de traitement pour refléter les directives de l'OMS de 2013 et pour contrôler régulièrement les résultats de la cascade du traitement. Les partenaires à l'initiative se sont réunis pour intensifier le soutien technique et financier à 30 pays prioritaires, lesquels représentent 90 % du besoin non satisfait de traitement du VIH.

##### **5. Réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015**

33. La tuberculose demeure la cause principale de décès chez les personnes vivant avec le VIH, même si l'objectif de réduire de moitié les décès chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015 semble réalisable. Depuis 2004, le nombre annuel de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH a baissé de

36 %, avec des réductions de plus de 50 % dans 17 des 41 pays durement touchés par le VIH et la tuberculose. L'OMS estime que l'intensification des activités liées au VIH et à la tuberculose a empêché le décès de 1,3 million de personnes entre 2005 et 2012. Comme dans d'autres aspects de la lutte, les progrès réalisés dans la réduction des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH varient considérablement, avec 15 pays durement touchés qui notent une baisse de moins de 25 % de ces décès.

34. Le traitement antirétroviral réduit de 65 % le risque qu'une personne vivant avec le VIH développe la tuberculose. Toutefois, la couverture du traitement du VIH est plus basse chez les individus co-infectés par le VIH et la tuberculose que chez les autres personnes vivant avec le VIH. Parmi les 41 pays prioritaires, seuls 4 (Brésil, Kenya, Malawi et Ukraine) ont fourni le traitement du VIH à au moins 50 % des cas de VIH incidents et de tuberculose. Le diagnostic de la co-infection demeure un obstacle majeur à plus de progrès, avec seulement 46 % des cas de tuberculose signalés ayant subi un test de dépistage du VIH en 2012. Le coût du traitement, particulièrement pour une tuberculose extrêmement résistante, constitue de plus en plus un obstacle dans certains pays, soulignant la nécessité pour les pays de maximiser l'utilisation des flexibilités des ADPIC pour garantir l'accès à des traitements abordables

## **6. Comblent le manque de ressources liées au sida**

35. Les ressources totales disponibles pour les activités liées au VIH se sont élevées en 2012 jusqu'à une somme d'environ 18,9 milliards de dollars américains, ce qui représente une augmentation de 10 % par rapport aux sommes mobilisées en 2011. Toutefois, le monde n'est pas en voie de produire au moins 22 à 24 milliards de dollars américains de ressources d'ici à 2015. Il est prévu que la mise en œuvre des directives de l'OMS de 2013 nécessitera 5 % à 10 % de ressources supplémentaires, en plus des besoins en ressources préalablement prévus pour 2015 et au-delà.

36. Comme dans d'autres aspects de la lutte, la mobilisation des ressources financières suffisantes doivent refléter une responsabilité partagée des efforts de lutte contre l'épidémie. En 2012, pour la deuxième année consécutive, les sources nationales ont représenté la majorité du financement lié au VIH, constituant 53 % des dépenses. Parmi les 43 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui ont donné un rapport de leurs dépenses en 2012, plus des deux tiers ont relevé une augmentation des ressources nationales, avec plus du double des dépenses nationales déclarés par le Tchad, la Guinée, le Kirgistan et la Sierra-Léone.

37. Plusieurs pays, surtout ceux qui ne peuvent pas facilement augmenter leurs dépenses nationales, demeureront dépendants des acteurs internationaux pour aider à financer la lutte. En 2012, l'aide internationale liée au VIH a augmenté de 8 %, ramenant l'aide internationale au financement le plus important effectué en 2009. La grande partie de l'aide internationale associée au VIH (67 %) a été menée par des mécanismes bilatéraux en 2012, avec des plateformes internationales représentant 28 % des dépenses internationales. Grâce au Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, les États-Unis demeurent le plus grand fournisseur de l'aide associée au VIH. En décembre 2013, les bailleurs de fonds internationaux se sont engagés à verser la somme de 12 milliards de dollars au Fonds mondial sur

une période de trois ans, ce qui constitue une augmentation de 30 % sur la reconstitution des trois années précédentes.

38. Au même moment où les pays mettent tout en œuvre pour mobiliser les ressources nécessaires, les efforts devraient être redoublés pour garantir que les fonds disponibles soient investis sagement. Avec l'aide des partenaires internationaux, au moins 30 pays ont, soit élaboré des modèles d'investissement, soit fait des plans pour leur élaboration. L'élaboration d'un modèle d'investissement permet aux pays d'améliorer le ciblage stratégique des programmes, d'adapter des méthodes de services pour améliorer l'efficacité et d'explorer des stratégies innovantes de mobilisation de nouvelles ressources. Le Nigeria, par exemple, prend des mesures pour améliorer l'orientation stratégique des programmes après avoir établi que 12 États et le territoire de la capitale fédérale représentent 70 % de toutes les nouvelles infections, alors que Myanmar s'est engagé dans un effort national pour intensifier la programmation en faveur des populations clés. De nombreux pays étudient les différentes options permettant de mobiliser un financement durable, tel que des fonds en fiducie, des affectations obligatoires dans le budget des ministères et de nouveaux prélèvements fiscaux sur les télécommunications et les billets d'avion. En prévision d'une réduction de l'accès à l'aide internationale, certains pays à revenu intermédiaire, y compris le Bélarus, la Jamaïque, la Thaïlande et l'Ukraine, se sont engagés à assumer les prochains coûts associés à une lutte intensifiée. En investissant 1,1 milliard de dollars dans une lutte recentrée, le Kenya prévoit qu'il empêchera 1,15 millions de nouvelles infections et 760 000 décès liés au sida et compensera plus de la moitié de ces investissements grâce aux économies réalisées dans les coûts de traitement et les améliorations de la productivité du travail.

39. Pour financer les efforts à long terme qui seront nécessaires, les principes de la solidarité mondiale et de la responsabilité partagée devront guider la lutte. Tout en maintenant un engagement international ferme, les nouvelles sources de financement qui vont au-delà des canaux de l'aide publique au développement seront nécessaires. Plusieurs pays évoluent déjà vers ce but, mais les organismes internationaux d'appui à l'innovation aux niveaux régional et national seront nécessaires pour maximiser la flexibilité des décideurs nationaux à mettre en œuvre de nouvelles options de financement autonomes.

## **7. Éliminer les inégalités entre les sexes ainsi que les abus et les violences sexistes, et accroître la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH**

40. Les répercussions disproportionnées de l'épidémie sur les femmes et les filles se manifestent de plusieurs manières. Dans les milieux où la prévalence du VIH est élevée, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont des taux de tuberculose 1,5 à 2,5 fois plus élevés que les hommes du même âge. Les femmes vivant avec le VIH font face à un risque accru de cancer cervical, à des difficultés pour accéder aux soins de santé et aux services d'appui essentiels ainsi qu'à la justice. L'existence de normes inégales pour les hommes et pour les femmes diminuent la capacité des femmes à négocier l'utilisation du préservatif tout en désavantageant également les hommes qui s'engagent dans des comportements à risque plus élevés que les femmes. Dans plusieurs cas, un environnement juridique et politique discriminatoire aggrave la vulnérabilité et le risque déjà considérable chez les femmes.

41. La violence sexiste est à la fois une cause et une conséquence de l'infection à VIH. Selon des données provenant d'environ 50 pays, entre 9 et 60 % des femmes âgées de 15 à 59 ans déclarent avoir subi de la violence de la part de leur partenaire dans les 12 derniers mois. Deux études récentes en Ouganda et en Afrique du Sud ont révélé que les femmes qui ont subi des violences de la part de leur partenaire étaient 50 % plus à risque d'avoir contracté le VIH que celles qui ne les ont pas subies. Des études ont relié les abus sexuels subis durant l'enfance au risque plus accru qu'ils prennent plus tard dans la vie. Chez les femmes vivant avec le VIH, la révélation de leur statut de séropositivité peut également les soumettre au risque de violence sexiste. Des actions nationales intensifiées visant à protéger les femmes et les filles des violences sexuelles et d'autres formes de violence sexiste sont une nécessité urgente.

42. Conformément à l'accent mis sur la santé et les droits des femmes dans le programme d'action quinquennal du Secrétaire général et aux engagements établis dans la Déclaration politique de 2011, les ripostes nationales contre le VIH doivent être fondées sur un engagement à l'égalité entre les sexes. Moins de la moitié des pays ont augmenté le financement national en faveur de l'engagement des hommes à favoriser l'égalité entre les sexes ou pour l'intégration nationale des services de soins de santé sexuelle et reproductive et des services associés au VIH, ou prévoient dans le plan stratégique national de financer les organisations communautaires féminines.

## **8. Éliminer la stigmatisation, la discrimination, les lois et les pratiques répressives**

43. La stigmatisation et la discrimination continuent de saper l'efficacité des luttes contre le sida. Des études effectuées dans 35 pays à travers l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH révèlent que le comportement discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH demeure partagé. Il a été noté que dans huit pays, des soins dentaires ou de santé ont été refusés à au moins une personne sur cinq vivant avec le VIH, et au moins une personne sur six dans cinq pays n'a pas pu obtenir un emploi.

44. Dans la déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida, les États membres ont réitéré leur engagement à « renforcer les politiques et la législation nationales visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination ». En 2012, 61 % des pays ont signalé l'existence des lois anti-discrimination qui protègent les personnes vivant avec le VIH. Toutefois, dans 17 des 23 pays où des études ont été menées entre 2008 et 2013, moins de 30 % des personnes qui ont vécu la discrimination liée au VIH déclarent avoir eu recours à la justice. La proportion des pays dotés de services juridiques liés au VIH s'élève de 45 % en 2008 à 55 % en 2012, progrès notable mais bien loin de garantir que toutes les personnes vivant avec le VIH soient capables de défendre leurs droits.

45. De la même manière, les lois et les pratiques répressives sapent les efforts visant à mettre le traitement du VIH à la disposition de toutes les personnes qui en ont besoin. Jusqu'en 2013, 63 pays avaient des dispositions consacrées au VIH qui autorisaient de poursuivre pour non-divulgence de la séropositivité, exposition au VIH et transmission du virus. Les dispositions de ces lois sont souvent à l'opposé des preuves médicales solides et peuvent créer un climat de peur et de culpabilité qui décourage d'entreprendre le dépistage et le traitement du VIH. Au cours de ces

dernières années, bon nombre de pays, y compris le Congo, la Guinée, le Guyana, la Fidji, le Sénégal, la Suisse et le Togo ont, soit supprimé ou rejeté ces lois, soit pris des mesures pour circonscrire leur portée uniquement à la transmission volontaire.

46. Les cadres juridiques répressifs continuent de saper toute action efficace visant à répondre aux besoins associés au VIH des populations clefs. Soixante-dix pour cent des gouvernements nationaux et les personnes interrogées lors d'une étude non gouvernementale dans 70 pays, mentionnent l'existence de lois, de règlements ou de politiques qui présentent des obstacles à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien efficaces en matière de VIH pour les populations clefs et les groupes vulnérables. La majorité des pays disposent de lois qui criminalisent certains aspects du travail du sexe et il est rapporté que certains pays approuvent les lois qui criminalisent la commercialisation des rapports sexuels librement consentis entre adultes. Les personnes qui font usage de la drogue sont constamment exposées à des méthodes juridiques répressives, y compris par l'intermédiaire des centres de désintoxication forcée où les conditions de vie sont considérées comme étant inhumaines et dégradantes par le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

47. Même si un nombre croissant de pays évoluent vers une plus grande reconnaissance des droits de la personne des lesbiennes, des homosexuels, des bisexuels et des transgenres, de nouvelles lois répressives ont émergé dans certaines régions, incriminant davantage ces populations et limitant leurs droits d'association et d'expression. Ces lois sont incompatibles avec les normes relatives aux droits de la personne et avec une lutte efficace contre le VIH, étant donné que les personnes dont le comportement est criminalisé ne risquent pas de faire recours aux services essentiels de prévention et de traitement. En outre, comme le révèle une expérience récente, telles lois invitent à une violence et une discrimination contre les membres de ces communautés.

48. Conformément aux engagements pris dans la Déclaration politique de 2011, les pays devraient immédiatement prendre des mesures pour examiner leur cadre juridique et politique afin de les rendre conformes aux obligations des droits de la personne. Les pays devraient veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH et qui y sont les plus vulnérables ne subissent pas de sanctions pénales et soient capables d'accéder aux informations et aux outils nécessaires pour se protéger et protéger les autres de l'infection. Les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clefs et des groupes vulnérables devraient avoir un accès significatif aux services juridiques et bénéficier des programmes de lutte contre la discrimination.

## **9. Éliminer les restrictions relatives au VIH concernant l'entrée, le séjour et la résidence**

49. Il y a un éloignement radical des restrictions discriminatoires sur l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH. Depuis 2010, 12 pays, territoires ou régions ont éliminé de telles restrictions. Plus récemment, en 2013, la Mongolie et l'Ouzbékistan ont éliminé leurs restrictions respectives concernant l'entrée, le séjour et la résidence, et Andorre et la Slovaquie ont déclaré que les restrictions n'étaient plus en vigueur. En 2014, le Tadjikistan a également supprimé les restrictions concernant l'entrée, le séjour et la résidence.

50. Toutefois, 40 pays, territoires et régions continuent d'appliquer de telles restrictions, soulignant le besoin d'une autre action pour garantir l'élimination de ces lois, ces règlements et ces politiques dans le monde, notamment dans les pays qui constituent des destinations importantes pour des travailleurs migrants.

51. En plus de refléter et de renforcer les attitudes de stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH, les lois restrictives causent également un préjudice aux individus et aux ménages et sapent toute lutte efficace contre le VIH fondée sur les faits. Les migrants exposés à ces lois sont fréquemment soumis au dépistage du VIH à leur insu ou sans leur consentement et ils ne reçoivent que peu de counseling, lorsqu'il en existe, et aucun suivi médical au cas où ils sont dépistés séropositifs. Ces restrictions associées au VIH affectent également les entreprises, lesquelles dépendent de la capacité à recruter et à déployer les employés selon les besoins afin de réussir dans un contexte de mondialisation hautement compétitif.

#### **10. Tenir davantage compte du VIH**

52. Soutenir la lutte contre le VIH exige de prendre davantage en compte le VIH dans les autres efforts de santé et de développement. À l'intérieur du secteur de la santé, les services associés au VIH doivent être reliés aux autres services, alors que des mesures sont nécessaires pour garantir que les secteurs autres que la santé soient sensibles au VIH. Plus de 90 % des pays indiquent que l'intégration du VIH dans d'autres systèmes est une priorité nationale. Une intégration efficace nécessite une action associée à une planification, une orientation politique, une mise en œuvre des programmes, une prestation de service, un suivi et une évaluation conjoints.

53. Quarante-cinq pour cent des pays qui ont fait des bilans à mi-parcours de leur progression vers les objectifs de 2015 indiquent que le VIH a été synchronisé avec la planification des autres maladies ou intégré dans les plans nationaux de santé et de développement. Les pays adoptent diverses voies, y compris associer le VIH à la planification générale en matière de santé ou intégrer les services liés au VIH aux plans nationaux d'assurance maladie.

54. Au niveau de la prestation de services, l'intégration du VIH devient de plus en plus courante. Cinquante-trois pour cent des pays ont pris des mesures visant une intégration totale des services du VIH et de la tuberculose ou le renforcement de la fourniture de services communs. Soixante-dix pour cent des pays déclarent avoir intégré le dépistage, le counseling et les autres services associés au VIH, aux services de soins de santé prénatals, maternels et infantiles. Deux tiers des pays ont intégré le VIH dans les services de soins de santé sexuelle et reproductive, 23 % déclarent avoir relié les services du VIH aux services des maladies chroniques non transmissibles, et 55 % ont intégré le dépistage du VIH et le counseling à ce sujet dans les soins généraux délivrés aux malades externes.

55. Quoique d'importants acquis aient été réalisés pour faire sortir le VIH de l'isolement, les pays ne sont pas au même niveau en ce qui concerne l'intégration du VIH dans le secteur plus vaste de la santé et dans d'autres secteurs de développement. Étant donné la grande diversité des épidémies, des contextes et des besoins nationaux, ce qui fonctionne dans un pays en ce qui concerne l'intégration de la planification et des services ne fonctionnera pas nécessairement dans d'autres. Au moment où les pays devraient travailler à adapter et à renforcer les structures de gouvernance afin de soutenir l'intégration, les bailleurs de fonds internationaux doivent veiller à ce que leurs méthodes ne nuisent pas à une intégration et une

synchronisation véritables, Pour l'avenir, une attention particulière est nécessaire pour augmenter les régimes de protection sociale qui tiennent compte du VIH. Une autre action est également nécessaire afin de garantir que les services intégrés sont acceptables et accessibles aux populations clefs, y compris les mesures pour combattre les attitudes de stigmatisation et de jugement chez les prestataires de soins de santé.

#### **IV. Recourir à la lutte contre le sida pour stimuler la santé, l'équité et les droits de la personne**

56. Les progrès enregistrés au cours de ces dernières années, ajoutés aux avancées importantes de la recherche scientifique, ont davantage rassuré sur la possibilité d'éliminer l'épidémie de sida. Toutefois, sa réalisation dépendra de l'accompagnement après l'expiration des objectifs de 2015. L'histoire de la santé et du développement du monde est remplie d'exemples d'efforts spécifiques à la maladie qui ont produit des progrès importants uniquement pour décliner à la dernière minute. Avec l'expérience des réductions historiques des nouvelles infections et des décès liés au sida, la communauté internationale a maintenant l'obligation morale de saisir cette occasion pour éliminer le sida.

57. Au fur et à mesure que l'échéance des objectifs de 2015 approche, le travail s'est intensifié pour conceptualiser un programme de développement mondial au-delà de 2015. Le cadre de l'après-2015 doit assurer la continuité, le renforcement et la précision des objectifs du Millénaire pour le développement.

##### **Tirer des leçons de la lutte contre le sida pour un développement durable**

58. Beaucoup de ce qui a été tiré de la lutte contre le sida peut aider à renforcer les efforts plus vastes de développement. L'accent mis dans la lutte sur la responsabilité, reflété par une série d'objectifs à échéance bien déterminée approuvée par les pays et un rapport constant sur les résultats, a influencé le domaine plus large du développement, qui a tenu compte de l'importance d'établir des objectifs, des mesures, de la ventilation, de la transparence et de la participation à la lutte des communautés affectées. Le fait de se baser sur les faits et les données, y compris les informations fournies par les communautés elles-mêmes, a renforcé l'axe stratégique de la lutte contre le VIH, contribué à résoudre rapidement la question et aidé les défenseurs à réaliser un modèle des investissements politiques et financiers dans les programmes associés au VIH.

59. Plus que tout autre mouvement de santé dans le monde, la lutte contre le sida s'est fondée sur le plaidoyer de personnes directement touchées par la situation sanitaire. L'activisme a permis aux gens de s'exprimer, y compris les pauvres et les marginalisés, et a obligé les pouvoirs publics à prendre note et à réagir. Cet activisme a également contribué à créer de vastes réseaux de personnes vivants avec le VIH, qui apportent le soutien mutuel, combattent la stigmatisation et la discrimination, et fournissent les services essentiels. Le VIH donne des enseignements utiles concernant la manière dont les méthodes axées sur les personnes peuvent renforcer un vaste ensemble d'initiatives mondiales de santé et de développement.

60. La lutte contre le sida a prouvé à la fois la faisabilité et les avantages exceptionnels d'une lutte coordonnée et fondée sur les faits contre une situation sanitaire chronique. Le VIH a stimulé un réexamen de nos systèmes de santé qui intègre les agents communautaires dans les programmes de santé et génère des modèles innovateurs de prestation de service. Ces leçons sont utiles pour les autres défis de santé et de développement pour lesquels les systèmes existants, tels qu'ils ont évolué auparavant, se sont avérés inadaptes aux défis d'un monde en rapide expansion.

61. La lutte contre le sida brosse un tableau saisissant du rôle vital que joue l'innovation face à la résolution des questions difficiles et aux défis complexes. Après l'intensification des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant suite aux conclusions définitives de la recherche, les systèmes de santé et les programmes locaux ont commencé à innover, identifiant les modèles et les méthodes pour surmonter les écueils et accélérer l'élargissement des services, notamment une attention portée sur l'intensification du traitement antirétroviral chez les femmes. Le lutte contre le sida a augmenté l'élan vers de nouvelles manières de pensée concernant les règles de propriété intellectuelle et impulsé un ensemble de mécanismes de financement novateurs, y compris le Fonds mondial et la Facilité internationale d'achats de médicaments, UNITAID.

62. La lutte contre le sida a permis au domaine plus vaste du développement de reconnaître l'importance capitale des populations et des communautés affectées comme partenaires et agents du changement. En réalité, le financement relatif au VIH a appuyé la mise en place d'institutions fortes de la société civile dans les communautés à travers le monde, ainsi que des modèles de partenariat institutionnel comme les mécanismes de coordination des pays du Fonds mondial. Le VIH a entraîné un engagement vaste de divers acteurs non-étatiques, y compris les communautés religieuses et les entreprises privées.

63. L'expérience du VIH a aussi bien fait ressortir l'importance capitale de relier les efforts de santé et de développement aux principes des droits de la personne. Peut-être plus que toute autre préoccupation de notre ère, le VIH a souligné les effets pernicioeux des inégalités entre les sexes et la marginalisation sociale et juridique. Cette insistance portée sur une méthode qui tienne compte de tout le monde est la preuve concrète des progrès croissants réalisés vers des objectifs multiples de santé et de développement.

64. Le VIH a également prouvé l'importance capitale d'un leadership et d'un engagement politiques forts, nécessaires pour s'attaquer aux défis complexes et multidimensionnels. En particulier, le VIH fait ressortir clairement ce qui pourrait découler de la solidarité internationale et de la responsabilité partagée.

### **Positionner le sida dans le monde de l'après-2015**

65. L'une des nombreuses qualités reconnues aux objectifs du Millénaire pour le développement a été leur reconnaissance du rôle central de la santé dans les efforts visant à améliorer le bien-être de l'homme. Selon un groupe d'experts convoqué par The Lancet pour étudier la place du VIH et des autres questions de santé dans le programme de développement de l'après-2015, les améliorations concernant l'espérance de vie représentent 24 % de la croissance dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de 2000 à 2011. Ces calculs éclairent de manière frappante ce qui avait été déjà compris depuis longtemps dans le domaine du VIH, notamment

que les sociétés ne peuvent atteindre un développement optimal, prospérer et devenir plus juste sans la base d'une bonne santé et d'un bien-être largement partagée.

66. Par extension, le VIH a fait remarquer combien l'état de santé est puissamment affecté par la pauvreté, les inégalités économiques et sociales, la discrimination et la marginalisation. Lors de son adoption en 2013 d'une résolution reconnaissant l'ONUSIDA comme un modèle de cohérence stratégique, de coordination, d'action axée sur les résultats, d'impact au niveau des pays (résolution [2013/11](#)), le Conseil économique et social a souligné l'importance de veiller à ce que la lutte contre le sida demeure une priorité dans le programme de développement de l'après-2015.

67. Pour positionner efficacement la lutte contre le VIH et les autres acteurs de santé et de développement pour atteindre ses objectifs dans le monde de l'après-2015, des mesures sont nécessaires pour renforcer l'architecture en matière de santé et de développement. La lutte contre le VIH devrait optimiser et accélérer l'élan croissant afin d'atteindre l'accès universel à des soins de santé de haute qualité, accessible et abordables. Les liens entre les initiatives en matière de santé et les efforts plus vastes de développement doivent être reflétés plus amplement dans l'étendue de la pratique mondiale en matière de santé et de développement. Les efforts orientés devraient :

- Rapprocher les services sociaux et les services de santé, des communautés qui en ont besoin à travers une décentralisation accélérée et une plus grande attention portée sur les questions d'équité;
- Lier les efforts de santé et de développement dans une approche codifiée et fondée sur les droits de la personne;
- Encourager l'intégration des services et la rationalisation institutionnelle;
- Assurer des systèmes de données qui fournissent des informations stratégiques et un compte-rendu à jour, ventilés, pertinents et opportuns;
- Renforcer des systèmes nationaux budgétaires et de santé qui vont au-delà des objectifs à court terme pour surtout réaliser des améliorations durables à plus long terme;
- Soutenir et inciter les acteurs non étatiques, y compris ceux qui sont les plus affectés, à s'engager plus résolument et efficacement dans la lutte.

68. Alors que des efforts continus seront nécessaires pour intégrer la lutte contre le VIH dans l'architecture plus vaste de la santé et du développement, le programme de développement de l'après-2015 doit reconnaître à la fois le défi particulier que le sida pose et le fait que la vision d'éliminer le sida est réalisable. Le programme de l'après-2015 doit prioriser l'objectif d'éliminer le sida, non seulement pour éviter une profonde souffrance humaine, mais également comme un catalyseur vers un monde plus juste, plus sain et plus équitable.

## V. Recommandations

69. Des possibilités émergentes, des défis persistants et l'échéance des objectifs du Millénaire pour le développement et la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida appellent à une action commune de la part des pays, de la société civile, des bailleurs de fonds internationaux, du système des Nations Unies et d'autres partenaires clés pour mettre en œuvre les recommandations suivantes :

- **Accélérer l'évolution des objectifs de 2015 et les engagements d'élimination.** Comme l'échéance approche à grands pas, des efforts concertés sont nécessaires pour accélérer l'évolution des objectifs auxquels la communauté internationale s'est engagée. En particulier, les services devraient être axés sur les régions et les populations où la prévalence et l'incidence du VIH sont les plus élevées et où le besoin non satisfait de services essentiels est le plus flagrant. Les pays devraient activement encourager et stimuler l'innovation et entreprendre des efforts intenses pour renforcer les systèmes communautaires et de santé;
- **Comblent les lacunes de l'accès aux services.** Une attention prioritaire est nécessaire pour assurer à tous les individus, les populations et les communautés un accès équitable et non-discriminatoire aux services associés au VIH. Les pays devraient surveiller la couverture des services au sein des populations clés, y compris élaborer des estimations ainsi que des mesures de surveillance et d'évaluation de données, et utiliser les données générées de ces systèmes pour combler les lacunes de l'accès. Afin d'empêcher les décès liés au sida chez les adolescents, une attention particulière est nécessaire pour garantir la disponibilité et la promotion effective des options de services qui accueillent les jeunes. Les partenaires à la lutte doivent immédiatement prendre des mesures pour augmenter les capacités de diagnostic précoce chez les nourrissons, le dépistage des enfants plus âgés et la fourniture simultanée d'un traitement et de soins appropriés à l'enfant. Les pays doivent prioriser les mesures visant à empêcher la violence sexiste et éliminer tous les autres facteurs juridiques, sociaux et économiques qui augmentent la vulnérabilité des femmes et des filles et réduisent leur accès significatif aux services de prévention, de traitement et de soins présentant une importance vitale;
- **Remplacer les mesures répressives par des mesures protectrices.** Les pays devraient prendre des mesures immédiates pour supprimer les lois répressives et leur application qui agissent comme obstacles à la santé et aux services associés au VIH et les remplacer par des lois protectrices contre la discrimination, la violence, les crimes de haine ainsi que le dépistage et le traitement obligatoires. Ceci reflète les nombreuses preuves selon lesquelles les mesures répressives n'ont aucune base de santé publique, violent les droits fondamentaux de l'homme et sapent les efforts pour lutter efficacement contre le VIH. Une lutte efficace contre le VIH est celle d'un appui solide à la communauté, d'inclusion et de participation, la diffusion gratuite du savoir et la prise de conscience, ainsi que la sensibilisation auprès des plus marginalisés ainsi que leur protection;
- **Établir de nouveaux objectifs ambitieux pour éliminer l'épidémie de sida.** La lutte contre le VIH nécessite l'établissement de nouveaux objectifs visant à impulser le progrès, réunir les différents acteurs et favoriser la responsabilité

et la transparence. Reconnaisant les changements remarquables intervenus dans les données probantes en faveur du traitement du VIH depuis la Déclaration politique de 2011, tel que contenu dans les directives unifiées de l'Organisation mondiale de la santé de 2013 sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, l'ONUSIDA s'est joint à divers partenaires et acteurs pour lancer un processus d'élaboration de nouveaux objectifs liés au VIH pour 2020 et 2030. Les indices clefs permettant de mesurer les progrès au-delà de 2015 devraient comprendre l'incidence du VIH, la couverture du traitement antirétroviral, l'élimination de la stigmatisation et les autres mesures des déterminants sociaux de la propagation du VIH. Les pays sont encouragés, non seulement à établir de nouveaux objectifs chiffrés pour l'intensification, mais également à établir des objectifs spécifiques pour les populations qui ne bénéficient pas équitablement des progrès scientifiques et programmatiques. En outre, des objectifs spécifiques et des mécanismes de surveillance sont nécessaires pour évaluer les questions de qualité, y compris le lien effectif avec les services clefs et le maintien dans ces services. Je recommande que l'Assemblée générale examine la possibilité d'une rencontre de haut niveau en 2016 conformément à la recommandation du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA de décembre 2013, visant à réaffirmer et à renouveler les engagements politiques et à assurer la responsabilité envers la réalisation d'un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière VIH après 2015;

- **Créer des modèles d'investissement nationaux.** Les pays et les acteurs internationaux devraient prioriser la planification des actions de lutte nationales durables. Tous les pays sont encouragés à accroître l'impact des investissements liés au VIH et assurer une bonne optimisation des ressources. Plusieurs n'investissent pas leurs ressources internes conformément à leur richesse nationale et la charge de l'épidémie. Une attention particulière est par conséquent nécessaire pour élaborer des stratégies et des mécanismes qui génèrent de nouvelles ressources internes pour le long terme. Les modèles nationaux d'investissement peuvent employer des mécanismes de mobilisation de ressources innovants tels que nouveaux prélèvements fiscaux, les fonds en fiducie nationaux et les affectations budgétaires obligatoires. Les pays peuvent recourir à leur modèle d'investissement relatif au VIH pour identifier les mécanismes de fourniture améliorés, les économies sur les marchés publics et d'autres stratégies permettant de diminuer les coûts. Alors que les pays augmentent leurs ressources nationales destinées au VIH, la solidarité internationale demeurera vitale. Les pays dotés d'un espace fiscal limité continueront d'avoir besoin d'accès à l'assistance internationale en matière de VIH et de santé. En particulier, le financement à long terme dépend toujours de la force, de la robustesse et de la flexibilité du Fonds mondial à combattre le sida, la tuberculose et le paludisme;
- **Intégrer la lutte contre le VIH.** Éliminer le sida devrait être une priorité en matière de développement du programme de l'après-2015 et les leçons que la lutte contre le sida donnent sur la manière de régler les autres problèmes de développement complexes dans les prochaines années devraient être reconnus et appliqués. Éliminer le sida aidera à stimuler les efforts généraux pour fournir un programme social mondial de justice après 2015 et sera un exemple

de mesure ou aucune personne n'est lésée et où toutes les personnes sont unies dans un engagement commun aux droits de la personne, à l'égalité entre les sexes, à la gouvernance inclusive et à l'intégration sociale. Des efforts devraient par conséquent être menés pour intégrer le VIH aux efforts de santé et de développement plus larges, pour renforcer les systèmes communautaires et de santé et pour démanteler les systèmes doubles ou parallèles de planification et de mise en œuvre du programme. Les jeunes et les communautés touchées doivent être équipés pour impulser ce changement.

---