Nations Unies A/66/757

Assemblée générale

Distr. générale
2 avril 2012
Français
Original : anglais

Soixante-sixième session
Point 10 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

Unis pour en finir avec le sida : atteindre les objectifs de la Déclaration politique de 2011

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport est le premier adressé à l'Assemblée générale depuis la Réunion de haut niveau de juin 2011 sur le VIH/sida. Lors de cette réunion, après examen des avancées réalisées au cours de la précédente décennie, les États Membres ont adhéré à l'objectif d'un monde de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. La Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida : intensifier nos efforts en vue d'éliminer le VIH/sida constitue une feuille de route menant à cet objectif, avec des résultats concrets devant être obtenus d'ici à 2015. Les États Membres se sont engagés à fournir un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH; à œuvrer pour éliminer les nouvelles infections chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida; à réduire de 50 % les nouvelles infections par voie sexuelle et parmi les usagers de drogues injectables; à augmenter sensiblement les fonds consacrés à la lutte contre le sida dans le but de mobiliser 22 à 24 milliards de dollars par an; à répondre aux besoins des femmes et des filles; et à éliminer la stigmatisation et la discrimination.

La communauté internationale a aujourd'hui des motifs d'espoir et d'optimisme dans la lutte qu'elle mène. L'accès aux services essentiels de prévention et de traitement s'est amélioré, les nouvelles infections et les décès liés au sida reculent, et les jeunes des pays à forte prévalence adoptent de plus en plus des comportements sexuels protégés. De récentes recherches ont montré que le traitement antirétroviral réduisait de 96 % le risque de transmission du VIH au sein des couples où l'un des partenaires vit avec le VIH et l'autre n'est pas infecté, et les responsables ont commencé à parler d'un possible « début de la fin du sida ». Mais en cette période

12-28144 (F) 190412 250412

Merci de recycler

charnière, d'immenses difficultés restent à surmonter. De fortes inégalités persistent dans l'accès aux services essentiels, avec des obstacles particulièrement importants pour les groupes de population les plus exposés. Les lois punitives, l'inégalité des sexes, la violence à l'égard des femmes et d'autres violations des droits de l'homme restent un frein aux initiatives nationales. La toute première baisse des fonds consacrés à la lutte contre le sida, observée en 2010, est particulièrement inquiétante et pourrait dans les années à venir empêcher la communauté internationale de combler les inégalités d'accès et de pérenniser les avancées. Un travail constant est nécessaire pour optimiser les synergies et l'impact entre la lutte contre le VIH et l'effort général d'action sanitaire.

Le présent rapport dresse une comparaison entre les résultats obtenus et les objectifs de la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida. Malgré les importants progrès réalisés, ces objectifs ne seront pas atteints et toutes les parties prenantes doivent, de manière urgente, redoubler d'efforts pour intensifier la lutte contre le VIH.

Les efforts doivent être recentrés, afin d'obtenir des résultats concrets et de mettre fin à une épidémie mondiale d'une ampleur historique. Les initiatives doivent être plus adaptées, plus stratégiques, plus percutantes, plus efficaces et plus ancrées dans les droits de l'homme. Pour accélérer les avancées et saisir les nouvelles opportunités qu'offre la recherche scientifique, il est essentiel de reconnaître la responsabilité partagée dans la lutte. Les donateurs internationaux, les économies émergentes, les pays touchés et toutes les parties concernées doivent activement y contribuer, en fonction de leurs capacités respectives. À mesure que des ressources sont mobilisées et que les programmes essentiels sont étendus, des efforts plus intenses doivent ouvrir la voie à une amélioration de l'appropriation et de la viabilité de la lutte en Afrique subsaharienne. Courage et volonté seront également nécessaires pour surmonter les obstacles qui demeurent, en particulier le manque de justice sociale, d'égalité et d'équité.

Après plus de 30 ans de lutte, la victoire semble enfin à portée de main.

I. Introduction

1. Partageant la vision d'un monde qui ne connaîtrait ni nouvelles contaminations par le VIH, ni discrimination, ni décès dus au sida, les États Membres ont réaffirmé dans la déclaration intitulée Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida de 2011, leur volonté commune d'obtenir des résultats concrets. Dans cette déclaration, ils ont précisé les objectifs à atteindre d'ici à 2015 et se sont solennellement engagés à fournir des traitements antirétroviraux à 15 millions de personnes, à faire en sorte que plus aucun enfant ne soit contaminé et à réduire de 50 % les nouveaux cas de personnes contaminées par voie sexuelle, les décès des mères et les décès dus à la tuberculose au sein de la population qui vit avec le VIH. Les États Membres se sont aussi engagés à remédier au manque de ressources, à répondre aux besoins des femmes et des filles, à faire disparaître toutes formes de stigmatisation et de discrimination et à faire en sorte que la lutte contre le VIH soit prise en compte dans les efforts accomplis en matière de développement et de santé.

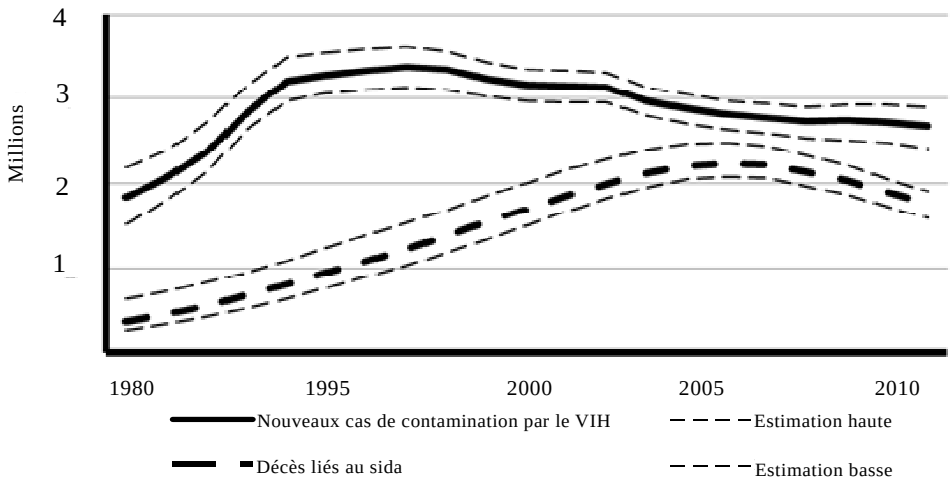
2. Des résultats encourageants ont été enregistrés au cours des 10 dernières années et spécialement ces 12 derniers mois. Ils ne permettront toutefois pas d'atteindre les objectifs ambitieux qui devraient être accomplis d'ici à 2015. La baisse des dépenses partout dans le monde souligne plus que jamais la nécessité de tout mettre en œuvre pour mobiliser des fonds en faveur de la lutte contre le VIH.

3. Dans l'intérêt de la santé et du bien-être futurs de notre monde, il faut absolument que les objectifs fixés soient atteints d'ici à 2015. La quatrième décennie de lutte mondiale contre le sida bénéficie, plus que les précédentes, d'un large éventail d'enseignements tirés de l'expérience et d'outils efficaces. Il reste moins de quatre ans pour atteindre les objectifs et c'est pourquoi il faut d'urgence redoubler d'efforts et agir en s'appuyant sur l'expérience et des stratégies ciblées.

4. La lutte contre le sida est un des grands défis de notre temps. Il n'y a jamais eu autant de personnes qui vivent avec le sida, environ 34 millions (de 31,6 à 35,2 millions selon les estimations) à fin décembre 2010. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée; elle abrite 68 % des personnes qui vivent avec le VIH au niveau mondial et 70 % des personnes qui ont contracté le virus en 2010. Les femmes représentent 50 % des adultes (âgés de 15 à 49 ans) qui vivent avec le VIH au niveau mondial et 59 % des cas recensés en Afrique subsaharienne. Les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) sont particulièrement touchées en Afrique subsaharienne où elles représentent 72 % des jeunes contaminés. À fin décembre 2010, environ 16,6 millions d'enfants avaient perdu au moins un de leurs parents à cause du sida et près de 15 millions d'entre eux résidaient en Afrique subsaharienne.

5. Moins de personnes meurent pour des causes liées au sida (voir fig. I). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les traitements antirétroviraux ont permis depuis 1995 à 2,5 millions de personnes de continuer à vivre. Le nombre annuel de décès liés au sida (1,8 million (de 1,6 à 1,9 million) en 2010) a baissé de 18 % depuis le milieu des années 2000.

Figure I
Nouveaux cas de contamination par le VIH et décès liés au sida entre 1990 et 2010



Source : *Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2011 d'ONUSIDA.*

6. Le nombre de nouveaux cas de personnes vivant avec le VIH en 2010 [2,7 millions (de 2,4 à 2,9 millions)] est en baisse de 21 % par rapport au maximum enregistré en 1997. Il reste toutefois beaucoup trop élevé pour que l'objectif de réduction de 50% des nouveaux cas soit atteint d'ici à 2015.

7. Le nombre d'enfants qui ont été contaminés en 2010 [390 000 (de 340 000 à 450 000)] était inférieur de 30% aux maximums enregistrés en 2002 et 2003. On estime que les actions de prévention ont permis d'éviter la contamination de 350 000 enfants depuis 1995.

8. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 42 % des nouveaux cas de contamination enregistrés au niveau mondial, chez les personnes de 15 ans et plus. Là aussi les résultats sont encourageants. Dans 21 des 24 pays qui ont un taux de prévalence du VIH de 1 % ou plus, la prévalence du VIH chez les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) enceintes a sensiblement diminué au cours des 10 dernières années. Des changements favorables ont été constatés dans les comportements sexuels : l'âge du premier rapport sexuel et l'utilisation du préservatif ont augmenté et moins de personnes ont des partenaires multiples (dans 11 des 19 pays africains étudiés, le nombre de jeunes hommes qui ont eu des partenaires multiples a baissé de façon significative au cours des 12 derniers mois).

9. L'évolution de l'épidémie varie considérablement selon les pays et selon les régions. Tandis qu'il y a moins de nouveaux cas de contamination en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes, l'incidence du VIH augmente en Europe de l'Est et en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et dans certains pays d'Asie. Au niveau régional, l'épidémie s'est stabilisée en Asie, en Amérique latine, en Amérique du Nord et en Europe centrale et occidentale.

10. Le taux de décès liés au sida est aussi variable. Par exemple, la mortalité liée au sida a sensiblement diminué en Afrique subsaharienne, mais pas en Asie. Ces

écarts s'expliquent par le développement inégal des programmes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. De surcroît, le VIH reste, au niveau mondial, une des causes principales du décès des femmes en âge de procréer. Tandis que le taux de couverture des traitements antirétroviraux atteignait en 2010 63 % (de 57 % à 74 %) en Amérique latine et dans les Caraïbes et 56 % (de 53 % à 59 %) en Afrique orientale et australe, il était plus bas en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est [39 % (36 % à 44 %)], en Afrique occidentale et centrale [30 % (28 % à 33 %)], en Europe orientale et en Asie centrale [23 % (20 % à 26 %)] et au Moyen Orient et en Afrique du Nord [10 % (8 % à 13 %)]. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il est sensiblement plus élevé parmi les adultes [51 % (de 48 % à 54 %)] que parmi les enfants [23 % (20 % à 25 %)] et, entre 1995 et 2010, les traitements antirétroviraux ont permis d'éviter 2,5 millions de décès (voir fig. II).

Figure II
Décès liés au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire entre 1995 et 2010

Source : Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le syndrome d'immunodéficience acquise et le virus d'immunodéficience humaine, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Rapport de situation 2011 sur la riposte mondiale au VIH/sida*.

11. La prévalence et l'incidence restent élevées parmi les populations à risque, que l'épidémie soit localisée ou généralisée. Ceci est dû au fait que ces populations n'ont pas suffisamment accès à des outils efficaces de prévention, en grande partie à cause des lois pénales, des pratiques policières abusives et des niveaux de stigmatisation et de discrimination élevés. En Afrique subsaharienne, les rapports sexuels rémunérés non protégés continuent à être un des principaux facteurs de l'expansion du VIH, notamment de l'épidémie parvenue à sa phase d'état, et d'autres régions connaissent aussi des taux de contamination élevés parmi les prostitués. La consommation de drogues injectables reste un facteur de contamination en Europe orientale et en Asie centrale et contribue au développement de l'épidémie dans d'autres régions. À cela s'ajoute l'épidémie

mondiale qui touche les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, notamment en Afrique subsaharienne.

II. Principaux objectifs pour 2015 : progrès accomplis à ce jour et défis à relever

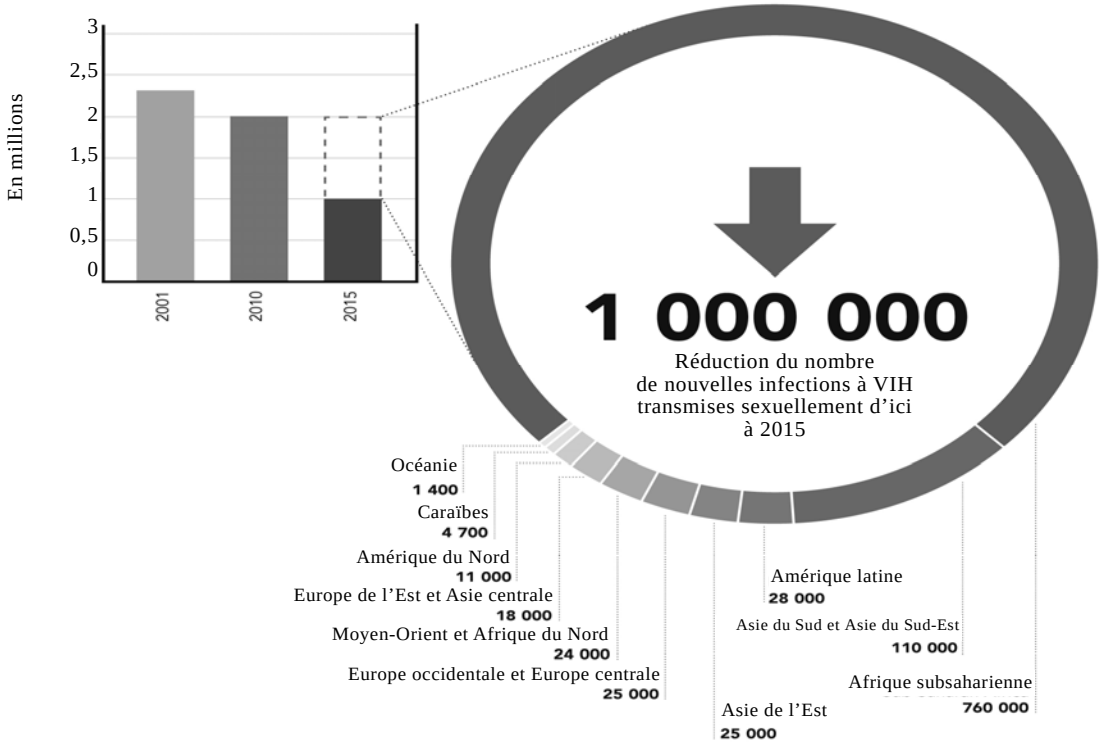
12. Les progrès accomplis à ce jour sur la voie des objectifs fixés dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida, les obstacles à contourner et les mesures qui s'imposent pour accomplir des progrès plus rapidement sont décrits ci-après. Les figures III à XII indiquent les changements qui s'imposent dans chaque région pour atteindre les différents objectifs fixés pour 2015, sur la base des données et modèles dont disposent le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

A. Réduire de moitié la transmission sexuelle du VIH

13. Il est crucial de ralentir le taux de transmission sexuelle si l'on veut un jour parvenir à ce qu'il y ait zéro nouvelle infection de par le monde, puisque la transmission sexuelle reste le premier mode de transmission. Pour que soit atteint l'objectif fixé pour 2015, il faudra obtenir que diminue au moins d'un million le nombre annuel de nouvelles infections transmises sexuellement.

14. Au cours de la dernière décennie, des progrès sans précédent ont été accomplis en matière de réduction de la transmission sexuelle, en particulier dans de nombreux pays hyperendémiques. Dans 22 pays, l'incidence du VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes se rendant dans les services prénatals a diminué en moyenne de 31 % dans 24 pays d'Afrique à forte prévalence entre 2000 et 2010.

Figure III
Changements nécessaires pour réduire de moitié la transmission sexuelle du VIH d'ici à 2015



Source : ONUSIDA.

15. Une prévention efficace de la transmission sexuelle doit passer par la mise à profit des savoirs et compétences existants, le respect des droits de l'homme, l'égalité des sexes et l'élimination de la violence sexuelle, ainsi qu'une plus grande implication des personnes qui vivent avec le VIH. Pour porter leurs fruits, les programmes de prévention doivent combiner de manière stratégique des interventions comportementales, biomédicales et structurelles, associées à un investissement substantiel dans des activités programmatiques de base ayant un fort impact et des politiques propices à une amélioration de situation.

16. L'adoption généralisée de comportements sexuels sans risque a entraîné un déclin de l'incidence du VIH dans de nombreux pays à forte prévalence, même s'il faudra encore relever des défis considérables. Moins de la moitié des jeunes interrogés en Afrique ont une connaissance précise et complète du VIH et le nombre de préservatifs masculins disponibles est de moins de 10 par an et par homme en Afrique subsaharienne, l'accès aux préservatifs variant considérablement d'un pays à l'autre.

17. Grâce aux efforts inlassables qui sont déployés, de nouveaux outils de prévention biomédicale ont pu être mis au point. En 2011, à l'issue de deux essais cliniques d'importance en Afrique subsaharienne, on a pu conclure qu'un régime quotidien de prophylaxie antirétrovirale réduisait significativement le risque d'acquisition du VIH parmi les adultes hétérosexuels non infectés. En revanche,

l'étude menée à la fin de l'année 2011 sur les résultats d'une application quotidienne d'un microbicide vaginal à base d'antirétroviraux à des fins de prévention s'est révélée moins prometteuse et n'a pas permis de démontrer l'efficacité d'une telle méthode. Toutefois, une analyse plus poussée des données laisse à penser qu'un problème d'adhérence peut expliquer en partie ces résultats décevants. Il importe de redoubler d'efforts pour développer de nouvelles méthodes sûres et efficaces de réduction du risque de transmission sexuelle du VIH aux femmes, notamment grâce à de nouveaux types de préservatifs féminins.

18. L'efficacité prouvée des traitements antirétroviraux dans la réduction des risques de transmission souligne bien la nécessité d'intégrer encore davantage les programmes de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH. Décidés à tirer parti de l'avantage qu'il peut y avoir à commencer tôt les traitements antirétroviraux en terme de prévention, 43 des 52 pays interrogés avaient, au mois de décembre 2010, révisé leurs critères nationaux en ce qui concerne le moment auquel commencer la thérapie antirétrovirale.

19. L'efficacité des efforts déployés pour s'attaquer aux facteurs sociaux et structurels du VIH est corroborée par de nombreuses données. De nouvelles études prouvent que les transferts d'espèces permettent d'atténuer la vulnérabilité des jeunes face au VIH, que la scolarisation est un facteur positif, en particulier pour les filles, et que les législations et leurs dispositifs d'application ont des répercussions sur l'accès des populations clefs aux services.

20. À ce jour, les populations à risque n'ont pas reçu l'attention nécessaire pour garantir leur accès à des programmes de prévention du VIH fondés sur les faits. Les études prouvent clairement l'efficacité des programmes de prévention axés sur les droits auprès des populations clefs. En 2011, en partenariat avec le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), ONUSIDA et d'autres institutions, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié pour la première fois des directives pour la prévention de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. D'autres groupes de population doivent de toute urgence être visés par les programmes de prévention : les femmes, les jeunes, les détenus, les migrants, les populations frappées par la crise humanitaire et les partenaires sexuels de drogués par voie intraveineuse ou des prostitués.

21. Bien que les mesures de protection internationale des droits de l'homme interdisent toute discrimination dans la fourniture des services sociaux, l'accès des populations clefs aux services de prévention demeure limité dans de nombreuses régions du monde. En Afrique subsaharienne, par exemple, la plupart des pays indiquent ne pas disposer de moyens de sensibilisation axés sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Au moins 18 pays du monde n'encouragent pas les prostitués à utiliser des préservatifs, bien que ce soit une composante clef des programmes de prévention pour ce segment de la population. Cette discrimination doit cesser.

22. Dans 13 pays à forte prévalence du VIH où la circoncision masculine est peu fréquente, les études montrent que si 80 % de la population masculine était circoncise, il serait possible d'éviter 20 % de nouvelles infections d'ici à 2025 et d'économiser un montant estimatif de 16,6 milliards de dollars en frais médicaux. Toutefois, seulement 5 % des hommes qui pouvaient l'être avaient été circoncis au mois de décembre 2010, bien qu'on ait observé une amélioration de la situation en 2010. L'an passé, des études ont été lancées ou prévues dans plusieurs pays pour

évaluer de nouvelles méthodes de circoncision qui permettent d'augmenter la demande et d'élargir rapidement la couverture.

23. Il faut redoubler d'efforts de prévention du VIH pour éviter que les femmes ne soient infectées. Après qu'une étude menée en 2011 en Afrique subsaharienne a prouvé que l'utilisation par les femmes d'une contraception hormonale injectable à base de progestérone augmentait les risques de transmission et d'acquisition du VIH au sein des couples sérodifférents, les experts de santé internationaux ont déterminé que les preuves disponibles n'étaient pas suffisantes pour conseiller aux femmes d'éviter d'avoir recours à une contraception hormonale. Toutefois, il est vivement conseillé aux femmes qui ont recours à une contraception par injection à base de progestérone seulement d'utiliser des préservatifs et de prendre d'autres mesures de prévention. Il est essentiel de procéder à des études plus poussées sur le lien entre contraception hormonale et infection à VIH.

24. Même si des enquêtes menées dans plusieurs pays indiquent que les jeunes attendent plus longtemps avant d'avoir leur premier rapport sexuel, il est essentiel de déployer des efforts de prévention mieux ciblés, dans la mesure où, plus de 4 fois sur 10, les nouvelles infections concernent des moins de 25 ans. Rares sont ceux qui ont une connaissance précise des moyens de prévention efficaces et il convient d'adapter l'information sur la santé procréative, l'éducation sexuelle et les services de santé aux besoins des jeunes, en faisant en sorte qu'ils y aient aisément accès. Les jeunes devraient activement participer à la formulation et l'application des politiques et programmes les concernant et il convient de redoubler d'efforts pour favoriser l'avènement d'une nouvelle génération de responsables dans la lutte contre le VIH, tout en mettant à profit les réseaux sociaux, les médias et d'autres outils novateurs pour augmenter la demande de services chez les jeunes.

B. Réduire de moitié la transmission du VIH chez les drogués par voie intraveineuse

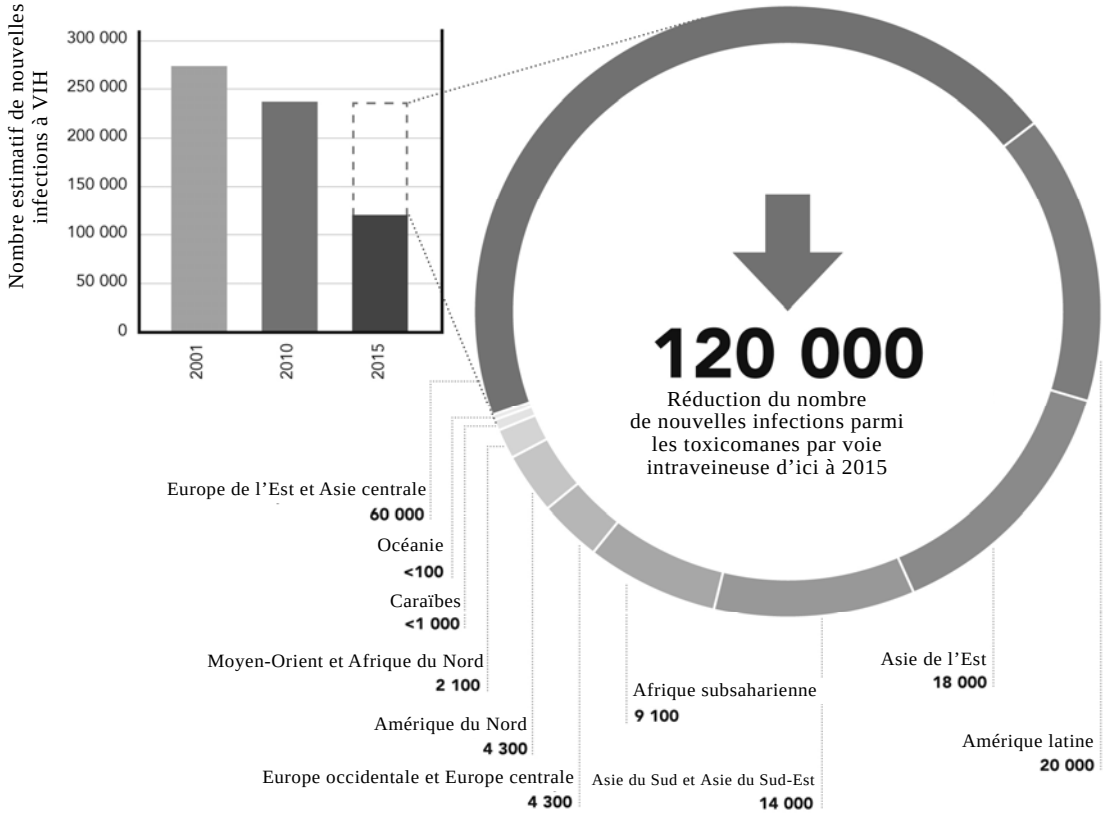
25. Avec environ 240 000 drogués par voie intraveineuse infectés par le VIH chaque année, il faut que le nombre de nouvelles infections dans ce segment de la population diminue d'au moins 120 000 pour atteindre l'objectif fixé pour 2015 et si l'on veut qu'un jour il y ait zéro nouvelle infection de par le monde. Il est tout à fait possible d'empêcher la transmission du VIH chez les toxicomanes grâce à un ensemble de méthodes de prévention éprouvées, notamment des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, des traitements de substitution aux opiacés et des services complets de soutien sanitaire et social.

26. Il est urgent de redoubler d'efforts de prévention et de revoir les méthodes utilisées à l'heure actuelle. En 2010, seulement 43 pays sur 109 indiquaient avoir mis en place des programmes d'échange d'aiguilles ou de seringues, et 58 pays seulement offraient des traitements de substitution aux opiacés. Même lorsque ce type de services existent, leur couverture reste très limitée.

27. Il est indispensable d'adopter une approche axée sur les droits de l'homme pour toutes les personnes qui sont infectées ou touchées par le VIH, en particulier les toxicomanes par voie intraveineuse. Ils sont nombreux à éviter les services sanitaires et sociaux par crainte des poursuites et en raison de la discrimination ouverte dont ils font l'objet et d'une application abusive des lois à leur encontre. Les toxicomanes par voie intraveineuse et les autres groupes d'individus à faible revenu ou marginalisés n'ayant souvent pas les moyens de payer de leur poche les services relatifs au VIH, il importe de mettre en place des politiques de protection

sociale et de sensibilisation non discriminatoires et sans stigmatisation ainsi qu'une couverture de santé universelle pour qu'ils puissent avoir accès à ces services.

Figure IV
Changements nécessaires pour réduire de moitié le nombre de nouvelles infections parmi les toxicomanes par voie intraveineuse d'ici à 2015



Source : ONUSIDA.

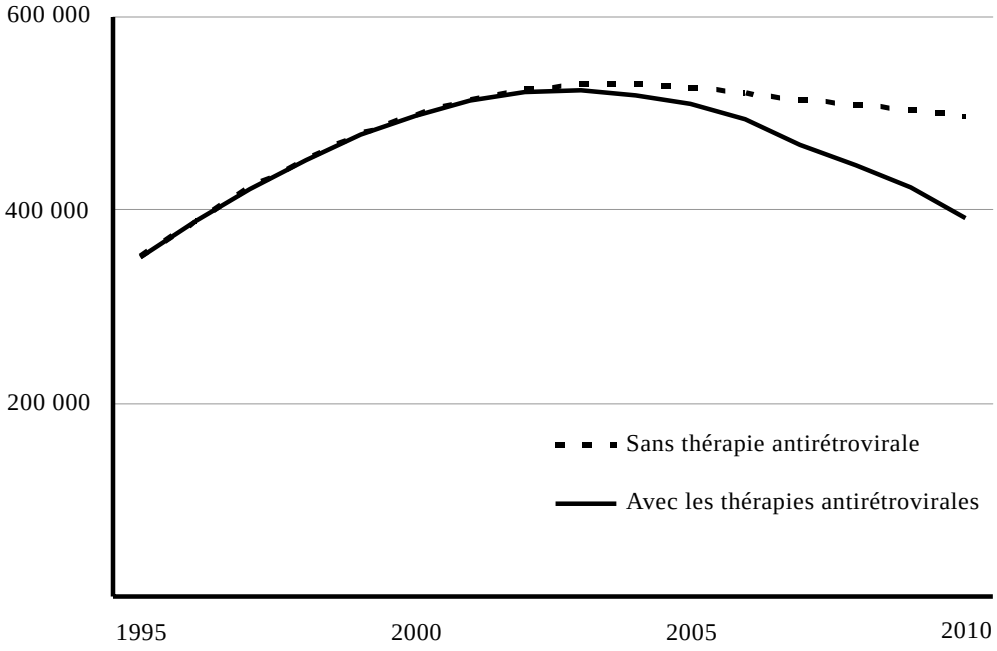
C. En finir avec la contamination d'enfants et réduire sensiblement la mortalité maternelle liée au sida

28. L'avènement d'un monde exempt de nouvelles infections exige une action concertée en faveur de la protection des enfants et de la santé et des conditions de vie des mères. Pour faire en sorte que plus aucun enfant ne soit contaminé et diviser par deux le nombre de décès maternels liés au sida d'ici à 2015, les partenaires devront mettre en œuvre le programme en quatre points présenté dans le Plan mondial d'ONUSIDA pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, programme qui vise : a) à prévenir l'infection à VIH chez les femmes et les filles; b) à réduire les inégalités d'accès aux services de planification familiale, notamment en ce qui concerne les femmes vivant avec le VIH; c) à mettre en œuvre l'ensemble de services préconisés pour permettre aux femmes enceintes et aux nouveau-nés de bénéficier de la prophylaxie antirétrovirale et à limiter ainsi le risque de transmission du VIH au cours de la

grossesse, de l'accouchement ou de la période d'allaitement; d) à garantir à toutes les femmes et à tous les enfants vivant avec le VIH, ainsi qu'à leur famille, l'accès aux traitements, aux soins et aux services d'accompagnement spécialisés. Puisque les services sont d'autant plus utilisés et appréciés qu'ils sont regroupés, les programmes de lutte contre le VIH devraient être associés à des services à vocation plus large, s'occupant de la santé et de la nutrition des femmes et des enfants.

29. Pour prévenir la contamination des enfants, il faut s'attaquer d'urgence aux inégalités d'accès aux services. En 2010, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 48 % des femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement prophylactique efficace fondé sur l'association d'antirétroviraux et destiné à empêcher la transmission du virus à leur enfant, proportion qui s'élève à 80 % dans 5 pays sur les 12 considérés comme prioritaires dans le Plan mondial (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie et Swaziland). La prévention de la contamination des enfants exige aussi de renforcer d'urgence les services de prévention destinés aux femmes, notamment aux femmes enceintes chez qui le risque peut-être plus élevé, et de prendre immédiatement des mesures visant à offrir à l'ensemble de la population féminine, en particulier aux femmes séropositives, les services de planification familiale nécessaires, dans le respect des droits liés à la procréation. Entre 1995 et 2010, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, la contamination de plus de 350 000 enfants a été évitée grâce à la prophylaxie antirétrovirale.

Figure V
Réduction du nombre d'enfants contaminés grâce à la prophylaxie antirétrovirale dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 1995-2010



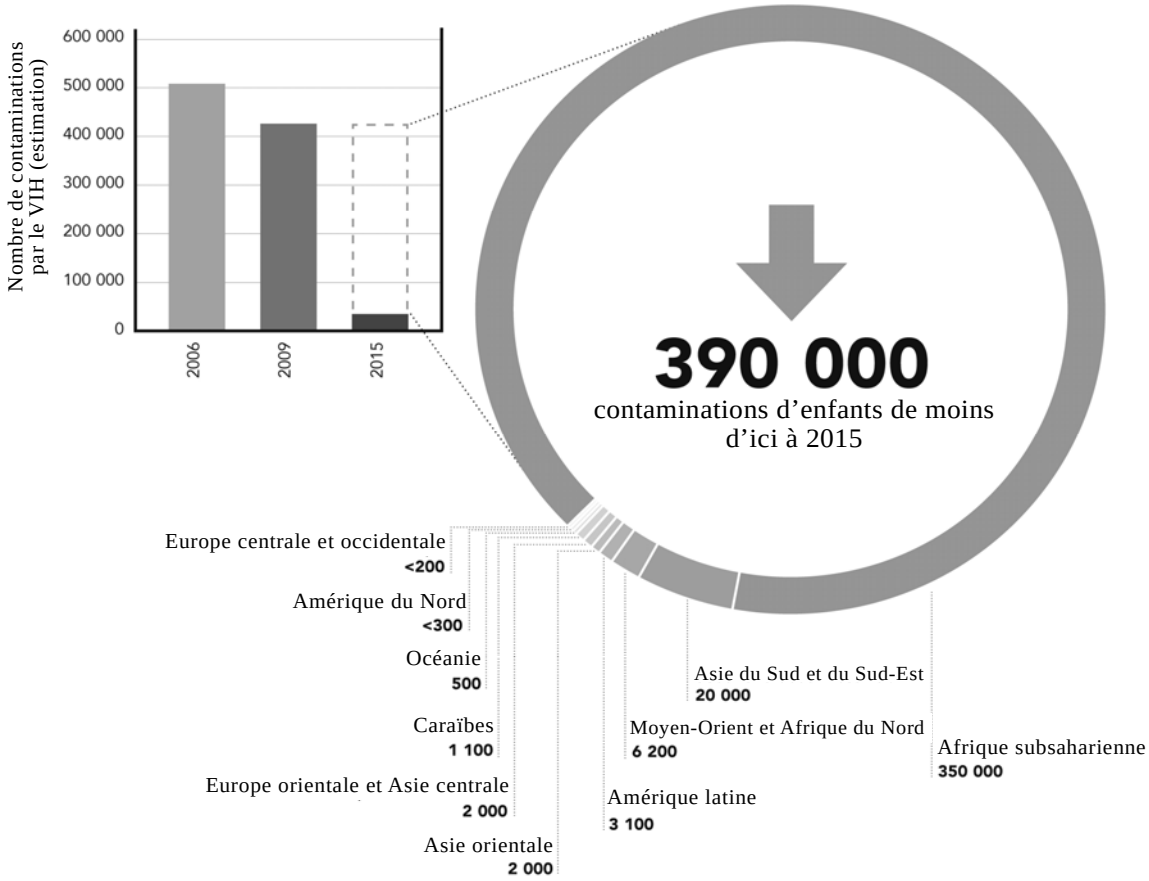
Source : OMS, ONUSIDA, UNICEF, *Rapport de situation 2011 sur la riposte mondiale au VIH/sida*.

30. Il faut remédier d'urgence aux insuffisances relatives aux programmes qui empêchent ceux-ci de remplir leur objectif de prévention. Dans six pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH/sida est élevée, des études réalisées entre 2006 et 2010 montrent que les besoins de 12 % à 21 % des femmes séropositives en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits. Pour ce qui est des enfants, l'accès aux traitements continue de laisser à désirer puisqu'en 2010, seulement 23 % des enfants ayant besoin d'un traitement bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale. En raison des problèmes d'accès persistants et de l'administration de traitements prophylactiques non optimaux, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant n'a baissé que modérément, passant de 29 % en 2009 à 26 % en 2010.

31. En 2010, 34 % seulement des femmes ayant besoin d'une thérapie ont reçu un traitement antirétroviral prescrit dans le seul but d'améliorer leur état de santé. Dans les pays à revenu élevé, les jeunes mères ont généralement accès aux thérapies, ce qui leur permet de continuer à travailler et évite l'éclatement des familles. Dans toutes les régions, on constate que les stratégies axées sur la famille sont très favorables à la réalisation des objectifs connexes que sont la baisse de la contamination des enfants, l'optimisation des prestations de santé concernant les femmes et les enfants vivant avec le VIH, la réduction du nombre d'orphelins du sida et l'atténuation de la pauvreté des foyers touchés par le VIH.

32. Dans de nombreux pays, le traitement médicamenteux prescrit aux femmes enceintes séropositives pour empêcher la transmission du VIH à leurs bébés laisse à désirer. En 2010, dans les 22 pays regroupant la grande majorité des enfants contaminés, 13 % des femmes enceintes séropositives se sont vu prescrire de la névirapine en monodose et à peine un tiers ont bénéficié de l'efficacité de la prophylaxie par bithérapie. Cesser de recourir à des traitements non optimaux permettrait de faire baisser de 20 % le nombre total de contaminations d'enfants.

Figure VI
Écart à combler pour faire cesser presque totalement les contaminations d'enfants par le VIH

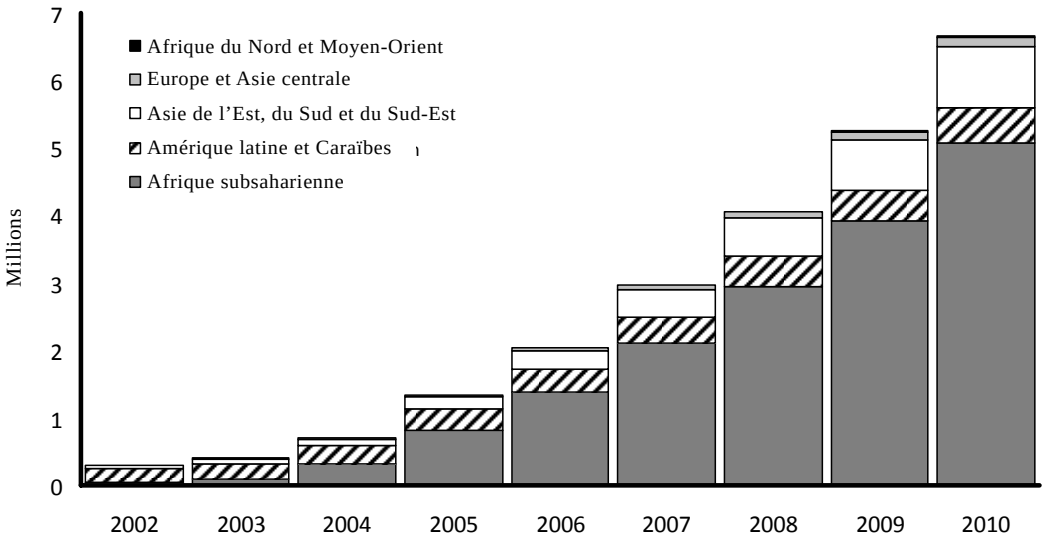


Source : ONUSIDA.

D. Mettre sous traitement antirétroviral 15 millions de personnes vivant avec le VIH

33. Tout en redoublant d'efforts pour prévenir les nouvelles infections, il convient de s'attacher avec une énergie renouvelée à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. La diffusion rapide des thérapies antirétrovirales dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, qui est l'une des plus importantes avancées réalisées pour la santé au niveau mondial, a créé l'espoir d'un monde où l'on ne mourrait plus du sida. En 10 ans seulement, le nombre d'habitants sous thérapie antirétrovirale a été multiplié par plus de 20 dans les pays susmentionnés, où 47 % des besoins étaient satisfaits en 2010. Pour atteindre les objectifs fixés à l'horizon 2015, il faudra augmenter de 57 % le nombre de personnes sous traitement antirétroviral par rapport à 2010.

Figure VII
Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (par région, 2002-2010)

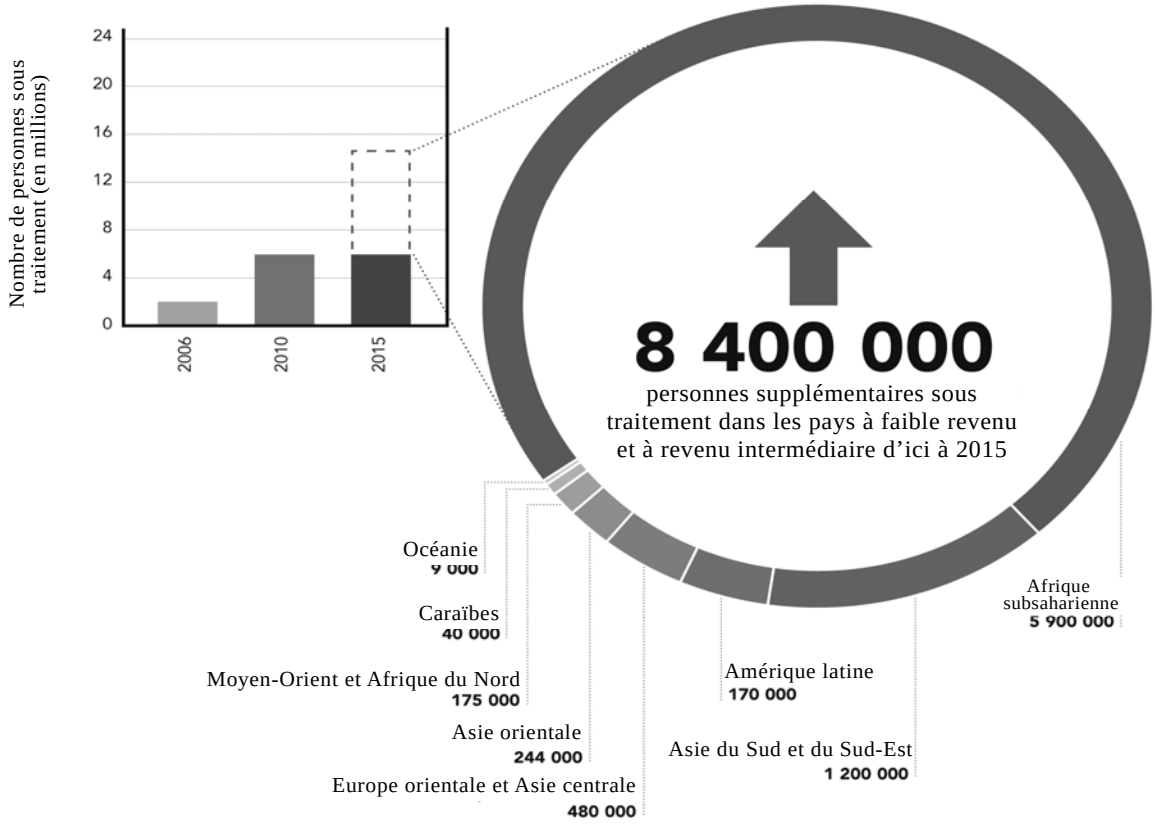


Source : OMS, ONUSIDA, UNICEF, *Rapport de situation 2011 sur la riposte mondiale au VIH/sida.*

34. La réalisation de l'objectif de 15 millions de personnes sous traitement antirétroviral d'ici à 2015 suppose une amélioration sensible des progrès à toutes les étapes, du diagnostic au traitement. Le dépistage et l'accompagnement sont le premier pas vers la thérapie, mais de nombreuses personnes vivent encore avec le VIH sans savoir. Dans le monde, le nombre de lieux offrant des services de dépistage et d'accompagnement a augmenté de 18 % en 2010. Pour permettre à un nombre de plus en plus élevé de personnes de connaître leur statut sérologique, des actions ont été entreprises pour que les tests de séropositivité puissent être pratiqués hors des centres exclusivement consacrés au dépistage et à l'accompagnement psychologique, actions qui ont notamment consisté à confier la réalisation des tests à des prestataires de soins, à organiser des campagnes de porte-à-porte effectuées par des habitants pour promouvoir le dépistage, à mener des programmes de dépistage sur les lieux de travail et à mettre au point des technologies permettant à toute personne de faire le test elle-même, à domicile.

Figure VIII

Écart à combler pour atteindre l'objectif visant à mettre sous thérapie antirétrovirale 15 millions de personnes vivant avec le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'ici à 2015



Source : ONUSIDA.

35. Le dépistage ne doit jamais être séparé de l'accompagnement psychologique et du traitement. En Afrique subsaharienne, on estime que dans 41 % des cas, la détection de la séropositivité n'est suivie ni d'une mesure du taux de CD4, ni de la détermination du stade clinique, et que 32 % des personnes pour lesquelles un traitement antirétroviral est jugé nécessaire ne reçoivent aucun médicament. Il faut supprimer les obstacles financiers au traitement, comme la participation du patient aux frais et l'importance des coûts de transport.

36. Dans les milieux où les ressources sont limitées, il peut être efficace d'investir dans l'aide alimentaire et nutritionnelle pour augmenter les chances de réussite de la thérapie et atténuer les effets du VIH et de la tuberculose sur les moyens de subsistance. En effet, les mesures de cet ordre réduisent la mortalité précoce, concourent à la réhabilitation nutritionnelle, et favorisent l'observance thérapeutique et la continuité des soins. La thérapie devrait être accompagnée de bilans nutritionnels, de mesures d'éducation et d'accompagnement nutritionnel et d'un traitement de la malnutrition.

37. L'accès au traitement doit notamment être garanti aux populations les plus exposées, qui se heurtent souvent à la stigmatisation et la discrimination. Au Cambodge, un réseau complet de services a été mis sur pied à l'intention de ces populations et les liens ont été resserrés entre les programmes de traitement et les activités de sensibilisation.

38. Les personnes vivant avec le VIH qui sont touchées par une crise humanitaire devraient avoir accès aux mêmes traitements que les communautés d'accueil. Il importe de tenir compte de l'importance des risques et de la vulnérabilité des personnes, plus grande dans les situations de conflit et d'après conflit, et de faire en sorte que les programmes liés au VIH soient systématiquement intégrés dans le désarmement, la démobilisation, la réintégration, la consolidation de la paix et les réformes du secteur de la sécurité.

39. L'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services de traitement est décisive pour la réussite de la lutte contre le VIH à long terme. Le dispositif Traitement 2.0 vise à accélérer le mouvement de généralisation des thérapies et à améliorer l'efficacité des traitements grâce à l'amélioration de la posologie, la création de lieux de prise en charge et d'outils facilitant le dépistage et le suivi, la réduction du coût des traitements, l'adaptation des prestations aux besoins par des mesures de décentralisation et d'intégration, et la mobilisation des populations à l'appui des traitements.

40. Des progrès ont été constatés dans la réalisation des objectifs du Traitement 2.0. L'utilisation en première intention du d4T, plus toxique que d'autres antirétroviraux, a reculé depuis 2006 mais des enquêtes montrent que de nombreux pays ne parviennent pas à passer à des traitements de qualité supérieure dispensés sous la forme d'un comprimé unique à dose fixe à prendre une fois par jour. Au Mozambique, il est ressorti d'une étude opérationnelle que la possibilité de mesurer le taux de CD4 dans des centres de soins avait divisé par deux le nombre de personnes échappant au suivi et fait baisser de 27 jours à un seul le délai nécessaire pour établir le taux de CD4 d'un patient.

41. Si le prix des traitements antirétroviraux de première intention a chuté de plus de 99 % dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ces 10 dernières années, il n'est pas exclu que le coût des thérapies reparte à la hausse. En effet, bien que l'on estime à 3 % seulement la proportion de patients qui recevait un traitement de deuxième intention en 2010 dans ces pays (à l'exception de ceux d'Amérique), on s'attend à une augmentation inévitable de la demande de traitements de ce type qui sont, aujourd'hui encore, beaucoup plus coûteux que les médicaments de première intention. De plus, les antirétroviraux pédiatriques restent trop chers, ce qui contribue à maintenir le retard en ce qui concerne l'accès des enfants au traitement.

42. Assurer l'offre, à un prix raisonnable, d'une large gamme d'antirétroviraux et de médicaments pour le traitement des coïnfections, notamment l'hépatite C, nécessitera des traitements de première et de deuxième intention simplifiés, standardisés, formant un ensemble homogène utilisable par différentes catégories de patients, adultes et enfants. Les pays doivent aussi utiliser les marges de manœuvre que leur donnent les textes internationaux qui règlementent la propriété intellectuelle. En effet, les signataires de la Déclaration de Doha de 2001 sur l'accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique ont reconnu le droit des pays de faire valoir

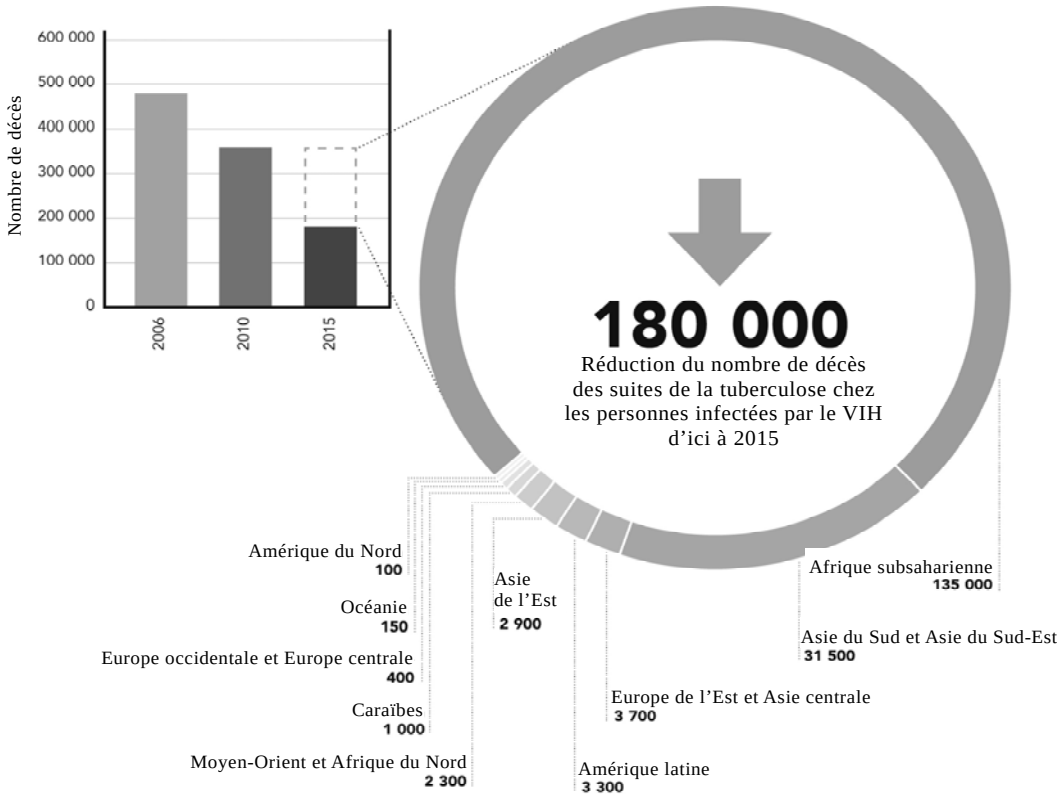
des considérations de santé publique pour favoriser l'accès des patients à des médicaments importants. Un certain nombre de pays ont déjà tiré parti de la flexibilité offerte par les dispositions des ADPIC pour faciliter l'accès à des médicaments essentiels mais il faudra faire encore davantage, de nombreux pays n'ayant pas encore utilisé toutes les possibilités offertes par la réglementation internationale pour améliorer l'accès aux médicaments. Il est nécessaire d'intensifier les actions menées pour doter les pays d'Afrique subsaharienne et d'autres régions de solides moyens de produire eux-mêmes des médicaments, et de commencer à réfléchir immédiatement à la création d'une autorité africaine du médicament. Lors des négociations d'accords de libre-échange, toutes les parties devraient veiller à éviter d'imposer des mesures réduisant la flexibilité qu'offrent actuellement les ADPIC. En 2011, la fondation Medicines Patent Pool a annoncé avoir passé un premier accord de licence pour la fabrication de génériques de substances produites par la société pharmaceutique Gilead Sciences.

E. Réduction de moitié du nombre de personnes atteintes du VIH décédant de la tuberculose

43. Pour qu'un jour personne ne meure du sida, il importe de déployer des efforts de prévention des décès des personnes atteintes du VIH des suites de la tuberculose. Même si le nombre de victimes est en déclin depuis plusieurs années, la tuberculose reste une des principales causes de décès chez les personnes atteintes du VIH. En 2010, moins d'une personne sur trois atteintes à la fois du VIH et de la tuberculose avait accès à des soins cliniques pour la tuberculose.

44. Si l'on veut atteindre l'objectif fixé dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida, il faudra d'ici à 2015 réduire d'au moins 180 000 le nombre de décès de personnes atteintes du VIH des suites de la tuberculose par rapport à 2010. Entre 2010 et 2015, les taux de guérison de la tuberculose devraient augmenter de 70 % à 85 %, les taux de dépistage de la tuberculose chez les personnes atteintes du VIH de 40 % à 80 %, et au moins 30 % des personnes atteintes du VIH qui ne souffrent pas de tuberculose active devraient suivre un traitement prévention à l'isoniazide. Selon des projections récentes, il serait alors possible de dépasser l'objectif fixé pour 2015, en réduisant de 80 % le nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes atteintes de la tuberculose et en sauvant un million de vies.

Figure IX
Changements nécessaires pour réduire le nombre de décès des suites de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH d'ici à 2015

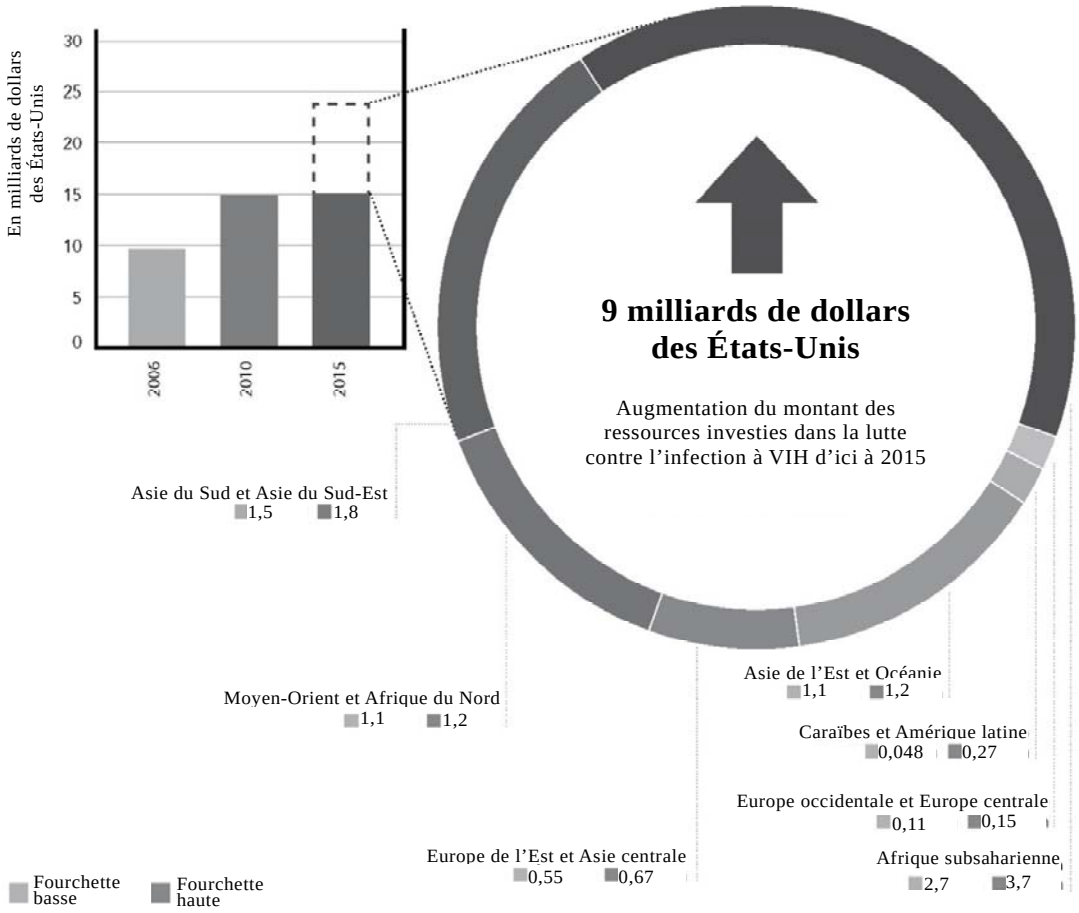


Source : ONUSIDA.

F. Combler le fossé observé dans le monde en ce qui concerne les ressources disponibles dans la lutte contre le sida et garantir un niveau de dépenses adéquat

45. Sans des ressources financières adéquates, il sera impossible d'atteindre les objectifs fixés à l'échelle mondiale. Des dépenses annuelles d'un montant de 22 à 24 milliards de dollars seront nécessaires d'ici à 2015 pour respecter les engagements pris dans la Déclaration politique de 2011, ce qui représente une augmentation d'environ 50 % par rapport au niveau des dépenses actuelles, puisque les ressources disponibles pour lutter contre l'infection à VIH s'établissaient à 15 milliards de dollars en 2010.

Figure X
Changements nécessaires pour atteindre l'objectif d'un investissement de 24 milliards de dollars dans la lutte contre l'infection à VIH d'ici à 2015

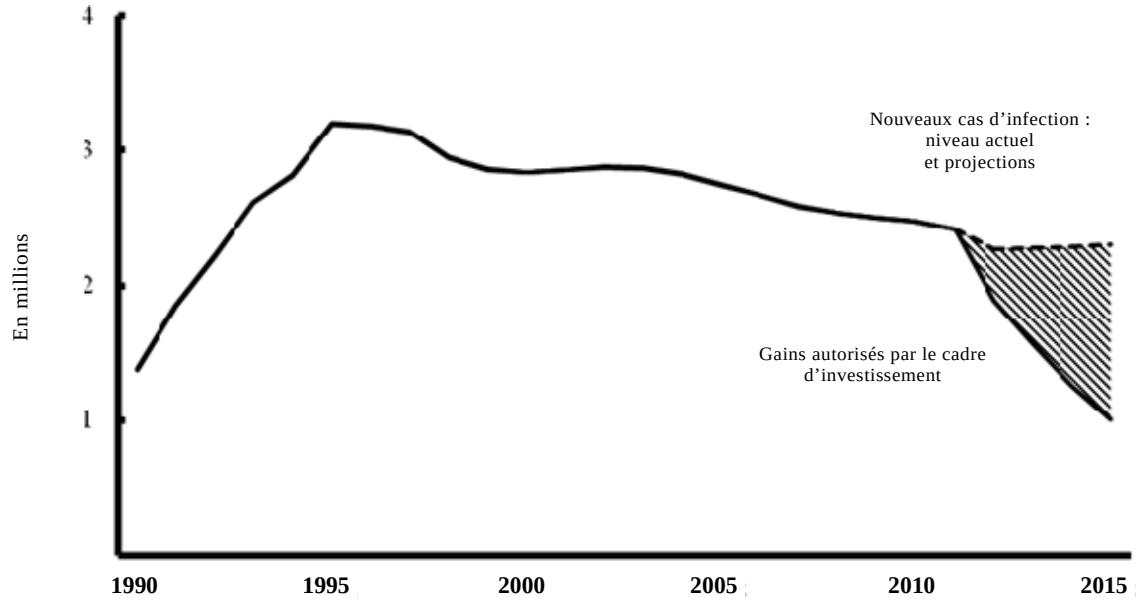


Source : ONUSIDA.

46. En 2011, ONUSIDA a forgé des partenariats pour proposer un nouveau cadre d'investissement permettant d'obtenir des résultats optimaux, en demandant que les fonds soient affectés à six activités programmatiques de base: a) les programmes ciblant les populations clefs; b) l'élimination des nouveaux cas d'infection chez les enfants; c) les programmes de réduction des risques associés à la sexualité; d) les programmes de distribution de préservatifs; e) les programmes de soins, de traitement et de soutien en faveur des personnes atteintes du VIH; et f) les programmes de circoncision volontaire des hommes dans les pays prioritaires. Ces activités de base doivent être appuyées par les acteurs qui ont les moyens de faire la différence et voir le déploiement d'efforts et de ressources pour favoriser les synergies entre les initiatives spécifiques à la lutte contre le VIH et les initiatives prises de manière plus générale dans les domaines de la santé et du développement. D'après les projections, il serait possible d'éviter 12,2 millions de nouvelles infections et 7,4 millions de décès des suites du sida d'ici à 2020 si l'on exploitait

de manière stratégique les ressources disponibles conformément aux principes énoncés dans le cadre d'investissement, l'affectation optimale des fonds disponibles donnant lieu à un rapide déclin des nouveaux cas d'infection de par le monde (voir fig. XI).

Figure XI
Projections relatives aux nouveaux cas d'infections à VIH grâce à la mise en place du cadre d'investissement



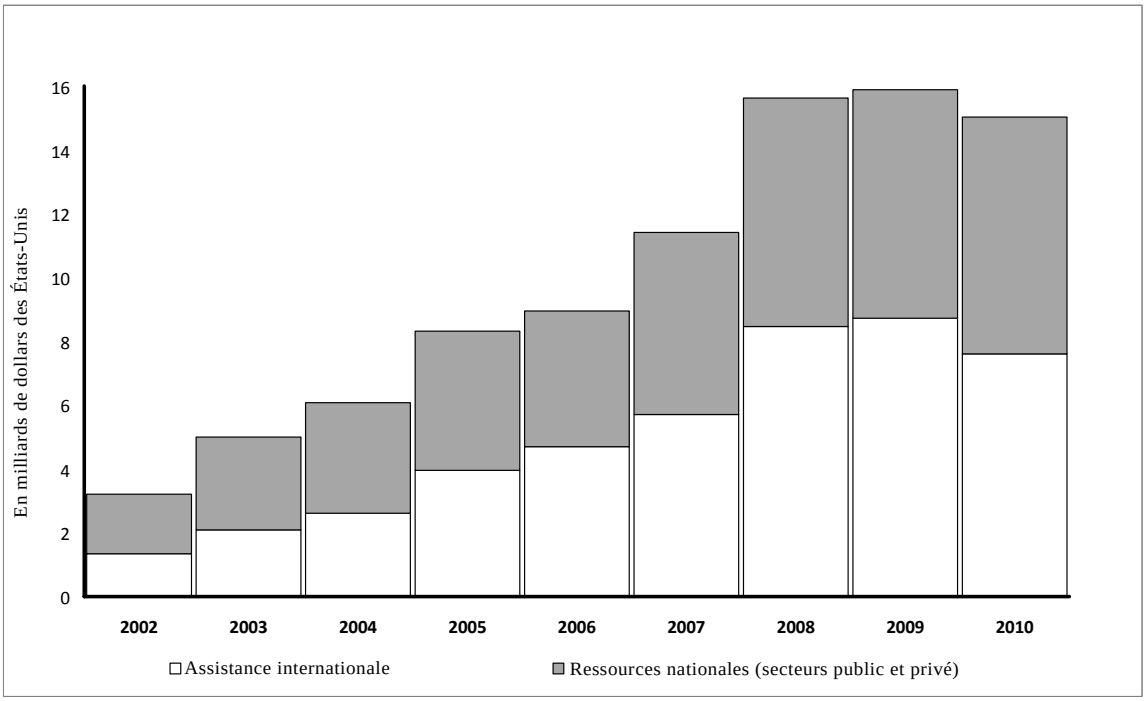
Source : *Journée mondiale Sida 2011, Rapport ONUSIDA.*

47. Il faut déployer de toute urgence des efforts pour que les dépenses soient effectuées de manière plus efficace et stratégique et pour mobiliser les ressources nécessaires. Les systèmes parallèles de financement, d'acquisition, de programmation et d'établissement des rapports doivent être supprimés dans un souci d'efficacité, d'harmonisation et de cohérence. Il convient d'explorer activement de nouvelles sources de financement durables, notamment en ce qui concerne le soutien consenti par le secteur privé, l'application de dispositifs nationaux de protection sociale, un recours accru aux banques régionales de développement et la possibilité d'une taxe sur les transactions financières.

48. Les enjeux liés au financement futur de la lutte contre le sida ont été tristement illustrés par les difficultés rencontrées récemment par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui a dû annuler un appel à propositions, faute de fonds. Le montant de 750 millions de dollars promis au Fonds mondial par la Bill and Melinda Gates Foundation en 2012 a représenté à cet égard un véritable vote de confiance. Conformément au cadre d'investissement, le Fonds a adopté un nouveau modèle de négociation des accords de subventions avec les pays, pour consacrer ses ressources limitées à des programmes rentables qui soient adaptés aux besoins locaux et qui donnent les meilleurs résultats possibles.

49. La communauté internationale doit comprendre que la lutte contre le sida est une responsabilité partagée pour qu'il soit possible de dégager les moyens nécessaires en vue de la réalisation des objectifs fixés à l'échelle mondiale. Si les pays à revenu élevé respectaient leur promesse de consacrer 0,7 % de leur produit intérieur brut à l'aide publique au développement, le montant total des ressources disponibles aux fins du développement serait plus du double de ce qu'il est à l'heure actuelle. Étant donné les taux de croissance solides enregistrés en Afrique subsaharienne, les gouvernements africains devraient augmenter la part de leur budget de la santé qu'ils consacrent au sida compte tenu de la gravité de ce fléau par rapport aux autres maladies, ce qui permettrait de dégager un montant supplémentaire de 4,7 milliards de dollars pour les activités de lutte contre le VIH. Par ailleurs, les pays émergents à revenu intermédiaire, comme l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie et l'Inde, devraient continuer d'étudier des moyens de fournir une aide financière plus importante aux autres pays dans ce domaine.

Figure XII
Ressources globales consacrées à la lutte contre le VIH dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire, 2002-2010



Source : *Journée mondiale Sida 2011, Rapport ONUSIDA.*

G. Répondre aux besoins des femmes et des filles, lutter contre les inégalités entre hommes et femmes et les abus et la violence sexistes et renforcer la capacité des femmes et des filles de se protéger du VIH

50. Pour accomplir des progrès dans la lutte contre le sida, il est impératif de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles. Étant donné que les femmes âgées de 15 à 24 ans représentent plus d'un cas de nouvelles infections sur quatre et que près de 60 % des infections en Afrique subsaharienne concernent des femmes, les effets néfastes des inégalités entre hommes et femmes ont été reconnus dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida, qui prévoit l'adoption de mesures concertées pour y mettre un terme.

51. Si la nécessité de prendre des mesures pour réaliser l'égalité des sexes et autonomiser les femmes et les filles est de plus en plus reconnue, il existe un fossé considérable entre les intentions et la réalité sur le terrain. De nombreux pays dans le monde reconnaissent les effets de l'épidémie sur les femmes et les filles, mais moins de la moitié d'entre eux se sont dotés de budgets spécifiquement consacrés aux activités programmatiques visant à améliorer la situation des femmes face à l'épidémie. Il est essentiel à cet égard d'élargir l'accès des femmes et des filles à des services de santé sexuelle et procréative axés sur les droits. L'offre d'une éducation de qualité permet aussi de réduire les inégalités entre les sexes, et les efforts déployés dans ce domaine sont complémentaires des activités de lutte contre le VIH et des initiatives prises dans les autres secteurs du développement.

52. Comme c'est le cas pour les hommes, les femmes et les filles infectées par le VIH viennent d'horizons très divers, ce qui exige la mise en place de programmes et politiques tenant compte de leurs besoins respectifs et de leurs situations particulières. Dans la plupart des régions, ces femmes et ces filles appartiennent souvent à des populations clefs à risque ou ont pour partenaires sexuels des membres de ces populations clefs.

53. La violence contre les femmes est non seulement une des causes de l'infection à VIH, mais aussi une de ses conséquences pour celles qui ont contracté le virus. Il est donc urgent de prendre des mesures pour lutter contre la violence sexiste. D'après les résultats d'enquêtes sur les ménages effectuées récemment, les femmes qui ont été victimes de violence sexuelle pendant leur enfance sont deux fois plus susceptibles que les autres d'avoir été diagnostiquée pour une maladie sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois et deux fois moins susceptibles d'utiliser des préservatifs. La campagne Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes a été l'occasion d'appeler à l'action pour éliminer la violence à l'égard des femmes d'ici à 2015, notamment par l'adoption et l'application de législations nationales, la mise en œuvre de plans nationaux plurisectoriels et le recours à d'autres mesures clefs. En 2011, seuls 40 des 94 pays interrogés indiquaient avoir mis en place une stratégie sanitaire luttant spécifiquement contre la violence sexiste.

54. L'Agenda d'ONUSIDA pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes et du VIH a suscité un nouvel élan dans la lutte contre les répercussions de l'épidémie sur les femmes et les filles. Ces derniers mois, de nombreux pays, notamment le Bénin, le Lesotho, la Maroc, la Namibie, la République-Unie de Tanzanie et le Viet Nam, ont développé des plans

d'action nationaux sur les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH ou pris d'autres mesures pour lutter contre l'épidémie à l'échelle nationale en tenant compte des différences liées au sexe. La Malaisie a mis en place un centre-modèle de services intégrés où les femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles peuvent avoir accès en un seul lieu à des services adaptés, des conseils et des services juridiques et sociaux. En Inde, une initiative à plusieurs niveaux a été lancée pour prévenir la violence, le harcèlement et la stigmatisation dont sont victimes les travailleuses du sexe et d'autres populations clefs.

55. Les hommes et les garçons jouent aussi un rôle clef dans l'édification de normes sociales saines, fondées sur l'égalité des sexes, et les programmes et politiques les impliquant revêtent donc une importance fondamentale. En 2011, seulement 7 des 94 pays interrogés avaient prévu des fonds pour le renforcement des programmes de lutte contre les inégalités des sexes impliquant les hommes et les garçons.

H. Éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des personnes qui vivent avec le VIH et sont touchées par ce virus ainsi que les restrictions à la circulation liées au VIH au moyen de lois, de politiques, de stratégies et de programmes visant à faire progresser les droits de l'homme

56. La stigmatisation et la discrimination continuent de freiner les progrès en vue de la réalisation des objectifs mondiaux car elles empêchent les personnes d'accéder aux services de santé en matière de VIH et alourdissent le fardeau de celles qui vivent avec ce virus. Dans la région de l'Asie et du Pacifique, par exemple, le pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui ont déclaré avoir perdu leur emploi ou leur source de revenus à cause de leur séroposivité était de 16 % à 50 %. Entre 4 % et 33 % d'entre elles ont vu leur accès aux soins de santé limité du fait des comportements de stigmatisation des professionnels de santé à leur égard et, pour 9 % à 50 % d'entre elles, leur séroposivité a été révélée à leur amis et proches sans leur consentement. La stigmatisation liée au VIH renforce d'autres formes de stigmatisation, par exemple des populations au sein desquelles le risque est plus élevé. Les femmes qui vivent avec le VIH sont souvent victimes d'une stigmatisation et d'une discrimination plus sévères et plus répandues que les hommes séropositifs.

57. Il faut clairement intensifier d'urgence les moyens de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. En 2010, un pays sur trois a déclaré ne pas avoir adopté de loi interdisant la discrimination à l'encontre des personnes qui vivent avec le VIH. Un nombre croissant de pays ont édicté des lois inadaptées et contre-productives érigeant en infraction le fait pour une personne de ne pas révéler sa séropositivité, son exposition au virus ou le risque de transmission de celui-ci, et certains pays à haut revenu arrivent en tête pour le nombre de poursuites engagées en vertu de ce type de lois.

58. En 2010, 46 % des pays ont déclaré que leur législation, leur réglementation ou leurs politiques empêchaient les populations les plus à risque d'avoir accès à la prévention, aux soins de santé et aux services de prise en charge et d'accompagnement. Les relations homosexuelles entre adultes consentants sont

érigées en infraction pénale dans 76 pays, et la plupart des pays considèrent comme des infractions pénales certains aspects du travail sexuel et imposent des sanctions pénales aux toxicomanes. Non seulement ces lois marginalisent et exposent les membres des principaux groupes concernés au risque de subir des violences ou d'être condamnés à des peines de prison, mais elles ont aussi pour résultat d'exclure ces groupes du bénéfice des programmes nationaux d'assistance économique, sanitaire et sociale.

59. Conformément aux engagements souscrits dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011, les pays devraient revoir sans plus attendre leurs cadres législatifs et politiques nationaux et, s'il y a lieu, adopter des mesures strictes pour lutter contre la discrimination et abroger ou modifier les différentes lois qui font obstacle à l'efficacité de la lutte contre le VIH. En 2010, 51 % seulement des pays étaient dotés de systèmes d'assistance juridique pour les litiges liés au VIH. Il faudrait donc mettre en place une assistance juridique et investir dans des programmes favorisant l'acquisition de notions élémentaires de droit pour les personnes vivant avec le VIH et les principaux groupes concernés. Il faut également engager d'urgence des efforts pour sensibiliser le personnel judiciaire et la police à ces questions.

60. On a vu récemment plusieurs exemples importants du rôle moteur de la promotion des droits de l'homme. Trente-deux pays ont adopté des politiques et des lois nationales ou sectorielles visant à encourager les parties prenantes du monde du travail à agir pour mettre fin à la stigmatisation, à défendre les droits de l'homme et à faciliter l'accès aux services. Au Rwanda, les organisations de la société civile se sont alliées avec des associations professionnelles d'avocats et d'autres partenaires pour promouvoir les services d'assistance juridique, l'acquisition des notions élémentaires du droit et le renforcement des capacités dans le secteur de la justice. La dépénalisation de l'usage de drogue au Portugal a entraîné le déclin de l'usage de drogue au long de la vie et a augmenté le nombre de personnes qui ont recouru aux traitements des toxicomanies. Les Fidji ont dépénalisé l'homosexualité en 2010. La Nouvelle-Zélande a dépénalisé la prostitution, et des programmes sont en cours aux Philippines et en Thaïlande pour sensibiliser la police aux besoins des principaux groupes concernés. En Afrique du Sud et au Brésil, la Recommandation (n° 200) du BIT concernant le VIH et le sida et le monde du travail de 2010 a été invoquée dans des décisions de justice qui ont invalidé des mesures discriminatoires contre des travailleurs fondées sur leur séroposivité.

61. Reconnaissant le besoin urgent de mettre en conformité les cadres législatifs avec les principes des droits de l'homme et l'efficacité de la lutte contre le sida, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a pris la tête d'une initiative d'une durée de 18 mois, la Commission mondiale sur le VIH et le droit, qui doit prochainement formuler des recommandations susceptibles d'être mises en œuvre, bien documentées et fondées sur les droits de l'homme pour lutter efficacement contre la sida.

62. Outre les réformes des législations et des politiques, des progrès importants ont été réalisés pour ce qui est de collecter des données à l'appui des programmes destinés à lutter contre la stigmatisation du VIH des progrès importants. En particulier, des projets innovants menés en Afghanistan, au Bangladesh, en Inde, au Népal, au Pakistan et à Sri Lanka ont permis de mieux comprendre le problème et de tirer des leçons qui éclairent les actions menées dans d'autres régions.

63. En novembre 2011, 47 pays, territoires et zones continuaient d'imposer des restrictions discriminatoires à l'entrée, au séjour ou à la résidence des personnes vivant avec le VIH. Depuis la session extraordinaire de 2011, les Fidji ont abrogé les interdictions de voyager pour cause de VIH qui figuraient dans le décret national sur le sida. Cette mesure courageuse fait suite aux exemples d'autres pays qui ont aboli les interdictions de voyager pour cause de VIH depuis 2010, à savoir l'Arménie, la Chine, les États-Unis d'Amérique, la Namibie et l'Ukraine.

I. Éliminer les systèmes parallèles pour les services liés au VIH afin de renforcer l'intégration de la lutte contre le sida

64. La lutte contre le VIH est inextricablement liée à la question plus générale du développement et des droits de l'homme. En particulier, elle bénéficie des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et les facilite.

65. La Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011 prévoit de s'appuyer sur les mesures destinées à renforcer les systèmes de santé et les systèmes communautaires et d'intégrer le VIH dans les autres initiatives en faveur de la santé et du développement. La lutte contre le VIH a suscité une attention sans précédent aux besoins et aux droits des jeunes, des femmes, des travailleurs du sexe, des homosexuels, des toxicomanes qui utilisent des drogues par injection, des prisonniers et de nombreux autres groupes de population. Elle a également renforcé la gouvernance en matière de santé, contribué à la formation de dizaines de milliers de professionnels de santé et appuyé des stratégies innovantes dans le domaine des ressources humaines, amélioré les systèmes de veille sanitaire ainsi que la gestion des achats et des fournitures des produits et articles médicaux et permis d'améliorer la capacité en matière de laboratoires d'analyse et l'infrastructure matérielle des dispensaires.

66. Pour améliorer les résultats, il est nécessaire de fournir une gamme complète de prestations centrées sur la personne, qui intègre le VIH dans les services de santé en matière de tuberculose, de sexualité et de reproduction, y compris en faveur des femmes et des enfants ainsi que dans la lutte contre les maladies non transmissibles, comme l'addiction aux drogues, le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Les innovations apportées aux systèmes de santé qui résultent du renforcement des programmes de lutte contre le VIH, telles que la mobilisation des communautés pour la fourniture de services et la création de la demande, la décentralisation des services et les mesures visant à rendre les produits et articles de santé essentiels moins coûteux et plus accessibles, contribuent déjà à améliorer les programmes mis au point pour d'autres pathologies chroniques et non transmissibles.

67. Les transferts sociaux sous forme de nourriture, d'aide financière ou de bons d'approvisionnement, combinés aux activités communautaires, permettent de surmonter les obstacles qui freinent l'accès aux services et le respect des traitements. Bien que la protection sociale ait un rôle évident à jouer dans le renforcement de la lutte contre le VIH, une collaboration plus étroite entre les spécialistes du VIH, ceux de la protection sociale et les autres parties prenantes est nécessaire pour garantir que les programmes de protection sociale correspondent aux besoins des personnes et des ménages touchés par le VIH.

68. Les effets de l'épidémie sur les enfants exigent une action et un engagement permanents. Une nouvelle encourageante est qu'après avoir atteint, semble-t-il, un niveau maximum en 2009, avec 17 millions d'enfants rendus orphelins par le VIH, ce nombre a ensuite diminué un peu et est revenu à 16,6 millions en 2010. On attribue essentiellement ce résultat à l'expansion des traitements antirétroviraux et des programmes de prévention. Toutefois, les rapports présentés par les pays indiquent que la plupart des ménages dont des enfants sont affectés par le VIH ne reçoivent aucune aide et que, tous les ans, des millions d'enfants deviennent orphelins du sida. Le moyen le plus efficace et le moins discriminatoire consiste à intégrer l'assistance liée au VIH dans des programmes plus larges qui s'attachent à répondre aux besoins de tous les ménages vulnérables.

III. Responsabilité mutuelle et participation active de diverses parties prenantes

69. Pour créer un monde avec zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au sida, il est indispensable d'engager une action collective car aucun secteur ni aucune catégorie de parties prenantes ne peut entreprendre ou superviser seul des initiatives visant à atteindre les objectifs fixés pour 2015 dans le domaine du sida. Chaque partie prenante a un rôle déterminant à jouer dans le succès de l'entreprise, et chacune doit respecter les principes de responsabilité mutuelle, d'ouverture, de transparence et de coordination.

70. Partout dans le monde on peut observer chez les dirigeants une volonté d'obtenir des résultats. Ces derniers mois, les parlementaires indiens ont organisé une nouvelle conférence pour sensibiliser les responsables politiques à la lutte contre le VIH et le Premier Ministre mozambicain a organisé un débat national pour accélérer la réalisation des objectifs fixés dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011. Malgré les difficultés économiques, certains pays donateurs ont décidé d'intensifier l'action : en 2011, les États-Unis d'Amérique se sont engagés à faire en sorte qu'au moins 6 millions de personnes vivant avec le VIH bénéficient du traitement antirétroviral d'ici à décembre 2013 et ont dévoilé une nouvelle stratégie d'aide à la lutte internationale contre le VIH qui est conforme aux principes énoncés dans le cadre d'investissement dans la lutte contre le VIH. Les Ministres de la santé brésilien, chinois, indien, russe et sud-africain se sont engagés à travailler ensemble à la mise en œuvre intégrale de la Déclaration politique de 2011.

71. La société civile continue de jouer un rôle moteur en alimentant la lutte contre le VIH de leurs idées, de leur passion et de leur dynamisme. Ce sont les organisations de personnes vivant avec le VIH qui ont mis en place l'Index de stigmatisation et de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et promu le cadre d'action global fondé sur les droits appelé « Santé positive, dignité et prévention ». Les groupes de la société civile sont toujours en première ligne en matière de sensibilisation, que ce soit au niveau des pays ou sur le plan international, joignant leurs efforts pour mobiliser une action concertée en vue de garantir aux personnes vivant avec le sida les droits au traitement, à la non-discrimination et à la participation. Dans beaucoup de pays, les organisations de la société civile jouent un rôle important dans la prestation de services, démontrant ce

faisant la nécessité pour les pouvoirs publics de coopérer avec les acteurs non étatiques en vue d'engager une action durable aux niveaux national et local.

72. La participation active des institutions régionales est également indispensable pour poursuivre et accélérer les progrès. En février 2012, les gouvernements des pays d'Asie et du Pacifique ont adopté un plan d'action visant à renforcer la coordination entre eux de manière à accélérer la réalisation des objectifs énoncés dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011 dans la région. De leur côté, les pays d'Afrique ont élaboré un plan d'action régional visant à éliminer les nouveaux cas d'infection chez les enfants, redynamisé l'initiative Veille sida Afrique et créé, dans le cadre de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, le Comité pour la protection des droits des personnes vivant avec le VIH, des personnes vulnérables et affectées par le VIH.

IV. Mesure des résultats

73. Les comptes rendus réguliers des progrès réalisés ont permis de concevoir des mesures plus efficaces pour lutter contre le VIH et ont renforcé le sens des responsabilités et la transparence. Les rapports nationaux sur les principaux indicateurs, qui sont établis avec le concours de la société civile et des partenaires non gouvernementaux, ont permis d'améliorer l'action collective.

74. La Déclaration politique de 2011 reprend et renforce les principes qui sont à la base des solutions novatrices, solides et efficaces de lutte contre le sida. Pour mesurer les progrès faits dans sa mise en œuvre, le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation, qui est soutenu par ONUSIDA et qui rassemble des experts des gouvernements, de la société civile et des organisations internationales, a élaboré un ensemble révisé d'indicateurs permettant de mesurer les résultats obtenus au niveau mondial. Ces indicateurs ont été intégrés dans les rapports sur le secteur sanitaire de l'OMS. Les rapports périodiques des pays seront résumés dans les rapports annuels destinés à l'Assemblée générale afin d'enrichir son débat annuel sur l'application de la Déclaration politique.

75. Étant donné la nécessité urgente d'accélérer les progrès en vue d'atteindre les objectifs fixés pour 2015, tous les efforts doivent être faits pour exploiter les informations contenues dans les rapports nationaux. Les institutions régionales doivent en particulier se faire plus visibles et plus actives dans le suivi des progrès réalisés et la communication d'informations à ce sujet.

V. Recommandations

76. L'année 2011 a été une année remarquable en ce qui concerne l'action antisida. Plus de 7 millions de personnes étaient traitées aux antirétroviraux, et de nouvelles avancées scientifiques ont confirmé qu'il était possible de prévenir de nouveaux cas d'infection par le VIH par des traitements médicamenteux. Porteurs de grands espoirs et promesses, les objectifs et engagements ambitieux énoncés dans la Déclaration politique de l'Assemblée générale ont conduit les dirigeants politiques et les militants locaux à parler du début de la fin de l'épidémie. Cela étant, des tâches urgentes restent à accomplir. Le Secrétaire général exhorte à présent la communauté internationale à tenir les engagements qu'elle a pris. Elle doit faire non

plus la charité mais la justice et renforcer le sentiment d'appropriation et de responsabilité partagée aux fins d'une action antisida plus durable, dans la logique du nouveau contrat social préconisé dans le Programme d'action quinquennal. Le Secrétaire général engage en particulier toutes les parties prenantes à :

a) **Redoubler et intensifier leurs efforts pour prévenir de nouveaux cas d'infection par le VIH**. Tout en tirant parti des avancées faites ces dernières années dans la promotion des comportements sexuels moins à risque, il faut s'employer, dans le cadre des programmes de prévention, à renforcer, à pérenniser et à généraliser le changement de comportement en promouvant les principes de l'égalité des sexes et du respect mutuel. Ces programmes devraient être davantage axés sur les localités et les communautés qui connaissent de nouveaux cas d'infection. Il faut faire preuve d'une volonté renouvelée pour pouvoir éliminer les nouveaux cas d'infection chez les enfants, garder les mères en vie dans les 22 pays prioritaires recensés dans le Plan mondial et s'efforcer de mobiliser la volonté d'action et l'énergie dans tous les pays. Les parties prenantes doivent avoir la sagesse, le courage et la volonté de mettre en œuvre des programmes de prévention solides axés sur l'analyse des faits afin de donner aux personnes concernées les moyens de se protéger et de protéger leurs partenaires du VIH, l'accent devant être mis sur les trois catégories à haut risque répertoriées dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 : les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe et les personnes qui font usage de drogues par voie intraveineuse;

b) **Renouveler et renforcer la volonté de garantir à ceux qui en ont besoin l'accès au traitement, aux soins et aux services d'accompagnement**. Pour atteindre en 2015 l'objectif consistant à assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes, tous les partenaires doivent travailler ensemble pour renforcer l'efficacité et le sens des responsabilités en ce qui concerne la généralisation du traitement, progresser plus vite dans la généralisation de la connaissance de la sérologie VIH, utiliser les enseignements tirés de l'expérience pour renforcer l'observance thérapeutique et la continuité des soins et prendre les mesures nécessaires pour garantir l'égalité d'accès au traitement aux catégories concernées et à d'autres groupes marginalisés. Il faut s'employer d'urgence à mettre en place une nouvelle génération de traitement et de soins contre le VIH. Il faut intensifier les travaux de recherche afin de mettre au point et de distribuer des moyens diagnostiques plus simples et plus abordables et les associations thérapeutiques les plus efficaces possible. Les pays devraient recourir le plus possible aux flexibilités prévues dans les accords sur la propriété intellectuelle pour faire baisser le coût des médicaments, et les collectivités doivent être mobilisées et associées à la généralisation de l'accès aux traitements. Tous les pays doivent adopter des stratégies qui ont fait leurs preuves afin d'accroître la rapidité du diagnostic, de la prévention et du traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH;

c) **Passer de la parole à l'acte et promouvoir le respect des droits dans la lutte contre le VIH**. Tous les pays doivent procéder immédiatement à un examen approfondi de leurs cadres juridiques et politiques afin d'éliminer tout obstacle à une action antisida efficace et fondée sur les droits. Ils doivent promulguer des lois prohibant la discrimination des séropositifs en toute circonstance, mobiliser l'appui nécessaire pour les faire appliquer et prévoir des mécanismes et services concrets pour renforcer l'accès des personnes atteintes du sida à la justice. Les pays et les

donateurs doivent coopérer afin de trouver de nouvelles sources de financement pour les programmes locaux de lutte contre la stigmatisation liée au VIH, de promotion de l'égalité des sexes et d'élimination de la violence sexiste. Les lois pénales et autres mesures juridiques ou politiques qui entravent l'exercice effectif du droit à la santé et d'autres droits fondamentaux des catégories à haut risque doivent être révisées ou abrogées. Des liens plus solides doivent être établis entre l'action antisida, les initiatives sanitaires et sociales et les campagnes en faveur des droits de l'homme afin d'autonomiser les femmes et les jeunes et de promouvoir l'égalité entre les sexes;

d) **Envisager d'autres manières d'investir dans la lutte contre le VIH afin de mobiliser les ressources nécessaires, d'améliorer l'utilisation des ressources, de renforcer l'appropriation de l'action antisida par l'Afrique et de pérenniser les résultats**. Tous ceux qui contribuent ou qui sont en mesure de contribuer financièrement à la lutte contre le VIH, notamment les donateurs internationaux, les pays émergents, les pays touchés par le VIH et le secteur privé, doivent le faire, en s'efforçant de mobiliser des ressources supplémentaires compte tenu de la capacité de chaque partenaire. Tout en continuant de participer activement à la lutte, les donateurs internationaux et les organismes techniques doivent aider les pays à renforcer la cohérence et le contrôle des programmes et des ressources et à utiliser les ressources de façon aussi efficiente que possible. Les partenaires internationaux doivent se servir des instruments tels que les cadres d'investissement pour aider les pays à concevoir des initiatives d'investissement solides afin d'élargir rapidement la portée des programmes, à déterminer plus rigoureusement les priorités stratégiques et à optimiser les synergies en intégrant les programmes et en mettant en œuvre les moyens essentiels. Avec l'aide de la communauté internationale, les pays et les partenaires d'Afrique subsaharienne doivent tirer parti des efforts de développement de la région pour favoriser l'essor de nouvelles industries et d'économies de la connaissance. Il faut s'efforcer d'urgence d'intensifier la production nationale et régionale d'antirétroviraux en Afrique subsaharienne et de resserrer la coopération technique Sud-Sud;

e) **Forger de nouveaux partenariats et de nouvelles relations de collaboration pour faire partager les responsabilités en matière de lutte contre le VIH, réduire les risques et renforcer la protection des personnes vulnérables**. Le VIH et les autres questions sanitaires doivent figurer au premier plan des débats internationaux, régionaux et nationaux et pris en compte dans la définition des priorités de développement de l'après-2015. Il faut forger des partenariats dans lesquels l'Organisation des Nations Unies, la société civile, les gouvernements, les établissements universitaires et le secteur privé s'emploient ensemble à régler les questions persistantes telles que l'autonomisation des femmes et des jeunes grâce au renforcement des liens avec les autres initiatives sanitaires et sociales et les campagnes en faveur des droits de l'homme. Les parties compétentes doivent tenir compte de l'accroissement des risques et de la vulnérabilité dans les pays en conflit ou sortant d'un conflit et veiller à ce que les programmes de lutte contre VIH fassent partie intégrante de tous les processus de désarmement, de démobilisation, de réintégration et de consolidation de la paix et de réforme du secteur de la sécurité et contribuent au renforcement des capacités des soldats de la paix et du personnel en uniforme qui sont les agents du changement positif.