

Résumé
d'orientation



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

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

ONUSIDA/08.27F / JC1511F (version française, juillet 2008)
Version originale anglaise, UNAIDS/08.27E / JC1511E, juillet 2008:
Report on the global AIDS epidemic 2008 : Executive summary
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2008.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès de l'Equipe Gestion du contenu 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 à l'Equipe Gestion du contenu à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 48 35 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.

Photo de couverture : ONUSIDA/J. Lieber

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2008 : résumé d'orientation.

« ONUSIDA / 08.27F/JC1511F ».

1.Infection à VIH - épidémiologie. 2.Infection à VIH - thérapeutique. 3.Syndrome d'immunodéficience acquise - épidémiologie. 4.Syndrome d'immunodéficience acquise - prévention et contrôle. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173718 5

(Classification NLM : 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 2008

Résumé d'orientation



Le défi mondial du VIH : évaluer les progrès réalisés, identifier les obstacles, renouveler l'engagement

Le *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008* paraît à mi-parcours entre la *Déclaration d'engagement* de 2001 et la date-butoir de 2015 pour l'un des objectifs du Millénaire pour le développement qui vise à inverser l'épidémie d'ici à cette date. Ce dernier rapport est également lancé deux ans seulement avant la date convenue pour s'approcher le plus possible de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Cela nous donne l'opportunité d'évaluer la riposte au VIH et de comprendre ce qui doit être fait pour veiller à ce que les nations soient sur la bonne trajectoire afin de remplir leurs engagements vis-à-vis du VIH.

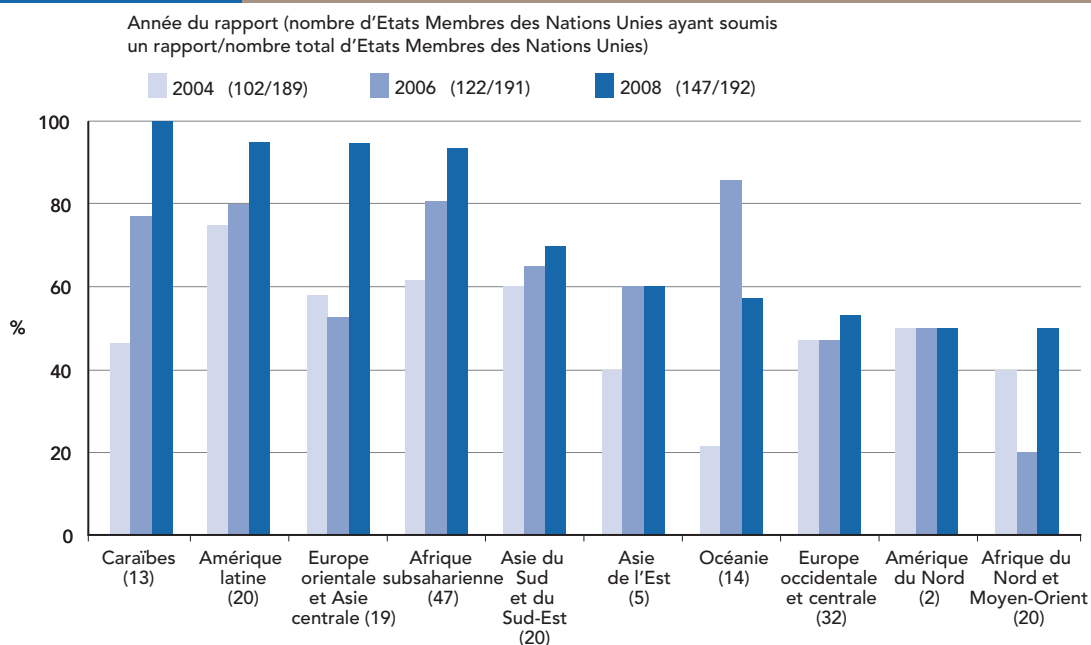
Le rapport décrit les progrès considérables réalisés par de nombreux pays dans la lutte contre leurs épidémies nationales. La multipli-

cation par six du financement pour les programmes VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire entre 2001 et 2007 commence à donner des résultats, alors que les gains obtenus pour abaisser le nombre des décès dus au sida et prévenir les nouvelles infections sont apparents dans plusieurs pays. Les progrès ne sont toutefois pas homogènes et l'avenir de l'épidémie reste toujours incertain, soulignant la nécessité d'intensifier l'action sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.

Les rapports émanant de 147 pays sur les progrès réalisés au niveau national pour mettre en œuvre la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de 2001 offrent l'évaluation mondiale la plus exhaustive jamais entreprise de la riposte au VIH. Comme l'illustre la Figure 1, le nombre de pays ayant soumis des rapports en 2008 sur les progrès réalisés par la riposte au VIH est considérablement plus élevé qu'au cours des cycles de rapports précédents.

FIGURE 1

Pourcentage d'Etats Membres des Nations Unies ayant soumis des rapports, par région, 2004-2008



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

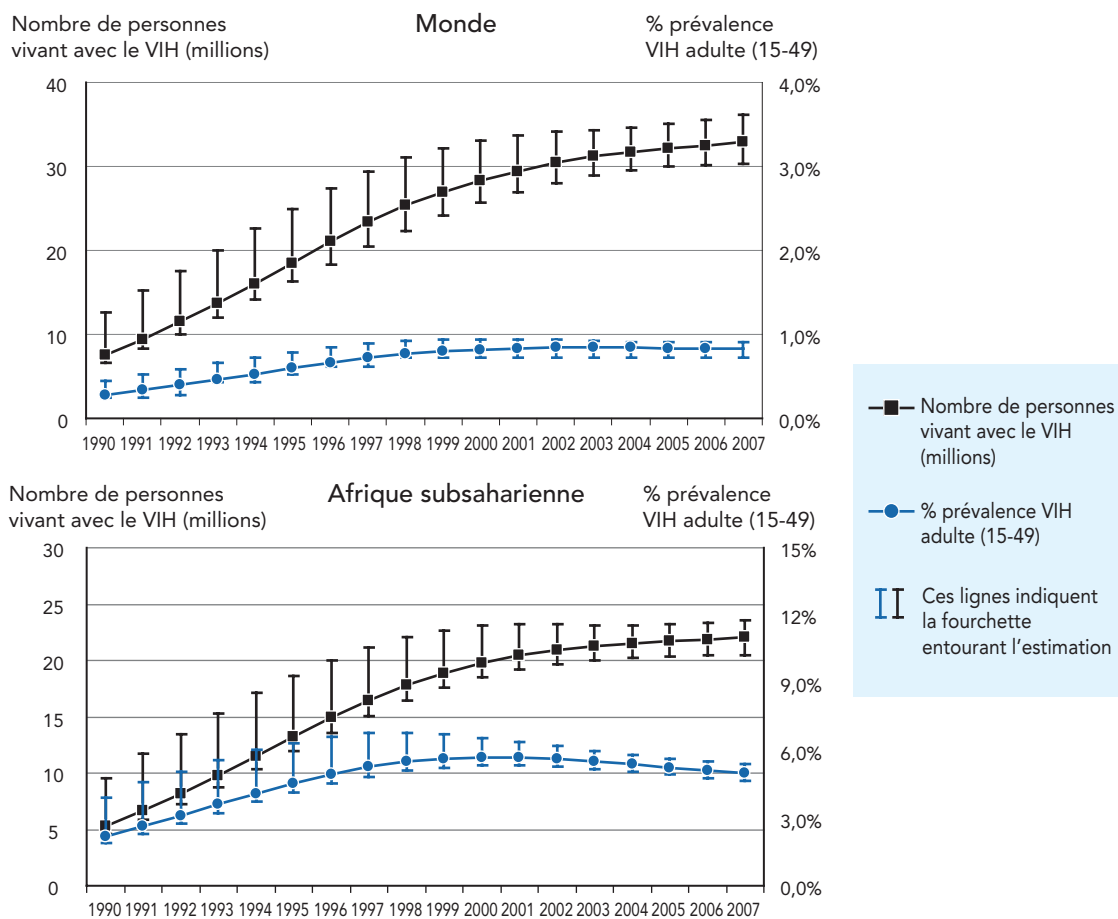
(nombre total d'Etats Membres des Nations Unies dans la région)

Les indicateurs au sujet desquels les pays ont soumis des rapports sont fondés sur des promesses assorties de délais faites par les pays lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida de 2001. Les indicateurs de base de l'UNGASS couvrent un large éventail de variables, telles que la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans, la couverture de la thérapie antirétrovirale et des principaux programmes de prévention du VIH, les services d'appui aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH, et l'adoption des politiques recommandées sur le VIH au niveau national. Les informations

émanant des rapports d'activité ont été complétées par d'autres sources de données, telles que des enquêtes auprès des ménages, des rapports de la société civile, les budgets et les données provenant du suivi des programmes des gouvernements donateurs, des Coparrainants de l'ONUSIDA, des fondations philanthropiques, et des organismes de recherche biomédicale.

Un nombre sans précédent de groupes de la société civile se sont joints à leurs homologues gouvernementaux et ont été impliqués dans le processus d'établissement des rapports, utilisant leur participation comme moyen de faire connaître au monde la situation de

FIGURE 2 Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et prévalence du VIH chez les adultes, dans le monde et en Afrique subsaharienne, 1990-2007



Note : Même si la prévalence du VIH s'est stabilisée en Afrique subsaharienne, le nombre réel des personnes infectées poursuit sa hausse en raison de la croissance démographique.

leur pays. Au total, plus de 700 organisations non gouvernementales (représentées par un nombre bien plus élevé d'individus) ont fait office d'informateurs clés au sujet de l'Indice composite des politiques nationales, qui permet de suivre les progrès réalisés sur le plan national dans la mise en œuvre de solides cadres et stratégies politiques relatifs au VIH.

La riposte au VIH est cruciale pour la réalisation de l'agenda du développement mondial au sens large. La réussite de la lutte contre le sida accélérera les progrès en vue de la réalisation de pratiquement tous les objectifs du Millénaire pour le développement. Pour satisfaire aux nombreux engagements politiques qui ont été pris il faudra davantage de leadership, en s'appuyant sur les succès récents tout en tenant compte des enseignements tirés, des ressources financières accrues, une meilleure coordination des efforts, et une action efficace pour s'attaquer aux déterminants sociétaux des risques et de la vulnérabilité dans le domaine du VIH.

Situation de l'épidémie mondiale de VIH

Le pourcentage mondial de personnes vivant avec le VIH s'est stabilisé depuis 2000 (Figures 2 et 3). Toutefois, le nombre total de personnes vivant avec le VIH s'est accru du fait du nombre actuel de nouvelles infections chaque année et des effets

bénéfiques des thérapies antirétrovirales qui sont plus largement disponibles. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH, et représente 67% du total des personnes vivant avec le VIH et 72% des décès dus au sida en 2007.

L'épidémie mondiale se stabilise, mais à un niveau inacceptable. A l'échelle mondiale, on estime à 33 millions [30 millions-36 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2007 (Figure 3). Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH a baissé de 3,0 millions [2,6 millions-3,5 millions] en 2001 à 2,7 millions [2,2 millions-3,2 millions] en 2007.

Le taux de nouvelles infections à VIH a chuté dans plusieurs pays, même si sur le plan mondial ces tendances favorables sont, en partie du moins, contrebalancées par un accroissement des nouvelles infections dans d'autres pays. En Afrique subsaharienne, la plupart des épidémies nationales se sont stabilisées ou ont commencé à décliner (Figure 4). Toutefois, de nouvelles informations en provenance du Kenya suggèrent qu'en 2007 la prévalence du VIH se situait entre 7,1% et 8,5% – comparée à l'estimation de 6,7% en 2003. En dehors de l'Afrique, les infections sont en hausse dans plusieurs pays.

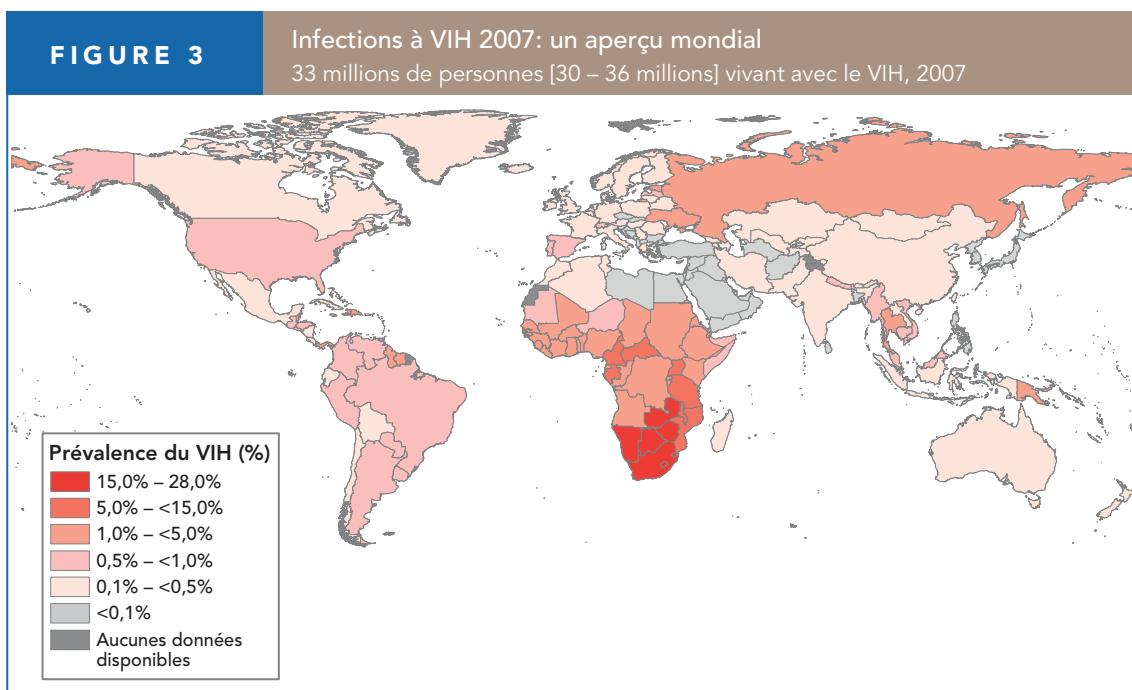
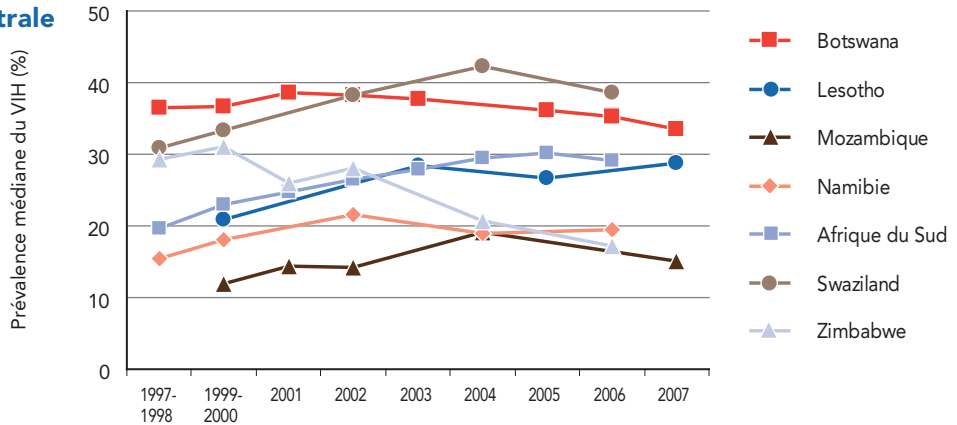
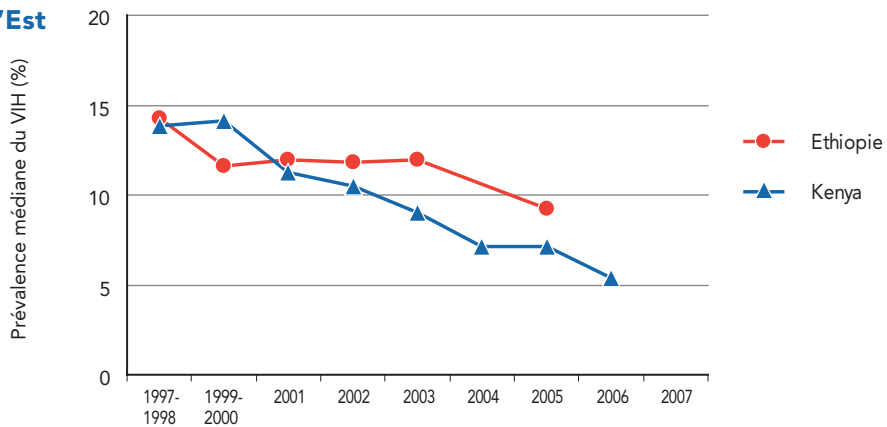


FIGURE 4 Prévalence du VIH (%) chez les femmes enceintes en consultations prénatales en Afrique subsaharienne, 1997-2007

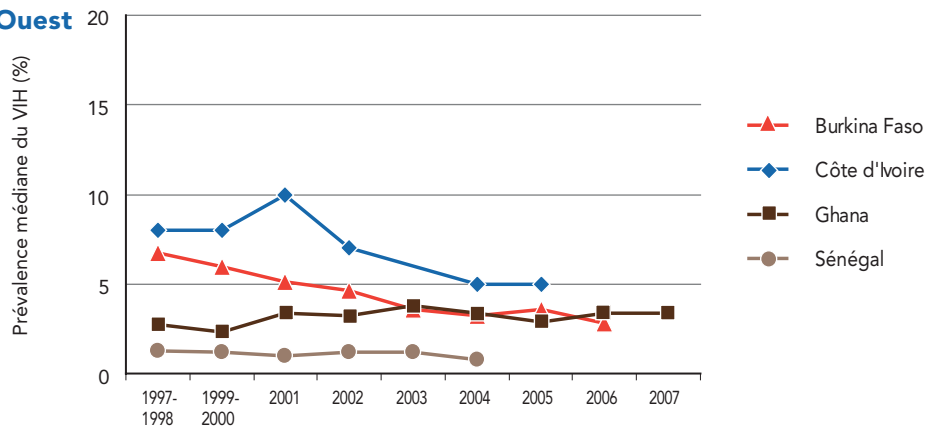
Afrique australe



Afrique de l'Est



Afrique de l'Ouest

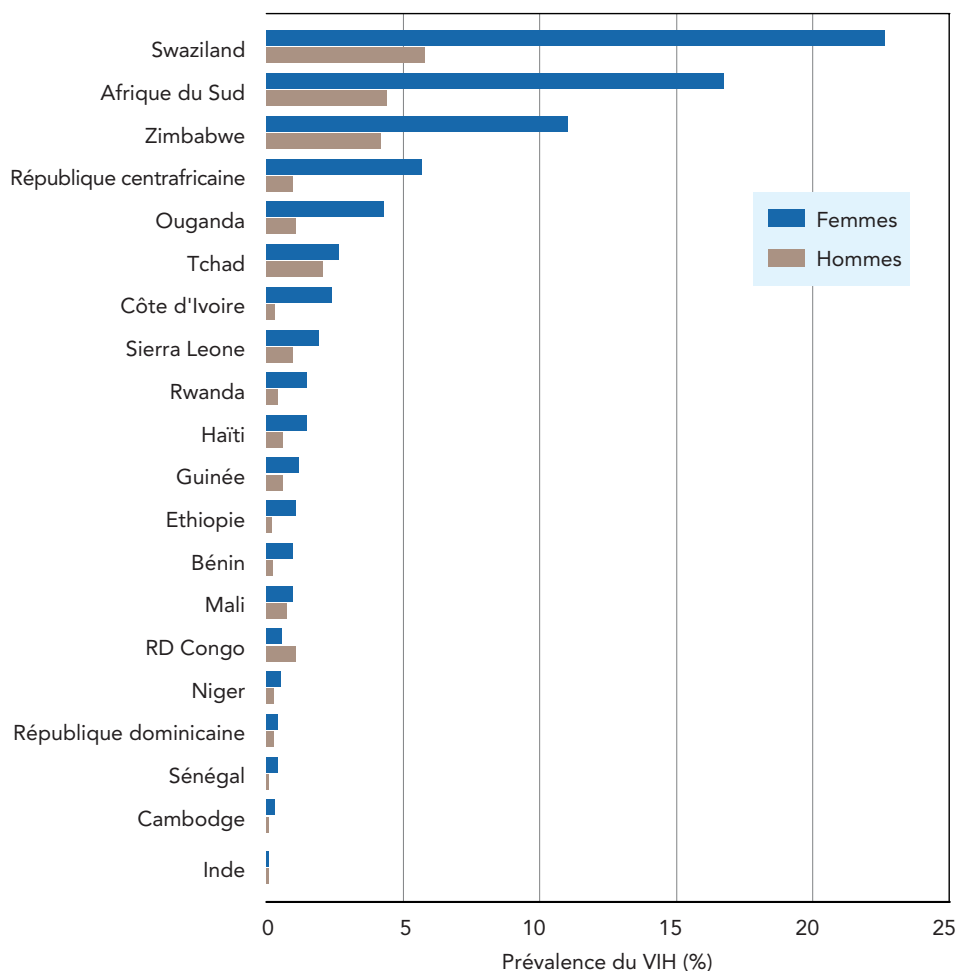


Note : L'analyse est limitée aux sites de surveillance systématique pour tous les pays, à l'exception de l'Afrique du Sud (par province) et du Swaziland (par région).

Source : Rapports de surveillance nationaux et ONUSIDA/OMS/UNICEF aide-mémoire épidémiologiques sur le VIH et le sida. Juillet 2008.

FIGURE 5

Prévalence du VIH (%) parmi les 15 à 24 ans, par sexe, pour des pays choisis, 2005-2007



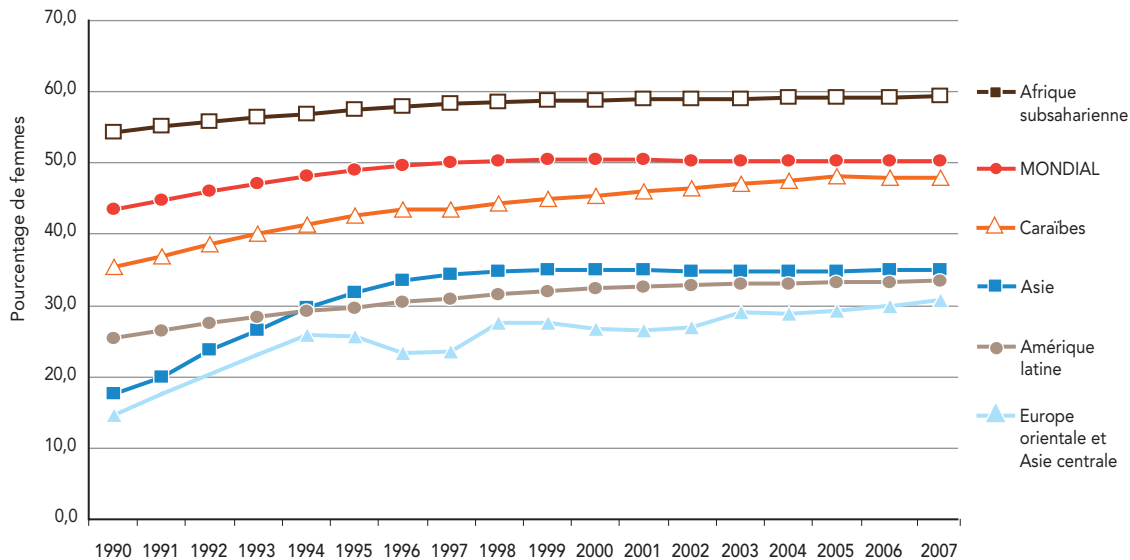
Source : Enquêtes démographiques et de santé et autres enquêtes démographiques nationales avec dépistage du VIH.

Dans 14 pays sur 17 disposant de données d'enquêtes suffisantes, le pourcentage de jeunes femmes enceintes (de 15 à 24 ans) qui vivent avec le VIH a baissé depuis 2000-2001. Dans sept pays, la chute du nombre d'infections était égale ou supérieure à la cible de 25% pour 2010 prévue dans la *Déclaration d'engagement*. Parmi les jeunes Africains, la prévalence du VIH tend à être

nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Figure 5).

Sur le plan mondial, le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH reste stable, à 50%, depuis plusieurs années. Toutefois, la proportion des infections chez les femmes s'accroît dans plusieurs pays (Figure 6).

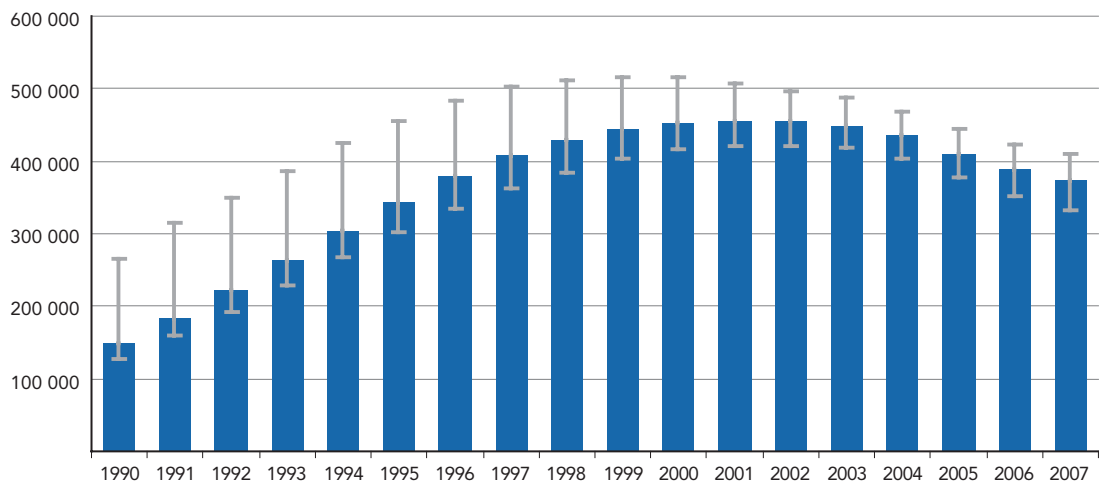
FIGURE 6 Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes, 1990-2007¹



On estime à 370 000 [330 000-410 000] le nombre d'enfants de moins de 15 ans qui ont été infectés par le VIH en 2007. Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH parmi les

enfants à travers le monde a décliné depuis 2002, alors que les services de prévention de la transmission mère-enfant se sont élargis (Figure 7). Dans le monde, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec

FIGURE 7 Nouvelles infections à VIH chez les enfants, 1990-2007

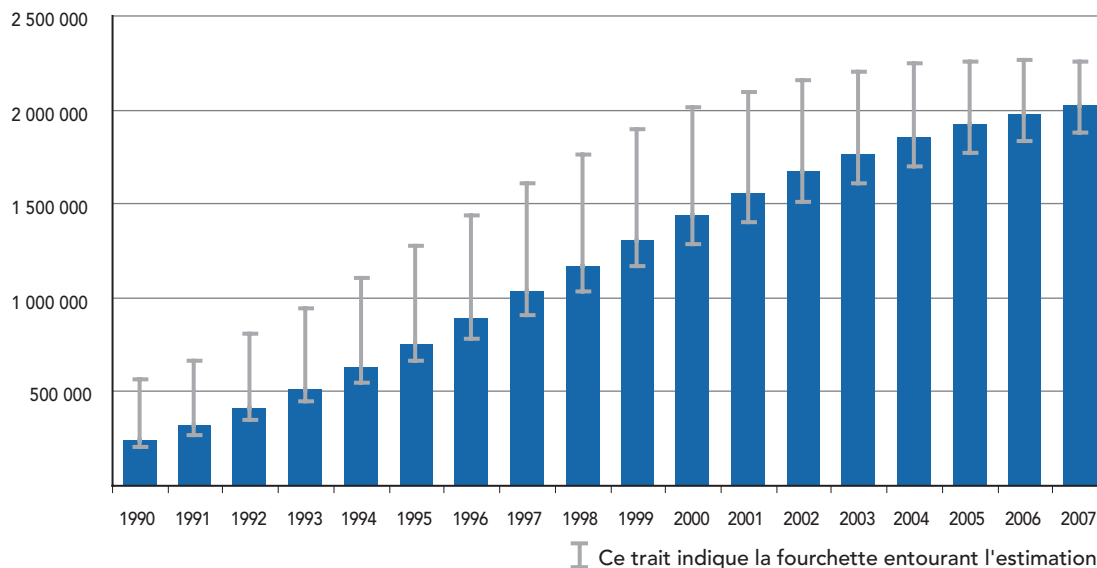


⌋ Ce trait indique la fourchette entourant l'estimation

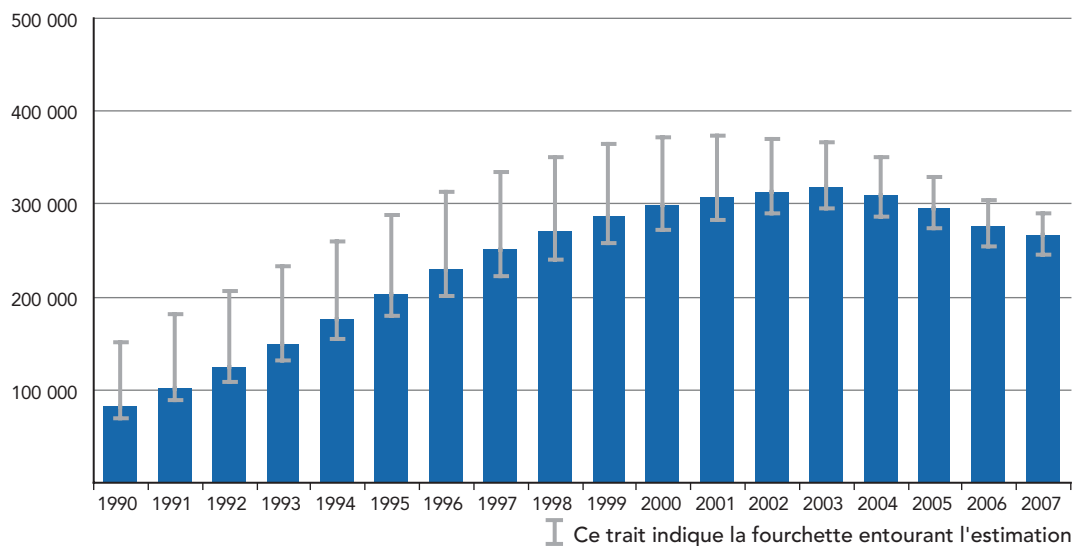
¹ La proportion mondiale de femmes infectées par rapport aux hommes infectés est approximativement de 50% depuis la fin des années 1990. Dans ce graphique des taux proportionnels, même si la proportion de femmes a augmenté dans chaque région par rapport à celle des hommes, dans la plupart des régions, le nombre total d'hommes infectés reste beaucoup plus élevé que le nombre de femmes.

FIGURE 8

Enfants vivant avec le VIH dans le monde, 1990-2007


FIGURE 9

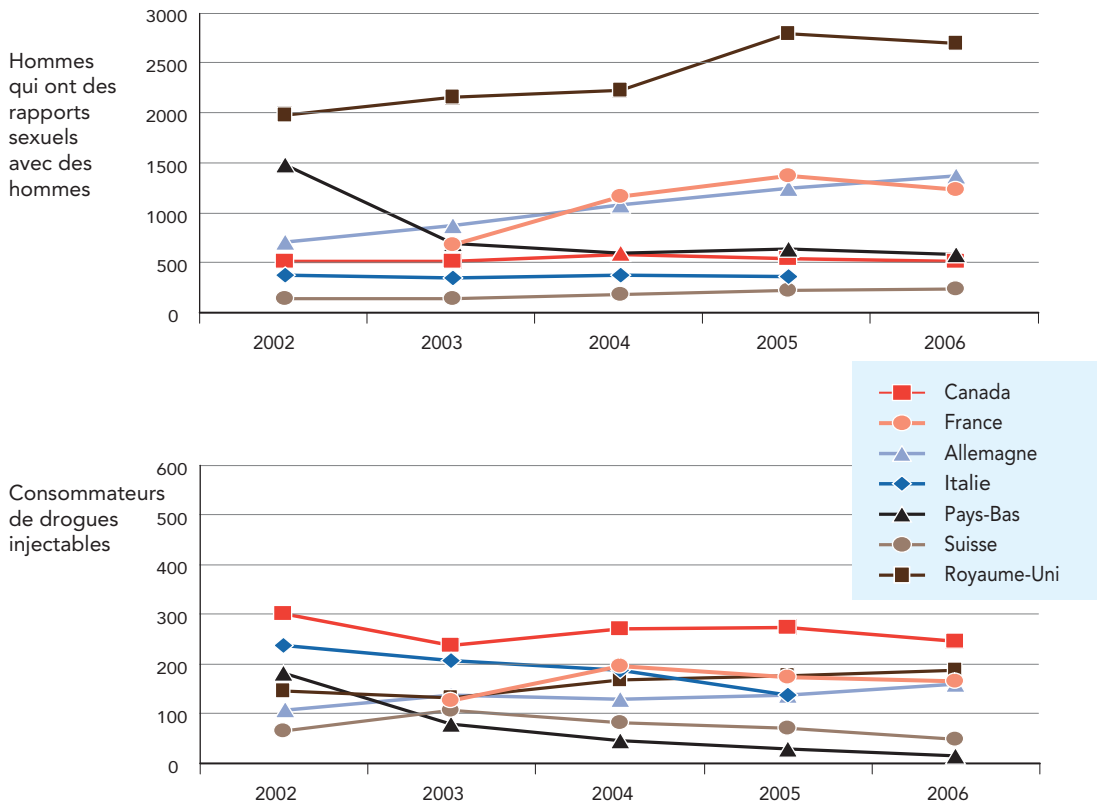
Décès dus au sida chez les enfants, 1990-2007



le VIH a passé de 1,6 million [1,4 million-2,1 millions] en 2001 à 2,0 millions [1,9 million-2,3 millions] en 2007 (Figure 8). Près de 90% d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne. Depuis 2003, le taux annuel de décès dus au sida parmi les enfants a également commencé à chuter, du fait de l'élargissement du traitement et de la prévention de la transmission mère-enfant (Figure 9).

Dans pratiquement toutes les régions hors de l'Afrique subsaharienne, le VIH affecte de manière disproportionnée les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les professionnel(le)s du sexe. Des études récentes font état de niveaux d'infection élevés parmi les membres de ces groupes dans des régions

FIGURE 10 Infections à VIH nouvellement diagnostiquées parmi des consommateurs de drogues injectables et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, par pays et année de notification, 2002-2006



Sources: (1) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada. Tableaux de surveillance sélectionnés au 30 juin 2007. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, 2007. (2) Epidemiologisches Bulletin (5. Oktober 2007/Sonderausgabe B. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health). (3) The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Testing Times. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007. London: Health Protection Agency, Centre for Infections. November 2007. (4) EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No 75. (5) EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007, No 76.

de l'Afrique subsaharienne. La Figure 10 montre les nouvelles infections parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables dans plusieurs pays à revenu élevé. Les infections à VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes augmentent nettement dans certaines régions d'Asie.

Gestion des causes sociétales du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH

Pour riposter à l'épidémie de VIH durablement et avec tout le succès voulu, il va falloir sans relâche travailler et avancer sur les questions relatives aux violations des droits de l'homme, des inégalités entre les sexes, de la

stigmatisation et de la discrimination. Ces facteurs sociaux diffèrent de par leurs manifestations, leur intensité et leur impact entre les régions et au sein de ces dernières ; elles sont présentes à divers degrés dans le monde entier, et dans tous les cas font obstacle à une riposte efficace, fondée sur des preuves et sur les droits humains.

Réduire les inégalités entre les sexes

Si bien des pays ont commencé à reconnaître les problèmes sexospécifiques dans leurs processus de planification relatifs au VIH, un nombre important d'entre eux sont toujours à la traîne dans les domaines de l'appui pour ce qui est des budgets et des politiques consacrés à ces questions. Sur la base des réponses des pays

à 14 questions concernant les femmes, l'ONUSIDA a évalué chaque pays d'après un indice se situant entre 0, pour ceux qui n'ont établi aucune des politiques équitables, et 14 pour les pays qui disposent de la totalité de ces politiques. Comme l'illustre la Figure 11, les scores les plus faibles concernant l'égalité d'accès pour les femmes ont été enregistrés en Europe orientale et en Asie centrale, et les plus élevés en Afrique subsaharienne.²

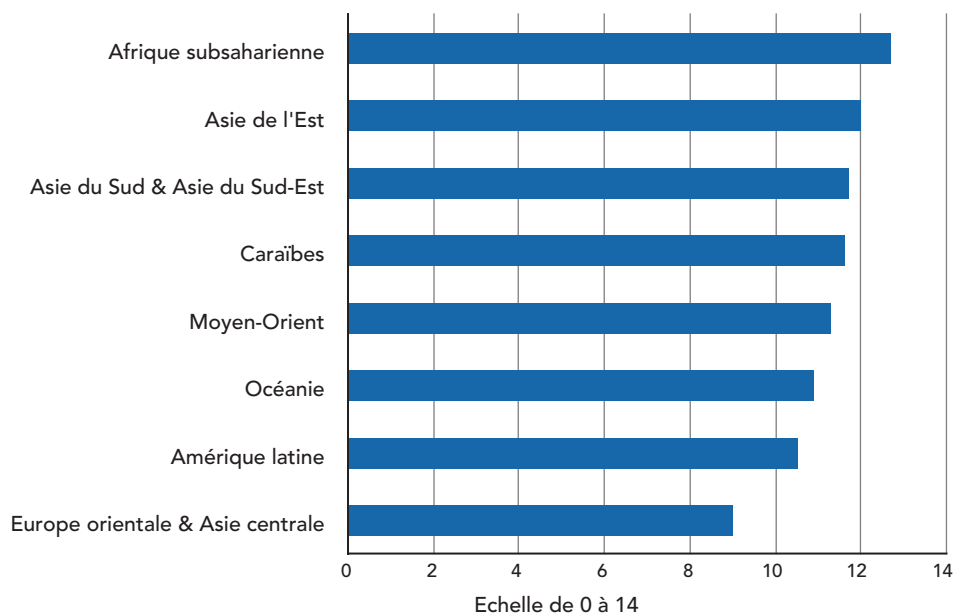
Les programmes fondés sur des preuves visant à établir des normes d'équité entre les sexes doivent être mis à niveau, en accordant une attention particulière aux interventions axées sur les hommes et les garçons. Une méta-analyse des programmes destinés à promouvoir l'égalité entre les sexes a révélé que ceux qui visaient expressément à transformer les rôles sexospécifiques au moyen d'une réflexion critique, de jeux de rôle et autres interactions étaient plus susceptibles de réussir à produire des changements dans les attitudes

et comportements ciblés. Les interventions liées au changement des normes doivent être soutenues par une réforme juridique pour interdire la violence à l'encontre des femmes, une meilleure application des lois afin de responsabiliser ceux qui sont coupables de violence, ainsi que par des interventions de lutte contre les attitudes et conditions qui peuvent contribuer à la violence sexospécifique.

Les gouvernements nationaux et les donateurs internationaux doivent accorder la priorité aux stratégies dont l'objectif est d'accroître l'indépendance des femmes et à la conduite de réformes juridiques pour reconnaître les droits des femmes à la propriété et à l'héritage. Selon une étude récente menée au Botswana et au Swaziland, les femmes qui n'ont pas assez à manger sont de 70% moins susceptibles de maîtriser la situation au sein d'une relation sexuelle, de 50% plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels intergénérationnels, de 80% plus susceptibles d'avoir

FIGURE 11

Indice des politiques relatives à la vulnérabilité des femmes au VIH

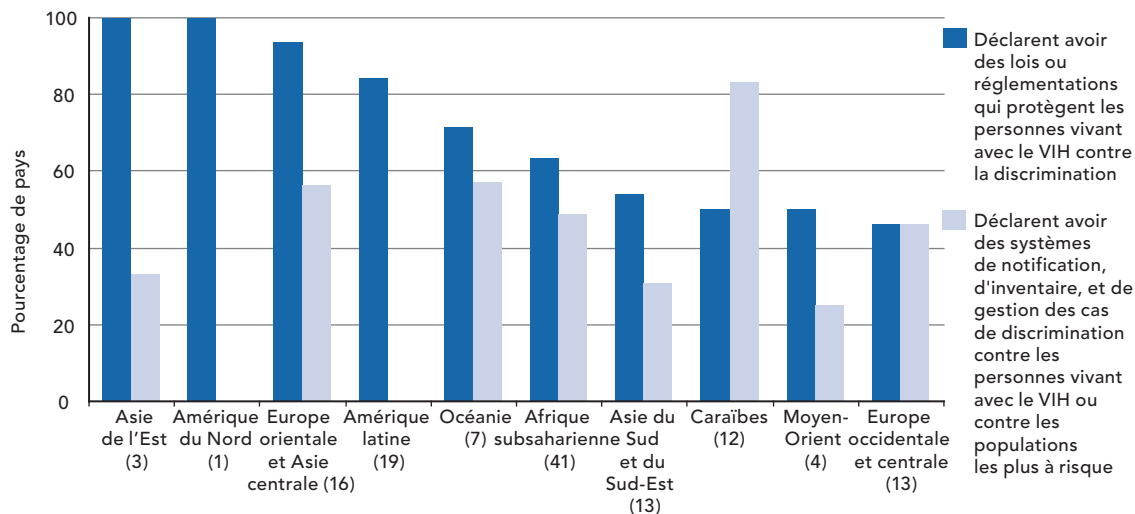


Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

² Les 130 pays ayant répondu aux questions ont été notés selon leurs réponses aux 14 questions posées. Chaque pays a obtenu un point pour chaque politique en place. Les questions portaient sur l'inclusion des problématiques spécifiques aux femmes dans les plans stratégiques nationaux et dans les plans de développement, dans le volet de la prévention du VIH (réponse des pouvoirs publics) et dans le volet des droits humains (réponses des entités non gouvernementales). Un -1 était attribué si un pays répondait oui à la question sur l'existence de lois, de règlements, ou de politiques entravant la prestation de services anti-VIH aux femmes.

FIGURE 12

Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des mesures de protection juridique contre la discrimination et les mécanismes connexes



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

des rapports sexuels pour survivre, et de 70% plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels sans protection que les femmes qui reçoivent suffisamment de nourriture.

Lutter contre la stigmatisation et la discrimination

Dans la troisième décennie de l'épidémie, un tiers des pays n'ont pas de lois qui protègent les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination. La mesure dans laquelle ces lois sont appliquées ou dans laquelle les individus y ont accès n'a pas été documentée. Selon des rapports non gouvernementaux, seuls 33% des pays utilisent des indicateurs de résultats ou des repères pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008) (Figure 12).

La plupart des pays n'ont pas de protections juridiques pour les populations les plus exposées au risque. Les informateurs non gouvernementaux dans 26% des pays signalent l'existence de lois qui protègent les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, tandis que des lois anti-discrimination pour les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables sont signalées respectivement dans 21% et 16% des pays (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). La Figure 13 met en lumière les répercussions des lois anti-discrimination sur l'accroissement de la couver-

ture de la prévention du VIH pour les groupes en question.

Un appui financier et technique bien plus important est nécessaire pour développer le potentiel des organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH et des groupes les plus exposés au risque de VIH. Les répondants non gouvernementaux de 20% seulement des pays indiquent que les organisations de la société civile ont un accès significatif à un soutien financier (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

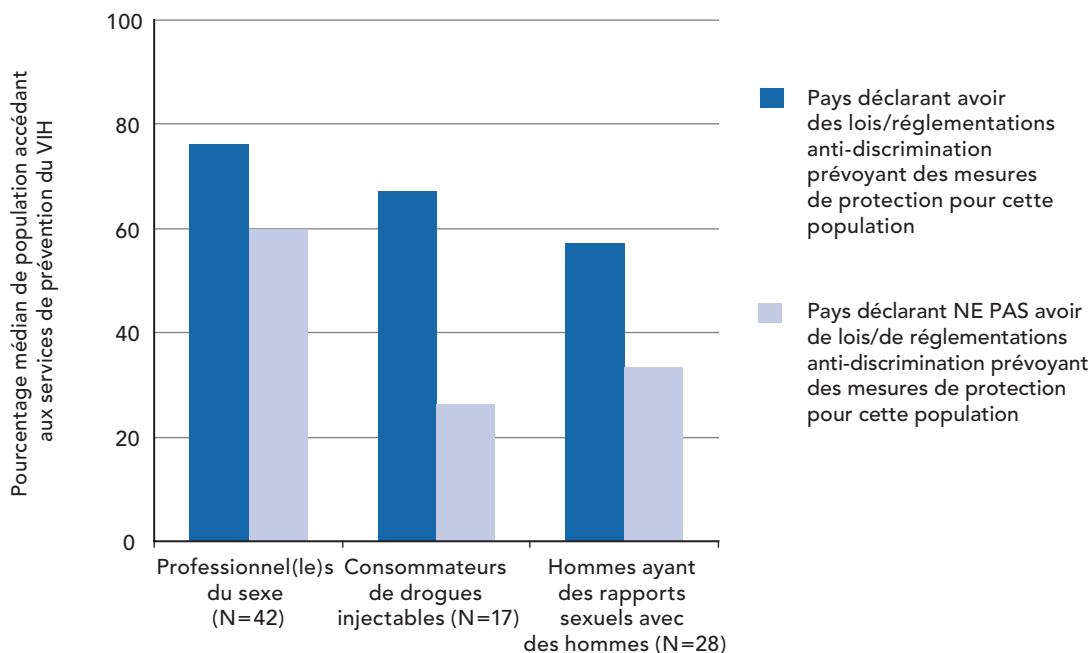
Prévenir les nouvelles infections à VIH : la clé pour inverser le cours de l'épidémie

L'épidémie mondiale de VIH ne pourra pas être inversée, et les gains réalisés au niveau de l'élargissement de l'accès au traitement ne pourront pas être maintenus si l'on ne réussit pas à réduire davantage le taux des nouvelles infections à VIH. Même si l'accès au traitement a été régulièrement élargi au cours de ces dernières années, les efforts pour assurer des activités solides de prévention du VIH étaient à la traîne. Bien que 87% des pays s'étant fixé des cibles pour l'accès universel aient établi des objectifs pour le traitement du VIH, seuls à peine plus de la moitié de ces pays ont des cibles pour les stratégies clés de prévention du VIH.

Les stratégies de prévention existantes peuvent être efficaces pour réduire le risque

FIGURE 13

Pourcentage médian de population accédant aux services de prévention du VIH au sein du contexte juridique spécifié



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.³

d'exposition au VIH. Des stratégies ayant fait leurs preuves existent pour prévenir chaque mode de transmission du VIH – sexuelle, véhiculée par le sang (notamment par le biais de la consommation de drogues injectables et dans les établissements de soins), et de la mère à l'enfant. Il a été confirmé, au cours des dernières années, que la circoncision médicale était une méthode potentiellement intéressante pour réduire le risque de VIH chez l'homme. Un ensemble de stratégies de prévention du VIH centrées sur les médicaments antirétroviraux est également apparu – comprenant notamment la prévention de la transmission mère-enfant, la prophylaxie post-exposition, les traitements expérimentaux pour la prophylaxie pré-exposition,⁴ et les bénéfices probables de prévention secondaire tirés

de l'administration thérapeutique de médicaments antirétroviraux.

Bien que les jeunes de 15 à 24 ans représentent 45% de l'ensemble des nouvelles infections à VIH chez les adultes, de nombreux jeunes manquent toujours d'informations précises et complètes sur la façon d'éviter d'être exposés au virus. Des données d'enquêtes menées dans 64 pays indiquent que 40% des jeunes hommes et 38% des jeunes femmes de 15 à 24 ans avaient des connaissances précises et complètes sur le VIH et sur la manière d'éviter la transmission du virus (Indicateur UNGASS 13)⁵ (Figure 14). Bien que cela constitue une amélioration, en particulier chez les femmes, par rapport aux niveaux de connaissance de 2005 – lorsque

³ Entre un tiers et la moitié des pays n'ont pas fourni d'informations sur les lois/réglementations anti-discrimination pour les populations les plus exposées au risque. Informations émanant de l'Indice composite des politiques nationales : un ensemble de données différent (en provenance de pays différents) de celui qui est indiqué à la Figure 17.

⁴ Des essais concernant huit approches expérimentales différentes de la prophylaxie pré-exposition étaient soit en cours soit planifiées en mars 2008. Deux de ces essais étudient des formulations de VIH (ex. : l'idée selon laquelle le virus peut être transmis par des piqûres de moustiques). On pose aux jeunes cinq questions pertinentes et ils sont supposés avoir des connaissances précises et complètes sur le VIH s'ils peuvent répondre avec exactitude à l'ensemble de ces cinq questions.

⁵ Cet indicateur utilise des données d'enquêtes démographiques (de préférence des deux dernières années) pour évaluer la capacité des jeunes à recenser correctement les manières d'éviter une transmission sexuelle du virus (ex. : l'utilisation du préservatif) et à rejeter les principales idées fausses concernant la transmission du VIH (ex. : l'idée selon laquelle le virus peut être transmis par des piqûres de moustiques). On pose aux jeunes cinq questions pertinentes et ils sont supposés avoir des connaissances précises et complètes sur le VIH s'ils peuvent répondre avec exactitude à l'ensemble de ces cinq questions.

FIGURE 14 Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes (15-24 ans), 1999-2007

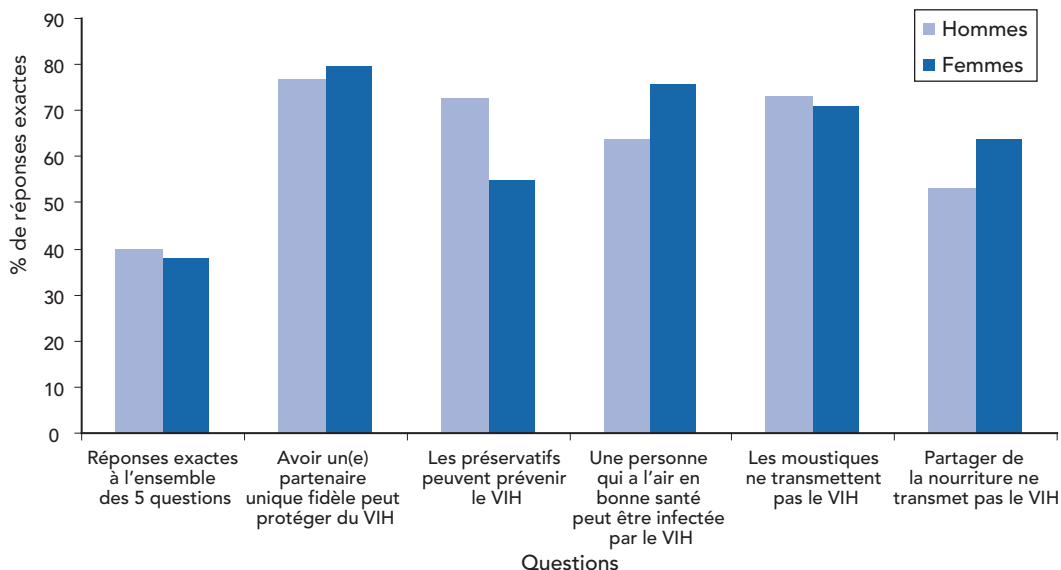


Source : MEASURE DHS 2008.

37% des hommes et 28% des femmes avaient des connaissances de base sur le VIH – les niveaux de connaissance sont toujours très inférieurs à l’objectif qui vise des connaissances complètes sur le VIH chez 95% des jeunes d’ici à 2010 (Déclaration d’engagement sur le VIH/sida, 2001).

Les jeunes femmes sont nettement moins susceptibles que les jeunes hommes d’avoir des connaissances précises et complètes sur le VIH (Figure 15). Alors que plus de 70% des jeunes hommes savent que les préservatifs peuvent protéger contre l’exposition au VIH, seules 55%

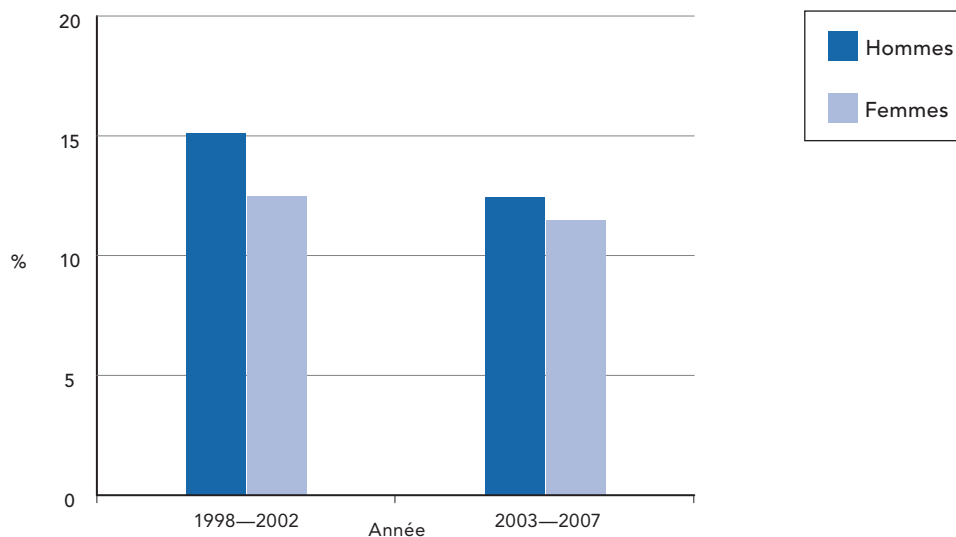
FIGURE 15 Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes, par type de question



Source : Rapports d’activité des pays, UNGASS 2008.

FIGURE 16

Pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, par sexe



Source : MEASURE DHS.

des jeunes femmes citent l'utilisation du préservatif comme étant une stratégie de prévention efficace (Indicateur UNGASS 13).

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le pourcentage des jeunes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est en baisse dans toutes les régions – dans le sillage des tendances décelées au début de cette décennie (Figure 16). Il y a une variation importante entre les pays, toutefois, avec dans certains pays un accroissement du pourcentage des jeunes qui ont des rapports sexuels avant 15 ans.

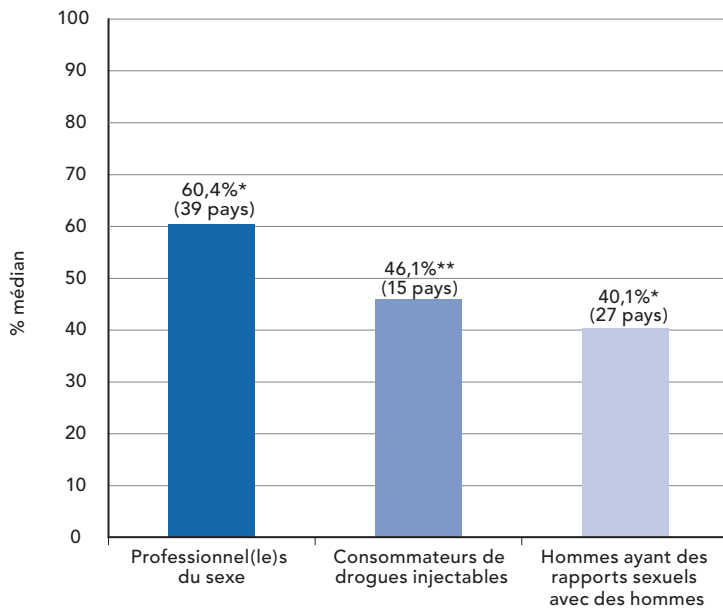
Malgré une nette augmentation de la couverture, les programmes de prévention du VIH ne réussissent toujours pas à atteindre nombre d'individus exposés au risque de contracter le VIH, notamment une majorité d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et de consommateurs de drogues injectables (Figure 17).⁶ En outre, les informateurs non gouvernementaux dans près de deux tiers des pays (63%) déclarent avoir des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle aux services efficaces de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH pour les populations les plus à risque (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Au cours des deux dernières années, les progrès majeurs qui ont été réalisés pour élargir l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant suggèrent qu'à l'avenir des financements, un engagement et une action stratégique suffisants pourraient rendre ce mode de transmission extrêmement rare. A la suite d'ajustements effectués dans les estimations précédentes sur la base d'une révision des estimations épidémiologiques de la prévalence mondiale et nationale du VIH, et après un processus de rapprochement des données entre l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF et des rapports des pays sur cet indicateur (Indicateur UNGASS 5), il semble que la couverture des traitements antirétroviraux dispensés aux femmes enceintes séropositives au VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire se soit accrue de 9% en 2004 à 33% en 2007 (Figure 18).

Les efforts de prévention doivent être axés de manière plus stratégique sur les partenariats sexuels, en particulier ceux qui accroissent le risque d'exposition au VIH. Parmi les couples hétérosexuels sérodifférents en Ouganda, on estime à 8% le risque que le partenaire non infecté contracte le VIH chaque année, ce qui souligne l'importance

⁶ Les rapports des pays sur la couverture de la prévention du VIH pour les populations les plus exposées au risque étant souvent fondés sur des enquêtes de proximité dans des contextes urbains, les moyennes signalées surestiment probablement l'étendue réelle de la couverture des programmes de prévention pour ces groupes.

FIGURE 17 Pourcentage des populations les plus à risque atteintes par les programmes de prévention du VIH, 2005–2007

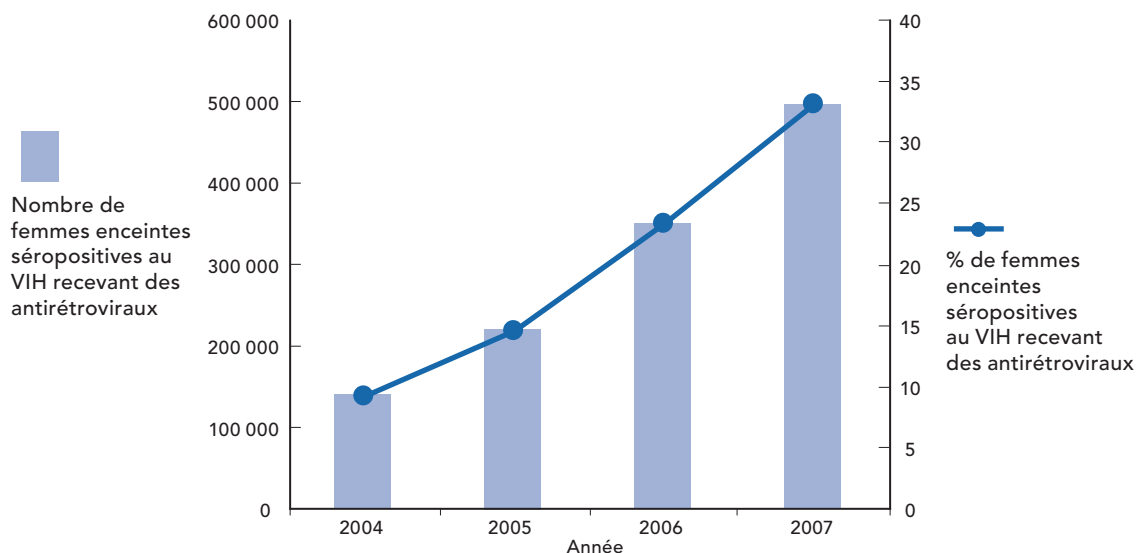


* Pourcentage de professionnel(le)s du sexe et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarant savoir où ils/elles peuvent se soumettre à un test de dépistage du VIH et avoir reçu des préservatifs.

** Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant savoir où ils peuvent se soumettre à un test de dépistage du VIH et avoir reçu des préservatifs et des aiguilles/des seringues stériles.

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

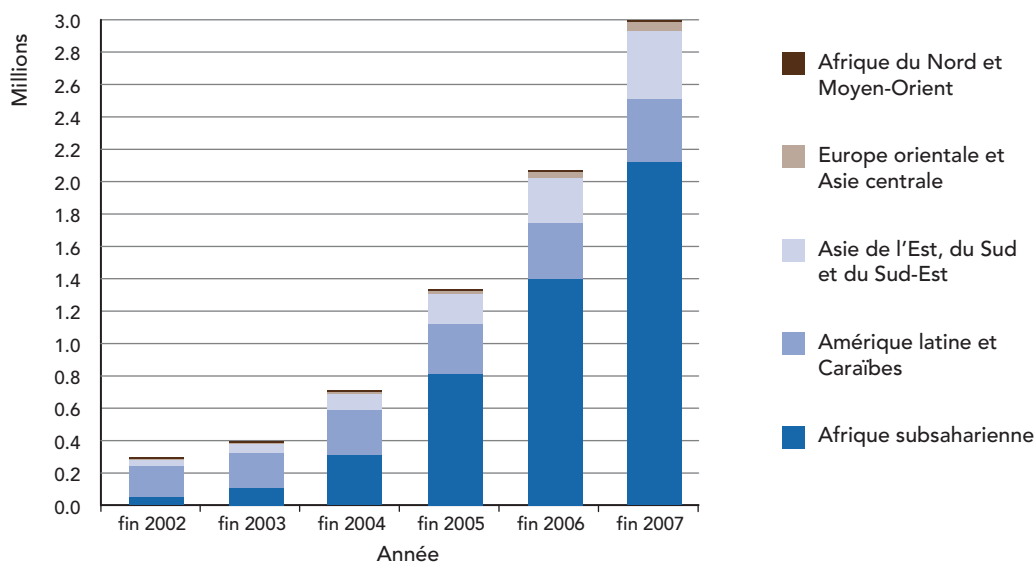
FIGURE 18 Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2004–2007



Source: ONUSIDA, UNICEF & OMS, 2008; données fournies par les pays.

FIGURE 19

Nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

d'adapter les initiatives de prévention à ces couples. De même, il faut axer les efforts pour réduire la prévalence des partenariats sexuels multiples et simultanés, qui peuvent entraîner une propagation rapide de l'infection à VIH au sein des réseaux sexuels.

Pérenniser les progrès de la prévention constitue l'un des plus grands défis de la prévention du VIH. Pour maintenir une riposte de prévention forte, les pays doivent développer un 'mouvement de prévention', renforcer les capacités humaines et techniques nécessaires pour pérenniser les efforts de prévention, et s'employer à stimuler une demande accrue pour les services de prévention. Dans chaque pays où les taux d'infection à VIH ont nettement baissé, la mobilisation communautaire pour la prévention du VIH a été un élément crucial de la réussite.

Traitement et prise en charge : progrès sans précédents et défis à relever

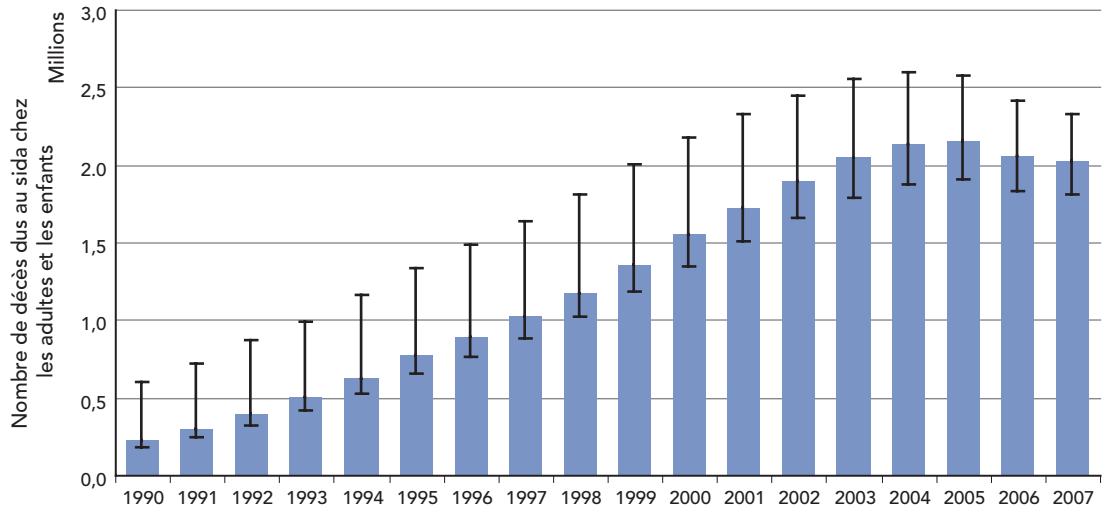
Le nombre de personnes qui bénéficient de médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été multiplié par 10 en six ans seulement, pour atteindre près de 3 millions de personnes à fin 2007 (Figure 19). Cette réussite est due à de nombreux acteurs, en particulier les personnes vivant avec le

VIH elles-mêmes, dont le plaidoyer a contribué à réaliser ce qui était autrefois considéré comme impossible.

L'expansion rapide de l'accès aux traitements dans les contextes de ressources limitées permet de sauver des vies, d'améliorer la qualité de la vie et de contribuer à la revitalisation des ménages, des communautés et de sociétés entières. Après des décennies d'accroissement de la mortalité, le nombre annuel de décès dus au sida dans le monde a diminué au cours des deux dernières années (Figure 20).

Il faut intensifier les efforts pour assurer la fourniture en temps utile des traitements du VIH aux enfants, dont la probabilité de bénéficier des médicaments antirétroviraux est beaucoup moins élevée que celle des adultes. En l'absence de traitement, la moitié environ des enfants atteints d'infection à VIH périnatale mourront avant l'âge de deux ans. Le VIH est plus difficile à diagnostiquer chez les enfants que chez les adultes, même si des outils efficaces et abordables pour le diagnostic pédiatrique sont récemment apparus. Les antirétroviraux actuels ont été, en premier lieu, mis au point pour les adultes et la plupart des associations en dose fixe ne conviennent pas aux enfants ; ce problème peut également être surmonté du fait de la disponibilité accrue de traitements pédiatriques, d'outils permettant d'aider les cliniciens dans

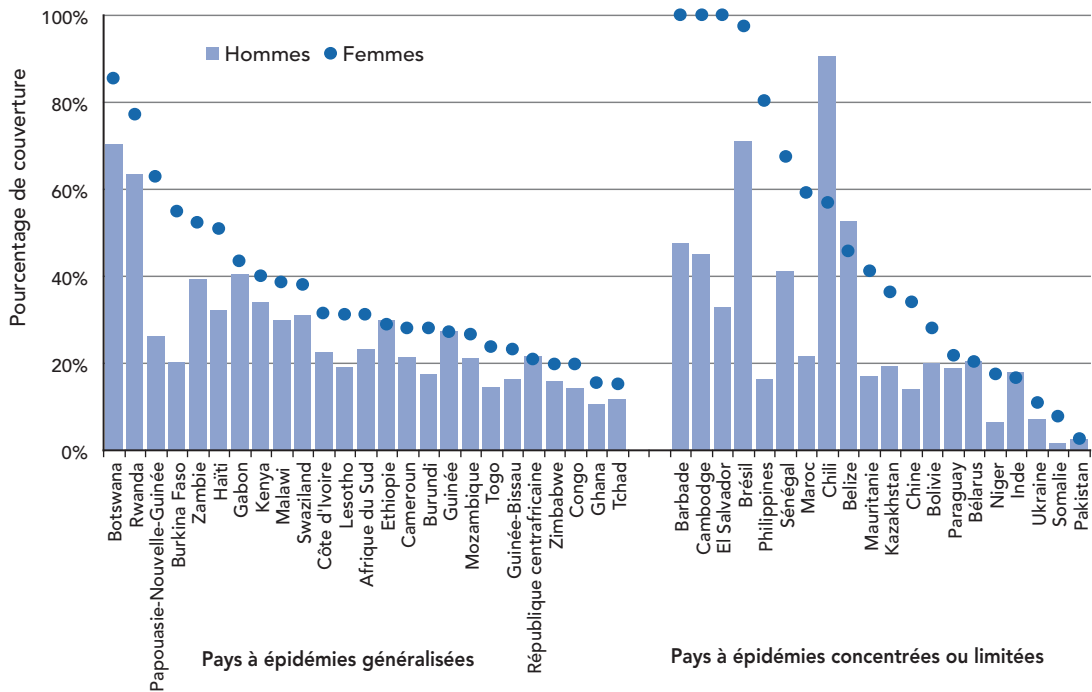
FIGURE 20 Estimation du nombre de décès dus au sida chez les adultes et les enfants à l'échelle mondiale, 1990-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

Le trait indique la fourchette entourant l'estimation

FIGURE 21 Comparaison de la couverture de la thérapie antirétrovirale en 2007 entre les hommes et les femmes (pour les pays fournissant des données par sexe sur le nombre de personnes sous traitement)

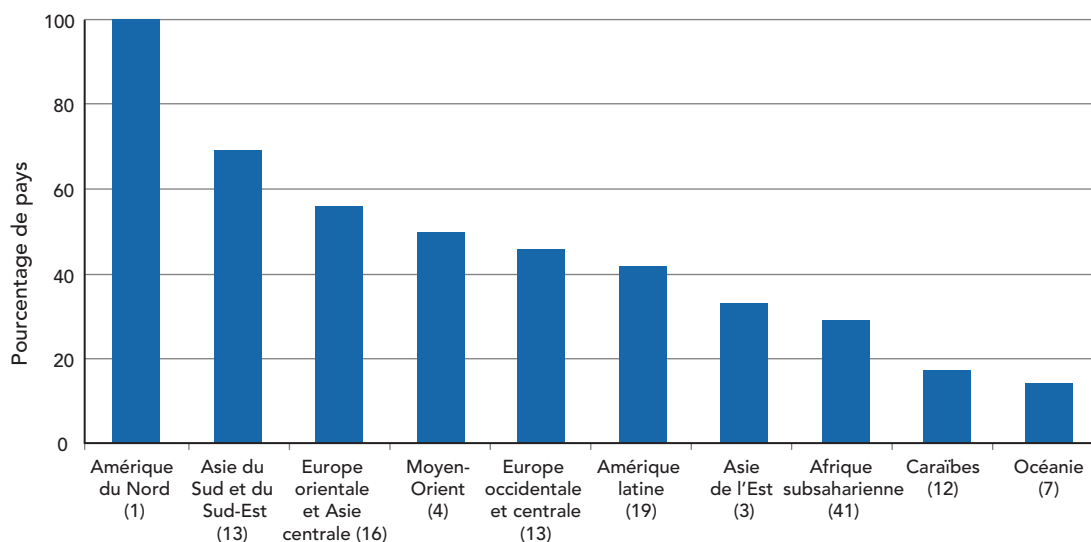


Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

Note: Les estimations de couverture utilisent le ratio du nombre d'hommes et de femmes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale à la valeur finale projetée de toutes les personnes sous thérapie antirétrovirale en décembre 2007. Ceci nous donne des estimations pour décembre 2007 du nombre d'hommes et de femmes sous thérapie antirétrovirale, qui sont ensuite divisées par le nombre estimatif des hommes et femmes respectivement qui ont besoin d'un traitement antirétroviral.

FIGURE 22

Pourcentage de pays qui annoncent des lois, réglementations ou politiques constituant des obstacles à la fréquentation des services pour les consommateurs de drogues injectables



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

les contextes où les ressources manquent à définir les doses appropriées d'antirétroviraux pour les enfants, et d'un soutien financier accru pour l'acceptation du traitement pédiatrique.

Sur le plan mondial, la couverture du traitement antirétroviral pour les femmes est égale ou supérieure à celle des hommes (Figure 21).

Dans la plupart des pays, les femmes bénéficient d'une couverture de la thérapie antirétrovirale plus importante que les hommes. Cette disparité sexuelle est particulièrement prononcée dans les épidémies généralisées, ce qui pourrait être associé au fait qu'un grand nombre de femmes séropositives au VIH disposent de deux moyens d'accéder aux traitements – les programmes de traitement du VIH et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant.

Les populations les plus exposées au risque de VIH, par exemple les consommateurs de drogues injectables, sont confrontées à des obstacles considérables pour accéder au traitement du VIH, souvent en raison de l'institutionnalisation de la discrimination.

Par exemple, un traitement de réhabilitation contre la dépendance aux drogues, comme la thérapie de substitution, est souvent essentiel au succès du traitement contre le VIH, mais est interdit par la loi ou insuffisant dans de nombreux pays. Selon les rapports des informateurs non gouvernemen-

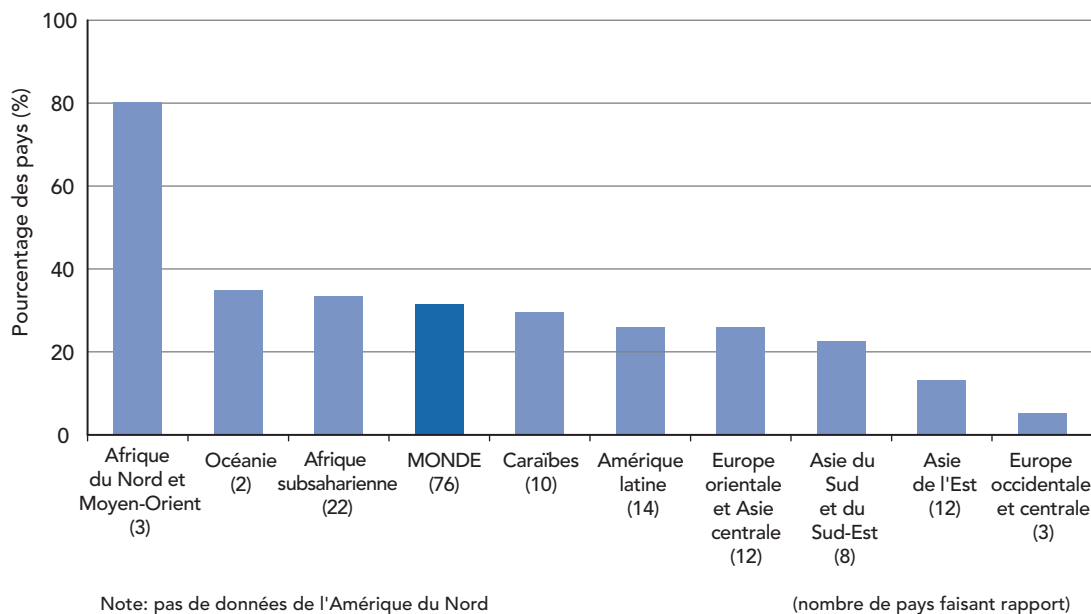
taux, bien des pays, notamment la Fédération de Russie, et la majorité des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, d'Asie du Sud et du Sud-Est, et d'Amérique du Nord, ont des lois, réglementations ou politiques qui constituent des obstacles à la fréquentation des services liés au VIH par les consommateurs de drogues injectables (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008) (Figure 22).

Bien qu'il existe des médicaments abordables, le nombre de personnes vivant à la fois avec le VIH et la tuberculose et bénéficiant d'un traitement pour ces deux maladies est insuffisant (Figure 23). L'échec de l'utilisation optimale des traitements et diagnostics existants a pour résultat une morbidité et une mortalité considérables. On estime que 22% des cas de tuberculose en Afrique surviennent chez des personnes vivant avec le VIH ; dans certains pays de la région ce chiffre peut atteindre 70%.

Les faiblesses des systèmes de santé ralentissent l'intensification des programmes de traitement du VIH, d'où la nécessité de stimuler l'action en faveur du renforcement de ces systèmes. Il est prouvé que l'élargissement de l'offre de médicaments antirétroviraux contribue à améliorer de manière significative l'infrastructure des soins de santé dans les milieux à ressources limitées.

FIGURE 23

Pourcentage des cas incidents de tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH, qui reçoivent à la fois des antirétroviraux et des médicaments antituberculeux, 2007



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Comme le traitement contre le VIH se prend à vie, il est crucial que les programmes de traitement soient maintenus sur le long terme.

Pour garantir la viabilité des traitements du VIH, il faudra entre autres mettre au point des thérapies de deuxième et troisième intentions, pour réussir à mieux prévenir les nouvelles infections à VIH.

Atténuation de l'impact de l'épidémie sur les ménages, les communautés et les sociétés

L'épidémie de VIH continue de faire des ravages dans les ménages affectés, en particulier parmi les femmes et les enfants. Les charges financières liées au VIH pour les ménages les plus pauvres en Inde représentent 82% du revenu annuel, alors que, pour les familles les plus riches, ces charges représentent à peine plus de 20% du revenu annuel. En Afrique subsaharienne, près de 12 millions d'enfants (de moins de 18 ans) ont perdu l'un de leurs parents ou les deux à cause du VIH, et le nombre d'enfants rendus orphelins par l'épidémie est toujours en hausse (Figure 24).

Bien que les pays à prévalence élevée disposent pour la plupart de stratégies pour appuyer les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH, peu de programmes

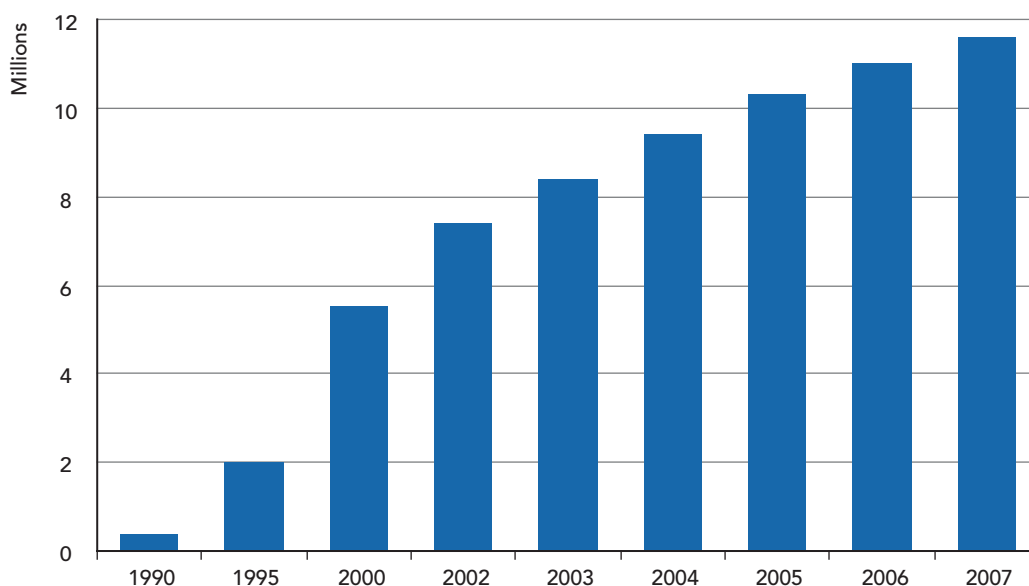
nationaux touchent plus qu'une petite minorité de ces enfants.

Sur 10 pays dans lesquels 5% au moins des adultes sont infectés par le VIH et où des enquêtes récentes ont été réalisées auprès des ménages, une moyenne corrigée en fonction de la population de 15% d'orphelins vivent dans des foyers qui reçoivent une assistance sous une forme quelconque – prise en charge médicale, aide à la scolarisation, appui financier ou services psychosociaux (Figure 25). En Afrique orientale et australe, les gouvernements nationaux, la société civile et d'autres partenaires se concentrent de plus en plus sur la fourniture d'un ensemble minimum de mesures de protection sociale aux enfants vulnérables, y compris ceux qui sont affectés par le VIH. Cibler l'appui financier des ménages affectés par le VIH permettrait d'accroître sensiblement l'aide aux enfants, qui représentent une part importante des foyers. Dans un projet pilote mené dans le district de Kalomo en Zambie, 68% des enfants bénéficiant d'une aide sociale sous forme financière étaient des orphelins, dont 35% avaient perdu leurs deux parents.

Garantir aux enfants des opportunités en matière d'éducation est essentiel pour atténuer la vulnérabilité liée au VIH. Dans 56 pays pour lesquels des données d'enquêtes récentes sur les

FIGURE 24

Nombre estimé d'enfants de moins de 18 ans rendus orphelins à cause du sida en Afrique subsaharienne (1990–2007)



Source : ONUSIDA/OMS, 2008.

FIGURE 25

 Appui aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) tel qu'indiqué par les pays dans lesquels la prévalence du VIH chez les adultes est $\geq 5\%$ (estimations 2005)

Pays	OEV soutenus	Total des OEV ¹	Couverture en 2007 (n=10)
Données des enquêtes démographiques			
Botswana	non déclaré	non déclaré	non déclaré
Cameroun	412	4 431	9%
République centrafricaine	non déclaré	non déclaré	7%
Gabon	259	2 637	10%
Kenya	non déclaré	non déclaré	17% ²
Lesotho	non déclaré	non déclaré	non déclaré
Malawi	non déclaré	non déclaré	19%
Namibie	882	5 343	17%
Swaziland	1 472	3 576	41%
Ouganda	569	5 321	11%
Zambie	578	3 671	16%
Zimbabwe	1 972	6 322	31%
Moyenne corrigée en fonction de la population	34 161	4 970	15%
Données des programmes			
Côte d'Ivoire	37 250	420 943	9%
Afrique du Sud	1 057 900	1 577 200	67%
République-Unie de Tanzanie	471 315	930 000	51%
Moyenne corrigée en fonction de la population	2 928 143	1 566 465	53%

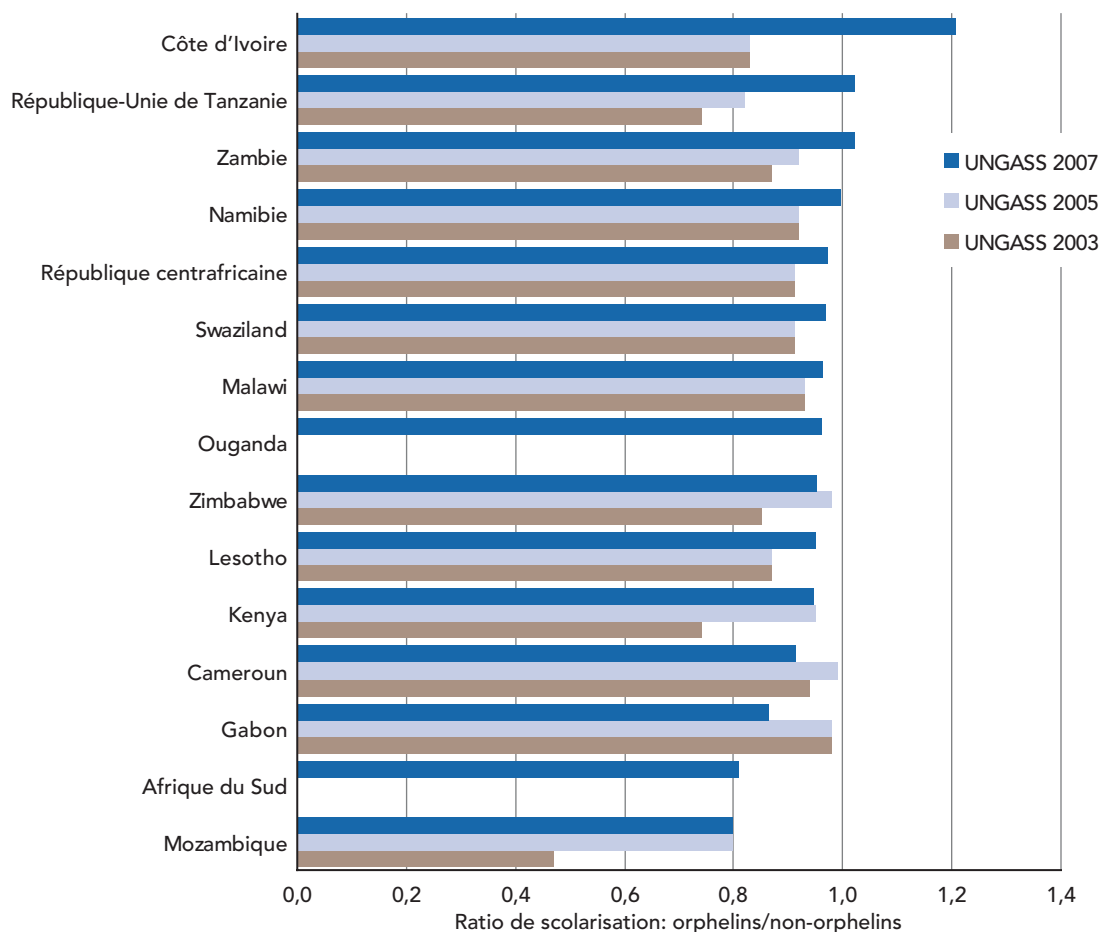
¹ Nombre total d'orphelins et d'enfants vulnérables (OEV) tel que déclaré par les pays.

² Information fondée sur des enquêtes mises en œuvre par le PEPFAR au Kenya sur l'appui aux OEV en 2007, source : Rapport d'activité du Kenya, UNGASS 2008.

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

FIGURE 26

Ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5%



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

ménages sont disponibles, les chances d'être scolarisés des orphelins qui avaient perdu l'un de leurs deux parents ou les deux étaient inférieures de 12% en moyenne à celles des non-orphelins. Dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5%, les chances des orphelins d'être scolarisés n'étaient inférieures que de 4% à celles des non-orphelins, ce qui donne à penser que les pays durement affectés réduisent certaines disparités au niveau de l'éducation constatées plus tôt dans le cours de l'épidémie⁷ (Figure 26).

L'épidémie a des effets particulièrement durs sur les femmes et il faut mettre en œuvre des initiatives élargies visant à accroître leur potentiel propre de génération de revenus.

Les femmes représentent deux tiers de l'ensemble des personnes qui prennent en charge les personnes vivant avec le VIH en Afrique, et les femmes qui sont veuves à cause du VIH sont fortement exposées au risque de faire l'objet d'ostracisme ou de destitution. Augmenter les options financières pour les femmes contribue à atténuer certains des effets les plus préjudiciables de l'épidémie ; 90% des femmes participant à des initiatives de microfinancement ont

⁷ Cet indicateur concerne les orphelins en général plutôt que seulement les enfants rendus orphelins spécifiquement par le VIH.

FIGURE 27

Charges salariales liées au VIH

Secteur	Pays	Nombre de travailleurs dans le secteur	Prévalence estimée du VIH (% de la population adulte)	Coût par décès ou par retraite lié au sida (multiple de la rémunération annuelle)	Coûts annuels cumulés (% des charges salariales)
Distribution	Afrique du Sud	500	10,50	0,7	0,50
Agriculture	Afrique du Sud	700	23,70	1,1	0,70
	Ouganda	500	5,60	1,9	1,20
	Kenya	22 000	10,00	1,1	1,00
	Zambie	1 200	28,50	0,9	1,30
Industrie manufacturière	Afrique du Sud	1 300	14,00	1,2	1,10
	Ouganda	300	14,40	1,2	1,90
	Ethiopie	1 500	5,30	0,9	0,60
	Ethiopie	1 300	6,20	0,8	0,60
Médias	Afrique du Sud	3 600	10,20	1,3	1,30
Services publics	Afrique du Sud	>25 000	11,70	4,7	2,20
Mines	Afrique du Sud	600	23,60	1,4	2,40
	Botswana	500	29,00	4,4	8,40
Tourisme	Zambie	350	36,80	3,6	10,80

Source: Piot P et al. (2007). La quadrature du cercle : sida, pauvreté et développement humain.

signalé une amélioration significative de leur vie, notamment un sens accru de la solidarité communautaire dans les périodes de crise et une réduction de la violence de leur partenaire.

Bien que les effets macroéconomiques de l'épidémie soient moins graves que ce que l'on avait craint initialement, le VIH a néanmoins des effets préjudiciables profonds sur certaines industries et certains secteurs agricoles de pays où la prévalence est élevée (Figure 27). Sur la base de modèles économiques standard, les meilleures données à notre disposition suggèrent que le VIH pourrait grever la croissance économique des pays à prévalence élevée de 0,5% à 1,5% sur 10-20 ans – impact significatif mais pas catastrophique.⁸ Toutefois, le VIH peut ralentir la croissance économique, accentuer les inégalités économiques, et provoquer de graves tensions au sein des ménages affectés. Au Botswana, les systèmes de modélisation indiquent que le VIH a augmenté

de 6% la part des ménages tombés au-dessous du seuil de pauvreté et fait progresser de 4% le pourcentage de personnes vivant dans des ménages pauvres. Hors d'Afrique, des analyses économiques de la Banque asiatique de développement et de l'ONUSIDA indiquent que le VIH ralentira le taux annuel de réduction de la pauvreté de 60% au Cambodge, de 38% en Thaïlande et de 23% en Inde entre 2003 et 2015. On estime que le VIH alourdit de US\$ 2 milliards chaque année les charges des ménages affectés en Asie.

Pour lutter contre la détérioration permanente des capacités gouvernementales dans les pays à prévalence élevée, des approches stratégiques élargies et intensifiées sont nécessaires pour préserver et renforcer les capacités du secteur public ; ces approches doivent inclure des stratégies innovantes pour exploiter au maximum des capacités qui sont limitées.

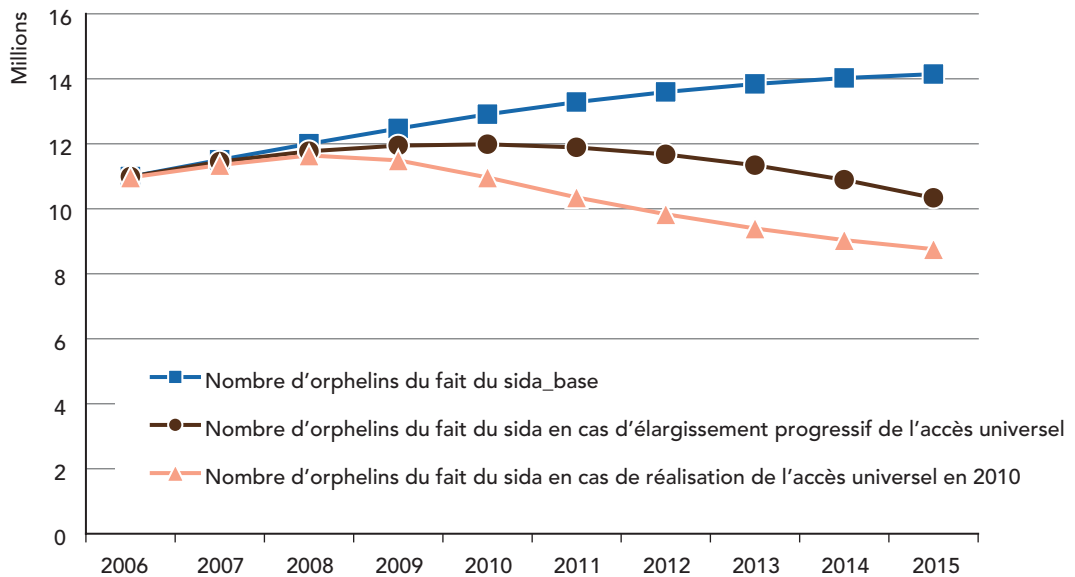
Les premières conclusions d'une étude concernant

⁸ Ces estimations sont nettement inférieures aux projections établies plus tôt dans le cours de l'épidémie. En 2001, par exemple, les économistes estimaient que le VIH était susceptible de faire chuter la croissance économique du Botswana d'à peu près 5,5% par an à entre 1,5% et 2,5%. Au cours des années qui se sont écoulées depuis, la croissance économique du Botswana est toutefois restée soutenue, et ce, malgré des niveaux d'infection à VIH extrêmement élevés.

Tout le monde ne partage pas l'idée qui est apparue récemment selon laquelle l'impact à long terme de l'épidémie sur les économies nationales ne sera pas aussi grave que ce que l'on prévoyait auparavant. Une analyse économique de 2006 suggère que les révisions à la baisse des projections de l'impact macroéconomique sont fondées sur des hypothèses selon lesquelles les pays durement touchés disposent d'une main-d'œuvre non qualifiée surabondante. S'interrogeant sur la validité de telles hypothèses au vu du poids de la mortalité à long terme, cette analyse fait valoir qu'une « vision plus large et à plus long terme » incite à penser que le « sida pourrait causer l'effondrement pur et simple de nombreuses économies, en particulier en Afrique subsaharienne ».

FIGURE 28

Enfants rendus orphelins par le sida en Afrique subsaharienne, 2006 et projections d'ici à 2015



Source: UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2008.

l'impact de l'épidémie sur la gouvernance dans sept pays d'Afrique indiquent que l'épidémie fragilise les capacités des parlements, ce qui se traduit par des dépenses gouvernementales supplémentaires conséquentes. L'épidémie a des répercussions parfois graves sur certains éléments du secteur public ; en 2005, par exemple, la mortalité liée au VIH a réduit de 6,2% les capacités de fourniture de services de la *Zambian Wildlife Authority* et accru de près de 10% les charges salariales, limitant les capacités du gouvernement à protéger la faune et la flore du pays ainsi que ses parcs.

Les programmes de traitement antirétroviral constituent une stratégie essentielle pour atténuer l'impact de l'épidémie. Parmi les ouvriers des plantations de thé au Kenya, des améliorations rapides de la productivité ont été constatées au cours de la première année suivant l'introduction de la thérapie antirétrovirale. Une étude récente menée en Ouganda a révélé une diminution de 81% de la mortalité infantile parmi les enfants non

infectés d'adultes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale, ainsi qu'une baisse de 93% du nombre d'enfants rendus orphelins. La réalisation de l'accès universel au traitement d'ici à 2015 se traduirait par un nombre d'orphelins inférieur d'environ cinq millions aux projections actuelles (Figure 28).

Et à partir de là, que faut-il faire ? Soutenir une riposte efficace, solide, sur le long terme

S'acheminer sur la voie de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH constitue une étape majeure pour une riposte efficace, durable au VIH. Comme le montre la Figure 29, plusieurs pays ont déjà atteint leurs cibles nationales pour l'accès universel à la prévention de la transmission mère-enfant et au traitement antirétroviral. Toutes les valeurs sont fondées sur des estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS.

FIGURE 29a

Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant, Répartition par quartile (N = 63)

Couverture inférieure à 25% (36 pays)	Couverture de 25% à 49% (16 pays)	Couverture de 50% à 75% (7 pays)	Couverture supérieure à 75% (4 pays)
Angola	Bénin	Afrique du Sud	Argentine
Burkina Faso	Cambodge	Brésil	Botswana
Burundi	Gambie	Kenya	Fédération de Russie
Cameroun	Honduras	Namibie	Thaïlande
Chine	Lesotho	Rwanda	
Colombie	Malawi	Swaziland	
Congo, Rép. du	Mozambique	Ukraine	
Côte d'Ivoire	Myanmar		
El Salvador	Niger		
Erythrée	Ouganda		
Ethiopie	Pérou		
Gabon	République centrafricaine		
Ghana	République dominicaine		
Guatemala	République-Unie de Tanzanie		
Guinée	Zambie		
Guinée-Bissau	Zimbabwe		
Haïti			
Inde			
Indonésie			
Iran (République islamique d')			
Libéria			
Madagascar			
Malaisie			
Mali			
Népal			
Nigéria			
Pakistan			
Papouasie-Nouvelle-Guinée			
République démocratique du Congo			
Sénégal			
Sierra Leone			
Somalie			
Tchad			
Togo			
Venezuela (République bolivarienne du)			
Viet Nam			

Toutes les valeurs sont fondées sur les estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS. Comprend tous les pays pour lesquels le nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a été signalé pour 2007, à l'exception des pays pour lesquels les estimations ONUSIDA/OMS des besoins ne sont pas disponibles, ou pour lesquels les estimations des besoins sont inférieures à 500.

FIGURE 29b

Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour les adultes et les enfants à un stade avancé de l'infection à VIH
Répartition par quartile (N = 106)

Couverture inférieure à 25% (45 pays)	Couverture de 25% à 49% (40 pays)	Couverture de 50% à 75% (14 pays)	Couverture supérieure à 75% (7 pays)
Algérie	Afrique du Sud	Argentine	Botswana
Arménie	Angola	Barbade	Brésil
Azerbaïdjan	Bahamas	Cambodge	Chili
Bangladesh	Belize	El Salvador	Costa Rica
Bélarus	Bénin	Moldova	Cuba
Bolivie	Burkina Faso	Panama	Namibie
Burundi	Cameroun	Pays-Bas	République démocratique populaire lao
Chine	Côte d'Ivoire	République tchèque	
Congo, Rép. du	Equateur	Roumanie	
Djibouti	Estonie	Rwanda	
Egypte	Ethiopie	Sénégal	
Erythrée	Gabon	Thaïlande	
Fédération de Russie	Guatemala	Trinité-et-Tobago	
Gambie	Guinée	Uruguay	
Ghana	Guinée équatoriale		
Guinée-Bissau	Guyana		
Hongrie	Haïti		
Indonésie	Honduras		
Iran (République islamique d')	Jamaïque		
Kazakhstan	Kenya		
Kirghizistan	Lesotho		
Libéria	Liban		
Lituanie	Malaisie		
Madagascar	Malawi		
Maurice	Mali		
Mauritanie	Maroc		
Mozambique	Nicaragua		
Myanmar	Nigéria		
Népal	Ouganda		
Niger	Papouasie-Nouvelle-Guinée		
Ouzbékistan	Pérou		
Pakistan	Philippines		
Paraguay	Pologne		
République centrafricaine	République dominicaine		
République démocratique du Congo	République-Unie de Tanzanie		
Serbie	Suriname		
Sierra Leone	Swaziland		
Somalie	Venezuela (République bolivarienne du)		
Soudan	Viet Nam		
Sri Lanka	Zambie		
Tadjikistan			
Tchad			
Togo			
Ukraine			
Zimbabwe			

Toutes les valeurs sont fondées sur les estimations des besoins selon la méthodologie ONUSIDA/OMS. Comprend tous les pays pour lesquels le nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a été signalé pour 2007, à l'exception des pays pour lesquels les estimations ONUSIDA/OMS des besoins ne sont pas disponibles, ou pour lesquels les estimations des besoins sont inférieures à 500.

Pour élargir ces réussites dispersées à davantage de pays dans l'ensemble des régions – et pour pérenniser ces réalisations au cours des décennies à venir – les actions clés suivantes sont requises.

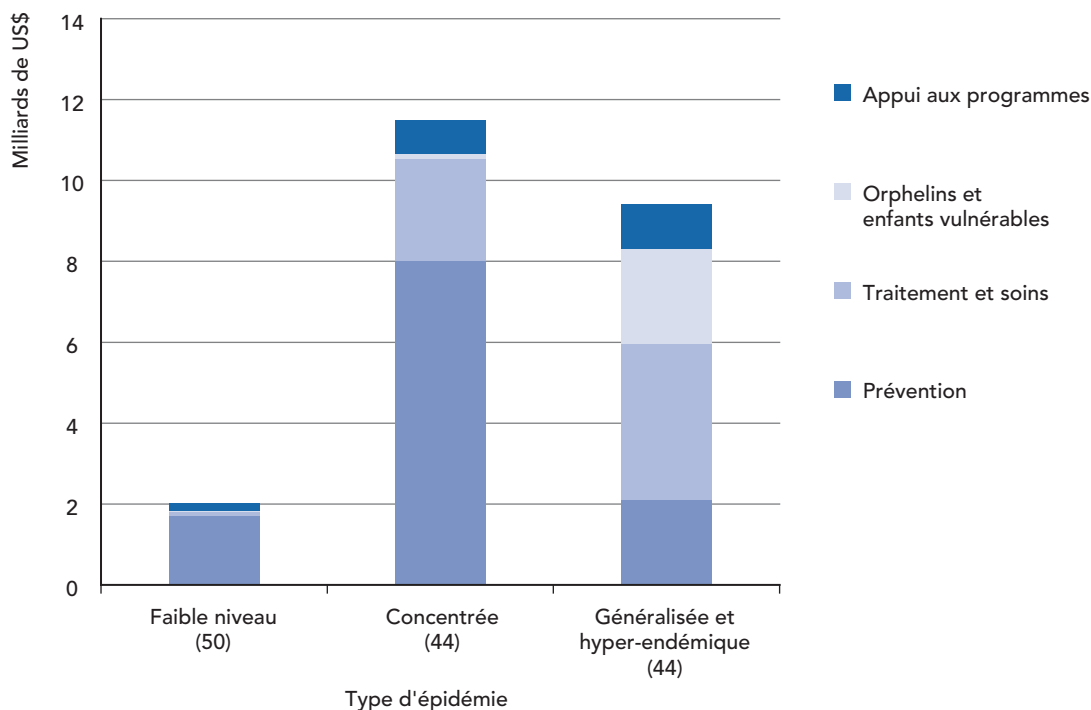
- **Fonder l'action nationale sur les preuves irréfutables de ce qui marche, en veillant à l'exécution intégrale de politiques et de programmes établis à partir de données factuelles.** En fondant les décisions sur une surveillance solide de la santé publique, la cartographie des ressources et les preuves de ce qui marche, les efforts nationaux efficaces rassemblent les stratégies bâties sur des données probantes et les besoins nationaux bien documentés.

Trop souvent, cependant, les dépenses nationales pour la riposte au VIH ne sont

pas à la hauteur des besoins. C'est tout particulièrement le cas dans de nombreux pays ayant une épidémie de faible niveau ou concentrée, où la raison voudrait que le financement soit consacré avant tout aux services de prévention du VIH pour les populations les plus exposées au risque (Figure 30). En Amérique latine, où la prévalence du VIH est bien en dessous de 1%, la prévention du VIH a représenté à peine 15% des dépenses pour le VIH en 2007. Les pays ayant une épidémie concentrée optent souvent pour des programmes de prévention destinés à la population générale plutôt que pour des interventions d'un meilleur rapport coût/efficacité axées sur les populations les plus à risque. En général, pour les épidémies concentrées, les programmes de réduction des risques s'adressant aux populations les plus

FIGURE 30

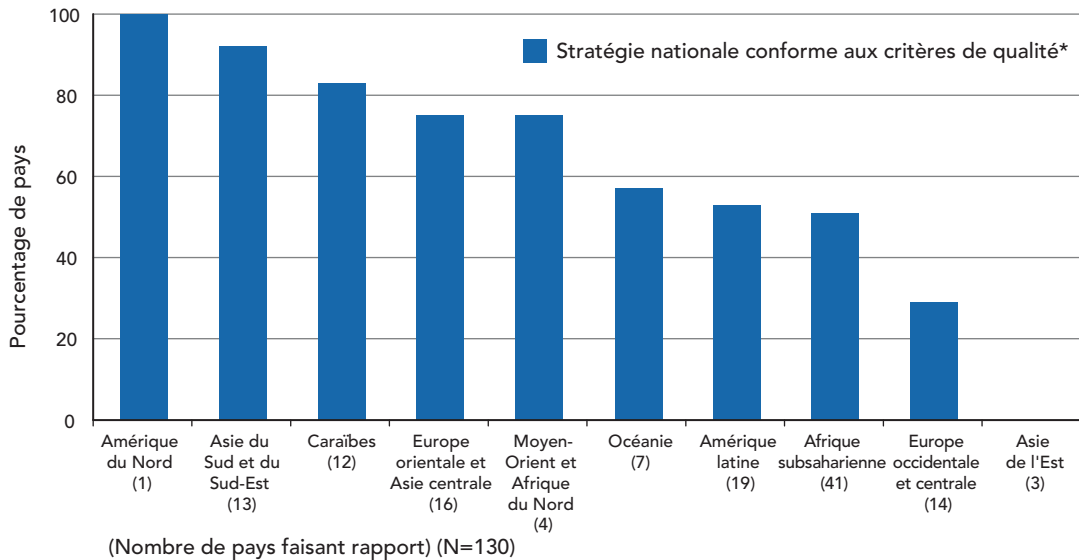
Ressources nécessaires en 2010 en utilisant une stratégie d'élargissement progressif sur la voie de l'accès universel⁹



Source : ONUSIDA, 2008.

⁹ Estimations dans 138 pays à revenu faible ou intermédiaire pour la mise en œuvre des services programmatiques les plus efficaces selon les données issues des efforts nationaux pour « connaître son épidémie et la contrer ».

FIGURE 31 Pays déclarant mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre le sida conforme aux critères de qualité définis



* C'est-à-dire une stratégie multisectorielle nationale et un plan opérationnel national avec définition des objectifs, des cibles, des coûts, et indication des sources de financement par secteur programmatique, et un cadre de suivi et d'évaluation.
Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

exposées représentent seulement 10% du total des dépenses pour la prévention du VIH.

Un réel leadership en matière de VIH reste focalisé sur ce qui marche. Si certains peuvent être tentés de gérer l'épidémie en imposant des restrictions de voyage aux personnes vivant avec le VIH ou en limitant l'action de prévention pour les jeunes à des cours d'abstinence sexuelle, le leader d'une riposte au VIH va être convaincu par des données probantes de santé publique que ces stratégies sont inefficaces et qu'elles aboutissent à l'effet inverse.

Les vrais leaders ne se satisfont pas uniquement de l'élaboration de politiques solides mais garantissent une mise en œuvre complète et en temps utile des cadres d'action stratégiques. Dans seulement 69% de pays – bien moins que les 97% qui déclarent avoir une stratégie nationale – les stratégies nationales ont été traduites en plans opérationnels chiffrés assortis d'objectifs programmatiques, et d'un énoncé détaillé des coûts programmatiques et des sources de financement. En Afrique subsaharienne, environ la moitié seulement des stratégies nationales de lutte contre le VIH

répondent aux critères de qualité définis par l'ONUSIDA (Figure 31).

- **Prévoir pour l'avenir, en mettant en œuvre des systèmes de planification stratégique et d'évaluation s'étendant sur plus de trois et de cinq ans.** Un leadership solide pour la riposte au HIV appelle une focalisation sur des objectifs à long terme, avec refus de laisser les problématiques survenant entre-temps saper la riposte nationale au VIH.

Les vrais leaders dans le domaine du VIH reconnaissent que l'épidémie est un problème qui implique plusieurs générations et exige persistance, vision et souplesse. Si la planification sur trois ou cinq ans continuera de jouer un rôle clé dans les ripostes nationales, ces processus doivent se situer de plus en plus au cœur des efforts de planification à plus long terme qui reconnaissent le problème posé par le VIH sur plusieurs décennies. La Namibie offre une illustration de ce type d'approche ; son plan quinquennal actuel relatif au VIH, qui va jusqu'en 2009, est spécifiquement relié aux objectifs et aux stratégies d'un processus de planification à long terme pour le développement, qui s'étale jusqu'à 2030.

- **Investir dans une riposte au VIH réellement efficace, en accordant une attention particulière aux stratégies de prévention reposant sur des données factuelles et propres à contenir les épidémies nationales.** Pourtant le degré de priorité accordé à la prévention du VIH est systématiquement bien inférieur à ce qu'il devrait être dans bon nombre de ripostes nationales. Alors que s'accroît l'accès au traitement, les cas d'incapacité et les décès associés au VIH pourraient devenir moins visibles – ce qui pourrait entraîner les communautés vers un certain laxisme, et les dirigeants vers la tentation de réduire les investissements dans les programmes de prévention.

Là où la prévention du VIH a marché, un mouvement populaire s'est efforcé de faire de la réduction des risques une norme sociétale, ce qui a engendré une forte demande en services de prévention. Il faut également pour cela un leadership qui tienne la route. Beaucoup d'enseignements ont été tirés concernant la façon de susciter une forte mobilisation communautaire et de la soutenir, mais pour encourager un mouvement populaire de cette nature, il faut avoir le courage d'investir dans des stratégies qui portent davantage vers l'avant le principe de responsabilité morale des gouvernements nationaux et autres parties prenantes eu égard au VIH.

- **Conjuguer l'élargissement des programmes et des mesures visant à réduire les facteurs sociétaux qui accroissent le risque et la vulnérabilité face au VIH, à savoir les inégalités sexospécifiques, la stigmatisation et la discrimination, et la marginalisation sociale.** Soutenir les efforts de prévention conçus sur la base de preuves exige des pays qu'ils gèrent des problématiques compliquées, qu'ils investissent judicieusement dans l'avenir, et qu'ils s'attaquent aux facteurs sociétaux qui accroissent le risque et la vulnérabilité face au VIH. Tant qu'il n'y aura pas suffisamment de volonté politique pour mettre en place les stratégies de prévention qui ont fait leurs preuves, l'épidémie continuera de s'étendre, compromettant la pérennisation de la riposte au VIH.

S'opposer au VIH oblige à aborder des sujets qui mettent les gens mal à l'aise, tels que la

sexualité, et la consommation de drogues. Il faut également de la compassion et une action efficace par rapport à des groupes que la société choisit souvent d'ignorer.

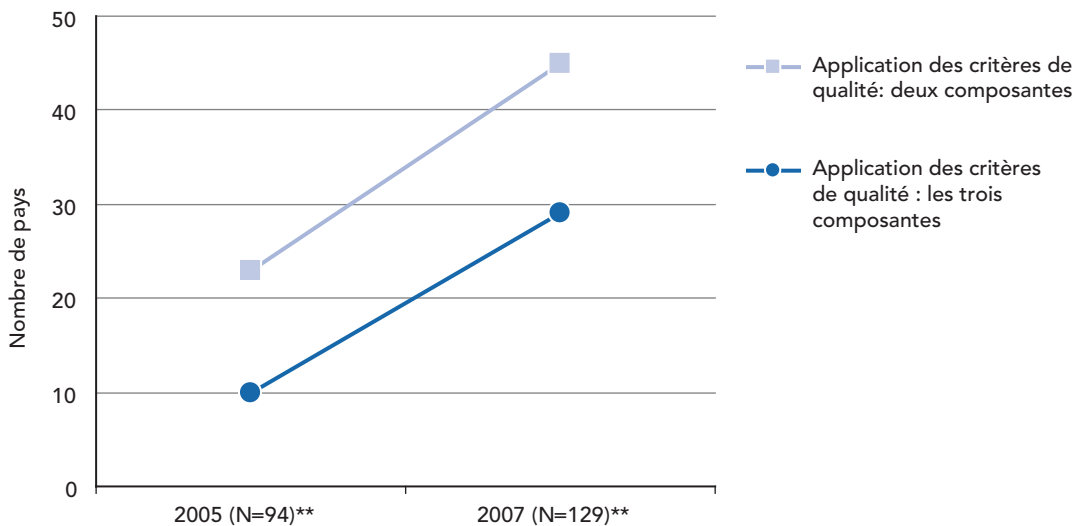
- **Donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de contribuer à la conduite de la riposte nationale, et faire participer la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre, et à l'évaluation des stratégies nationales de lutte contre le VIH.** Le leadership des chefs de gouvernement et des ministères nationaux est capital, mais l'efficacité des ripostes nationales dépend de l'engagement et de l'action de différents groupes. Tous les milieux doivent prendre part à la riposte au VIH (surtout dans les pays où le VIH est hyper-endémique), notamment les groupes communautaires, les organisations confessionnelles, les entreprises privées, et les jeunes comme les personnes âgées. Surtout, il faut donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de contribuer à la conduite des ripostes nationales. Selon des informateurs non gouvernementaux, seuls environ 20% des groupes de la société civile ont accès à une aide financière pour les programmes et le développement du potentiel (Rapport d'activité des pays, UNGASS 2008).

- **Harmoniser et aligner les efforts de toutes les parties prenantes par rapport aux stratégies et priorités définies par les pays eux-mêmes, et renforcer la qualité et la souplesse du soutien technique offert pour bâtir rapidement un potentiel national durable.** Conformément aux efforts internationaux en vue de mieux harmoniser et de mieux aligner l'aide internationale au développement sur les stratégies et les plans que les pays eux-mêmes auront définis et pris à leur compte, l'action à l'échelon pays vise à promouvoir les 'Trois Principes' – un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation. A moins que les efforts menés par les différentes parties prenantes ne soient coordonnés, la riposte au VIH est inutile et manque d'une direction stratégique optimale.

Les pays ont fait des progrès notables dans la mise en œuvre des ripostes nationales conformément aux 'Trois Principes'

FIGURE 32

Progrès des pays en ce qui concerne l'application des critères de qualité associés aux «Trois Principes»: un seul et unique cadre d'action multisectorielle, une seule et unique instance de coordination nationale, et un seul et unique système national de suivi et d'évaluation*



* Application des critères de qualité renvoie à:

- 1 Une stratégie multisectorielle nationale et un plan opérationnel définissant les objectifs, les cibles, les coûts, et les sources de financement par secteur programmatique, et un cadre de suivi et d'évaluation;
- 2 Une instance de coordination nationale avec un mandat, une composition bien définie, un plan d'action, un secrétariat qui est opérationnel, et des réunions revenant régulièrement;
- 3 Un plan national de suivi et d'évaluation dont les coûts sont établis et dont le financement est garanti, une unité opérationnelle ou une équipe technique nationale pour le suivi et l'évaluation, et une base de données nationales centralisée contenant des données sur le sida.

** Seuls les pays ayant les trois composantes en place ou deux sur les trois sont reflétés dans cette Figure; les autres pays ont seulement une ou aucune des composantes en place, ou n'ont rien déclaré.

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(Figure 32). Cependant moins de la moitié des pays ont pleinement aligné et harmonisé l'action requise pour assurer une riposte nationale la plus efficace possible. Près de la moitié (45%) des gouvernements rapportent que les partenaires extérieurs n'ont pas tous aligné leurs efforts sur les stratégies nationales de lutte contre le VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

- **Des efforts continus sont nécessaires, en particulier de la part des agences multilatérales, pour améliorer l'opportunité et l'efficacité de l'appui technique aux ripostes nationales.** En 2008, l'ONUSIDA et le Fonds mondial ont établi un accord formel pour renforcer leur partenariat afin d'accélérer la mise en œuvre et l'élargissement des programmes nationaux financés par les subventions du Fonds mondial.

Afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité des efforts des Nations Unies dans le domaine du VIH, les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont défini ensemble une répartition des tâches pour l'apport d'appui technique aux pays. Des dispositifs d'appui technique auront été mis en place dans sept régions d'ici à la fin de 2008, et l'OMS a créé des 'centrales de connaissances' pour aider les pays à convertir l'information stratégique en programmes et politiques.

- **Mobiliser les ressources financières suffisantes afin d'atteindre les cibles mondiales associées à l'accès universel, en mettant en place des dispositifs innovants à l'appui d'un financement sur le long terme.** Un solide financement pour le VIH sera requis pendant des décennies. Dans les pays à faible revenu, les donateurs

internationaux devront fournir la plupart du financement pour le VIH au cours des années à venir. La quête de financement à long terme pour la riposte au VIH a déjà suscité l'établissement de plusieurs moyens de financement innovants, notamment Product RED et UNITAID. Davantage d'innovation, d'engagement à l'échelle mondiale et la participation de multiples partenaires seront nécessaires afin de générer des fonds suffisants pour la riposte au VIH sur le long terme.

Il est irréaliste de s'attendre à ce que les fonds dédiés au VIH couvrent en totalité le large éventail de mesures économiques et sociales propres à renforcer la riposte au VIH. Ces mesures englobent l'accès universel à l'enseignement primaire et secondaire, l'ouverture de créneaux économiques pour

les femmes, des systèmes de protection sociale globaux et qui fonctionnent bien, et l'appui au secteur agricole et aux communautés rurales. Les donateurs internationaux doivent générer le financement nécessaire pour concrétiser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, mais ils doivent aussi augmenter de façon substantielle le financement de l'aide publique au développement de toute nature. En 2005, seulement cinq pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suède) investissaient au moins 0,7% de leur produit national brut dans l'aide au développement, comme ils l'avaient promis dans la *Déclaration d'engagement* et d'autres accords internationaux.

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'ONUDC, 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 80 pays à travers le monde.



ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENÈVE 27
SUISSE

Tél. : (+41) 22 791 36 66
Fax : (+41) 22 791 48 35
Courriel : distribution@unaids.org

www.unaids.org