

06

Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : Résumé d'orientation

Edition spéciale 10e anniversaire de l'ONUSIDA



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Photos : UN/E.Debebe, UNAIDS/S.Agarwal

ONUSIDA/06.20F (version française, mai 2006)

Version originale anglaise: UNAIDS/06.13E, mai 2006
2006 Report on the global AIDS epidemic—a UNAIDS 10th anniversary special edition
Traduction—ONUSIDA

© Programme mondial des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2006.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA—qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale—doivent être adressées au Centre d'information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

ONUSIDA.

Résumé d'orientation de Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA 2006 / ONUSIDA.

«ONUSIDA/06.20F».

1. Infection à VIH - épidémiologie. 2. Infection à VIH - thérapeutique. 3. SIDA - épidémiologie. 4. SIDA - thérapeutique. I. Organisation mondiale de la Santé. II. Titre.

ISBN 92 9 173512 4

(NLM classification: WC 503.4)

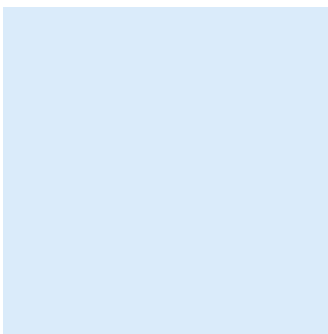
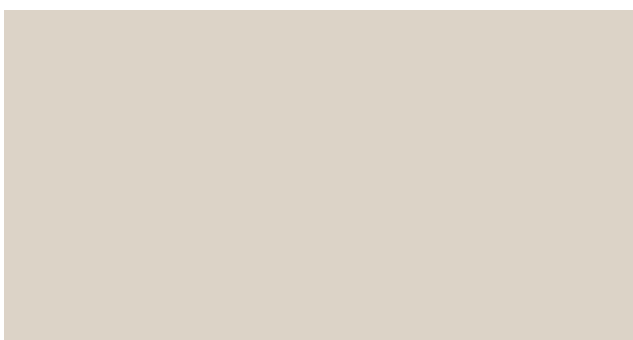
ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

unaids@unaids.org
www.unaids.org

Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006

Edition spéciale 10e anniversaire de l'ONUSIDA
Résumé d'orientation



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
OIT
PAM
PNUD
UNFPA
ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



Dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, adoptée lors d'une session extraordinaire historique de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001, les leaders de 189 Etats Membres se sont engagés à atteindre des objectifs détaillés assortis de délais pour la fourniture des services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien nécessaires dans le domaine du VIH afin de stopper et commencer à inverser l'épidémie mondiale d'ici à 2015.

L'obligation redditionnelle et la transparence sont essentielles pour la réalisation de ces objectifs. La Déclaration d'engagement prévoit que des rapports réguliers sur les progrès accomplis soient présentés à l'Assemblée générale, fondés sur des indicateurs élaborés par l'ONUSIDA, les pays eux-mêmes et tout un éventail de partenaires. Pour contribuer à l'évaluation, par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006, des progrès faits depuis cinq ans, l'ONUSIDA a examiné les rapports d'activité des pays sur les indicateurs SIDA de base, en prêtant une attention particulière aux objectifs quantifiables qui devaient être atteints d'ici à décembre 2005.

Ce *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA* présente l'ensemble de données le plus complet jamais rassemblé sur la riposte des pays à l'épidémie de SIDA. Des rapports complets ont été soumis par 126 pays et, pour la première fois, la société civile a activement participé à la collecte, à l'examen et à l'analyse de ces données nationales. De plus, l'ONUSIDA a reçu plus de 30 rapports rédigés séparément par des organisations de la société civile, qui permettent une évaluation plus détaillée de

l'engagement politique, de la qualité et de l'équité des services offerts et de l'efficacité des efforts déployés pour combattre la stigmatisation et la discrimination.

Les principaux résultats de cette analyse mondiale détaillée sont les suivants :

- **Des progrès importants ont été faits depuis la Session extraordinaire de 2001, mais on note une forte diversité entre les pays et régions dans la riposte au VIH.**
 - Si certains pays ont atteint les cibles et objectifs clés fixés pour 2005, un grand nombre d'entre eux ne sont pas parvenus à remplir les engagements pris dans la Déclaration.
 - Certains pays ont fait de rapides progrès dans l'extension de l'accès aux traitements, mais n'ont que peu avancé dans l'élargissement des programmes de prévention, alors que d'autres pays, qui connaissent aujourd'hui une baisse de la prévalence nationale du VIH n'améliorent que lentement les programmes visant à assurer un traitement pour tous ceux qui en ont besoin.

- **La plupart des pays disposent maintenant d'une base solide sur laquelle édifier une riposte efficace au SIDA, grâce à l'intensification de l'engagement politique et de la coordination entre les partenaires à l'échelon des pays.**
 - Le rythme de l'augmentation des ressources destinées au VIH s'est accéléré depuis la Session extraordinaire de 2001, avec une augmentation annuelle moyenne de 1,7 milliard de dollars entre 2001 et 2004, par rapport à une augmentation annuelle moyenne de 266 millions de dollars entre 1996 et 2001. Les fonds disponibles en 2005 ont atteint 8,3 milliards de dollars.
 - Les dépenses publiques intérieures des gouvernements ont également considérablement augmenté dans les pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne et plus modérément dans les pays à revenu intermédiaire. En 2005, ces ressources intérieures ont atteint 2,5 milliards de dollars.
 - L'accès aux traitements s'est élargi de manière spectaculaire. De 240 000 en 2001, le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à faible ou moyen revenu est passé à 1,3 million en 2005, et 21 pays ont atteint ou dépassé les objectifs fixés par l'initiative '3 millions d'ici 2005', visant à fournir un traitement à 50% au moins de ceux qui en ont besoin.
 - Le nombre de personnes fréquentant les services de conseil et de test VIH a quadruplé au cours des cinq dernières années dans plus de 70 des pays étudiés, passant de 4 millions de personnes environ en 2001 à 16,5 millions en 2005.
 - Dans 58 pays ayant présenté des données, 74% des écoles primaires et 81% des écoles secondaires offrent aujourd'hui un enseignement sur le SIDA.
- Dans huit des 11 pays d'Afrique subsaharienne étudiés, le pourcentage de jeunes qui ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a baissé et le recours au préservatif est en hausse.
- Six pays africains fortement touchés par le VIH sur 11 ont annoncé une baisse de 25% ou davantage dans la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans dans les populations urbaines.
- Plusieurs pays ont atteint une couverture de près de 60% des femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant d'une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant.
- Le sang utilisé pour les transfusions est maintenant systématiquement contrôlé pour le VIH dans la plupart des pays.
- **Pourtant, la riposte au VIH comporte encore de graves lacunes.**
 - Les programmes de prévention du VIH ne touchent pas ceux qui sont le plus exposés au risque. Les efforts déployés pour améliorer les connaissances relatives au SIDA parmi les jeunes restent insuffisants.
 - La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA visait à ce que 90% des jeunes soient bien informés sur le SIDA d'ici à 2005, mais les enquêtes montrent que moins de 50% des jeunes ont atteint des niveaux de connaissance suffisants.
 - Seuls 9% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont bénéficié de services de prévention du VIH, quels qu'ils soient, en 2005 ; moins de 20% des consommateurs de drogues injectables ont bénéficié de services de prévention du VIH.
 - Les services destinés à prévenir les infections à VIH chez les nourrissons ne se sont pas élargis aussi rapidement que les programmes de fourniture de traitements antirétroviraux, et 9% seulement des femmes enceintes en bénéficient sur le plan mondial.

FIGURE 1		Progrès réalisés par les pays pour atteindre les objectifs fixés à l'échelle mondiale par la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, 2005 (pays à faible ou moyen revenu)	
RÉSULTATS À L'ÉCHELLE MONDIALE		OBJECTIF MONDIAL POUR 2005	
Total des dépenses annuelles			
US\$ 8 297 000 000 Fourchette estimée : US\$ 7,5 milliards – US\$ 8,5 milliards		US\$ 7,0 – US\$ 10,0 milliards ■ Objectif mondial atteint	
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir la transmission du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH			
HOMMES : 33% (Fourchette nationale : couverture 7% – 50%), (n=16) FEMMES : 20% (Fourchette nationale : couverture 8% – 44%), (n=17)		Couverture 90% ■ Aucun pays n'a atteint l'objectif	
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant de la prophylaxie antirétrovirale			
9% (Fourchette nationale : couverture 1% – 59%), (n=41)		Couverture 80% ■ Aucun pays n'a atteint l'objectif	
Pourcentage de personnes atteintes d'infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale			
20% (Fourchette nationale : couverture 1% – 100%), (n=116) 1 300 000 personnes sous traitement		Couverture 50% ■ 21 pays ont atteint l'objectif 3 millions ■ Objectif mondial non atteint	
Pourcentage de jeunes hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, qui sont infectés par le VIH			
HOMMES : 1,4% (degré d'incertitude : 1,1% – 1,8%), (n=54) FEMMES : 3,8% (degré d'incertitude : 3,0% – 4,7%), (n=54) Il n'existe pas de données mondiales comparables pour 2001 dans ce groupe d'âge. Les progrès ne peuvent être mesurés que dans des pays individuels.		25% de réduction dans les pays les plus touchés ■ 6 des pays les plus touchés ont atteint l'objectif	
Pourcentage estimé de nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui ont été infectés, 2005			
26% des enfants nés de mères infectées par le VIH étaient aussi infectés (n = 33, pays les plus touchés) En 2001, 30% environ des enfants étaient infectés, On estime à 10% la baisse de la transmission du VIH entre 2001 et 2005.		Réduction de 20% ■ 11 des pays les plus touchés ont atteint l'objectif	

Figure 1 extraite du Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 (ONUSIDA, 2006) chapitre 3.

- Les rapports fournis par la société civile dans plus de 30 pays indiquent que la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH restent très répandues.
- La riposte au SIDA n'est pas suffisamment ancrée dans la promotion, la protection et le respect des droits de la personne. La moitié des pays ayant soumis un rapport à l'ONUSIDA admettent l'existence de politiques qui font obstacle à l'accessibilité et à l'efficacité des mesures de prévention et de prise en charge du VIH.
- Les autorités nationales, les partenaires internationaux et les communautés

ne parviennent pas à offrir une prise en charge et un soutien suffisants aux 15 millions d'enfants rendus orphelins par le SIDA et aux millions d'autres enfants rendus vulnérables par l'épidémie.

- **Un quart de siècle après le début de l'épidémie, la riposte mondiale au SIDA se trouve à un tournant.** La riposte au SIDA doit considérablement se renforcer et devenir plus stratégique et mieux coordonnée pour que le monde atteigne les objectifs fixés par la Déclaration d'engagement pour 2010. Si la riposte au SIDA ne s'intensifie pas de manière significative, les pays les plus touchés par le SIDA ne parviendront pas à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, en vue de réduire la pauvreté, la faim et la mortalité infantile, et les pays dont le développement est déjà à la traîne du fait du SIDA continueront à s'affaiblir, menaçant potentiellement la stabilité sociale et la sécurité nationale.

L'ÉPIDÉMIE MONDIALE AUJOURD'HUI

On estime que 38,6 millions [33,4 millions–46,0 millions] de personnes dans le monde vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2005. On estime que 4,1 millions [3,4 millions–6,2 millions] d'individus ont contracté une infection par le VIH et quelque 2,8 millions [2,4 millions–3,3 millions] ont perdu la vie à cause du SIDA. Globalement, on pense que le taux d'incidence du VIH (la proportion de personnes qui ont contracté une infection par le VIH) a atteint son point le plus élevé à la fin des années 1990 et s'est stabilisé depuis, malgré l'incidence en hausse relevée dans plusieurs pays.

Dans plusieurs pays, ces tendances bienvenues de l'incidence sont associées aux changements de comportements et aux programmes de prévention. Les changements dans l'incidence couplés à l'augmentation de

la mortalité due au SIDA ont provoqué une stabilisation de la *prévalence* du VIH (proportion de personnes vivant avec le VIH) à l'échelle mondiale (voir Figure 2) Pourtant, le *nombre* de personnes vivant avec le VIH a continué d'augmenter, du fait de la croissance de la population et, plus récemment, des effets de la thérapie antirétrovirale sur le prolongement de la durée de vie. En Afrique subsaharienne, région où la charge de l'épidémie de SIDA est la plus élevée, les données indiquent également que le taux d'incidence du VIH a atteint son point le plus élevé dans la plupart des pays. Néanmoins, les épidémies dans cette région sont très diverses et particulièrement sévères en Afrique australe, où certaines continuent de progresser.

Parmi les nouvelles tendances significatives, il faut noter la baisse récente de la prévalence nationale du VIH dans deux pays de l'Afrique subsaharienne (Kenya et Zimbabwe), dans les zones urbaines du Burkina Faso, ainsi qu'en Haïti, dans les Caraïbes, baisse accompagnée de changements de comportements—recours accru au préservatif, partenaires moins nombreux et début de l'activité sexuelle différé. Dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne, la majorité des épidémies semblent se stabiliser, mais à des niveaux exceptionnellement élevés dans la plus grande partie de l'Afrique australe.

La prévalence du VIH a également été à la baisse dans quatre États de l'Inde, dont le Tamil Nadu, où les efforts de prévention se sont intensifiés vers la fin des années 1990. Au Cambodge et en Thaïlande, le recul régulier et continu de la prévalence du VIH se poursuit. Mais la prévalence du VIH est à la hausse dans certains pays, notamment la Chine, l'Indonésie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Viet Nam, et on note des signes de flambées de VIH au Bangladesh et au Pakistan.

L'Afrique reste l'épicentre mondial de la pandémie de SIDA. L'épidémie de SIDA en Afrique du Sud—l'une des plus graves du monde—ne montre aucun signe de régres-

sion. D'après les données du système étendu de surveillance appliqué dans les services de soins prénatals ainsi que d'après les enquêtes nationales avec dépistage du VIH

FIGURE 2¹ Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et de la prévalence de l'infection (%) parmi la population adulte dans le monde et en Afrique subsaharienne, 1985-2005

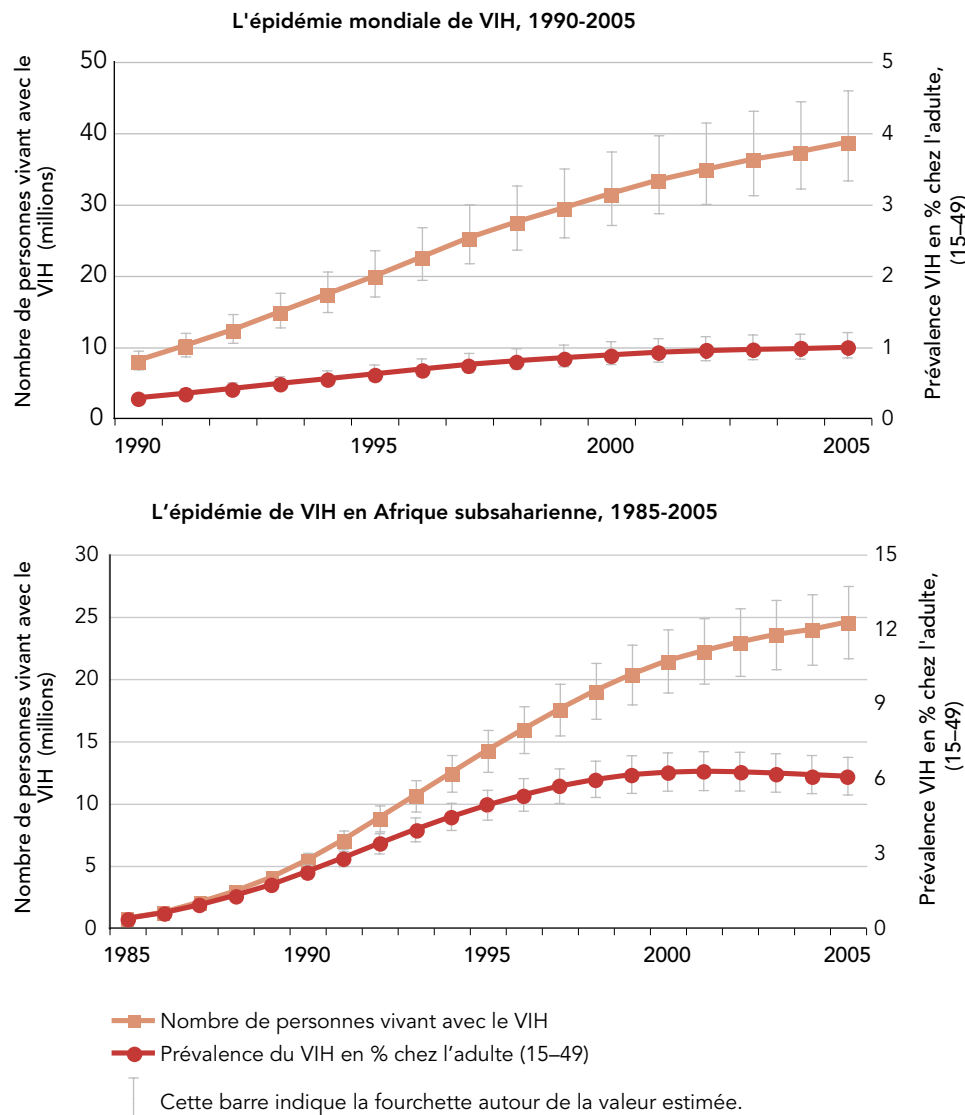


Figure 2 extraite du Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 (ONUSIDA, 2006) chapitre 2.

¹ Bien que les taux de prévalence du VIH se soient stabilisés en Afrique subsaharienne, le nombre réel de personnes infectées continue d'augmenter en raison de la croissance démographique. Lorsqu'on applique le même taux de prévalence à une population en croissance, le nombre de personnes vivant avec le VIH va s'accroître.

AMÉLIORER LES DONNÉES DE SURVEILLANCE DU VIH

Les dernières estimations émises par l'ONUSIDA et l'OMS font état de chiffres moins élevés que ceux publiés dans *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre 2005, alors même que les nouvelles estimations du nombre d'adultes vivant avec le VIH figurant dans ce rapport comprennent maintenant tous les adultes de '15 ans et plus', par opposition aux adultes du groupe d'âge des 15 à 49 ans.

Dans le passé, l'ONUSIDA et l'OMS limitaient les estimations à ce dernier groupe d'âge pour permettre une meilleure comparabilité entre pays, mais il est aujourd'hui manifeste qu'une proportion importante de personnes vivant avec le VIH ont 50 ans ou davantage. En conséquence, l'ONUSIDA et l'OMS présentent désormais leurs estimations du nombre d'adultes vivant avec le VIH, du nombre de nouvelles infections et de décès imputables au SIDA comme portant sur 'tous les adultes âgés de 15 ans et plus'. Nous continuons également à fournir des estimations de la prévalence du VIH parmi les 'adultes âgés de 15 à 49 ans' pour permettre la comparaison entre pays.

Les estimations actuelles de l'ONUSIDA et de l'OMS montrent une révision à la baisse par rapport à celles publiées dans *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre 2005. Cette baisse s'explique en partie par une diminution réelle de la prévalence du VIH dans plusieurs pays, comme on l'a vu par ailleurs dans le présent rapport.

Mais la plupart des différences sont dues à une plus grande disponibilité de données fiables, dont le nombre accru d'enquêtes dans la population en Afrique subsaharienne, de nouvelles données améliorées de surveillance du VIH à l'échelle mondiale, à de meilleures analyses au niveau des pays, et à l'amélioration de la qualité et de la couverture et de la surveillance sentinelle dans de nombreux pays et de l'expansion de la surveillance dans les zones rurales, où l'on sait que la prévalence est plus faible.

et les données sur la mortalité émises par les services d'état civil, on estime qu'en 2005, 5,5 millions [4,9 millions–6,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH, avec un pourcentage d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) atteignant 18,8% [16,8%–20,7%].² En 2004, près d'une femme enceinte sur trois fréquentant des services de soins prénatals était séropositive, et les tendances établies dans le temps indiquent une progression de la prévalence du VIH. On n'observe aucun signe de recul de la prévalence du VIH ailleurs en Afrique australe, et les niveaux d'infection restent exceptionnellement élevés au Botswana, en Namibie et au Swaziland. Au Swaziland, la prévalence du VIH parmi la population adulte est estimée à 33,4% [21,2%–45,3%]. Parmi les femmes

enceintes fréquentant les services de soins prénatals, elle est passée de 4% en 1992 à 43% en 2004. Au Botswana, l'épidémie est également aiguë, avec une prévalence nationale parmi la population adulte estimée à 24,1% [23,0%–32,0%] en 2005. L'épidémie semble être relativement stable au Lesotho mais à de très hauts niveaux avec une prévalence nationale du VIH parmi la population adulte estimée à 23,2% [21,7%–24,8%]. Sur la côte orientale, une épidémie dynamique sévit au Mozambique où la prévalence nationale parmi la population adulte est estimée à 16,1% [12,5%–20,0%]. La propagation du VIH est particulièrement rapide dans les provinces qui bordent les principales voies d'accès vers l'Afrique du Sud, le Malawi et le Zimbabwe.

² Les estimations de la prévalence du VIH établies par l'ONUSIDA donnent le pourcentage d'hommes et de femmes adultes (15–49 ans) vivant avec le VIH au niveau du pays. Ces estimations intègrent diverses données sur le VIH y compris les données rassemblées dans le cadre d'enquêtes conduites dans les foyers et auprès des services de soins prénatals. Ces dernières reflètent par contre uniquement la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes reçues dans des services de soins prénatals publics. La comparaison des deux montre que les estimations du VIH portées à partir des services de soins prénatals tendent à fournir des chiffres plus élevés que celles qui sont portées à partir des enquêtes sur le VIH dans les foyers.

En Asie, les dernières estimations indiquent qu'au terme de l'année 2005, près de 8,3 millions [5,7 millions–12,5 millions] de personnes, dont 2,4 millions [1,5 million–3,8 millions] de femmes adultes vivaient avec le VIH, plus des deux tiers dans un seul pays, l'Inde. Une personne sur six (16%) qui requièrent un traitement antirétroviral en bénéficie aujourd'hui en Asie. C'est en Thaïlande que les progrès ont été les plus nets tandis qu'en Inde (qui compte plus de 70% des personnes nécessitant un traitement antirétroviral dans la région) la couverture reste inférieure à 10%. Une surveillance du VIH étendue et de meilleures méthodes d'estimation permettent d'avoir une vision plus claire de l'épidémie de SIDA en Chine. Environ 650 000 [390 000–1,1 million] personnes y vivaient avec le VIH en 2005³ et les consommateurs de drogues injectables (plus d'un million enregistrés dans le pays) en représentent près de la moitié (44%). Les risques conjugués de la consommation de drogues injectables et des rapports sexuels sans protection figurent dans plusieurs autres épidémies en Asie.⁴ Le Viet Nam, où le virus s'est propagé à l'ensemble des 59 provinces et à toutes les villes que compte le pays, en est un exemple. Au Myanmar, on estimait à 360 000 [200 000–570 000] le nombre d'adultes et d'enfants qui vivaient avec le VIH en 2005, et la prévalence nationale dans la population adulte s'est maintenue à 1,3% [0,7%–2%]. Les épidémies de VIH au Bangladesh, en Indonésie, au Pakistan et aux Philippines restent relativement limitées, même si chacun de ces pays risque de connaître une épidémie beaucoup plus grave si les méthodes de prévention ne sont pas améliorées. Une situation particulièrement préoccupante est apparue dans la province la plus orientale de Papua, voisine de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, où une

grave épidémie se déroule actuellement.

Les épidémies de l'Europe orientale et de l'Asie centrale continuent à progresser. Quelque 220 000 personnes [150 000–650 000] ont été infectées par le VIH en 2005, ce qui porte à environ 1,5 million [1,0 million–2,3 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH—un chiffre qui a été multiplié par 20 en moins d'une décennie. Le tribut mortel de l'épidémie augmente rapidement lui aussi. On estime que le SIDA a tué 53 000 adultes et enfants [36 000–75 000] en 2005—près de deux fois le chiffre de 2003. Le nombre de femmes infectées par le VIH va croissant. Deux pays regroupent la plupart des personnes vivant avec le VIH dans ces régions : l'Ukraine, où le nombre de nouveaux diagnostics de VIH augmente chaque année, et la Fédération de Russie, où sévit l'épidémie de SIDA la plus importante de toute l'Europe.

Dans l'ensemble des Caraïbes, les épidémies—et les ripostes des pays au SIDA—varient de façon marquée en intensité et en étendue. Les niveaux d'infection par le VIH ont diminué dans les zones urbaines d'Haïti et des Bahamas mais sont restés stables dans la République dominicaine voisine et à la Barbade. En outre, l'intensification de l'accès au traitement antirétroviral aux Bahamas et à la Barbade semble avoir fait diminuer le nombre de décès dus au SIDA. Ces progrès n'ont néanmoins pas suffi à faire perdre aux Caraïbes leur statut de deuxième région la plus affectée au monde. Le SIDA est la principale cause de mortalité chez les adultes (15 à 44 ans) et on estime qu'il a coûté 27 000 vies [18 000–37 000] en 2005. Dans l'ensemble, moins du quart (23%) des personnes qui auraient dû recevoir un traitement anti-

³ Ministère de la Santé, Chine (2006). 2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China. Beijing, Ministère de la Santé, Chine, ONUSIDA, OMS.

⁴ Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005. Juillet. Genève, MAP.

rétroviral en ont bénéficié en 2005.⁵ Le taux national de prévalence chez les adultes dépasse 2% pour la Trinité-et-Tobago et 3% aux Bahamas et en Haïti.

En Amérique latine, quelque 140 000 personnes [100 000–420 000] ont été nouvellement infectées par le VIH en 2005, ce qui porte le nombre total de personnes vivant avec le VIH à 1,6 million [1,2 million–2,4 millions] pour la région. Les épidémies les plus importantes de la région surviennent dans les pays les plus peuplés, dont le Brésil, qui regroupe plus du tiers des personnes vivant avec le VIH en Amérique latine. Les épidémies les plus actives se rencontrent néanmoins au Belize et au Honduras, pays moins peuplés dans chacun desquels 1,5% des adultes, voire plus, vivaient avec le VIH en 2005. Si des progrès marqués ont été faits dans l'accès au traitement du VIH dans des pays tels que l'Argentine, le Brésil, le Chili, le Costa Rica, le Mexique, le Panama, l'Uruguay et le Venezuela, les pays les plus pauvres d'Amérique centrale et ceux de la région andine d'Amérique du Sud se débattent pour élargir l'accès au traitement face à de graves problèmes d'accessibilité financière.⁶

Sauf au Soudan, le taux de prévalence du VIH chez les adultes dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord est très faible et ne dépasse pas 0,1%. Les données disponibles laissent penser néanmoins que les épidémies augmentent dans plusieurs pays—dont l'Algérie, la République islamique d'Iran, la Jamahiriya arabe libyenne et le Maroc. Pour l'ensemble de la région, on estime que 64 000 [38 000–210 000] personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2005, ce qui porte

à quelque 440 000 [250 000–720 000] le nombre total de personnes vivant avec le virus. Le Soudan compte largement 350 000 [170 000–580 000] de ces personnes.

Si les niveaux d'infection à VIH restent faibles dans l'ensemble de l'Océanie, l'épidémie établie de longue date en Australie ne disparaît pas, alors qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée, une épidémie relativement récente mais déjà préoccupante représente plus de 90% de tous les cas d'infection à VIH enregistrés à ce jour en Océanie—Australie et Nouvelle-Zélande exclues.

Dans le même temps, il est prouvé que des épidémies resurgissent aux États-Unis d'Amérique et dans certains pays d'Europe parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Amérique latine et en Asie, des épidémies importantes sont dissimulées au sein de ces mêmes populations.

LA DECLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/SIDA : PROGRES DEPUIS 2001

Leadership

Globalement, le leadership et l'action politique dans le domaine du SIDA se sont considérablement accrus depuis 2001.

- Sur le plan international en 2005, le Sommet mondial des Nations Unies, la réunion du G8 des pays industrialisés⁷ et l'Union africaine ont tous adopté l'objectif relatif à l'accès universel, et le Groupe des 77 a pris des mesures pour donner la priorité à la coopération Sud-Sud en matière de prévention, de traitement,

⁵ OMS/ONUSIDA (2006). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on "3 by 5" and beyond. Genève.

⁶ OPS (2005). Care fact sheets. Organisation panaméricaine de la Santé, Washington.

⁷ Dans le communiqué final de leur Sommet de Gleneagles en 2005, les pays du G8 se sont engagés à « collaborer avec l'OMS, l'ONUSIDA et d'autres organismes internationaux pour élaborer et appliquer un ensemble de mesures de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH, en vue de s'approcher le plus possible de l'accès universel au traitement pour tous ceux qui en ont besoin d'ici à 2010. »

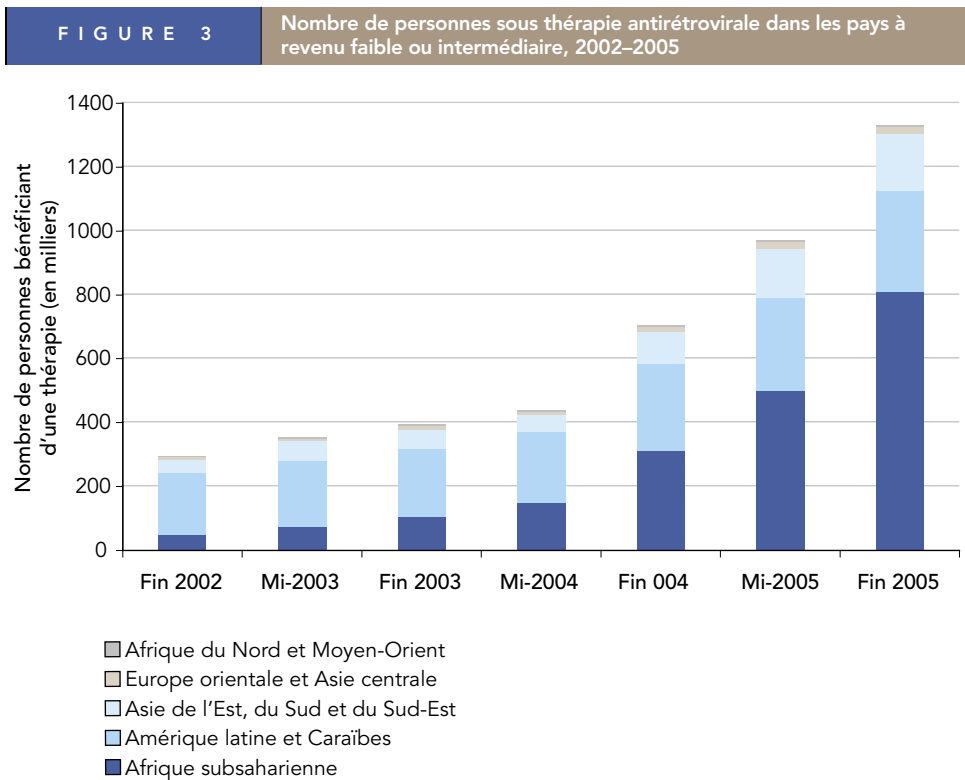


Figure 3 extraite du Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 (ONUSIDA, 2006) chapitre 7.

de prise en charge et de soutien dans le domaine du VIH. Les efforts du Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/SIDA ont fait la preuve d'une collaboration régionale accrue ; le Forum du leadership sur le VIH/SIDA et le développement d'Asie et du Pacifique, l'Union européenne et la Communauté des Etats indépendants ont porté leurs efforts sur l'intensification de l'action contre le SIDA en Europe orientale ; et les pays d'Amérique latine ont collaboré pour négocier des baisses des prix des médicaments antirétroviraux.

- Quatre-vingt-dix pour cent des pays ayant présenté un rapport disposent maintenant d'une stratégie nationale relative au SIDA ; 85% ont un seul organisme national de coordination de l'action contre le SIDA ; et 50% ont élaboré un cadre et un plan nationaux de suivi et d'évaluation.
- Cependant, les systèmes d'exécution de ces plans restent peu systématiques, tout comme la participation de la société civile

et plus particulièrement la participation des personnes vivant avec le VIH.

Prévention du VIH

Si certains pays ont considérablement accru la couverture de la prévention, les programmes de prévention ne touchent encore qu'une petite minorité de ceux qui en ont besoin et plusieurs objectifs de prévention n'ont pas été atteints.

- Les analyses montrent systématiquement que les interventions en vue de modifier les comportements réduisent la fréquence des comportements sexuels à risque. Les pays qui sont parvenus à abaisser l'incidence du VIH ont profité de l'apparition de nouveaux schémas de comportement sexuel—baisse des contacts sexuels monnayés au Cambodge et en Thaïlande, début différé de l'activité sexuelle au Zimbabwe, importance accrue accordée

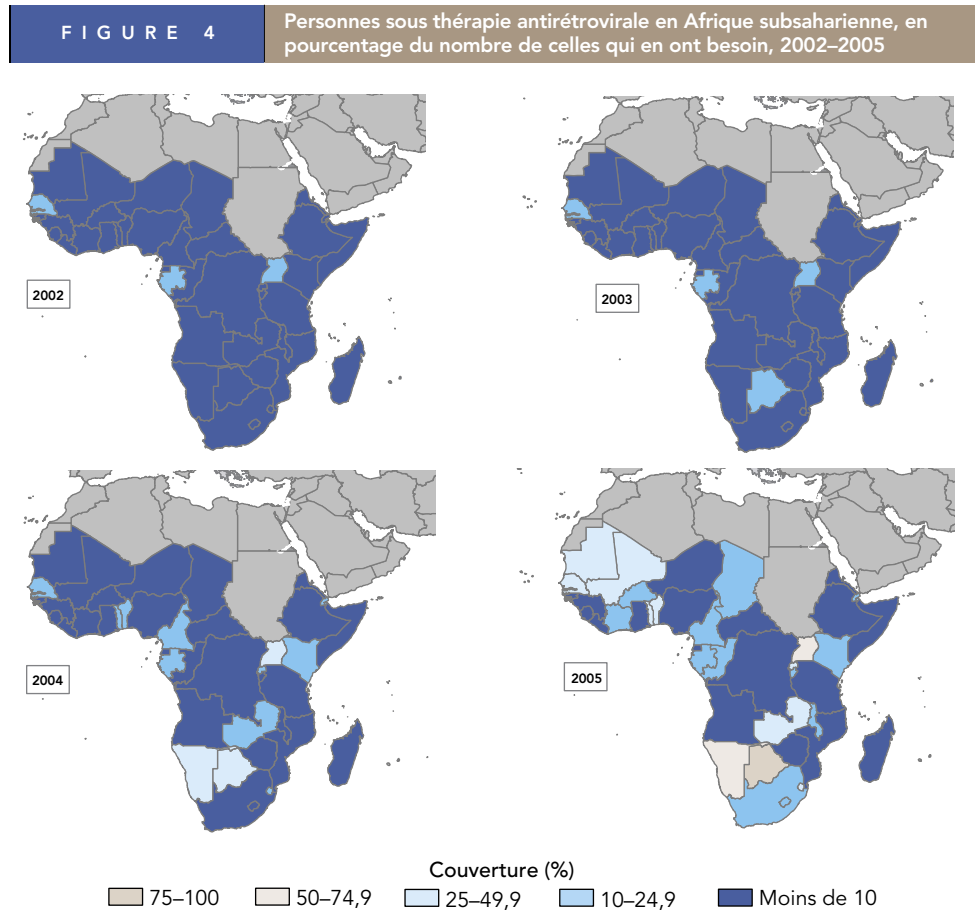


Figure 4 extraite du Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 (ONUSIDA, 2006) chapitre 7.

- à la monogamie en Ouganda et recours accru au préservatif.
- Pourtant, la plupart des pays semblent avoir manqué l'objectif de la Déclaration visant à faire en sorte que 90% des jeunes aient accès, d'ici à 2005, à des services essentiels de prévention du VIH, dont des services susceptibles de développer les compétences psychosociales nécessaires pour réduire la vulnérabilité au VIH. En fait aucun des 18 pays dans lesquels des jeunes ont été questionnés dans le cadre d'une Enquête démographique et de santé/Enquête relative aux indicateurs SIDA entre 2001 et 2005 n'a enregistré des niveaux de connaissances supérieurs à 50%.
 - L'UNFPA, principal acheteur de préserva-

tifs masculins du secteur public, estime que l'approvisionnement mondial en préservatifs dans le secteur public ne couvre même pas 50% des besoins et que les fonds actuellement dévolus à l'achat et à la distribution des préservatifs doivent tripler.

- Plus de 340 millions de personnes contractent chaque année une infection sexuellement transmissible guérissable, les femmes étant plus vulnérables à l'infection que les hommes. Bien que les infections sexuellement transmissibles non soignées augmentent considérablement le risque de transmission du VIH, la coordination du diagnostic et du traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH reste très insuffisante.

- De plus, certains signes inquiétants montrent que l'appui à la prévention du VIH pourrait être en baisse dans certaines régions. Il s'agit là d'une terrible occasion gâchée, car l'extension des stratégies préventives disponibles dans 125 pays à faible ou moyen revenu permettrait d'éviter quelque 28 millions de nouvelles infections à VIH entre 2005 et 2015—plus de la moitié du nombre projeté d'infections au cours de cette période—et d'économiser 24 milliards de dollars.
- Les injections dangereuses et les transfusions de sang contaminé dans les établissements de santé restent une préoccupation. Les programmes nationaux de prévention du VIH devraient encourager l'application de pratiques sûres de lutte contre l'infection dans les lieux de soins.

Prise en charge, soutien et traitement

Ces dernières années, le SIDA a contribué à une révolution mondiale en matière de fourniture de thérapies complexes dans des milieux aux ressources limitées. La Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/SIDA a adopté l'idée selon laquelle l'accès équitable à la prise en charge et aux traitements constituait un élément fondamental d'une riposte mondiale globale et efficace au VIH. Depuis, l'initiative '3 millions d'ici 2005' le Plan d'aide d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le SIDA et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que des initiatives telles que les programmes mis en place par les employeurs ont montré de façon définitive la faisabilité de la distribution de traitements contre le VIH dans les contextes aux ressources limitées.

- Entre 2001 et 2005, le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à faible ou moyen revenu a passé de 240 000 à 1,3 million environ.

- Le nombre de sites distribuant des médicaments antirétroviraux a passé de quelque 500 en 2004 à plus de 5000 à fin 2005.
- A la fin de 2005, 21 pays avaient atteint l'objectif de l'initiative '3 millions d'ici 2005' visant à fournir un traitement à la moitié au moins de ceux qui en ont besoin.
- On estime que l'extension de l'accès au traitement a permis d'éviter entre 250 000 et 350 000 décès imputables au SIDA entre 2003 et 2005.
- Pourtant, à l'échelle mondiale, les médicaments antirétroviraux ne parviennent encore qu'à une personne sur cinq en attente de traitement.
- Parmi les obstacles à l'élargissement des traitements, on peut noter les coûts à la charge des patients, la concentration des lieux de traitement dans les zones urbaines, et l'insuffisance des efforts déployés pour répondre aux besoins des populations vulnérables, dont les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les détenus et les réfugiés.
- Étant donné que de nombreux antirétroviraux de deuxième intention restent trop coûteux dans bien des pays, d'autres baisses de prix seront sans doute nécessaires pour soutenir et élargir les initiatives d'accès au traitement.
- Conserver et intensifier l'impulsion donnée à l'élargissement des traitements en vue de parvenir à l'accès universel exigera un leadership accru pour surmonter les principaux obstacles à l'accès aux traitements par des efforts pour :
 - **améliorer les connaissances des individus concernant leur sérologie VIH** par une augmentation massive de la fréquentation des services de conseil et de test VIH volontaires ;
 - **réduire la stigmatisation liée au VIH** y compris la peur, la désinfor-

mation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou dont on pense qu'elles sont exposées au risque d'infection, tant parmi les dispensateurs de soins que dans le grand public ;

- **renforcer les capacités humaines** pour soutenir le traitement grâce à la formation et à une meilleure utilisation des ressources humaines actuelles. Les outils de formation de l'OMS pour la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte et pour la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ont permis de former plus de 15 000 prestataires de services intervenant dans le cadre de la lutte contre le SIDA à une approche intégrée de la thérapie antirétrovirale, de la prise en charge et de la prévention ;
- **améliorer la gestion de l'approvisionnement** afin de minimiser les retards dans les achats et le paiement des médicaments antirétroviraux, par le renforcement de la capacité à estimer la demande future de médicaments antirétroviraux et à mettre en place des systèmes fiables d'achat, de distribution et d'approvisionnement ; et
- **intégrer la prise en charge du VIH** dans les autres services de santé afin d'améliorer le recours à la thérapie antirétrovirale et dispenser des soins plus complets et de meilleure qualité, en associant par exemple la prise en charge du VIH au diagnostic et au traitement de la tuberculose ainsi qu'aux services de soins prénatals et à la prise en charge de la santé reproductive.

Droits de l'homme

Malgré certaines améliorations entre 2003 et 2005, la riposte mondiale au SIDA reste encore insuffisamment fondée sur les droits de l'homme dans de nombreux pays.

- Dans 18 des 21 pays examinés en Afrique subsaharienne, dans la région de l'Asie-Pacifique, en Europe orientale et occidentale et en Afrique du Nord, les rapports nationaux citent des améliorations des politiques, lois et réglementations en vue de promouvoir et de protéger les droits de l'homme.
- Bien que 60% des pays étudiés affirment disposer de lois et réglementations visant à protéger de la discrimination les personnes vivant avec le VIH, nombre d'entre eux reconnaissent que les lois nationales n'ont pas été pleinement appliquées ou respectées, souvent en raison d'une absence d'allocation budgétaire.
- La moitié des pays ayant soumis des rapports reconnaissent aussi l'existence de politiques qui entravent l'accessibilité et l'efficacité des mesures de prévention et de prise en charge du VIH, notamment les lois qui condamnent les rapports sexuels consensuels entre hommes, interdisent l'accès des détenus aux préservatifs et à du matériel d'injection, et se fondent sur le statut de résident pour limiter l'accès aux services de prévention et de traitement.

Réduire la vulnérabilité

Si le financement des programmes de lutte contre le VIH s'est accru ces dernières années, bien des pays n'acheminent pas les ressources financières vers des activités susceptibles de répondre aux besoins en matière de prévention des populations les plus exposées au risque, décidant plutôt d'accorder la priorité à des efforts de prévention plus généraux qui sont moins efficaces sur le plan des coûts et risquent d'avoir moins d'effet sur l'épidémie.

- Des données émanant de l'Ouganda montrent qu'un enfant qui abandonne l'école a trois fois plus de risque de devenir séropositif au VIH en atteignant la vingtaine qu'un enfant qui achève sa

FIGURE 5 Estimation du total annuel des ressources disponibles pour la lutte contre le SIDA, 1996–2005

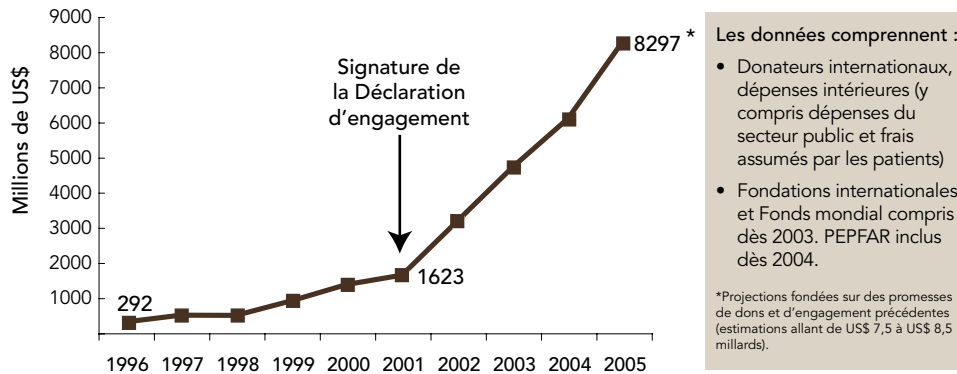


Figure 5 extraite du Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 (ONUSIDA, 2006) chapitre 3.

scolarité de base. Trois-quarts des pays répondants ont mis en place des structures destinées à coordonner les actions de lutte contre l'épidémie du ministère de l'éducation. Pourtant, 59% seulement de ces ministères dans tous les pays et 70% dans les pays à forte prévalence disposent d'un budget à cette fin.

- En Afrique subsaharienne, 21 pays sur 25 ont déclaré avoir réduit ou supprimé les frais de scolarité pour les enfants vulnérables et mis en place des programmes communautaires de soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables.
- Certains pays adoptent maintenant des approches plus progressistes afin de réduire la vulnérabilité des consommateurs de drogues injectables.
 - Bien qu'elle se soit engagée sur la voie du traitement obligatoire de la toxicomanie et des traitements fondés sur l'abstinence, la Malaisie a récemment décidé d'introduire des programmes de réduction des risques.
 - En 2005, un juge en République islamique d'Iran a ordonné que les individus qui consomment des drogues illégales ne soient plus la cible de la répression criminelle mais soient considérés comme des malades par le système de santé publique.

- En Asie centrale, le Gouvernement kirghize soutient des programmes d'échanges des aiguilles et seringues dans trois villes ainsi que dans les prisons du pays.
- Globalement pourtant, moins de 20% des personnes qui s'injectent des drogues bénéficient de services de prévention du VIH, une couverture inférieure à 10% étant annoncée en Europe orientale et en Asie centrale, où la consommation de drogues est un des principaux moteurs de l'expansion rapide de l'épidémie ; les lois et politiques contre-productives de certains pays interdisent toujours les thérapies de substitution par la buprénorphine ou la méthadone, qui ont été ajoutées en 2005 à la Liste modèle OMS des médicaments essentiels.
- Dix pays sur 24 seulement qui ont présenté des données relatives aux professionnel(le)s du sexe ont atteint une couverture de 50% au moins des services de prévention destinés à cette population.
- Les instances de santé publique consacrent moins de ressources aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes que ne l'exigeraient les données épidémiologiques—politique à courte vue étant donné l'augmentation de la prévalence du VIH dans cette population dans bien des pays.

Recherche et développement

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA préconise des efforts de recherche déterminés et soutenus afin de renforcer la quête d'un vaccin préventif et de nouveaux outils de prévention. Elle prévoit aussi que tous les protocoles de recherche impliquant des sujets humains soient évalués par un comité d'examen éthique.

- Depuis la Session extraordinaire de 2001, le rythme de la recherche et du développement s'est accéléré dans le domaine des microbicides vaginaux pour prévenir la transmission du VIH.
 - Les investissements des secteurs public et philanthropique dans la recherche et le développement des microbicides a plus que doublé, passant de 65 millions de dollars en 2001 à environ 163 millions de dollars en 2005.
 - Au début de l'année 2006, des essais humains à grande échelle ont débuté en vue d'évaluer l'efficacité des microbicides, du diaphragme féminin et de la circoncision chez l'homme adulte pour la prévention du VIH.
- Le financement consacré à la mise au point de vaccins préventifs a presque doublé, passant de 327 millions de dollars en 2000 à près de 630 millions de dollars en 2005.
- Près de trois-quarts (73%) des pays annoncent disposer d'une politique exigeant l'approbation d'un comité d'examen éthique pour tous les protocoles de recherche impliquant des sujets humains. Ce pourcentage est analogue à celui noté en 2003.
- Pour ce qui est de la participation des personnes vivant avec le VIH et de leurs soignants dans l'examen des protocoles de recherche, 71% des pays estiment que

les efforts nationaux sont moyens ou inférieurs à la moyenne, 31% des pays estimant que les efforts nationaux sont très insuffisants.

Le SIDA dans les régions de conflit ou de catastrophe

Reconnaissant le potentiel des conflits et catastrophes à accroître la vulnérabilité et contribuer à la propagation du VIH, la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA demande aux pays d'intégrer des activités de lutte contre le VIH dans les programmes et plans d'action relatifs aux situations d'urgence. Elle préconise également que les organisations internationales et non gouvernementales investissent dans la sensibilisation et la formation de leurs effectifs dans le domaine du VIH et que le VIH soit intégré dans les opérations des services nationaux en uniforme et des services internationaux de maintien de la paix.

- D'après le HCR, 65% seulement des plans stratégiques nationaux pour 2004 faisaient état des réfugiés et 43% seulement prévoyaient des activités liées spécifiquement aux réfugiés.⁸
- En 2005, 86% des pays disposaient d'une stratégie officielle portant sur le VIH parmi les services en uniforme, par rapport à 78% en 2003.
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Département des Opérations de maintien de la paix de l'ONU ont intégré des programmes de sensibilisation au VIH dans les opérations de maintien de la paix sanctionnées par les Nations Unies. Actuellement, toutes les opérations de maintien de la paix bénéficient de la présence de conseillers VIH à temps complet ou partiel.

⁸ ONUSIDA/HCR (2005). Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes. Genève.

Ressources

La mobilisation des ressources est l'un des rares objectifs fixés pour 2005 qui ait été atteint par la communauté internationale. Les ressources financières consacrées au SIDA, y compris les dépenses publiques intérieures des autorités nationales, ont considérablement augmenté depuis 2001.

- Des progrès importants ont été faits ces dernières années pour ce qui est du financement de la lutte contre le SIDA à l'échelle mondiale. Les fonds consacrés à la riposte au SIDA dans les pays à faible ou moyen revenu en 2005, à savoir 8,3 milliards de dollars (ordre de grandeur 7,5-8,5 milliards de dollars) sont largement dans la fourchette fixée par l'objectif de 2001, soit 7-10 milliards de dollars pour 2005.
- Le mécanisme mondial de financement souhaité par la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA s'est concrétisé avec le lancement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme en décembre 2002. On estime que 20% de tous les fonds internationaux consacrés au VIH sont actuellement acheminés par l'intermédiaire du Fonds mondial qui a décaissé quelque 1,1 milliard de dollars en 2005. A ce jour, le Fonds mondial a approuvé un total de 350 subventions à des gouvernements et des partenaires de la société civile, ainsi qu'à d'autres bénéficiaires dans 128 pays.
- La Banque mondiale a également apporté un appui important au financement de la lutte contre le VIH dans les pays à faible ou moyen revenu. Au terme de l'année 2005, la Banque mondiale avait engagé un montant cumulé supérieur à 2,5 milliards de dollars pour des programmes contre le VIH.
- Le Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA a également constitué une impor-

tante addition au financement des activités SIDA, en apportant une aide soutenue à 15 pays cibles et un appui à 100 autres pays. Il a décaissé 570,2 millions de dollars pour la riposte au SIDA dans 15 pays en 2004 et engagé un montant supplémentaire de 915,6 millions de dollars en 2005.

- Malgré l'augmentation exponentielle du financement des donateurs en matière de lutte contre le SIDA au cours des années, combler l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources reste une gageure. Les besoins de ressources pour 2007 sont estimés à 18,1 milliards de dollars, alors que les ressources attendues cette année-là sont estimées à 10 milliards de dollars.
- De plus en plus, la planification de la riposte à long terme au SIDA exigera des mécanismes mieux prévisibles et plus contraignants pour les contributions financières des donateurs bilatéraux et multilatéraux et des gouvernements.
- De grands progrès ont été faits ces dernières années dans la collecte des données et le suivi des ressources, afin de mieux comprendre d'où vient et où va le soutien financier de la lutte contre le SIDA, mais il reste bien des difficultés à surmonter pour combler l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources et pour réformer les mécanismes de financement.

LA ROUTE A SUIVRE : DE LA GESTION DE LA CRISE A LA RIPOSTE STRATEGIQUE

Au cours des 25 dernières années, près de 65 millions de personnes ont été infectées par le VIH et quelque 25 millions sont mortes de maladies associées au SIDA. Aujourd'hui, on estime que près de 40 millions de personnes vivent avec le VIH. Pourtant, la majorité d'entre elles ne connaissent pas leur état.

Le SIDA est exceptionnel, c'est pourquoi la riposte à l'épidémie doit être tout aussi exceptionnelle. Il exige un leadership permanent et ce tant au niveau national que sur le plan international. Après 25 ans d'épidémie, la riposte mondiale au SIDA doit évoluer et passer d'une approche de gestion épisodique de la crise à une riposte réfléchie, à long terme, privilégiant les stratégies basées sur le concret et portant sur les moteurs structurels de l'épidémie.

Malgré les avancées considérables obtenues depuis 2001, le leadership permanent nécessaire pour ralentir, stopper et inverser le cours de l'épidémie n'est cependant toujours pas manifeste. Bien que le Rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale des Nations Unies prenne acte des nombreux résultats enregistrés par la riposte mondiale au SIDA depuis 2001, il indique néanmoins clairement que l'action a globalement été insuffisante et les progrès inégaux dans et entre les pays et les régions.

Le *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA* propose les recommandations stratégiques suivantes pour permettre aux pays de tenir les promesses faites en 2001. La réussite de l'application de ces recommandations est cruciale pour stopper et inverser le cours de l'épidémie.

Soutenir et renforcer l'engagement et le leadership

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA préconise l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales, multisectorielles et bien conçues de lutte contre le SIDA, et l'intégration de la riposte au sein de plans de développement plus larges en s'assurant de la participation pleine et active de la société civile et du secteur privé. Le SIDA étant un problème d'une haute importance sur le plan national, un

leadership actif et concret de la part des chefs d'Etat et de gouvernement est essentiel au succès de cet effort.

- Les instances nationales du SIDA, en collaboration avec tous les partenaires et parties prenantes, doivent élaborer ou adapter des plans de lutte contre le SIDA aux priorités et aux coûts définis, qui soient ambitieux, réalisables et conformes aux plans nationaux de développement.
- La société civile doit participer pleinement à l'élaboration et à l'exécution des plans nationaux. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD et la Banque mondiale mettront sur pied un processus participatif afin de fournir des critères pour l'élaboration et la supervision de ces plans.
- Les pays doivent responsabiliser tous les partenaires par le biais de mécanismes transparents d'examen par les pairs pour un suivi public des objectifs et des rapports réguliers sur les progrès enregistrés au niveau des pays et des régions.

Soutenir et accroître les financements

Les financements mondiaux alloués à la lutte contre le VIH et le SIDA ont considérablement augmenté mais les fonds actuellement disponibles représentent à peine un tiers des montants qui seront nécessaires pour riposter dans les années à venir à une épidémie en pleine expansion. Les fonds disponibles pour combattre le SIDA dans les pays à faible ou moyen revenu devraient atteindre un total de 8,9 milliards de dollars en 2006 et de 10 milliards de dollars en 2007, ce qui est bien loin des montants nécessaires estimés de 14,9 milliards de dollars en 2006, 18,1 milliards de dollars en 2007 et 22,1 milliards de dollars en 2008. D'ici à 2008, l'ONUSIDA et ses partenaires de recherche estiment qu'il faudra 11,4 milliards

de dollars uniquement pour les activités de prévention du VIH, afin de s'assurer que la communauté internationale soit en voie de réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement visant à stopper et commencer à inverser le cours de l'épidémie mondiale de SIDA à l'horizon 2015.

- Les gouvernements nationaux et les donateurs internationaux doivent accroître de manière significative les ressources financières mises à la disposition de la lutte contre le SIDA pour renforcer et remplir les engagements existants, en soutenant pleinement le Fonds mondial et d'autres mécanismes novateurs de financement ; les actions actuelles visant à tirer une partie substantielle de ces fonds des budgets nationaux doivent se poursuivre, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire.
- Les efforts destinés à faire en sorte que l'argent travaille en faveur des personnes dans

le besoin sont tout aussi importants que l'action visant à entretenir et intensifier le flux de ressources. Les 'Trois Principes', qui invitent à coordonner la riposte au SIDA autour d'un cadre d'action contre le SIDA agréé, d'une autorité nationale de coordination et d'un système national de suivi et d'évaluation, ont pour but d'améliorer l'efficacité en dressant la liste des activités prioritaires et en acheminant les ressources pour le plus grand bénéfice des populations dans le besoin.

- Les approches novatrices en vue de mobiliser des financements durables à long terme pour lutter contre le SIDA, y compris les propositions pour de nouveaux mécanismes de financement internationaux, méritent qu'on leur accorde une réelle attention, comme toute autre proposition qui aidera à stabiliser les financements, ce qui permettra de fournir une riposte beaucoup plus complète à l'épidémie.

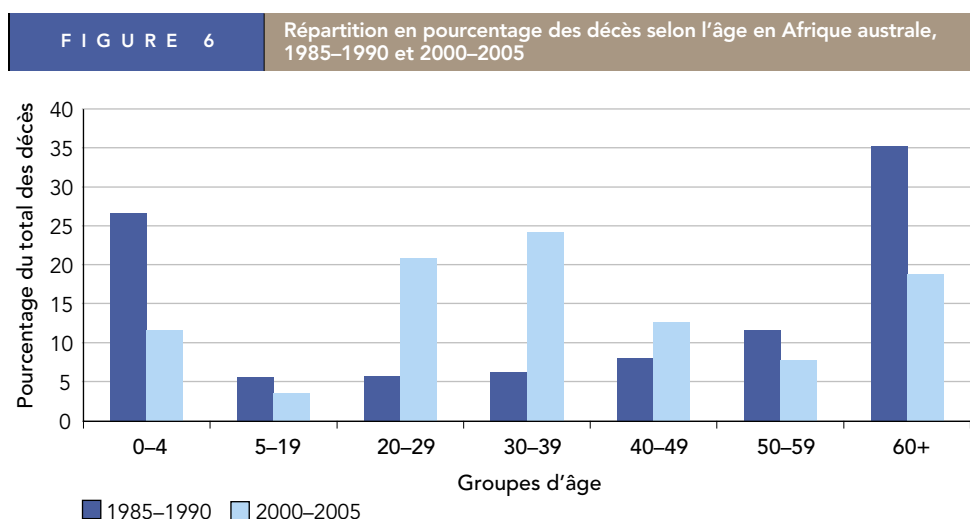


Figure 6 extraite du Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 (ONUSIDA, 2006) chapitre 4.

Combattre avec détermination la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA

La fin de la pandémie dépend dans une large mesure de la modification des normes, des attitudes et des comportements de la société qui favorisent sa propagation. Les initiatives de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA doivent être soutenues par un leadership national au plus haut niveau et à tous les échelons de la société, et doivent favoriser l'émancipation des femmes, la lutte contre l'homophobie, l'évolution des mentalités à l'égard des professionnel(le)s du sexe et des consommateurs de drogues injectables, et un changement des normes sociales qui ont une incidence sur le comportement sexuel—y compris celles qui contribuent à l'infériorité du statut social et à l'absence de pouvoir des femmes et des filles

- Des lois et des politiques protégeant les femmes et les filles de la violence sexuelle, de la privation d'héritage et des discriminations de toutes sortes liées à leur sexe—y compris les pratiques traditionnelles préjudiciables et la violence sexuelle, au sein du mariage ou hors mariage— doivent être promulguées, largement portées à la connaissance des populations et appliquées.
- Les femmes doivent être représentées de manière adéquate dans les processus de prise de décisions et de formulation des politiques en rapport avec le SIDA. Une étude réalisée par l'ONUSIDA en 2004 a révélé que la participation des femmes à l'élaboration et à l'examen des cadres nationaux de lutte contre le SIDA était inexistante dans plus de 10% des 79 pays étudiés et insuffisante dans plus de 80% d'entre eux.⁹

- Il est essentiel de mettre en place des lois et politiques qui luttent directement contre les inégalités liées au sexe et contre les attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes confrontées ou perçues comme confrontées à un risque accru d'infection à VIH, notamment les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les changements des lois et des politiques doivent être accompagnés par des campagnes de mobilisation sociale financées de manière appropriée, à la planification et la mise en œuvre desquelles doivent participer les réseaux et organisations de personnes vivant avec le VIH ainsi que tous les autres éléments de la société civile.

- Il est aussi fondamental, pour réduire le VIH et la stigmatisation qui y est associée, de mettre en place un plan bien financé visant à atteindre une éducation universelle et prendre en compte ou supprimer les obstacles, tels que les frais de scolarité, le port obligatoire d'uniformes et le coût des manuels.

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

Lors de la réunion des pays du G8 de 2005 et du Sommet mondial des Nations Unies de septembre 2005, les leaders mondiaux se sont engagés à élargir et à intensifier massivement la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH dans le but de s'approcher autant que possible de l'objectif d'un accès universel au traitement d'ici à 2010 pour tous ceux qui en ont besoin. La concrétisation de cette promesse exigera engagement et action dans chacun des domaines suivants :

⁹ ONUSIDA (2006). Du plaidoyer à l'action – Rapport de situation sur l'ONUSIDA à l'échelon pays. ONUSIDA, Genève.

Renforcer la prévention du SIDA

Il est essentiel de revitaliser la prévention du VIH pour prévenir des millions de nouvelles infections chaque année.

- Les services de prévention du VIH et l'éducation doivent cibler les groupes vulnérables, notamment les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les détenus. L'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant doit être considérablement élargi pour réduire le fardeau inacceptable et dans une large mesure évitable du VIH sur les nouveau-nés.
- Il faut considérer comme un droit l'accès à des informations de prévention sur le VIH claires et factuelles et au dépistage du virus. Les pays doivent inciter chaque individu à prendre connaissance de son statut sérologique VIH et à accéder à des services d'information, de conseil et autres en rapport avec le SIDA, dans un environnement qui soit sûr quant à la confidentialité du dépistage et à la révélation librement consentie du statut sérologique VIH.
- Bien que les données disponibles indiquent que la couverture des programmes de prévention est plus élevée parmi les professionnel(le)s du sexe que parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, des efforts supplémentaires seront essentiels pour assurer un niveau de couverture suffisant dans les trois groupes.
- Sur une note plus optimiste, on peut noter que le pourcentage de jeunes qui ont des rapports sexuels avant

l'âge de 15 ans a baissé et le recours au préservatif s'est accru entre 2000 et 2005 dans neuf des 13 pays d'Afrique subsaharienne étudiés. Toutefois, les actions de prévention du VIH restent nettement insuffisantes parmi les jeunes, qui représentent plus de 40% de toutes les nouvelles infections. Il est crucial d'investir dans des programmes de prévention à l'intention des jeunes.

Renforcer l'accès au traitement

Pour poursuivre et intensifier l'extension rapide de l'accès au traitement du VIH, il faudra :

- étendre et diversifier les sites d'accès au traitement, qui sont actuellement essentiellement confinés dans les zones urbaines, et s'assurer que toutes les populations affectées soient traitées sur un pied d'égalité, y compris les enfants, en matière d'accès au traitement ;
- des efforts accrus pour améliorer l'accès aux médicaments susceptibles de prévenir les infections opportunistes, par exemple à l'antibiotique cotrimoxazole ;
- élargir l'accès au test VIH confidentiel et volontaire, afin d'améliorer les connaissances des individus concernant leur sérologie ;
- des actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, à renforcer les capacités des systèmes de santé en matière de ressources humaines et améliorer la gestion des approvisionnements ; et
- élargir le plaidoyer et l'éducation relatifs au traitement, afin de faire mieux connaître les services de traitement, leurs avantages et la manière de les utiliser.

Renforcer les systèmes et les ressources humaines

La pénurie de travailleurs de santé formés dans bien des pays en développement entraîne des insuffisances dans la surveillance, la planification et l'administration ; des blocages dans la distribution des fonds ; des échecs dans l'exécution, le suivi et l'évaluation des activités ; et des insuffisances dans la fourniture des services. Pour éliminer ces obstacles, il faudra :

- accélérer le recrutement et la formation de travailleurs de santé à tous les niveaux, améliorer les conditions de travail et les rémunérations, et faire jouer d'autres facteurs d'incitation pour que les personnes formées restent dans leur pays, plutôt que d'émigrer vers les pays industrialisés ;
- que les gouvernements nationaux et les donateurs internationaux prennent des mesures pour augmenter les financements alloués à la formation et aux centres d'accréditation dans les pays confrontés à de graves pénuries de ressources humaines ;
- adopter, lorsque cela est nécessaire, des modèles simplifiés et alternatifs pour renforcer la fourniture au niveau communautaire de services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en rapport avec le VIH ; et
- intégrer les interventions liées au SIDA dans les programmes de soins de santé primaires, de santé maternelle et infantile, de santé sexuelle et reproductive, et de diagnostic et de traitement de la tuberculose, du paludisme et des infections sexuellement transmissibles.

Garantir la disponibilité et l'accessibilité financière des produits de prévention et de traitement du VIH

Pour mieux garantir l'accessibilité financière des biens de prévention et de traitement,

depuis les préservatifs jusqu'aux médicaments antirétroviraux, les actions suivantes sont nécessaires :

- Les gouvernements nationaux doivent faire disparaître les obstacles liés aux prix, aux droits de douane et au commerce et aux réglementations relatives aux médicaments et diagnostics et réduire ou supprimer les frais supportés par les utilisateurs dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui en rapport avec le SIDA. Il faut également supprimer les obstacles juridiques ou réglementaires qui empêchent d'avoir accès à des interventions efficaces de prévention du VIH, à des biens tels que les préservatifs et aux mesures de réduction des risques et autres mesures de prévention.
- Pour accélérer le flux des traitements, les gouvernements doivent permettre aux médicaments préqualifiés par l'OMS d'obtenir une autorisation provisoire de mise sur le marché avant l'enregistrement complet auprès des autorités nationales de réglementation pharmaceutique.
- L'accès aux rares formules pédiatriques des antirétroviraux et médicaments de prévention des infections opportunistes est aussi gravement insuffisant. Les leaders doivent examiner et promulguer les recommandations de 'l'Appel à l'action' de l'UNICEF et de l'ONUSIDA de 2005 pour s'assurer qu'un traitement antirétroviral ou qu'un traitement antibiotique (ou les deux) puisse être administré à 80% des enfants qui en ont besoin d'ici à 2010.
- Garantir la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments vitaux, y compris ceux de deuxième, troisième et quatrième génération, implique de résoudre les questions complexes, sensibles et controversées concernant les brevets pharmaceutiques. Le cas échéant, les pays doivent profiter des flexibilités des *Accords*

sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce de l'OMC pour garantir un accès à des approvisionnements durables en médicaments contre le VIH et en technologies de santé financièrement abordables, notamment par le biais d'une production locale lorsque cela est réalisable.

Investir dans la recherche et le développement de médicaments, microbiocides et vaccins

Les innovations techniques permanentes sont essentielles pour le développement de microbiocides, de nouvelles générations de médicaments et d'un vaccin préventif.

- Il faut mobiliser des financements considérablement plus importants pour la recherche, en particulier dans les industries pharmaceutique et biomédicale.
- Les besoins des enfants en rapport avec le VIH ont été largement exclus des programmes de recherche. Les compagnies pharmaceutiques, les donateurs internationaux, les organisations multilatérales et les autres partenaires doivent créer des partenariats entre le secteur public et le secteur privé pour promouvoir un développement plus rapide de nouvelles formules pédiatriques des médicaments.
- Les essais cliniques de prévention du VIH soulèvent fréquemment des controverses, mettant en lumière la nécessité pour les chercheurs de faire participer un large éventail de parties prenantes communautaires et nationales à la planification et à la réalisation de ces essais.
- Les leaders des gouvernements, de la société civile et du secteur privé doivent mettre en place les systèmes et accords qui garantiront un accès large et équitable aux microbiocides, aux nouvelles générations de médicaments et aux vaccins contre le VIH

et les infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'à un traitement plus efficace de maladies telles que la tuberculose qui est aujourd'hui responsable de la plus grande partie des décès liés au SIDA à travers le monde.

Atténuer l'impact du SIDA

Le SIDA exacerbe pratiquement tous les autres obstacles au développement humain, du fonctionnement des services publics et de la gouvernance à la sécurité alimentaire et aux mesures prises pour prévenir les conflits. Il faut que les efforts engagés pour lutter contre l'épidémie s'attaquent simultanément à la prévention des nouvelles infections, à la prise en charge de ceux qui sont infectés et à l'atténuation des effets du SIDA sur l'économie, les institutions et la société.

- Les efforts visant à atténuer l'impact du SIDA doivent être axés en priorité sur les personnes et les familles affectées au moyen d'interventions offrant un accès au traitement, à une assistance nutritionnelle et au traitement des infections opportunistes et d'autres problèmes de santé.
- Les besoins des enfants qui ont perdu un de leurs parents, ou les deux, du fait du SIDA, ce qui comprend pratiquement 9% des enfants de moins de 15 ans en Afrique subsaharienne, doivent figurer au premier plan des programmes et stratégies nationaux relatifs au SIDA.
- Les mesures de protection sociale visant à préserver les moyens de subsistance des personnes affectées par le SIDA, notamment les programmes d'aide sociale, d'appui aux enfants et aux orphelins, de travaux publics créateurs d'emplois, les systèmes publics de pension et les dispositifs de microfinancement doivent faire partie des plans et services relatifs au SIDA.

- Les leaders des pays qui ont accueilli des réfugiés ou des personnes déplacées doivent intégrer ces populations importantes et vulnérables dans leurs plans de prévention, de prise en charge et de traitement.
- Le programme chinois 'Four Frees and One Care'—qui propose des médicaments antirétroviraux gratuits, un service gratuit de conseil et de test volontaires, des médicaments gratuits pour prévenir la transmission mère-enfant du virus et une scolarisation gratuite pour les enfants orphelins ainsi que des soins et une aide économique pour les foyers affectés—peut fournir un modèle aux autres pays dans le domaine de l'appui aux familles et aux communautés affectées par le SIDA.

Lorsque 189 nations ont signé la Déclaration d'engagement qui a été le fruit des travaux de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, elles ont reconnu dans le cadre d'un consensus unanime, rare et international que le SIDA constituait l'une des plus graves crises de développement de l'histoire de l'homme, et chacune s'est engagée à agir au niveau national

et sur le plan international pour stopper l'épidémie.

Comme l'a noté le Secrétaire général dans son Rapport sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Cinq ans après : « Un quart de siècle après le début de l'épidémie, la riposte mondiale au SIDA se trouve à un tournant. Pour la toute première fois, la communauté internationale a les moyens de commencer à inverser le cours de l'épidémie. Mais le succès exigera une volonté sans précédent de la part de tous les acteurs de la riposte mondiale, afin qu'ils réalisent leur potentiel, adoptent de nouveaux moyens de collaborer et... poursuivent la lutte sur le long terme. »

Nous sommes de plus en plus certains qu'une catastrophe nous attend si la riposte au SIDA reste insuffisante. Nous savons aussi comment renforcer cette riposte de manière à épargner des millions de vie et économiser des milliards de dollars. Ce plan est réalisable, mais pour cela, il nous faut un leadership déterminé à tous les échelons de la société. Nous savons ce qu'il faut faire pour stopper le SIDA. Ce qu'il nous faut désormais, c'est la volonté de le faire.

L'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes des Nations Unies dans la riposte mondiale au SIDA. Les organismes coparrainants sont les suivants : le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONU DC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé à Genève, le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent sur le terrain dans plus de 75 pays à travers le monde.

Unir le monde contre le SIDA

Ce résumé d'orientation du Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 fournit des informations sur les derniers développements de l'épidémie de SIDA et de la riposte au SIDA. L'édition spéciale 10e anniversaire du rapport de l'ONUSIDA présente des profils de pays et des estimations relatives à l'ampleur et au tribut humain de l'épidémie.



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENÈVE 27
SUISSE

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 41 87

WWW.UNAIDS.ORG