



Ce *Rapport* a tout d'abord été publié sur une clé USB distribuée lors de la XVII^e Conférence internationale sur le sida qui s'est tenue à Mexico en août 2008 ; la même première version électronique a été placée sur www.unaids.org accompagnée d'un rectificatif. Cette première édition imprimée, qui contient toutes les corrections apportées à la première édition électronique, et qui correspond également à la version actuelle figurant sur le site web de l'ONUSIDA, doit être considérée comme définitive.

ONUSIDA/08.25F / JC1510F (version française, août 2008)

Version originale anglaise, UNAIDS/08.25E / JC1510E, août 2008 :

Report on the global AIDS epidemic 2008.

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 / N. Lieber

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008.

«ONUSIDA/08.25F / JC1510F».

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

ISBN 978 92 9 173712 3

(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



Table des matières

	Figures	
	Remerciements	
	Avant-propos	
	Chapitre 1: Le défi mondial du VIH : évaluer les progrès réalisés, identifier les obstacles, renouveler l'engagement	11
	Chapitre 2: Situation de l'épidémie mondiale de VIH	29
	Chapitre 3: Gestion des causes sociétales du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH	63
	Chapitre 4: Prévenir les nouvelles infections à VIH: la clé pour inverser le cours de l'épidémie	95
	Chapitre 5: Traitement et prise en charge : progrès sans précédent et défis à relever	129
	Chapitre 6: Atténuation de l'impact de l'épidémie sur les ménages, les communautés et les sociétés	159
	Chapitre 7: Et à partir de là, que faut-il faire ? Soutenir une riposte efficace, solide, sur le long terme	187
	Annexe 1 : VIH et sida, estimations et données, 2007 et 2001	211
	Annexe 2: Indicateurs de progrès par pays	235

Figures

CHAPITRE 1

- 1.1 Riposte mondiale à l'épidémie : événements choisis
- Tableau 1 Indicateurs nationaux pour la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*
- 1.2 Pourcentage d'Etats Membres des Nations Unies ayant soumis des rapports, par région, 2004-2008
- 1.3 Pourcentage de pays ayant mis en place des éléments de suivi et d'évaluation, 2005 et 2007
- 1.4 Tendances mondiales du renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation, 2005 et 2007

CHAPITRE 2

- 2.1 Riposte mondiale à l'épidémie : événements choisis
- 2.2 Infections à VIH 2007 : un aperçu mondial. 33 millions de personnes [30-36 millions] vivant avec le VIH, 2007
- Tableau 2 Analyse des tendances parmi les 15-24 ans dans les pays à forte prévalence (tous les pays ayant une prévalence nationale supérieure à 3% plus quatre pays africains supplémentaires ayant des niveaux importants de prévalence): Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (2000-2007) dans les systèmes de surveillance sentinelle, et comportements sexuels choisis parmi les femmes et les hommes (1990-2007) d'après des enquêtes nationales
- 2.3 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
- 2.4 Pourcentage des adultes (15+) vivant avec le VIH qui sont des femmes, 1990-2007
- 2.5 Enfants vivant avec le VIH dans le monde, 1990-2007
- 2.6 Nouvelles infections à VIH chez les enfants, 1990-2007
- 2.7 Décès dus au sida chez les enfants, 1990-2007
- 2.8 Prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans) en Afrique, 2007
- 2.9 Prévalence du VIH (%) chez les femmes enceintes en consultations prénatales en Afrique subsaharienne, 1997-2007
- 2.10 Prévalence du VIH (%) parmi les 15 à 24 ans, par sexe, pour des pays choisis, 2005-2007
- 2.11 Espérance de vie à la naissance, régions choisies, 1950-1955 à 2005-2010
- 2.12 Changements dans la structure démographique: Ghana et Lesotho
- 2.13 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Asie, 2007
- 2.14 Prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe au Pakistan, 2004-2007
- 2.15 Projection du nombre total d'infections à VIH dans divers groupes de la population, Djakarta, Indonésie, 2000-2020
- 2.16 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Europe orientale et Asie centrale, 2007
- 2.17 Prévalence du VIH (%) chez les adultes dans les Caraïbes, 2007
- 2.18 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Amérique latine, 2007
- 2.19 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale
- 2.20 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
- 2.21 Prévalence du VIH (%) chez les adultes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 2007
- 2.22 Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Océanie, 2007
- 2.23 Nombre annuel des diagnostics d'infection à VIH et de sida en Australie, 1981-2006

CHAPITRE 3

- 3.1 Déterminants sociaux de l'épidémie de VIH: événements choisis
- 3.2 Pourcentage des pays dans les régions déclarant avoir intégré dans leur stratégie multisectorielle relative au VIH un volet spécial sur les femmes, assorti d'un budget
- 3.3 Pourcentage de pays (par région) déclarant que des politiques sont en place pour garantir l'égalité d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, pour les femmes et pour les hommes
- 3.4 Indice des politiques relatives à la vulnérabilité des femmes au VIH
- 3.5 Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des programmes destinés à changer les attitudes sociales discriminatoires associées au VIH, et/ou utiliser des indicateurs relatifs à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH
- 3.6 Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des mesures de protection juridique contre la discrimination et les mécanismes connexes
- 3.7 Pourcentage médian de population accédant aux services de prévention du VIH au sein du contexte juridique spécifié
- 3.8 Prévalence du VIH, par niveau de richesse: hommes

CHAPITRE 4

- 4.1 Prévention du VIH: événements choisis
- 4.2 Namibie: Connaissances concernant le VIH et comportements parmi la population générale, 2000-2006
- 4.3 Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes (15-24 ans), 1999-2007
- 4.4 Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes, par type de question
- 4.5 Pourcentage de pays proposant une éducation sida dans le cadre du programme scolaire
- 4.6 Pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, par sexe
- 4.7 Investissements annuels alloués à la recherche et au développement sur les vaccins anti-VIH, par source de financement entre 2000 et 2006
- 4.8 Rapports de pays sur les services de prévention destinés aux populations les plus exposées au risque d'infection, 2005 et 2007
- 4.9 Pourcentage de pays ayant des lois, réglementations ou politiques faisant obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux populations les plus exposées au risque
- 4.10 Pourcentage des populations les plus à risque atteintes par les programmes de prévention du VIH, 2005-2007
- 4.11 Variation en pourcentage de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, parmi les personnes ayant eu plus d'un(e) partenaire dans les 12 derniers mois (par sexe)

- 4.12 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel, parmi les personnes ayant eu plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois, dans trois pays lourdement affectés
- 4.13 Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2004-2007
- 4.14 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2007

CHAPITRE 5

- 5.1 Traitement du sida : événements choisis
- 5.2 Nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002-2007
- 5.3 Estimation du nombre de décès dus au sida chez les adultes et les enfants à l'échelle mondiale, 1990-2007
- 5.4 Intensification de la couverture antirétrovirale dans le temps dans un groupe choisi de pays connaissant des épidémies généralisées et concentrées, 2004-2007
- 5.5 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)
- 5.6 Relation entre le taux de notification de la tuberculose et la prévalence du VIH au Zimbabwe, 1990-2006
- 5.7 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
- 5.8 Besoins de traitement non satisfaits pour les cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, par région, 2007
- 5.9 Résultats des traitements des personnes atteintes de tuberculose séropositives au VIH et séronégatives au VIH, cohorte 2005
- 5.10 Dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose, tous pays, 2006
- 5.11 Pourcentage de pays qui annoncent des lois, réglementations ou politiques constituant des obstacles à la fréquentation des services pour les consommateurs de drogues injectables
- 5.12 Pourcentage par revenu des pays qui annoncent la gratuité du traitement antirétroviral

CHAPITRE 6

- 6.1 Atténuation de l'impact du sida : événements choisis
- 6.2 Nombre estimé d'enfants de moins de 18 ans rendus orphelins à cause du sida en Afrique subsaharienne (1990-2007)
- 6.3 Ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5%
- Tableau 6.1 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)
- 6.4 Enfants rendus orphelins par le sida en Afrique subsaharienne, 2006 et projections d'ici à 2015
- Tableau 6.2 Charges salariales liées au sida
- 6.5 Pourcentage de pays ayant des secteurs inclus dans la stratégie nationale de lutte contre le sida et des budgets affectés

MOBILISATION DES RESSOURCES

- A Estimation du total des ressources disponibles chaque année pour le VIH, 2000-2007 et projection d'ici à 2010 si l'élargissement actuel se maintient (milliards de US\$)
- B Dépenses pour des programmes destinés particulièrement aux populations les plus exposées au risque de VIH en pourcentage de l'ensemble des dépenses de prévention en fonction du type d'épidémie – fonds publics et internationaux, 2006
- C Dépenses VIH par habitant provenant de sources intérieures publiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
- D Dépenses intérieures publiques, Malawi (millions de US\$)
- E Dépenses intérieures annuelles : 20 premiers pays (US\$ 2,73 milliards). Rapports UNGASS, données les plus récentes disponibles (millions de US\$)
- F Dépenses VIH en fonction des sources de financement et du niveau de revenu, 2007, ou données les plus récentes disponibles
- G Ressources disponibles pour les programmes liés au VIH par source et décaissements bilatéraux, 2006
- H Décaissements pour le VIH par million de dollars de PIB, 2006
- I Ressources disponibles par année, 2000-2007, et écart entre les ressources financières prévues si l'élargissement se poursuit et un scénario d'élargissement progressif pour atteindre l'accès universel entre 2010 et 2015 (milliards de US\$)

CHAPITRE 7

- 7.1 Ressources annuelles totales disponibles pour la riposte au sida, 1986-2007
- 7.2 Comparaison des pourcentages 2005 et 2007 de couverture du traitement antirétroviral pour les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH, et des pourcentages de couverture des médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes séropositives au VIH, par région
- Tableau 7.1 Pourcentages de couverture du traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant. Répartition par quartile (N=113)
- Tableau 7.2 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=136)
- 7.3 Décès annuels dus au sida en comparant le taux actuel d'élargissement et la stratégie d'élargissement progressif pour réaliser l'accès universel entre 2010 et 2015
- 7.4 Dépenses pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, Mexique, 1995-2005 (millions de US\$)
- 7.5 Ressources nécessaires en 2010 en utilisant une stratégie d'élargissement progressif sur la voie de l'accès universel
- 7.6 Dépenses pour la prévention, les soins, le traitement, et la thérapie antirétrovirale (sources de financement publiques et internationales), Mozambique, 2004-2006, en millions de US\$
- 7.7 Pays déclarant mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre le sida conforme aux critères de qualité définis
- 7.8 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

Remerciements

Le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008 est un rapport du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Il comprend des contributions du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Programme alimentaire mondial (PAM), du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), de l'Organisation internationale du Travail (OIT), de l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Banque mondiale, du Fonds mondial et du Comité d'orientation de la société civile de l'UNGASS.

L'ONUSIDA rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes du système des Nations Unies dans la riposte au sida.



Le **HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (HCR)** a pour mandat de diriger et de coordonner l'action internationale pour la protection des réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence. Le HCR s'efforce d'assurer pour tous le respect du droit à demander l'asile et à trouver refuge dans un autre Etat. Le HCR est en première ligne pour combattre le VIH et le sida parmi les populations affectées par des conflits et les populations déplacées. Les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays sont vulnérables au risque d'infection par le VIH, car les conflits et les déplacements les exposent à la pauvreté, à la désintégration familiale, à la dislocation sociale et à une violence sexuelle accrue. Pour le HCR, la prévention, la prise en charge et le traitement du VIH, notamment l'accès au traitement antirétroviral, sont au centre de la protection globale des réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence.



Depuis 60 ans, le **FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)** travaille avec des partenaires du monde entier pour promouvoir la reconnaissance et l'accomplissement des droits fondamentaux des enfants. Ce mandat, tel que l'a défini la Convention relative aux droits de l'enfant, est mis en œuvre par le biais de partenariats avec des gouvernements, des organisations gouvernementales et des individus dans 162 pays, zones et territoires. L'UNICEF apporte à l'ONUSIDA ce vaste réseau ainsi qu'un potentiel de communication et de plaidoyer efficaces. Le VIH est l'une des priorités de base de l'UNICEF dans le cadre de son Plan stratégique à moyen terme 2006–2009. Conformément à ce Plan, dans le cadre de la campagne *Unissons-nous pour les enfants, contre le sida* et de la Répartition des tâches de l'ONUSIDA, l'UNICEF axe son appui aux pays sur quatre domaines prioritaires appelés les « Quatre P » : prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME+); procurer un traitement pédiatrique aux enfants; protéger, prendre en charge et soutenir les enfants affectés par le VIH; et prévenir l'infection chez les adolescents.



Le **PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL (PAM)** est la plus vaste organisation humanitaire de la planète. Il aide les familles démunies touchées par la faim et le sida en utilisant l'aide alimentaire et d'autres moyens pour s'occuper de prévention, de prise en charge et de soutien. L'aide alimentaire du PAM contribue à prolonger la vie des parents, permet aux orphelins et aux enfants vulnérables de rester à l'école, donne aux jeunes non scolarisés la possibilité d'obtenir des moyens d'existence durables et permet aux personnes atteintes de tuberculose d'achever leur traitement. Le PAM travaille en partenariat avec les gouvernements, les autres organismes du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des communautés et il aide les individus – quelle que soit leur sérologie VIH – qui ne disposent pas de nourriture en suffisance à assurer leur alimentation et leur sécurité alimentaire.

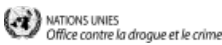


Le **PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD)**, réseau mondial de développement du système des Nations Unies, prône le changement et relie les pays aux connaissances, expériences et ressources dont leurs populations ont besoin pour améliorer leur vie. Présente sur le terrain dans 166 pays, l'organisation aide ses partenaires nationaux à relever les défis auxquels ils sont confrontés en matière de développement et à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. La lutte contre le sida constitue l'une des priorités du PNUD et, en tant que Coparrainant de l'ONUSIDA, il centre son activité sur les questions de développement et de gouvernance liées à l'épidémie de sida, protège les droits des personnes vivant avec le VIH et des groupes vulnérables et favorise l'égalité entre les sexes.



Fonds des Nations Unies
pour la Population

Par le biais du renforcement des liens entre le VIH et la santé reproductive, le **FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA)**, concentre sa riposte au sida – dans plus de 140 pays – sur la prévention du VIH parmi les jeunes et les femmes (y compris les plus marginalisés), sur des programmes complets de fourniture de préservatifs masculins et féminins, sans oublier les questions humanitaires et les situations d'après-conflit. L'UNFPA aide en outre les pays et les communautés à satisfaire les droits et les besoins des femmes et des adolescents séropositifs au VIH en matière de santé reproductive, à promouvoir le conseil et le test VIH volontaires et confidentiels, à soutenir la formation et les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à améliorer l'accès à l'information et l'éducation sur le VIH. L'UNFPA fournit aussi un appui dans le domaine démographique et socioculturel, ainsi que des études en vue d'orienter les programmes et politiques.



L'**OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME (ONUDC)** a pour mandat d'aider les pays à lutter contre les drogues illicites, le crime et le terrorisme. Dans ce domaine de compétence au sein des Nations Unies, l'ONUDC est chargé de diriger la riposte de l'ONUSIDA au VIH parmi les consommateurs de drogues injectables et en milieu carcéral. L'ONUDC est également chargé de faciliter l'élaboration d'une riposte des Nations Unies au VIH parmi les personnes vulnérables au trafic d'êtres humains. Ces populations marginalisées sont souvent l'objet de discrimination et de violation de leurs droits humains. Seuls très peu d'individus ont accès aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien en matière de VIH. L'ONUDC aide les pays à fournir aux consommateurs de drogues injectables, aux détenus et aux personnes vulnérables au trafic d'êtres humains des services complets et concrets de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH en soutenant l'élaboration de lois et de politiques efficaces et le renforcement des capacités des parties prenantes nationales, y compris les organisations de la société civile et de la communauté, afin d'assurer à ces groupes de la population une couverture optimale des services liés au VIH.



L'**ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (OIT)** œuvre à satisfaire les aspirations des êtres humains au travail, à savoir les chances d'accéder à un emploi et à un salaire, à jouir de droits, de moyens d'expression et de reconnaissance, à bénéficier d'une stabilité familiale et d'un développement personnel, de justice et d'égalité entre les sexes. La notion de travail décent reflète les préoccupations des gouvernements, des travailleurs et des employeurs qui, ensemble, donnent à l'OIT son identité tripartite unique. L'OIT offre à la riposte au sida un accès direct au lieu de travail, où des politiques et programmes de lutte contre le sida contribuent à atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien. En intégrant le sida dans les structures du monde du travail, l'OIT contribue à la protection contre la discrimination, par les lois sur le travail, encourage des approches globales de la prévention grâce aux mécanismes de la sécurité et de la santé du travail et elle soutient les moyens d'existence des personnes affectées par le sida en fournissant des formations, des possibilités d'emploi et une protection sociale.



Le mélange caractéristique de ses compétences en éducation, sciences naturelles et humaines, culture, communication et information donne à l'**ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (UNESCO)** une capacité interdisciplinaire, organisationnelle et technique qui lui permet de contribuer à la réalisation de l'accès universel aux programmes complets de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien en matière de VIH. En sa qualité d'institution chargée, par la Répartition des tâches de l'ONUSIDA, de la prévention de la transmission du VIH parmi les jeunes dans les établissements scolaires, l'UNESCO continue à promouvoir les ripostes globales et élargies du secteur de l'enseignement au sida et un engagement intensifié de ce secteur dans les ripostes nationales au sida. Son leadership dans l'Initiative EDUSIDA (l'Initiative mondiale de l'ONUSIDA sur l'éducation et le VIH et le sida) et son rôle de coordination de l'Equipe de travail inter-institutions (ETII) de l'ONUSIDA sur l'éducation sont deux mécanismes qui soutiennent le renforcement des partenariats et de la coopération stratégiques entre les ministères de l'éducation, les Coparrainants de l'ONUSIDA, les institutions bilatérales et les groupes de la société civile aux niveaux mondial, régional et national en vue de garantir un maximum de synergie et d'impact.



L'objectif de l'**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)** est la possession pour tout être humain du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Son action dans le domaine du VIH est centrée sur l'élargissement rapide des traitements et de la prise en charge en parallèle avec l'accélération de la prévention et le renforcement des systèmes de santé afin que la riposte du secteur de la santé à l'épidémie soit plus efficace et plus complète. L'OMS définit et élabore des normes et des directives techniques efficaces, encourage les partenariats et fournit un appui stratégique et technique aux Etats Membres. L'Organisation contribue également au fonds des connaissances mondiales sur le sida en soutenant la surveillance, le suivi et l'évaluation, en examinant les résultats des interventions et en encourageant l'intégration de la recherche dans la prestation des services de santé.



La mission de la **BANQUE MONDIALE** est de combattre la pauvreté. Elle est l'une des plus importantes sources de financement et de connaissances pour les pays en développement. Le travail de la Banque mondiale sur le sida contribue à l'élargissement des programmes en vue de l'accès universel à la prévention, à la prise en charge et au traitement, grâce à l'appui qu'elle apporte aux efforts déployés pour renforcer les stratégies nationales sur le sida ainsi que le suivi et l'évaluation, au financement de programmes complets de lutte contre le sida et aux actions en vue de faire du sida un élément de l'ordre du jour élargi du développement. D'ici à décembre 2007, la Banque mondiale avait engagé plus de US\$ 3,6 milliards dans des programmes de lutte contre le sida à l'échelle mondiale. La plupart des ressources ont été fournies à des conditions extrêmement favorables, notamment des subventions aux pays les plus pauvres. La Banque mondiale travaille en partenariat avec les gouvernements, les bailleurs de fonds, les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA, la société civile et le secteur privé pour mettre en place des ripostes globales au sida, comprenant la prévention, la prise en charge, le traitement et l'atténuation de l'impact.

Avant-propos

Le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008 confirme que le monde voit, enfin, des avancées réelles dans sa riposte au sida.

Les gouvernements se conforment aux engagements qu'ils ont pris lors de la Rencontre de haut niveau des Nations Unies sur le VIH/sida de 2006 concernant l'élargissement de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010. En 2008, un petit nombre de pays offrent déjà l'accès universel au traitement antirétroviral et aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. D'autres sont sur le point d'y parvenir. Dans un nombre croissant de pays, les niveaux d'infection à VIH sont à la baisse.

Mais ce n'est qu'un début. Après 27 ans, l'épidémie de sida continue de défier tous nos efforts. Aujourd'hui, pour deux personnes qui entament un traitement antirétroviral, cinq autres sont nouvellement infectées. Si nous ne prenons pas des mesures urgentes pour intensifier la prévention du VIH, nous ne parviendrons pas à maintenir les gains obtenus au cours de ces dernières années, et l'accès universel restera simplement un vœu pieux.

Ce rapport mondial 2008 est le plus exhaustif jamais publié. Il est fondé sur des contributions d'une ampleur et d'une précision sans précédent émanant des pays. Il contient des informations précieuses sur ce qui marche et pourquoi, et met en lumière les principaux enjeux auxquels nous sommes confrontés dans notre quête d'une riposte efficace au sida – aujourd'hui et au cours des décennies à venir.

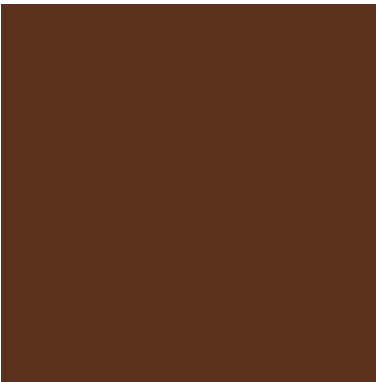
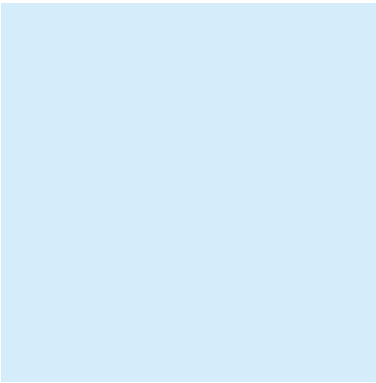
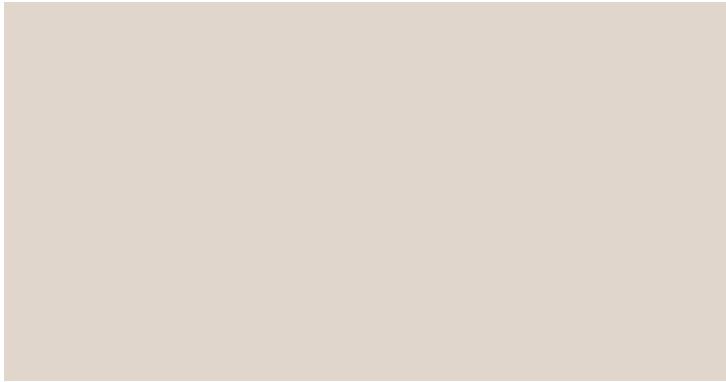
Le sida est un problème extrêmement complexe qui demande une réponse sans égal de la part de l'ensemble des secteurs de la société, dans le monde entier. Mais comme le montre le présent rapport, il est de plus en plus clair qu'avec la volonté et les ressources nécessaires, nous pouvons y parvenir.



Dr Peter Piot

Directeur exécutif de l'ONUSIDA et
Secrétaire général adjoint des Nations Unies

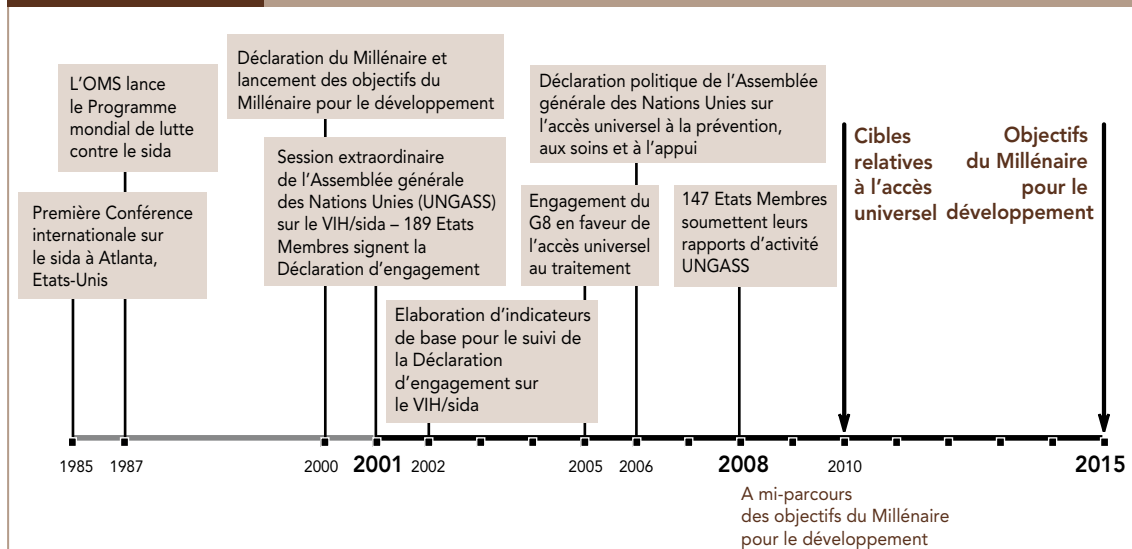
Le défi mondial du VIH: évaluer les progrès réalisés, identifier les obstacles, renouveler l'engagement



Chapitre 1


FIGURE 1.1

Riposte mondiale à l'épidémie : événements choisis



Messages clés

- Ce rapport présente l'évaluation mondiale la plus exhaustive jamais entreprise de la riposte au VIH ; elle est fondée sur les rapports d'activité émanant de 147 pays sur les progrès réalisés au niveau national dans la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de 2001.
- Un nombre sans précédent de groupes de la société civile se sont joints à leurs homologues gouvernementaux et ont participé au processus d'établissement des rapports, utilisant leur participation comme moyen de faire connaître au monde la situation au sein de leur pays.
- La riposte au VIH est cruciale pour la réalisation de l'agenda du développement mondial au sens large.
- La multiplication par six du financement pour les programmes VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire commence à porter ses fruits, et de nombreux pays ont réalisé des progrès considérables pour faire baisser les décès dus au sida et prévenir les nouvelles infections.
- Les progrès restent toutefois inégaux, rappelant qu'il est nécessaire d'intensifier l'action pour s'approcher de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.
- La réalisation des nombreux engagements politiques relatifs au VIH exigera un leadership plus fort, de s'appuyer sur les succès récents, en ne perdant pas de vue les enseignements tirés, les ressources financières accrues, la meilleure coordination des efforts, et une action efficace pour aborder les déterminants sociétaux du risque et de la vulnérabilité dans le domaine du VIH.
- Les systèmes de suivi et d'évaluation sont en train d'être renforcés, en majorité par le biais de fonds extérieurs, car les pays ne font que commencer à appliquer la condition générale qui consiste à ce que jusqu'à 10% des fonds programmatiques puissent être utilisés pour renforcer de tels systèmes.

L'épidémie de VIH a changé notre monde

Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie de plus de 20 ans, ralenti la croissance économique, et aggravé la pauvreté des ménages. Dans la seule Afrique subsaharienne, l'épidémie a rendu orphelins¹ plus de 12 millions d'enfants de moins de 18 ans. Dans de nombreuses populations des pays de l'Afrique subsaharienne, la pyramide naturelle des âges a été faussée de manière spectaculaire par le VIH, avec des conséquences potentiellement graves s'agissant du transfert des connaissances et des valeurs d'une génération à l'autre. En Asie, où les taux d'infection sont beaucoup plus faibles qu'en Afrique, le VIH provoque une perte de productivité bien plus importante que n'importe quelle autre maladie et il est susceptible de précipiter six millions de ménages supplémentaires dans la pauvreté d'ici à 2015 si les ripostes nationales ne sont pas renforcées (Commission on AIDS in Asia, 2008). Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le VIH a infligé « le plus important revers du développement humain » de l'histoire moderne (PNUD, 2005).

Dans le même temps, l'épidémie nous a fait prendre conscience des disparités dans le domaine de la santé, et a catalysé une action sans précédent pour faire face à certains des plus grands enjeux du développement mondial. Aucune maladie n'a jamais suscité une mobilisation comparable des ressources politiques, financières et humaines, et aucun problème de développement n'a conduit à un tel niveau de leadership et d'appropriation par les communautés et les pays les plus gravement touchés. En grande partie du fait de l'impact du VIH, les individus à travers le monde sont aujourd'hui moins disposés à tolérer des injustices en matière de santé et de statut économique qui n'avaient pas été prises en compte jusqu'ici.

En 2000, les dirigeants mondiaux se sont entendus sur une série d'objectifs du Millénaire pour le développement qui traduisaient une toute nouvelle

résolution de rendre le monde plus sûr, plus sain, et plus équitable. L'objectif 6 du Millénaire pour le développement stipule que, d'ici à 2015, le monde aura stoppé et commencé à inverser le cours de l'épidémie mondiale de VIH. En faisant de la riposte au VIH l'une des premières priorités sur le plan international pour le 21^e siècle, les dirigeants mondiaux ont reconnu la place centrale de la riposte au VIH pour la santé et le bien-être futurs de notre planète de plus en plus interconnectée.

En 2001, lors de la toute première Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida, les Etats Membres des Nations Unies ont renforcé la riposte à l'objectif 6 du Millénaire pour le développement en approuvant à l'unanimité la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Cette *Déclaration* comprenait des cibles assorties de délais destinées à générer une action mesurable et des progrès concrets dans la riposte au sida. Cinq ans plus tard, en 2006, lors de l'examen portant sur la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement*, les Etats Membres des Nations Unies ont réaffirmé les promesses faites lors de la Session extraordinaire de 2001. Dans leur *Déclaration politique sur le VIH/sida*, ils se sont également engagés à prendre des mesures exceptionnelles pour s'approcher de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010.

Le présent *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* paraît à mi-parcours entre la *Déclaration d'engagement* de l'UNGASS de 2001 et la date-butoir de 2015 pour l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, et deux ans seulement avant la date convenue pour l'accès universel. 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.

¹ Contrairement à l'usage traditionnel, l'ONUSIDA utilise le terme « orphelin » pour décrire un enfant qui a perdu un parent ou ses deux parents ; l'organisation emploie les termes « orphelin de mère », « orphelin de père » et « double orphelin » pour décrire un enfant ayant perdu respectivement sa mère, son père, ou ses deux parents.

Une riposte efficace au VIH: vitale pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

Si l'un des objectifs du Millénaire pour le développement (l'objectif 6) prend spécifiquement en compte l'épidémie de VIH, une riposte efficace au VIH appuiera également d'autres objectifs du Millénaire pour le développement approuvés par la communauté internationale, comme indiqué ci-dessous.

Objectif 1 du Millénaire pour le développement: Réduire l'extrême pauvreté et la faim. Tout particulièrement dans les contextes où la prévalence est élevée, le VIH aggrave la pauvreté des ménages, ralentit la croissance économique, et mine des secteurs vitaux dont dépend le développement de l'économie. Dans les zones rurales où la prévalence du VIH est élevée, l'épidémie dégrade des pans entiers de l'agriculture et exacerbe l'insécurité alimentaire (voir Chapitre 6). Le fait d'alléger le fardeau de l'épidémie aide les pays à développer leur économie, à réduire les inégalités de revenu, et à prévenir la famine.

Objectif 2 du Millénaire pour le développement: Assurer l'éducation primaire pour tous. La riposte au VIH encourage les initiatives pour l'éducation universelle; ces dernières offrent un secteur essentiel pour l'éducation à la prévention du VIH parmi les jeunes et diminuent la vulnérabilité des filles au VIH (voir Chapitre 4). La fréquentation de l'école se situe au centre des initiatives visant à prendre en compte les besoins des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH (voir Chapitre 6). Un meilleur accès au traitement aide à atténuer les effets de l'épidémie sur des systèmes d'éducation fragilisés; il réduit également la probabilité pour les jeunes d'être retirés de l'école du fait de la présence du VIH au sein du foyer.

Objectif 3 du Millénaire pour le développement: Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes. La riposte au VIH aide à mener des efforts pour réduire les inégalités entre les sexes (voir Chapitre 3). Les pays font aujourd'hui l'objet d'un suivi du degré auquel l'égalité des sexes fait partie intégrante des ripostes nationales au VIH. L'épidémie a ainsi rendu plus urgentes les initiatives pour établir de nouvelles normes sexospécifiques, et des efforts considérables sont en cours sur le plan mondial pour élaborer des méthodes de prévention du VIH à l'initiative des femmes (voir Chapitre 4). Le VIH a incité les parents, les communautés ainsi que les gouvernements à renouveler leur engagement pour prendre en compte les besoins en matière de santé reproductive des femmes, des filles, et des minorités sexuelles.

Objectif 4 du Millénaire pour le développement: Réduire la mortalité infantile. Au début de cette décennie, le sida représentait 3% de l'ensemble des décès parmi les enfants de moins de 5 ans – un tribut susceptible d'être bien plus important aujourd'hui du fait du niveau élevé de la transmission mère-enfant du VIH observé ces dernières années (OMS, 2005). L'intensification des stratégies de prévention qui peuvent presque éliminer le risque de transmission mère-enfant du VIH représente un élément clé d'une riposte exhaustive au VIH.

Objectif 5 du Millénaire pour le développement: Améliorer la santé maternelle. Les femmes représentent aujourd'hui la moitié environ de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, et plus de 60% des infections en Afrique (voir Chapitre 2). Un accès accru aux médicaments antirétroviraux améliore la santé et le bien-être des femmes, par le biais de programmes associant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à un traitement continu afin d'aider les mères à rester en vie et en bonne santé pour prendre soin de leurs enfants. L'intégration d'initiatives relatives au VIH dans des programmes de santé sexuelle et reproductive contribue à faire en sorte que les femmes aient accès à l'information et aux services dont elles ont besoin pour prendre des décisions en matière de reproduction en toute connaissance de cause.



Objectif 6 du Millénaire pour le développement: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Une riposte solide au VIH rapporte des bénéfices dans le domaine de la santé qui vont bien au-delà du VIH en soi. Par exemple, le VIH est un facteur qui contribue largement à la propagation continue de la tuberculose. L'effort visant à élargir l'accès au traitement contre le VIH dans les contextes de ressources limitées contribue à renforcer des infrastructures sanitaires fragiles et permet d'améliorer les capacités humaines dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (voir Chapitre 5).

Objectif 8 du Millénaire pour le développement: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement. Davantage peut-être que tout autre problème actuel, le VIH a mis en lumière les inégalités mondiales et économiques, et a galvanisé l'action dans le domaine du développement international. Le VIH a aidé à placer les individus au centre du développement; il a également aidé à faire en sorte que les stratégies de développement soient diversifiées, respectent les droits de l'homme, et appartiennent aux pays.

Promettre des avancées, mais rencontrer des difficultés

La multiplication par six du financement pour les activités de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de cette décennie commence à donner des résultats. Depuis que ce que nous connaissons aujourd'hui comme le sida a été identifié pour la première fois il y a 27 ans, des signes de progrès importants dans la riposte au VIH sont apparus. Le nombre annuel de décès dus au sida a décliné au cours des deux dernières années, passant de 2,2 millions [1,9 million-2,6 millions] en 2005 à 2,0 millions [1,8 million-2,3 millions] en 2007, en partie du fait de l'augmentation substantielle de l'accès au traitement du VIH au cours de ces dernières années. Dans plusieurs pays durement touchés – tels que le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda et le Zimbabwe – des modifications considérables des comportements sexuels se sont accompagnées d'un déclin du nombre des nouvelles infections à VIH, contribuant dès la fin des années 1990 à une stabilisation au niveau mondial du pourcentage des personnes de 15 à 49 ans infectées par le VIH.

Mais ces gains n'ont pas été homogènes au sein des régions et entre ces dernières, et les tendances favorables sur le plan de l'épidémiologie et des comportements ne se sont pas maintenues dans certains pays (voir Chapitre 4). Les infections sont en augmentation dans plusieurs pays, notamment l'Allemagne, la Chine, la Fédération de Russie,

l'Indonésie, le Mozambique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Royaume-Uni, l'Ukraine et le Viet Nam. Dans d'autres pays – comme l'Afrique du Sud, le Lesotho, la Namibie et le Swaziland – la prévalence du VIH semble s'être stabilisée à des niveaux extraordinairement élevés. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le nombre de personnes sous médicaments antirétroviraux s'est accru, mais actuellement la plupart des individus qui ont besoin de ces thérapies n'en bénéficient pas (voir Chapitre 5). De plus, l'épidémie devance le taux auquel ces médicaments sont distribués. En 2007, le nombre estimé de nouvelles infections à VIH était 2,5 fois plus élevé que le nombre de personnes sous médicaments antirétroviraux cette année-là, soulignant ainsi la nécessité de faire beaucoup mieux s'agissant de prévenir les nouvelles infections à VIH.

La stabilisation récente de l'épidémie mondiale ne peut masquer son principal aspect – son énorme tribut humain. Depuis le début de l'épidémie, 25 millions de personnes sont décédées de causes liées au VIH. Collectivement, ces décès représentent une perte incalculable de potentiel humain. Individuellement, chaque décès est associé à un traumatisme au sein des ménages et des communautés.

Les progrès considérables réalisés ces dernières années risquent également d'en pousser certains à l'autosatisfaction. Les indications que le nombre annuel de nouvelles infections à VIH dans le monde



pourrait avoir atteint un pic autour du début du siècle ont évoqué dans les médias populaires l'hypothèse que l'épidémie a peut-être entamé un déclin sur le long terme (McNeil, 2007). Pourtant l'histoire des maladies infectieuses nous rappelle que les épidémies sont souvent cycliques, caractérisées par des vagues d'infection qui rendent difficiles les prévisions quant au cours futur de l'épidémie (Commission on AIDS in Asia, 2008; May & Anderson, 1979). En fait, l'épidémie de VIH a continuellement défié les prédictions tirées des modèles épidémiques. Il y a 10 ans, rares sont ceux qui auraient prédit qu'un million de personnes au moins vivaient avec le VIH dans la seule Fédération de Russie. Si l'on se fie à l'histoire de l'épidémie, le VIH est susceptible de nous réserver d'autres surprises auxquelles le monde doit se préparer.

Par dessus tout, les dimensions de l'épidémie restent stupéfiantes. Pour la seule année 2007, 33 millions [30 millions-36 millions] de personnes vivaient avec le VIH, 2,7 millions [2,2 millions-3,2 millions] de personnes ont été infectées par le virus, et 2 millions [1,8 millions-2,3 millions] de personnes sont décédées de causes liées au VIH.

Objectif et contenu du rapport

Le présent rapport passe en revue la situation actuelle de la riposte mondiale au VIH dans une série de chapitres consacrés à des domaines thématiques clés. Pour chacun de ces thèmes, le rapport évalue la riposte en essayant de répondre à plusieurs questions qui y sont liées :

- Les actions justes sont-elles prises ?
- Les actions justes sont-elle entreprises d'une manière adaptée ?
- Ces actions ont-elles été suffisamment intensifiées pour faire la différence ?

Pour répondre à ces questions, le rapport se fonde en grande partie sur les données signalées à l'ONUSIDA par 147 Etats Membres des Nations Unies au début 2008 ; les données sont liées à 25 indicateurs de base UNGASS (Tableau 1), élaborés pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement*.² Le nombre de pays communiquant des rapports sur ces indicateurs et l'exhaustivité des rapports nationaux se sont régulièrement améliorés depuis le début de l'établissement des rapports en 2003 (Figure 1.2). Cette amélioration souligne

² Les exemplaires des rapports soumis par les pays sont disponibles sur le site web de l'ONUSIDA (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/Default.asp>).

TABLEAU 1

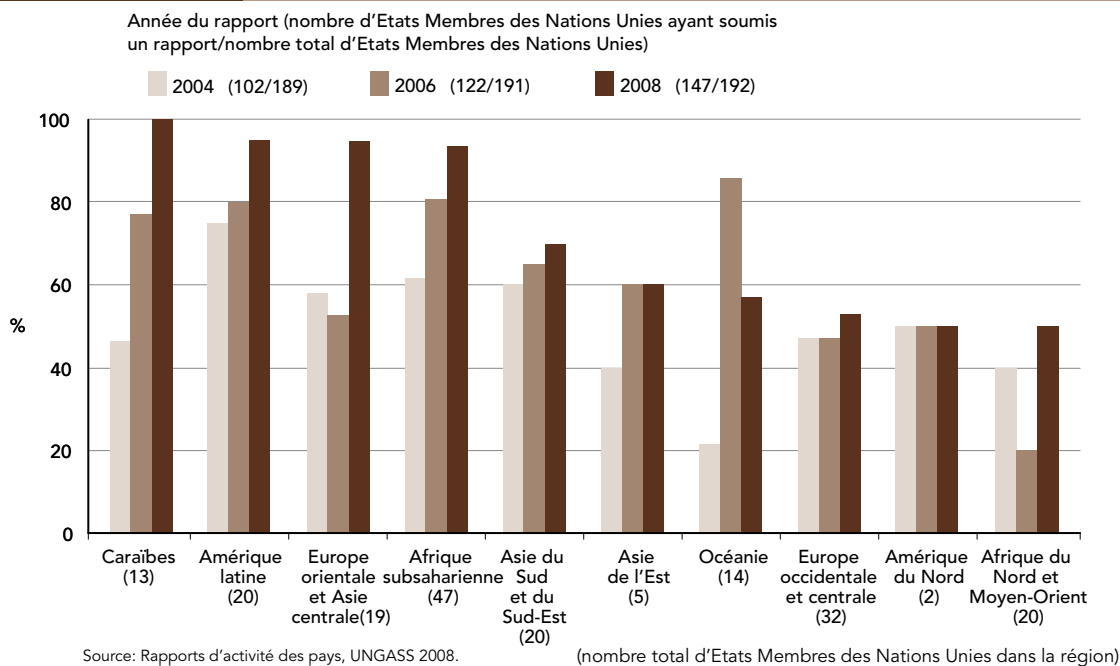
Indicateurs nationaux pour la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*

Engagement et action sur le plan national
1. Dépenses intérieures et internationales relatives au sida par catégories et sources de financement
2. Indice composite des politiques nationales (domaines abordés: sexospécificité, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, prévention, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile et évaluation)
Programmes nationaux (sécurité transfusionnelle, couverture par thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables et éducation)
3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes bénéficiant des programmes de prévention du VIH
10. Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire
Connaissances et comportements
12. Scolarisation actuelle des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*
13. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus*
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus
15. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.
17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue
Impact
22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH*
23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque
24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH*

* Indicateur du Millénaire pour le développement.

FIGURE 1.2

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



l'engagement national accru en faveur du suivi et de l'évaluation dans le domaine du VIH; elle montre également une plus grande appropriation du suivi des engagements concernant le VIH par les pays au début de la présente décennie. En 2008, tous les pays des Caraïbes avaient soumis un rapport sur les indicateurs de base; des rapports ont également été reçus de la part de presque tous les pays d'Amérique latine, d'Europe orientale et d'Asie centrale, et d'Afrique subsaharienne. Les taux de soumission des rapports ont été nettement plus faibles dans les autres régions.

Sur la base d'engagements spécifiques, assortis de délais, pris en 2001 par les pays lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, les indicateurs de base UNGASS couvrent tout un éventail de variables, telles que la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans, la couverture par la thérapie antirétrovirale et les principales initiatives pour la prévention du VIH, les services de soutien destinés

aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH, et l'adoption nationale des politiques recommandées en matière de VIH. Les informations émanant des rapports d'activité nationaux sont complétées par d'autres sources de données telles que les enquêtes dans les ménages, les rapports de la société civile, et les données sur les budgets et le suivi des programmes des gouvernements donateurs, des Coparrainants de l'ONUSIDA, des fondations philanthropiques, et des organismes de recherche biomédicale.

L'engagement de la société civile dans le suivi des progrès réalisés par la riposte au VIH

La participation de la société civile fait partie intégrante du processus d'établissement des rapports. L'ONUSIDA a engagé un consortium d'organisations de la société civile, dirigé par le Réseau international d'organisations d'entraide et de lutte contre le sida et la Coalition internationale pour la santé des femmes,

afin qu'il apporte son soutien aux organisations de la société civile pour l'établissement des rapports nationaux.³

Des progrès considérables ont été réalisés depuis le dernier cycle de rapports concernant l'inclusion de la société civile dans l'établissement des rapports nationaux. Les autorités nationales de lutte contre le VIH, qui étaient responsables de la soumission des données sur les indicateurs clés pour la *Déclaration d'engagement*, ont indiqué que la société civile avait apporté sa contribution dans 82% des pays, et que les personnes vivant avec le VIH avaient apporté leur contribution dans 75% des pays. En Indonésie, par exemple, la société civile a accepté d'inclure un « rapport communautaire » représentant le point de vue de la société civile dans les soumissions officielles à l'ONUSIDA.

La société civile a un rôle important et officiel à jouer dans l'élaboration de l'Indice composite des politiques nationales. Cet indice évalue les progrès réalisés dans la mise en place et l'application de solides politiques et stratégies nationales relatives au VIH. Il s'agit d'un questionnaire important, rempli par le biais d'un examen des documents pertinents et d'entretiens avec les personnes qui connaissent le mieux les thèmes étudiés. La Partie A de l'Indice est remplie par des responsables gouvernementaux, tandis que la Partie B est préparée par des représentants de la société civile et par des organisations bilatérales et multilatérales.

Dans tous les pays, la société civile a apporté sa participation pour ce qui est de remplir l'élément non gouvernemental de l'Indice.⁴ En tout, plus de 700 organisations non gouvernementales locales (représentées par bien davantage d'individus) ont servi d'informateurs clés pour l'Indice, dépassant de loin les organisations non gouvernementales internationales et les organisations bilatérales et multilatérales impliquées. Des organismes des Nations Unies ont contribué à la préparation de la partie non gouvernementale de l'Indice dans 65% des pays, et des agences donatrices multilatérales ont apporté leur assistance dans 29% des pays.

Les groupes de la société civile de 19 pays ont soumis des informations parallèles supplémentaires sur la riposte nationale au VIH. Ces informations comprenaient des données supplémentaires ou qualitatives pour compléter les rapports nationaux, telles que des données d'enquêtes sur la santé sexuelle et reproductive et les droits en la matière. Dans certains de ces pays, lorsque la société civile n'était pas incluse dans les rapports nationaux ou lorsque les pays n'ont pas fourni de rapport national, des rapports « fantômes » ont été soumis.

Utiliser des données probantes pour évaluer les progrès réalisés

Dans l'ensemble, le corpus de données rassemblées en 2008 sur les efforts nationaux permet d'obtenir l'évaluation la plus exhaustive jamais effectuée des progrès réalisés aux niveaux mondial, régional et national pour lutter contre l'épidémie. L'information présentée dans ce rapport permet au lecteur d'évaluer les avancées depuis 2001, d'identifier les points forts et les faiblesses de la riposte à ce jour, et de mieux comprendre l'ampleur des défis auxquels le monde est confronté dans sa tentative de commencer à inverser l'épidémie d'ici à 2015. Un chapitre de clôture sur l'intensification (voir Chapitre 7) examine spécifiquement les principaux obstacles à l'accélération de la lutte contre le VIH et décrit les stratégies les plus prometteuses pour vaincre ces obstacles.

Le rapport comprend également des profils d'individus venant de différentes régions qui vivent avec ou sont affectés par le VIH, ou encore agissent contre le VIH. Ces profils nous rappellent les dimensions humaines de la riposte mondiale au VIH – derrière chaque chiffre cité dans ce rapport se trouve une personne qui possède un droit humain inaliénable à la dignité, au respect, et à des soins de santé efficaces. Ils soulignent également l'un des enseignements persistants du VIH – que les efforts en matière de santé internationale et de développement doivent en fin de compte appartenir aux personnes qui sont les plus affectées, et que ce sont ces dernières qui doivent les diriger.

³ Pour une description complète des méthodes utilisées pour l'établissement des rapports nationaux sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, notamment l'ampleur de la participation de la société civile à l'établissement des rapports nationaux, voir l'Annexe 2.

⁴ Tous les Etats Membres n'ont pas fourni de données pour l'Indice composite des politiques nationales (130/192) et quatre pays n'ont pas indiqué qui avait fourni les réponses.

Amélioration du suivi et de l'évaluation au niveau des pays : faciliter une riposte à l'épidémie fondée sur des données probantes

Depuis que le VIH a été reconnu pour la première fois, les approches et méthodologies pour suivre l'épidémie et la riposte se sont continuellement améliorées. De ce fait, le monde est mieux équipé que jamais pour estimer la prévalence du VIH ou le taux des nouvelles infections à VIH, pour déterminer l'ampleur de la couverture des programmes, pour caractériser et évaluer les ripostes nationales, et pour estimer le niveau de financement à la disposition des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Rapports d'activité des pays

Au moment de mettre ce rapport sous presse, 147 Etats Membres des Nations Unies avaient soumis des informations nationales au sujet des 25 indicateurs de base de l'UNGASS élaborés par l'ONUSIDA et ses partenaires pour le suivi de la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Au fur et à mesure que les rapports d'activité des pays étaient soumis au début 2008, l'ONUSIDA les affichait sur Internet dans une version non mise en forme.

Pour la première fois, ce rapport permet de comprendre les principales tendances de la riposte au VIH pour des indicateurs clés qui n'ont pas changé de manière significative. Par exemple, le rapport examine les tendances de la prévalence du VIH et les connaissances au sujet du VIH parmi les jeunes, l'accès à la thérapie antirétrovirale, et l'adoption nationale des protections pertinentes en matière de droits de l'homme. Il met également en lumière les variations régionales et sous-régionales des tendances épidémiologiques, des comportements, et des ripostes nationales, tout en reconnaissant l'utilité limitée qu'ont pour les décideurs nationaux les valeurs numériques mondiales sur les indicateurs du VIH.

Le rapport offre une première estimation des informations les plus récentes sur l'épidémie et sur les ripostes nationales. L'ONUSIDA et ses partenaires de la recherche prévoient d'effectuer un suivi des données sur les indicateurs qui sont résumées dans ce rapport mondial à l'aide de documents analytiques plus approfondis sur des domaines thématiques particuliers et d'études qui passent en revue de manière plus exhaustive des données pertinentes à diverses régions.

Accroître les capacités nationales en matière de suivi et d'évaluation

Ce rapport reflète certaines améliorations qui ont été apportées aux systèmes d'information nationaux et mondiaux au cours de ces dernières années. Dès 2004, l'ONUSIDA s'est lancé dans un effort à long terme destiné à renforcer les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation pour le VIH. D'ici à 2008, une soixantaine de conseillers en suivi et évaluation avaient été placés dans les bureaux nationaux et régionaux de l'ONUSIDA. Ces conseillers :

- apportent un appui technique continu pour le développement du potentiel national en matière de suivi et d'évaluation ;
- collaborent avec les programmes nationaux de lutte contre le sida pour élaborer et suivre des indicateurs mesurables afin d'évaluer la mise en œuvre des stratégies nationales ; et
- aident les pays à élargir les activités de suivi et d'évaluation du niveau national au niveau du district.



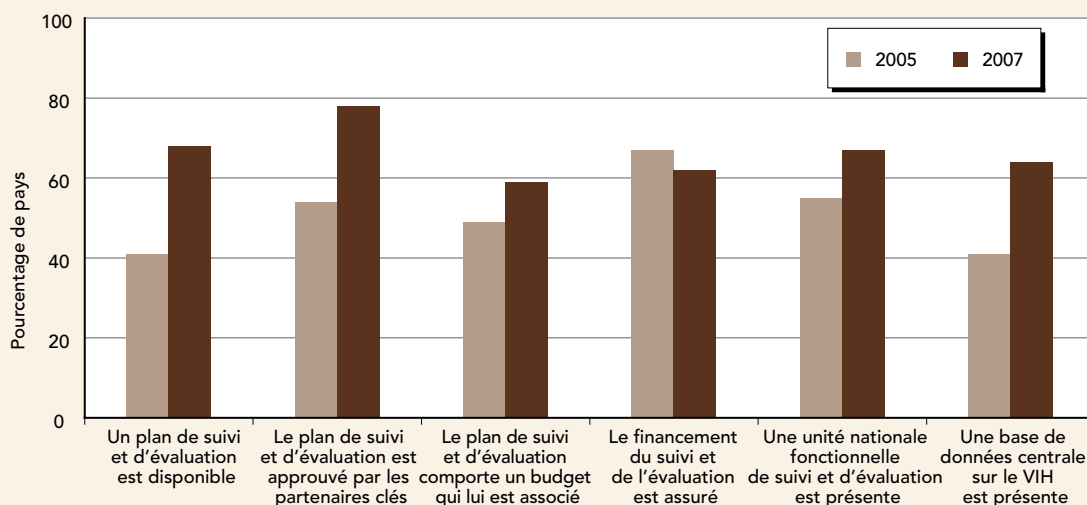
Les pays reçoivent un soutien permanent pour l'élaboration et le maintien d'un système national exhaustif de suivi et d'évaluation dans le domaine du VIH. Ils bénéficient également d'une gamme croissante d'autres sources d'assistance technique, notamment l'Equipe mondiale de suivi et d'évaluation de la lutte contre le sida, localisée au sein de la Banque mondiale, et le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). Les Coparrainants individuels de l'ONUSIDA, tels que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (UNICEF, ONUSIDA & OMS, 2008) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ont également intensifié leur assistance technique pour le suivi et l'évaluation.

L'assistance accrue fournie aux pays vise à faciliter une meilleure coordination des parties prenantes nationales à l'aide d'un seul cadre de suivi et d'évaluation. Cela correspond aux «Trois Principes» pour une action efficace au niveau des pays – un cadre stratégique national, un organe national de coordination, et un système de suivi et d'évaluation (voir Chapitre 7).

Comme l'indique la Figure 1.3, le pourcentage de pays dotés d'une base de données centrale sur le VIH s'est accru de 41% en 2005 à 68% en 2007, et l'approbation du plan de suivi et d'évaluation par les partenaires clés a également passé de 54% en 2005 à 78% en 2007 (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

FIGURE 1.3

Pourcentage de pays ayant mis en place des éléments de suivi et d'évaluation, 2005 et 2007



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



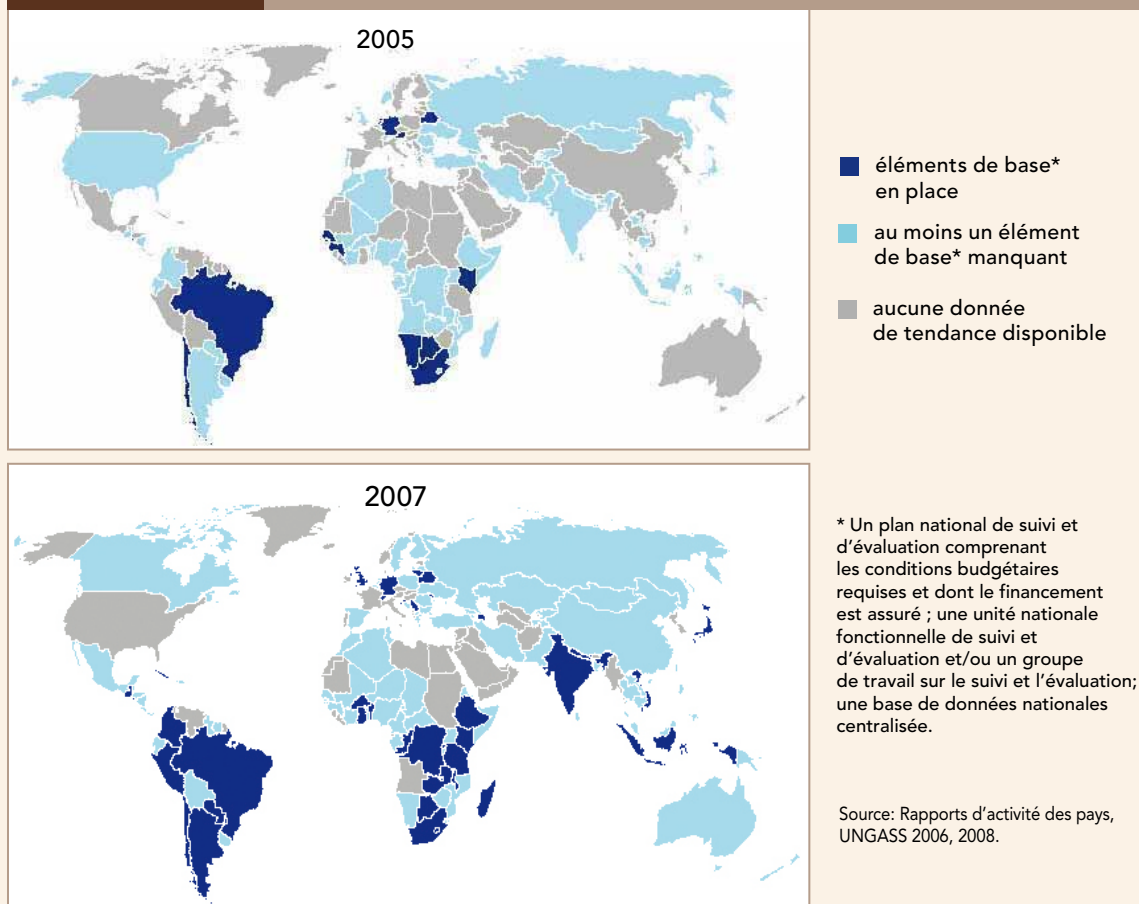
Entre 2005 et 2007, le nombre de pays dotés d'un plan national de suivi et d'évaluation dont le financement est assuré, d'une unité nationale fonctionnelle de suivi et d'évaluation ou d'un groupe de travail technique national, ainsi que d'une base de données centralisée sur le VIH, a passé de 14 à 44 (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a joué un rôle clé dans l'amélioration des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. Les propositions pour une assistance du Fonds mondial doivent être fondées sur des informations solides au niveau des pays. En outre, il est essentiel de soumettre des rapports nationaux précis et en temps opportun pour assurer un financement continu conformément à l'approche du Fonds mondial fondée sur les résultats.

Non seulement les systèmes de suivi et d'évaluation sont plus solides, mais les méthodes disponibles pour surveiller les principaux aspects de l'épidémie se sont améliorées. Dans les pays connaissant des épidémies généralisées, le recours plus fréquent à des enquêtes nationales dans les ménages a accru la précision et la fiabilité des estimations nationales de la prévalence, de l'incidence, et de la mortalité due au VIH (voir Chapitre 2). La Figure 1.4 montre les tendances mondiales du renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation.

FIGURE 1.4

Tendances mondiales du renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation, 2005 et 2007



Parvenir à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH

Pour accélérer les progrès en direction de la date-butoir de 2015 concernant les objectifs du Millénaire pour le développement, la communauté mondiale a approuvé l'objectif qui consiste à se diriger vers

l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010. L'étape a une signification historique pour la santé mondiale et le développement. Transformer les aspirations en réalisations va demander un engagement et des ressources sans précédent, ainsi que des moyens novateurs pour aborder les difficultés

Principales faiblesses et lacunes dans le suivi et l'évaluation

Si les améliorations des capacités nationales de suivi et d'évaluation sont évidentes, des lacunes et faiblesses cruciales subsistent néanmoins. Un pays sur quatre doté d'un plan national de suivi et d'évaluation n'a pas calculé les exigences budgétaires, et un sur trois n'a pas assuré le financement pour la mise en œuvre du plan. Plus d'un tiers des pays dotés d'un plan de suivi et d'évaluation n'ont pas de base de données centralisée sur le VIH. Pour développer les capacités nationales nécessaires afin de fournir une base de données solide pour la prise de décisions sur les politiques et les programmes, les pays doivent avoir facilement accès aux ressources financières et techniques pour le suivi et l'évaluation, notamment la surveillance du VIH. Le Fonds mondial, la Banque mondiale et le PEPFAR autorisent à réserver jusqu'à 10% de toute subvention pour le suivi et l'évaluation, mais les pays ne font que commencer à profiter de cette disposition.

Les dépenses signalées⁵ concernant le suivi et l'évaluation se situent entre 0,1% des dépenses nationales pour le VIH et 15,6% (médiane 0,9%, indicateur No 1 de l'UNGASS, données 2006-2007). Dans plus de la moitié des pays (54%), les activités de suivi et d'évaluation sont financées exclusivement par des sources extérieures. Seul un pays sur 10 déclare financer le suivi et l'évaluation pour le VIH par le biais de sources intérieures. Le déséquilibre du financement pour le suivi et l'évaluation suscite des préoccupations quant à la pérennité de cette fonction essentielle à l'avenir. En outre, un financement extérieur pour le suivi et l'évaluation ne soutient pas nécessairement le système national de suivi et d'évaluation. Par exemple, le Guyana indique que des progrès considérables ont été réalisés en matière de suivi et d'évaluation, mais plusieurs projets financés par des donateurs et comportant des éléments de suivi et d'évaluation ne sont pas reliés au plan national de suivi et d'évaluation (Rapport d'activité du Guyana, UNGASS 2008).

Alors que les capacités de suivi et d'évaluation continuent de croître, les pays et partenaires nationaux doivent veiller à utiliser dans les faits les informations générées pour améliorer la prise de décisions. L'évaluation des flux de ressources a montré que l'affectation nationale des ressources pour la prévention était parfois en profond désaccord avec le tableau de l'épidémie évoqué par les systèmes nationaux de surveillance (ONUSIDA, 2004). De même, l'inertie et les pressions bureaucratiques vont parfois à l'encontre de l'abandon ou de la révision de programmes ou stratégies particuliers, même lorsque les données d'évaluation indiquent que ces approches sont inefficaces.

⁵ Un total de 48 pays ont signalé des dépenses pour 2006 ou 2007 concernant le suivi et l'évaluation.

Qu'est-ce que l'accès universel ?

L'accès universel signifie à la fois un engagement concret et une nouvelle détermination parmi les individus à travers le monde pour inverser le cours de l'épidémie. C'est un processus qui s'appuie sur les initiatives passées et insuffle plus de dynamisme dans les efforts existants.

L'accès universel n'implique pas qu'il y aura, ou qu'il devrait y avoir, une couverture de 100% pour les services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH – même dans les pays à revenu élevé où les soins de santé sont universellement disponibles, certains patients qui sont éligibles sur le plan médical pour les antirétroviraux ne les reçoivent pas pour diverses raisons (par ex., une décision délibérée de ne pas se faire tester ou une décision d'entamer une thérapie ultérieurement). En s'approchant de cibles fixées au niveau national pour l'accès universel, le monde s'est plutôt engagé à obtenir des avancées concrètes, soutenues, en vue d'atteindre un niveau de couverture élevé pour les programmes les plus efficaces possibles afin de gérer des épidémies diverses dans toutes les régions. Les principes de base pour intensifier les efforts sur la voie de l'accès universel soulignent que les services doivent être équitables, accessibles, financièrement abordables, exhaustifs, et maintenus sur le long terme.

Etant donné que différents contextes ont souvent des besoins complètement différents, l'accès universel ne peut pas correspondre à un calendrier ou une approche standard, et les pays adopteront des chronologies et des stratégies variables pour se mettre à niveau. Par exemple, les pays connaissant des épidémies généralisées (voir Chapitre 4) ont besoin d'une couverture très élevée pour les initiatives ciblées sur la population générale (par ex., campagnes de sensibilisation dans les médias de masse, éducation en milieu scolaire, et programmes de prévention sur le lieu de travail). Au contraire, les pays dans lesquels les épidémies sont à un faible niveau et concentrées peuvent nécessiter une couverture moins intense pour les initiatives visant la population générale, mais une couverture élevée pour les programmes destinés aux populations les plus exposées au risque de VIH. En se fixant des cibles nationales, les pays s'engagent à réaliser l'accès universel programmable dans le temps, à la fois de manière urgente – galvaniser l'appui et le dynamisme autour de cet objectif – et réaliste, et qui leur permettra d'avancer sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement de 2015.

et goulets d'étranglement qui entravent depuis longtemps les progrès liés au développement humain dans les contextes où les ressources sont limitées.

En 2005-2006, 123 pays et sept régions, avec l'assistance de l'ONUSIDA, ont mis en œuvre des processus consultatifs pour déterminer les enjeux associés à la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Les résultats de ces consultations ont nourri les délibérations de la Rencontre de haut

niveau sur le VIH/sida lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2006. Cette réunion a débouché sur l'approbation formelle, à l'unanimité, de l'objectif consistant à s'approcher de l'objectif de l'accès universel d'ici à 2010 (Assemblée générale des Nations Unies, 2006).

A l'aide d'orientations normatives de l'ONUSIDA (ONUSIDA, 2006), les pays de toutes les régions ont lancé des processus fondés sur des preuves afin d'atteindre un consensus multisectoriel national sur

les cibles liées à l'accès universel. En mars 2008, 105 pays avaient établi des cibles pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH – notamment 76 pays qui avaient incorporé ces cibles dans leurs plans stratégiques nationaux ou des instruments de développement au sens large (par ex., Documents stratégiques de réduction de la pauvreté, Cadres de dépenses à moyen terme). Un total de 41 pays ont défini les actions et coûts requis pour réaliser l'accès universel –

une étape clé pour mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation des objectifs définis. Certains pays ont établi des cibles particulièrement ambitieuses, dépassant parfois les estimations de faisabilité pour le traitement du VIH ou d'autres initiatives.

A la suite des processus d'établissement des cibles, les pays appuient désormais des initiatives au niveau sous-national. Au Nigéria, par exemple, des plans stratégiques pour l'accès universel sont en cours d'élaboration dans six Etats.

Plaidoyer de la société civile en faveur de l'accès universel

Le mouvement en direction de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH est un moyen efficace de mobiliser la société civile.

Au niveau des pays, la société civile a participé à l'établissement de cibles nationales pour l'accès universel, et au suivi de la mise en œuvre des plans nationaux pour assurer une meilleure transparence de la riposte nationale. Au Cambodge et au Malawi, par exemple, un plaidoyer concerté des organisations de la société civile a contribué à inciter les décideurs nationaux à établir des cibles ambitieuses pour l'accès universel. De même, au Nigéria, huit réseaux de la société civile se sont réunis pour établir un plan d'action de la société civile sur l'accès universel – «l'agenda du peuple contre le sida» – rendu public lors de la Journée mondiale sida 2007.

Sur le plan mondial, la Campagne mondiale contre le sida utilise la cause de l'accès universel pour mobiliser divers groupes d'intérêts et défenseurs des droits civils. En juillet 2007, des défenseurs de la société civile de 35 régions se sont réunis à Nairobi sous l'égide de la Campagne mondiale contre le sida pour partager leurs points de vue et coordonner leurs efforts sur la promotion de l'accès universel. Des campagnes nationales contre le sida sont actuellement actives dans cinq des huit pays qui forment le Groupe des huit nations les plus industrialisées (G8), et ces campagnes coordonnent leur plaidoyer pour faire en sorte que le VIH reste une priorité pour le G8.

La Coalition des réseaux régionaux de l'Asie et du Pacifique sur le VIH/sida a élaboré une trousse sur «Les normes minimales pour la participation de la société civile aux initiatives relatives à l'accès universel», en s'appuyant sur des consultations régionales et nationales des organisations de la société civile. La trousse est destinée à être utilisée par les représentants de la société civile et autres parties prenantes pour leur permettre d'évaluer et de promouvoir une participation accrue de la société civile aux initiatives nationales liées à l'accès universel. Conformément aux principes énoncés dans la trousse, l'ONUSIDA a parrainé une consultation de la société civile pour documenter l'élaboration de recommandations techniques pour l'élargissement du test VIH et du conseil dans la région de l'Asie et du Pacifique. Des forums régionaux visant les populations les plus exposées au risque ont également été organisés pour assurer une forte participation de la société civile aux activités de planification et de mise en œuvre de programmes élargis pour la prévention.

L'activisme pour obtenir des résultats

Alessandra Nilo est cofondatrice et coordonnatrice de GESTOS, une organisation non gouvernementale basée au Brésil.

Pour Alessandra Nilo, une militante basée au Brésil, son travail sur le VIH fait partie d'un combat plus large pour la justice et les droits de l'homme. « Il est apparu de plus en plus clairement au fil du temps que les questions de pauvreté, d'inégalité entre les sexes mais, par dessus tout, les différences et les enjeux culturels sont des thèmes qui doivent être pris en compte et réglés une fois pour toutes », dit-elle.



Alessandra et d'autres se sont réunis en 1993 pour créer GESTOS, dans le but d'apporter un appui psychosocial et une formation au leadership pour les personnes vivant avec le VIH dans la ville brésilienne de Recife. Dans les années qui ont suivi, GESTOS s'est engagé toujours davantage dans l'analyse des politiques publiques et le plaidoyer, notamment le suivi des progrès réalisés par le Gouvernement du Brésil dans le respect des engagements liés au VIH. Dans la seconde moitié des années 1990, GESTOS a commencé à tisser des liens avec d'autres groupes d'Amérique latine. En collaboration avec des groupes de la société civile, GESTOS a participé activement à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. Aujourd'hui, GESTOS travaille dans 16 pays différents et en 2008 a soumis un rapport sur la situation de la santé sexuelle et reproductive dans ces pays en complément des rapports nationaux sur les indicateurs de base pour la *Déclaration d'engagement*.

Malgré la complexité de l'épidémie, Alessandra dit que l'un des aspects les plus satisfaisants de l'activisme VIH est que des solutions existent en fait pour beaucoup des plus grands enjeux. « Ce qui me motive à poursuivre mon travail de militante, c'est la possibilité de trouver des solutions et de s'occuper des inégalités qui font partie de la macrostructure de la société d'une manière en quelque sorte plus tangible. Ici, dans ma communauté, j'ai agi pour faire en sorte que ceux qui étaient auparavant très pauvres, et qui n'avaient jamais eu la possibilité d'avoir accès à un traitement adéquat pour le VIH/sida puissent désormais en bénéficier, et qu'ils aient accès à l'aide alimentaire, à des conditions de vie décentes et, par dessus tout, que la communauté puisse apprendre comment vivre avec cette épidémie. »

Alessandra pense qu'il est temps que la riposte au VIH montre des résultats. « Depuis 2001, il y a eu des investissements considérables pour le VIH/sida, » dit-elle. « Ce que nous devons faire aujourd'hui c'est de montrer comment cet argent est investi, montrer les résultats de ces nombreux investissements et montrer clairement qu'il faut investir encore bien davantage... A mon avis, nous n'y parviendrons pas si la société civile n'est pas engagée et impliquée. »

Pour Alessandra, l'activisme en faveur de la lutte contre le VIH est plus qu'une cause, c'est une manière de vivre. « Ce n'est pas le genre de travail où vous pouvez simplement lâcher votre stylo et rentrer à la maison... Nous sommes des gens qui nous battons pour une cause, une cause de bien-être social qui nous mobilise 24 heures sur 24, sept jours sur sept ! »

Commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici à 2015

L'une des principales conclusions de ce rapport est que, si quelques pays sont bien placés pour atteindre les cibles de la *Déclaration d'engagement* pour 2010, d'autres ne le sont pas. Sans un renforcement et une accélération substantiels de la riposte au VIH, de nombreux pays ne parviendront pas à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH d'ici à 2010 ou ne commenceront pas à inverser le cours de l'épidémie d'ici à 2015. La communauté mondiale doit renouveler et renforcer son engagement à travailler avec les pays pour accélérer les progrès sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui.

Au fil des chapitres suivants, ce rapport souligne plusieurs facteurs clés qui affecteront la capacité du monde à relever les défis à venir.

- *S'appuyer sur les réussites.* Des progrès ont été accomplis récemment à travers de nombreuses régions pour mettre à niveau les services essentiels de lutte contre le VIH – réduire l'incidence du VIH, stabiliser les taux de mortalité, et prendre en charge les enfants rendus vulnérables par l'épidémie ; ces progrès démontrent que des résultats significatifs sont réalisables, même dans les contextes où les ressources sont les plus limitées.
- *Faire travailler l'argent disponible.* Malgré les progrès concrets réalisés au cours de ces dernières années pour obtenir des ressources bien plus importantes pour le VIH, des pays se débattent souvent pour traduire le nouveau financement en programmes nationaux élargis pour la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH. Les actions des diverses parties prenantes sont souvent mal coordonnées, et les faiblesses des infrastructures ralentissent la capacité des pays à absorber les nouveaux financements. Des mesures importantes ont été prises ces dernières années pour prendre en compte les facteurs qui limitent l'impact des financements accrus ; toutefois, une action beaucoup plus énergique s'impose de toute urgence afin de combler les écarts qui subsistent dans le domaine de l'accès aux programmes essentiels de lutte contre le VIH.
- *Adapter la riposte aux besoins nationaux et locaux.* Ce qu'on appelle « l'épidémie mondiale » est en fait l'amalgame d'un nombre presque infini d'épidémies individuelles – aux niveaux des communautés, des districts, des pays, des sous-régions et des régions. Aucun schéma n'est suffisant à lui seul pour qu'une riposte soit efficace. Divers pays peuvent apprendre les uns des autres en élaborant, mettant en œuvre et révisant leurs stratégies nationales. Toutefois, les efforts nationaux doivent être documentés par des données probantes et soigneusement adaptés aux besoins et aux circonstances qui prévalent dans le pays si l'on veut qu'ils soient aussi efficaces que possible. Les décideurs et partenaires nationaux doivent « connaître leur épidémie et leur riposte » afin de pouvoir élaborer des plans nationaux qui auront un impact maximum.
- *Aborder les facteurs sociétaux qui accroissent le risque de VIH et la vulnérabilité au virus, et qui aggravent l'impact de l'épidémie.* L'intensification des programmes doit aller de pair avec un effort accru pour aborder les problèmes transversaux qui empêchent la riposte d'être efficace. Cela est particulièrement important dans les contextes hyper-endémiques où des changements marginaux des comportements à risque sont susceptibles de n'avoir qu'un impact limité sur la trajectoire de l'épidémie. Toutes les parties prenantes doivent s'employer à promouvoir l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes, réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et atténuer la marginalisation sociale des groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH. Tout au long de ce rapport, la sexospécificité, la marginalisation sociale, et les inégalités de revenu seront abordées en tant que problèmes transversaux qui jouent un rôle crucial dans la riposte au VIH tout entière.
- *Planifier pour le long terme.* Même si le monde commençait à stopper l'épidémie d'ici à 2015, comme l'envisagent les objectifs du Millénaire pour le développement, l'épidémie resterait un enjeu primordial sur le plan mondial pendant les décennies à venir. Tout en répondant d'urgence par des efforts destinés à mettre à niveau la prévention, le traitement, les soins et l'appui essentiels en matière de VIH, une action efficace doit se maintenir sur le long terme.

Cela demandera des mécanismes novateurs et la création d'un potentiel qui n'existent pas aujourd'hui ; cela demandera également une planification sérieuse, car certains des défis que posera l'épidémie dans 10 à 20 ans risquent d'être tout à fait différents de ceux auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui.

- *Placer les individus au centre de la santé et du développement.* L'un des grands enseignements de l'épidémie de VIH, c'est le rôle central que joue la société civile – en particulier les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont les plus exposées au risque de VIH – dans les ripostes efficaces aux niveaux national et local. Et pourtant les gens les plus sévèrement touchés par l'épidémie continuent de rester à la périphérie de la prise de décisions dans de nombreux pays. Pour vaincre les obstacles décourageants qui se dressent sur la voie de l'accès universel, les pays nécessitent d'urgence les connaissances, la passion et l'engagement de celles et ceux qui ont la meilleure perception de la manière dont on peut atteindre les personnes qui ont le plus besoin des services liés au VIH.