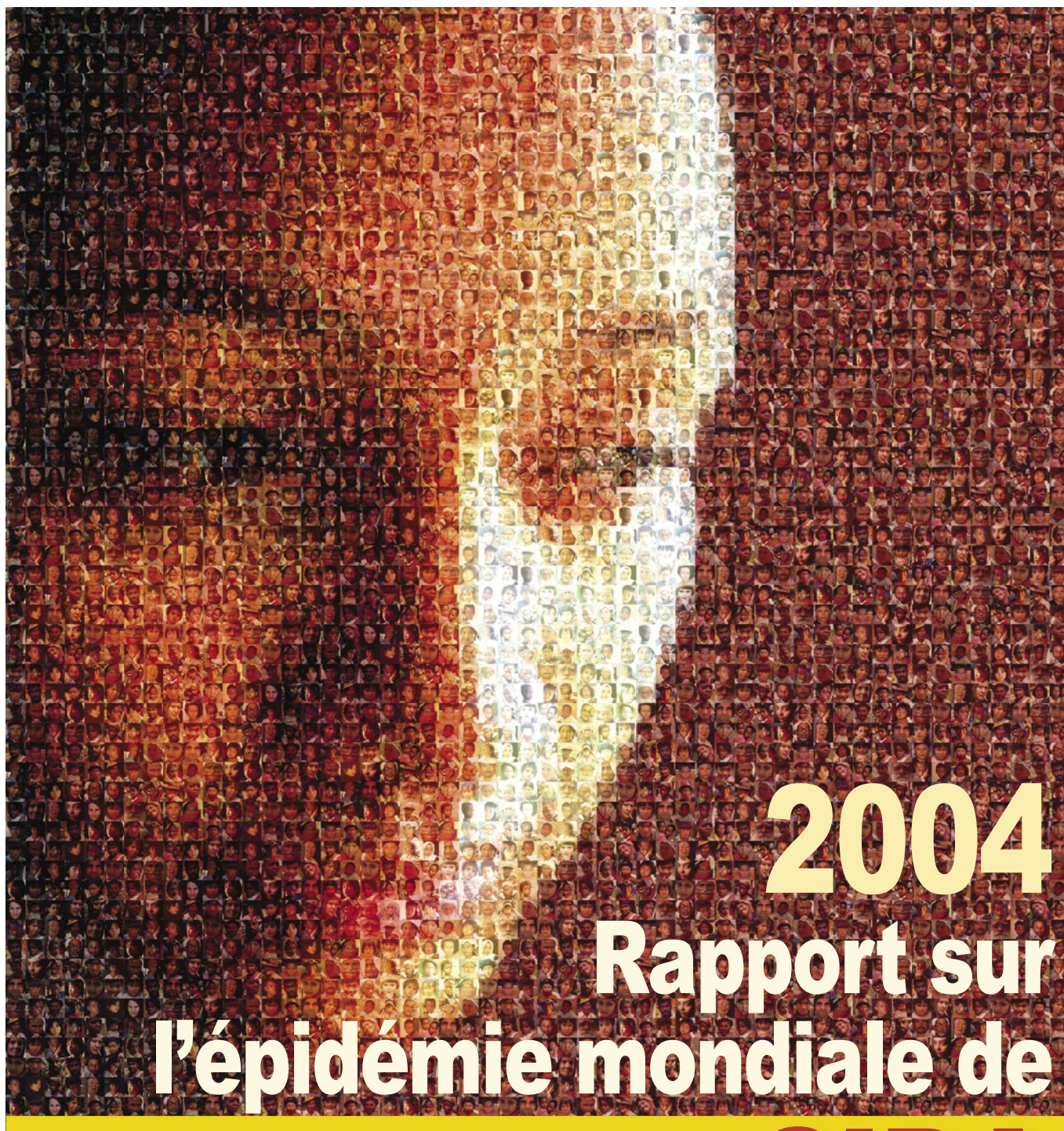


Résumé d'orientation



2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de

SIDA



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

4^{ème} rapport mondial

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2004.

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

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

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

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

Couverture: Lewis Evans

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA

Résumé d'orientation



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

I. Riposter au SIDA

Le SIDA est une crise d'une nature extraordinaire : il est à la fois une urgence *et* un problème de développement à long terme. Malgré l'augmentation du financement et de l'engagement politique, et les progrès accomplis pour élargir l'accès au traitement du VIH, l'épidémie de SIDA continue à avancer plus vite que la riposte mondiale. Aucune région du monde n'a été épargnée. L'épidémie reste très dynamique, et se développe en changeant de caractère au fur et à mesure que le virus exploite de nouvelles occasions de transmission.

Les taux d'infection se maintiennent à la hausse dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. En 2003 seulement, on estime que 3 millions de personnes de la région ont été nouvellement infectées. De nouvelles épidémies semblent progresser sans frein dans d'autres régions, notamment en Europe orientale et en Asie – régions qui dans le monde connaissent les épidémies à la croissance la plus rapide.

Plus de 20 ans et 20 millions de décès après le premier diagnostic de SIDA en 1981, près de 38 millions de personnes (fourchette 34,6 – 42,3 millions) vivent avec le VIH. Bien que le remède semble introuvable, nous avons appris des leçons essentielles sur les actions les plus efficaces pour prévenir de nouvelles infections et améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Des progrès importants sont intervenus, notamment la découverte des médicaments antirétroviraux.

Malgré ces signes de progrès, d'énormes problèmes devront être résolus pour inverser le cours de cette épidémie. Le financement s'est considérablement accru, mais il ne couvre encore que la moitié des besoins et les fonds ne sont pas toujours utilisés efficacement. Un grand nombre de leaders nationaux continuent à ne pas vouloir admettre l'impact du SIDA sur leurs populations et leurs sociétés.

Aujourd'hui nous sommes confrontés à des choix de vie et de mort. Sans une action de grande ampleur, l'épidémie mondiale continuera à devancer la riposte. Mais il existe une alternative : nous pouvons

en commun élaborer des politiques fondées sur la science, et non sur la rhétorique politique, et nous lancer audacieusement dans une 'Nouvelle Donne' – un plan d'action pour l'avenir fondé sur des approches novatrices.

Quels sont les grands défis ?

- Le caractère féminin de l'épidémie. Les femmes sont toujours davantage exposées à un risque élevé d'infection. En décembre 2003, les femmes représentaient près de 50 % de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde, et 57 % en Afrique subsaharienne. Les femmes et les jeunes filles portent aussi la majeure partie du fardeau de l'épidémie ; ce sont elles qui, selon toute probabilité, prendront soin des malades, perdront leur emploi, leurs revenus et leur chance de scolarité à la suite de la maladie et qui subiront la stigmatisation et la discrimination. Et il faut d'urgence s'attaquer aux nombreux facteurs qui contribuent à la vulnérabilité et au risque des femmes – les inégalités sexospécifiques et culturelles, la violence, l'ignorance.
- Les jeunes de 15 à 24 ans constituent la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH dans le monde. Ils sont la génération de jeunes la plus nombreuse de l'histoire et ils ont besoin d'un environnement protecteur – une scolarité régulière, l'accès à des services de santé et de soutien – pour pouvoir jouer leur rôle essentiel dans le combat contre l'épidémie.

- L'élargissement des programmes de traitement qui offrent des thérapies antirétrovirales en mesure de prolonger la vie. Seules 7 % des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays en développement ont accès aux ARV – soit 400 000 à la fin de 2003. Les programmes doivent être de longue durée pour éviter l'apparition de souches du virus résistantes aux médicaments.
- Plusieurs pays d'Afrique australe sont confrontés à des difficultés croissantes pour fournir les services publics vitaux qui sont essentiels à la riposte au SIDA. Les raisons de ces difficultés vont de la migration des effectifs qualifiés du secteur public au secteur privé et de la migration à l'étranger, à l'impact dévastateur de l'épidémie de SIDA elle-même.
- L'élargissement des programmes de prévention qui actuellement ne touchent qu'une personne sur cinq exposées au risque d'infection à VIH. En 2003, dans les pays à faible et moyen revenus, une femme enceinte sur dix seulement a bénéficié de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Dans les pays à revenu élevé, on a privilégié les traitements au détriment de la prévention et on observe de ce fait pour la première fois depuis une décennie des augmentations de la transmission du VIH.
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Elles entravent directement l'efficacité des ripostes au SIDA, empêchent les gens de faire un dépistage du VIH, font obstacle à l'utilisation du préservatif ou empêchent les mères allaitantes séropositives de protéger leurs bébés de l'infection, et refusent aux groupes marginalisés, comme les consommateurs de drogues injectables, la prise en charge et le soutien dont ils ont besoin.
- S'occuper des orphelins laissés à l'abandon. Le SIDA a tué un des parents ou les deux de quelque 12 millions d'enfants en Afrique subsaharienne et un nombre beaucoup trop important d'entre eux ne sont pas correctement pris en charge.

Financement du SIDA à l'échelle mondiale

En plus de fournir des données mondiales, régionales et nationales actualisées, le rapport présente de nouvelles estimations concernant les ressources nécessaires à l'échelle mondiale pour combattre efficacement l'épidémie dans le monde en développement. Pour la première fois, les estimations révisées reflètent les données recueillies auprès de 78 pays, dont un grand nombre sont en première ligne de l'épidémie de SIDA.

Bien que les dépenses mondiales sur le SIDA aient été multipliées par 15, de 300 millions de dollars en 1996 à un peu moins de 5 milliards de dollars en 2003, ce total couvre moins de la moitié des besoins estimés pour 2005 dans les pays en développement. Selon des estimations des coûts récemment révisées, quelque 12 milliards de dollars (estimations précédentes 10 milliards de dollars) seront nécessaires d'ici 2005 et 20 milliards de dollars d'ici 2007 pour la prévention et la prise en charge dans les pays à faible et moyen revenus.

Ces 20 milliards de dollars permettraient de fournir des antirétroviraux à un peu plus de 6 millions de personnes (plus de 4 millions en Afrique subsaharienne), d'aider 22 millions d'orphelins et d'offrir des services de conseil et de test volontaires à 100 millions d'adultes, une éducation sur le SIDA dans les écoles à 900 millions d'élèves et des services de conseil par les pairs à 60 millions de jeunes non scolarisés. Environ 43% de ces ressources seront nécessaires en Afrique subsaharienne, 28% en Asie, 17% en Amérique latine et aux Caraïbes, 9% en Europe orientale et 1% en Afrique du Nord et au Proche-Orient.

Le financement complet de la riposte au SIDA exigera un effort extraordinaire, qui ne pourra être fait en s'appuyant sur les budgets ordinaires des pays et du développement international actuellement prévus. Il faudra un leadership extraordinaire et l'utilisation de ressources encore inexploitées.

II. Aperçu mondial

En 2003, près de 5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, le chiffre annuel le plus élevé depuis le début de l'épidémie. A l'échelle mondiale, le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter – de 35 millions en 2001 à 38 millions en 2003. Cette même année, près de trois millions de personnes sont mortes du SIDA ; plus de 20 millions sont décédées depuis que les premiers cas ont été identifiés en 1981.

La portée et l'impact de l'épidémie ne sont pas les mêmes dans toutes les régions ; certains pays sont plus touchés que d'autres et dans un même pays il y a généralement d'importants écarts du niveau d'infection entre provinces, états ou districts, par exemple.

Nouvelles estimations révisées

Le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter – de 35 millions en 2001 à 38 millions en 2003. Le rapport de l'ONUSIDA présente les tendances mondiales les plus récentes et, pour la première fois, comporte des taux de prévalence du VIH révisés pour les années passées, ce qui permet de mieux comprendre comment l'épidémie se propage. Comparer ces dernières estimations avec celles qui ont été publiées ces dernières années est trompeur.

Pour la première fois, le rapport compare les nouvelles estimations pour 2003 avec les estimations révisées pour 2001 en s'appuyant sur de meilleures méthodologies. C'est le meilleur moyen que nous connaissions pour obtenir une image plus précise de l'épidémie de SIDA. Bien que les nouvelles estimations mondiales soient légèrement plus basses que les estimations publiées auparavant, le nombre réel de personnes vivant avec le VIH n'est pas en recul, et l'épidémie en fait continue de progresser si on se base sur les estimations de 2001 révisées.

Les estimations du VIH – qu'elles soient fondées sur des enquêtes de ménages ou des enquêtes auprès de femmes enceintes – doivent être évaluées de manière critique au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie. Pour être absolument certain du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, par exemple, il faudrait tester de manière répétée tous les individus de la planète, ce qui est impossible sur le plan logistique.

Asie

L'épidémie en Asie s'étend rapidement. La brusque augmentation des infections à VIH en Chine, en Indonésie et au Viet Nam en est une preuve patente. On estime que 7,4 millions de personnes vivent avec le VIH dans la région et que 1,1 million de personnes ont été nouvellement infectées uniquement l'an dernier, soit davantage que n'importe laquelle des années précédentes. L'Asie abritant 60% de la population du globe, l'épidémie en hausse rapide qui s'y déroule a des implications énormes pour le monde entier.

L'épidémie en Asie reste dans une large mesure concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, leur clientèle et leurs partenaires sexuel(le)s immédiat(e)s. Dans ces populations, la couverture des programmes de prévention efficaces est inadéquate, en raison notamment de la stigmatisation et de la discrimination. Les pays asiatiques qui ont, à l'instar de la Thaïlande et du Cambodge, choisi de s'attaquer franchement aux comportements à risque, comme le commerce du sexe par exemple, ont été beaucoup plus efficaces dans leur combat contre le VIH,

comme le montre le recul des taux d'infection parmi les professionnel(le)s du sexe.

Pourtant, il n'y a pas lieu de pavoiser. On note peut-être une baisse du nombre de jeunes hommes thaïis qui fréquentent les maisons de passe, mais aussi une augmentation des relations occasionnelles. La surveillance comportementale montre entre 1996 et 2002 une nette augmentation du nombre d'élèves du secondaire sexuellement actifs, ainsi qu'un recours au préservatif qui se maintient à un niveau bas.

Si les autres pays d'Asie ne parviennent pas à cibler les populations plus exposées au risque, l'épidémie touchera un nombre beaucoup grand de personnes dans la population générale.

C'est l'Inde qui compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH à l'exception de l'Afrique du Sud – 5,1 millions. Mais les connaissances sur le virus et sa transmission sont encore limitées et insuffisantes et il est à craindre que de nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes infectent des femmes avec qui ils ont également des relations sexuelles.

Afrique

On estime que 25 millions de personnes vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne. Les taux de prévalence du VIH semblent se stabiliser, mais cette impression est principalement due à une hausse des décès imputables au SIDA et à une augmentation continue des nouvelles infections. La prévalence continue d'augmenter dans certains pays comme Madagascar et le Swaziland et recule à l'échelle nationale en Ouganda.

L'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale mais près des deux tiers du total des personnes infectées par le VIH. En 2003, on estime à trois millions le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions celui des décès dus au SIDA (soit 75% des trois

millions de décès dus au SIDA cette année-là dans le monde).

Il n'existe pas d'épidémie 'africaine' ; la diversité des niveaux et tendances de l'infection à VIH est considérable sur ce continent. Dans six pays, la prévalence du VIH chez l'adulte est inférieure à 2%, alors que dans six autres, elle dépasse 20%. Les sept pays d'Afrique australe connaissent tous des taux de prévalence supérieurs à 17%, le Botswana et le Swaziland atteignant une prévalence dépassant 35%. En Afrique de l'Ouest, la prévalence du VIH est beaucoup plus faible : aucun pays ne connaît une prévalence supérieure à 10% et la plupart d'entre eux se situent entre un et cinq pour cent. La prévalence dans les pays d'Afrique centrale et orientale se situe entre ces deux groupes, de 4% à 13%.

Les femmes africaines sont plus exposées au risque et l'infection survient chez elles à un âge plus jeune que chez les hommes. Aujourd'hui on compte en moyenne 13 femmes infectées pour 10 hommes infectés – par rapport à 12 femmes pour 10 hommes en 2002. La différence est encore plus marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans. Une étude a comparé le ratio des jeunes femmes vivant avec le VIH aux jeunes hommes vivant avec le VIH. Il s'établit entre 20 femmes pour 10 hommes en Afrique du Sud et 45 femmes pour 10 hommes au Kenya et au Mali.

En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 480 000 personnes environ vivent avec le VIH, mais la surveillance systématique de l'épidémie n'est pas satisfaisante, en particulier dans les groupes à haut risque tels que les consommateurs de drogues injectables. Pourtant, dans une bonne partie de la région, l'infection à VIH semble concentrée dans cette population. On craint aussi que le virus ne se propage sans être détecté chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, car les rapports sexuels entre hommes sont illégaux et largement condamnés dans de nombreux endroits.

Europe orientale et Asie centrale

L'Europe orientale et l'Asie centrale continuent à connaître des épidémies en expansion, alimentées par la consommation de drogues injectables. Environ 1,3 million de personnes y vivent avec le VIH, par rapport à 160 000 environ en 1995. Il est frappant de constater que plus de 80% d'entre elles ont moins de 30 ans. L'Estonie, la Lettonie, la Fédération de Russie et l'Ukraine sont les pays les plus affectés mais le virus continue à se propager au Bélarus, au Kazakhstan et en République de Moldova.

Le principal moteur de l'épidémie dans toute la région est la consommation de drogues injectables. Mais dans certains pays, la transmission sexuelle est de plus en plus fréquente, en particulier parmi les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires.

La Russie, qui compte plus de trois millions de consommateurs de drogues injectables, reste l'un des pays les plus gravement touchés de la région. La proportion de femmes parmi les nouveaux cas de VIH diagnostiqués y croît rapidement – atteignant jusqu'à une femme sur quatre en 2001 et une sur trois un an plus tard.

Amérique latine

Environ 1,6 million de personnes vivent avec le VIH en Amérique latine. L'épidémie est concentrée dans des populations exposées à un risque élevé d'infection à VIH – les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Une faible prévalence nationale peut cacher de très sérieuses épidémies. Au Brésil, par exemple – le pays le plus peuplé de la région – la prévalence nationale est inférieure à 1%, mais dans certaines villes, 60% des consommateurs de drogues injectables sont infectés par le VIH.

En Amérique centrale, le VIH se transmet surtout par voie sexuelle – tant hétérosexuelle que par les rapports sexuels entre hommes.

Caraïbes

Trois pays de la région des Caraïbes ont des niveaux de prévalence du VIH d'au moins 3% : les Bahamas, Haïti, et la Trinité-et-Tobago. Environ 430 000 personnes vivent avec le VIH dans la région.

L'épidémie aux Caraïbes est essentiellement hétérosexuelle et se concentre dans beaucoup d'endroits chez les professionnel(le)s du sexe. Mais elle gagne aussi la population générale. Le pays le plus affecté est Haïti où la prévalence nationale approche les 5,6%, niveau le plus élevé hors d'Afrique.

Pays à revenu élevé

On estime à 1,6 million le nombre de personnes vivant avec le VIH dans ces pays. Contrairement à ce qui se passe ailleurs, la grande majorité des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé y ont accès, ce qui signifie qu'elles restent en bonne santé et survivent plus longtemps que les personnes infectées dans d'autres pays.

Le rapport révèle que les infections sont en hausse aux Etats-Unis et en Europe occidentale. Aux Etats-Unis, on estime que 950 000 personnes vivent avec le VIH – elles étaient 900 000 en 2001. La moitié de toutes les nouvelles infections de ces dernières années ont été signalées chez des Africains-Américains. En Europe occidentale, 580 000 personnes vivent avec le VIH, alors qu'elles étaient 540 000 en 2001.

III. Impact du SIDA

Sur les personnes et les sociétés

Dans tous les pays à faible comme à forte prévalence du VIH, le SIDA freine le développement et fait payer aux individus et aux familles un tribut exorbitant. Dans les pays les plus durement frappés, il efface des décennies de progrès social, économique et sanitaire, amputant l'espérance de vie de plusieurs années, aggravant la pauvreté et contribuant aux pénuries alimentaires ou les accentuant.

Sur la population

L'Afrique subsaharienne a la prévalence la plus élevée du monde et doit faire face à l'impact démographique le plus important. Dans les pays les plus atteints d'Afrique orientale et australe, si les niveaux actuels d'infection se maintiennent et des programmes de traitement à grande échelle ne sont pas mis en place, jusqu'à 60% des jeunes qui ont 15 ans aujourd'hui n'atteindront pas leur soixantième anniversaire.

Les différences flagrantes quant à l'accès aux traitements antirétroviraux se reflètent dans les taux de mortalité. Dans les pays à faible et moyen revenus, ce taux chez les 15-49 ans est aujourd'hui jusqu'à 20 fois plus élevé que le taux de mortalité des personnes vivant avec le VIH dans les pays industrialisés.

Dans sept pays africains où la prévalence de l'infection à VIH dépasse 20%, l'espérance de vie pour une personne née entre 1995 et 2000 n'est plus que de 49 ans, soit 13 ans de moins qu'en l'absence de SIDA. Au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe, on estime que l'espérance de vie moyenne tombera à moins de 35 ans en l'absence de traitements antirétroviraux.

Sur les femmes

L'impact de l'épidémie est particulièrement fort sur les femmes et les filles, car elles portent généralement la majeure partie du fardeau des soins. Les jeunes filles quittent l'école pour s'occuper des parents malades ou des jeunes frères et sœurs. Les femmes plus âgées assument souvent la prise en charge de leurs enfants adultes malades et, lorsqu'ils décèdent, elles remplaceront les parents des enfants orphelins. Elles doivent souvent aussi gagner un revenu ou produire les cultures vivrières de la famille. Les femmes plus âgées qui s'occupent d'orphelins ou d'enfants malades se trouvent parfois socialement isolées en raison des préjugés et de la discrimination liés au SIDA. La stigmatisation signifie aussi que le soutien familial ne va pas nécessairement de soi lorsque les femmes se révèlent séropositives ; elles sont souvent rejetées et peuvent voir leur propriété saisie à la mort de leur mari.

Sur la pauvreté et la faim

Dans certains des pays les plus affectés, avant même que l'impact de l'épidémie ne se fasse sentir, le niveau de vie de nombreux pauvres s'était déjà sérieusement dégradé. En général, les ménages frappés par le SIDA ont plus de risques de tomber dans la misère que les ménages qui ne sont pas affectés ; ceci est vrai dans les pays à faible comme à forte prévalence.

Le SIDA entraîne la perte de revenu et de production des membres de la famille qui sont malades, tout en créant des besoins de soins extraordinaires et en ajoutant aux dépenses du ménage les frais médicaux et autres – coûts des funérailles par exemple. Les dépenses liées au SIDA peuvent absorber en moyenne un tiers du revenu mensuel d'un ménage. Il arrive que les familles doivent utiliser toutes leurs économies, vendre des biens tels que des terres et du bétail, emprunter de

l'argent ou demander l'aide de la famille élargie. Elles devront aussi réduire les dépenses consacrées au logement et à l'habillement.

Une étude en Afrique du Sud et en Zambie auprès de foyers atteints par le SIDA – pour la plupart déjà appauvris – a montré que la prise en charge des maladies liées au SIDA entraîne une chute du revenu mensuel de 66%- 80%.

Le SIDA intensifie les pénuries alimentaires chroniques dans de nombreux pays où un grand nombre de personnes sont déjà sous-alimentées. Le SIDA réduit considérablement la main d'œuvre agricole et le revenu des familles leur permettant d'acheter leur nourriture. Cette situation est particulièrement dangereuse pour les personnes vivant avec le VIH parce qu'elles ont besoin de plus de calories que les personnes non infectées.

Sur l'agriculture et le développement rural

Un secteur agricole sain est une priorité pour le bien-être et l'autosuffisance des pays à faible et moyen revenus. Ce secteur représente en Afrique 24% du produit intérieur brut, 40% des recettes en devises et 70% des emplois. Malheureusement, en particulier dans les pays les plus atteints, l'épidémie sape la base agricole ; on estime qu'en 2020 en Afrique australe, les pays auront perdu un cinquième au moins de leurs travailleurs agricoles à cause du SIDA.

Sur l'éducation

A l'échelle mondiale, le SIDA constitue un obstacle important à la réalisation de l'accès universel des enfants à la scolarisation d'ici 2015 (objectif clé de l'Initiative 'Éducation pour tous' de l'UNESCO et des Objectifs de développement pour le Millénaire). On estime à un milliard de dollars par année le coût supplémentaire net susceptible de compenser les effets du SIDA – perte et absentéisme des enseignants et encouragements à

la demande destinés à maintenir à l'école les orphelins et autres enfants vulnérables.

Dans de nombreux pays – par exemple au Kenya, en Ouganda, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe – on craint que l'épidémie ne contribue à une nette raréfaction des enseignants du primaire. Sans planification à long terme, ces pays auront de grandes difficultés à atteindre leurs objectifs de scolarisation et un ratio élèves-enseignants acceptable. Bien des pays affectés n'ont pas les moyens de former d'autres enseignants.

Les enfants – et particulièrement les filles – des familles touchées par le SIDA sont souvent retirés de l'école, afin de compenser les pertes de revenus dues à la maladie des parents et aux dépenses connexes, de prendre soin des membres de la famille qui sont malades et de s'occuper du ménage. Ces familles retirent aussi parfois leurs enfants de l'école lorsqu'elles n'ont plus les moyens de payer les frais de scolarité.

Sur le secteur santé

L'épidémie devrait pouvoir s'appuyer sur des systèmes de santé solides et flexibles à un moment où les pays affectés réduisent leurs dépenses publiques pour rembourser leur dette et se conformer aux exigences des institutions internationales de financement. Ainsi, des systèmes déjà affaiblis sont contraints de faire face au fardeau supplémentaire de la maladie et à la perte d'effectifs essentiels due à la maladie et aux décès liés au SIDA. Dans les pays d'Afrique, des études indiquent que le SIDA a causé entre 19% et 53% de l'ensemble des décès survenus dans le personnel gouvernemental de la santé. L'épidémie anéantit rapidement la croissance des effectifs du secteur santé.

Sur les travailleurs

Dans les pays durement touchés, le SIDA réduira vraisemblablement le taux de croissance de la force

de travail, car il frappe surtout la population en âge de travailler. L'Organisation internationale du Travail a fait des projections selon lesquelles dans 38 pays (tous, sauf quatre, situés en Afrique), la force de travail sera en 2020 de 5% à 35% inférieure à ce qu'elle aurait été sans le SIDA.

L'épidémie touche les entreprises de multiples autres manières, par exemple en augmentant les coûts dus à l'absentéisme, à la maladie, au recrutement, aux perturbations au sein de l'entreprise et à la perte des compétences, ainsi qu'en accroissant les dépenses consacrées à la santé et aux funérailles.

La nouvelle donne

- Augmenter et améliorer la recherche sur l'impact socio-économique de l'épidémie. Plus de 40% des pays connaissant des épidémies généralisées n'ont pas encore évalué cet impact.
- Renforcer la capacité des ménages touchés par le SIDA à faire face – en fournissant une aide financière directe, des services de soins à domicile et un appui nutritionnel, et en supprimant les frais de scolarité.
- Mettre au point des stratégies qui prennent en compte le prix disproportionné que payent les femmes, les filles et les orphelins, notamment des programmes de micro-crédit et de production de revenus, de soutien à la scolarisation et d'aide alimentaire.
- Renforcer des systèmes de santé perpétuellement affaiblis. Garantir une meilleure protection de la sécurité des agents de santé – en leur fournissant des traitements antirétroviraux, en améliorant les salaires et les avantages afin de retenir les personnels ou de ramener ceux qui ont émigré vers des pays à revenu plus élevé.
- Soutenir des programmes de prévention sur le lieu de travail, à l'intention des employés et de la direction, comprenant des soins de santé par exemple l'accès au conseil et au test volontaires et aux traitements antirétroviraux et l'adoption de politiques non discriminatoires à l'égard des employés vivant avec le VIH.

IV. Elargir la prévention complète du VIH

La prévention est le fondement de la riposte au SIDA, pourtant à l'échelle mondiale, moins d'un cinquième des personnes qui en ont besoin ont accès à des services de prévention. Des programmes complets de prévention permettraient d'éviter 29 des 45 millions de nouvelles infections qui se produiront, selon les projections, au cours de cette décennie. Bien que les traitements antirétroviraux suscitent l'espoir de millions de personnes, l'accès élargi aux traitements ne pourra pas être maintenu si le nombre de nouvelles infections à VIH n'est pas nettement réduit. Les programmes de thérapie antirétrovirale seront submergés par la demande.

Les programmes de prévention ne touchent pas ceux qui en ont besoin, en particulier deux groupes extrêmement vulnérables – les femmes et les jeunes. Pour prévenir l'augmentation des taux d'infection chez les femmes, il faut s'attaquer aux causes premières de leur vulnérabilité – à savoir leurs désavantages dans les domaines juridique, social et économique.

La connaissance et l'information constituent la première ligne de défense des jeunes; pourtant, l'éducation au SIDA est encore loin d'être universelle. En Afrique subsaharienne, 8% seulement des jeunes non scolarisés et un pourcentage un petit peu plus élevé des jeunes scolarisés ont accès à l'éducation préventive. Ils devraient aussi avoir accès à une information sanitaire confidentielle et à des préservatifs. La protection des droits des jeunes filles est également essentielle pour abaisser la prévalence du VIH parmi les jeunes.

Pourtant on enregistre des succès. Plusieurs pays, dont le Brésil, la République dominicaine, l'Ouganda et la Thaïlande, sont parvenus à réduire l'infection à VIH. La prévention du VIH doit aussi évoluer et devenir plus innovatrice pour faire face

à l'évolution de l'épidémie. Dans plusieurs pays à revenu élevé, par exemple, les comportements à risque et les nouvelles infections sont à nouveau en hausse en particulier chez les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Ce phénomène est probablement lié à la lassitude qui entoure la prévention et au laisser-aller dû à l'accessibilité et aux promesses des thérapies antirétrovirales.

L'élargissement de l'accès aux antirétroviraux et aux autres traitements constitue une chance unique de renforcer les efforts de prévention, en encourageant un grand nombre de personnes à connaître leur sérologie VIH. La promesse d'un traitement devrait encourager une plus grande utilisation des services de conseil et de test volontaires. La portée actuelle du dépistage du VIH est faible. La proportion d'adultes nécessitant des services de conseil et de test volontaires qui en ont effectivement bénéficié est pratiquement nulle en Asie du Sud-Est, atteint 7% en Afrique subsaharienne et 1,5% en Europe orientale. Lorsque des services existent, la fréquentation est souvent peu élevée en raison des craintes de rejet et de discrimination.

Prévention globale

Les éléments essentiels de la prévention intégrée du VIH comprennent notamment :

- l'éducation et la sensibilisation au SIDA ;
- des programmes de changement des comportements, notamment pour les jeunes et les populations à risque accru d'exposition au VIH, ainsi que pour les personnes vivant avec le VIH ;
- la promotion des préservatifs masculins et féminins, qui constituent une option de protection, au même titre que l'abstinence, la fidélité et la baisse du nombre des partenaires sexuels ;
- le conseil et le test volontaires ;
- la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- la prévention primaire parmi les femmes enceintes et la prévention de la transmission mère-enfant ;
- les programmes de réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues injectables ;
- les mesures de protection de la sécurité du sang ;
- la lutte contre l'infection dans les établissements de santé ;
- l'éducation communautaire et la modification des lois et politiques pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination ;
- la réduction de la vulnérabilité par le biais des changements sociaux, juridiques et économiques.

La nouvelle donne

- Elaborer des politiques qui contribuent à réduire la vulnérabilité de nombreux individus – pour instaurer un contexte social, juridique et économique permettant la prévention.

Ces mesures englobent l'accès à l'éducation, l'autonomisation de la femme et la coopération internationale pour prévenir le trafic d'êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

- Comblent les lacunes de la prévention – en 2004, moins de 20% des personnes qui en ont besoin ont accès à des services de prévention du VIH.
- Faire en sorte que la prévention soit globale et comprenne tout un éventail d'interventions (voir ci-dessus), étant donné que chaque élément pris séparément ne suffit pas.
- Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA grâce à des cadres juridiques solides et à la protection des droits de tous les individus.
- Adapter la prévention aux besoins particuliers des populations, dont les groupes vulnérables tels que les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Dans le monde, on compte plus de 13 millions de consommateurs de drogues injectables et dans certaines régions, plus de 50% d'entre eux sont infectés par le VIH. Les expériences faites par des villes comme Dhaka, au Bangladesh et Londres, au Royaume-Uni, montrent qu'il est possible d'éviter et même d'inverser des épidémies majeures parmi les consommateurs de drogues injectables.
- Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes représentent entre 5% et 10% des cas de VIH dans le monde. Les programmes de prévention doivent tenir compte du fait que ce groupe subit une forte stigmatisation presque partout dans le monde – en 2002, 84 pays étaient dotés de lois interdisant les rapports sexuels entre hommes – et les efforts de prévention en sont entravés.

V. Traitement, prise en charge et soutien des personnes vivant avec le VIH

L'accès aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge des autres maladies liées au VIH demeure limité. L'Organisation mondiale de la Santé estime que neuf sur dix des personnes qui ont besoin d'urgence d'un traitement du VIH n'en bénéficient pas. Entre cinq et six millions de personnes mourront dans les pays en développement au cours des deux ans à venir si elles ne sont pas placées sous traitement antirétroviral.

En Afrique subsaharienne, on estime que 4,3 millions de personnes ont besoin de soins à domicile, mais que 12% seulement en bénéficient. En Asie du Sud, cette couverture tombe à 2%.

Pourtant le mouvement mondial en faveur de l'élargissement de l'accès aux traitements du VIH a fait des progrès importants ces dernières années. Jamais encore on a vu un tel niveau de ressources financières pour les traitements, la prise en charge et le soutien, ni une volonté politique aussi forte dans les pays pour délivrer ces services. Le prix d'un grand nombre de médicaments et produits diagnostiques a chuté de manière spectaculaire.

Améliorer l'accès

- La plupart des pays qui disposent de plans nationaux sur le SIDA y ont incorporé le traitement antirétroviral et se sont fixé des buts précis de couverture par les antirétroviraux. Certains ont alloué des fonds provenant de leurs budgets nationaux et de l'allègement de la dette pour soutenir les programmes de traitement.
- Plusieurs pays d'Amérique latine et des Caraïbes offrent maintenant une couverture universelle par les traitements antirétroviraux, à savoir l'Argentine, la Barbade, le Chili, le Costa Rica, Cuba, le Mexique et l'Uruguay. Le Gouvernement du Brésil estime que les traitements antirétroviraux lui ont permis d'économiser quelque 2,2 milliards de dollars en soins hospitaliers qu'il aurait autrement fallu dépenser pour les personnes vivant avec le VIH.
- Les donateurs privilégient de plus en plus le traitement et la prise en charge dans le cadre de leur engagement en faveur de l'élargissement de la riposte mondiale au VIH. Par exemple, le Programme plurinational de lutte contre le SIDA de la Banque mondiale, qui se monte à un milliard de dollars pour l'Afrique et à 155 millions de dollars pour les Caraïbes, permet aux gouvernements et aux autres bénéficiaires d'utiliser les fonds de la Banque mondiale de manière flexible pour le traitement du VIH. Les montants des subventions liées au VIH du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ont permis à 700 000 personnes d'accéder aux traitements antirétroviraux. Des donateurs bilatéraux tels que la France et les Etats-Unis ont lancé des fonds destinés à soutenir les programmes anti-rétroviraux.
- Les efforts du secteur privé vont grandissant. Un nombre croissant de compagnies mettent en place des programmes de traitement du VIH pour leurs employés, par exemple Anglo American, Eskom et Heineken.
- Les organisations non gouvernementales ont fait œuvre de pionniers en matière de traitement, à l'instar de Zanmi Lasante (Partenaires en Santé) en Haïti, et de Médecins Sans Frontières, démontrant ainsi que les traitements antirétroviraux peuvent être délivrés en toute sécurité et efficacité dans des situations où les ressources sont limitées.
- En septembre 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé l'Initiative '3 millions d'ici 2005'. Son but – objectif intermédiaire seulement,

élément d'un mouvement mondial destiné à mobiliser le soutien nécessaire pour parvenir à un accès universel – est de fournir des antirétroviraux à trois millions de personnes dans les pays en développement d'ici à 2005. A ce jour, 56 pays ont officiellement indiqué leur intérêt à participer à l'Initiative.

Baisse des prix

- Ces dernières années, le prix des antirétroviraux a chuté de manière spectaculaire. En 2000, le prix d'un traitement par une association d'antirétroviraux de première intention recommandée par l'OMS coûtait entre 10 000 et 12 000 dollars par patient et par année sur les marchés mondiaux. Aujourd'hui, le prix de certaines associations de génériques est tombé à 300 dollars par personne et par année. Le plaidoyer des personnes vivant avec le VIH et des leaders de la planète a contribué à faire baisser les prix. Néanmoins, le prix des antirétroviraux reste extrêmement élevé dans plusieurs pays à revenu intermédiaire, notamment la Russie, la Serbie et d'autres pays d'Europe centrale et orientale, dans lesquels l'épidémie est en rapide croissance.
- La coopération s'accroît encore entre les pays possédant une capacité de fabrication d'antirétroviraux – par exemple le Brésil, l'Inde et la Thaïlande – et les pays d'Afrique qui souhaitent mettre en place une production locale. Certains pays en développement coopèrent aussi avec des pays industrialisés d'Europe et d'Amérique du Nord pour promouvoir et entreprendre en commun le transfert des technologies de production d'antirétroviraux vers les pays en développement intéressés et capables de produire localement ces médicaments.

La nouvelle donne

- Renforcer les capacités humaines dans les pays pour lesquels la pénurie de personnels de santé est un obstacle au succès des programmes antirétroviraux. Dans certains pays, les effectifs de la santé devront tripler ou quadrupler pour parvenir à la couverture universelle des

traitements antirétroviraux. Dans les pays les plus touchés par le SIDA, le nombre de postes vacants de médecins, personnels infirmiers et autres agents de santé est extrêmement élevé ; en 2001, par exemple, le Malawi n'avait rempli que la moitié de ses postes d'infirmier(ère) dans le secteur public. Les incitations et les conditions de travail doivent être améliorées pour éviter l'émigration vers les pays à revenu plus élevé.

- Elargir les services de conseil et de test volontaires pour faire en sorte que chacun puisse connaître sa sérologie VIH, car cette connaissance ouvre la porte du traitement et de la prévention du VIH.
- Soutenir davantage le transfert et l'exportation des technologies – des pays possédant une capacité de fabrication à ceux qui en sont dépourvus. Tous les partenaires au sein de l'industrie pharmaceutique doivent faire partie de la riposte au SIDA pour assurer le succès de l'élargissement considérable de l'accès aux traitements, qui est désormais prévu.
- Faire en sorte que les pays puissent bénéficier de leurs droits à appliquer les dispositions des accords commerciaux permettant d'élargir l'accès aux médicaments et technologies liés au VIH. Il s'agit notamment de s'opposer aux dispositions plus strictes que nécessaires figurant dans les accords commerciaux régionaux qui sapent une bonne part de la flexibilité offerte aux pays en développement par les accords et déclarations commerciaux mondiaux.
- Réduire la stigmatisation liée au VIH afin que les traitements parviennent aux personnes qui en ont besoin.
- Mettre l'équité au premier rang des politiques et programmes afin d'assurer un accès juste aux traitements. Pour que l'accès devienne réellement universel, les obstacles aux traitements, qui se dressent devant les femmes, les enfants et d'autres groupes, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, doivent être éliminés.

VI. Financer la riposte au SIDA

De grands progrès ont été faits pour recueillir des fonds supplémentaires pour riposter à l'épidémie de SIDA. En 2003, on estime que 5 milliards de dollars étaient disponibles, provenant des donateurs, du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales internationales, des gouvernements des divers pays et des dépenses individuelles des personnes vivant avec le VIH et de leur famille. Pourtant ce montant représente moins de la moitié des sommes qui seront nécessaires d'ici 2005.

Les gouvernements nationaux des pays en développement dépensent toujours davantage pour leurs programmes SIDA – environ 2 milliards de dollars en 2002, mais ces montants ne représentent que 6-10% des dépenses liées au SIDA. Les disparités dans les dépenses SIDA dans le monde sont considérables. Aux États-Unis, les dépenses par personne vivant avec le VIH sont 35 fois plus élevées que celles de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes et 1000 fois plus que celles de l'Afrique.

Au début de 2004, des gouvernements nationaux, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale, le Plan d'aide d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le SIDA, et d'autres donateurs bilatéraux et fondations avaient annoncé des contributions d'un peu plus de 2 milliards de dollars pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux dans 34 des pays les plus touchés d'ici à la fin de 2005, ce qui laisse un déficit de 3,5 milliards de dollars. Mais on note d'énormes différences entre les pays : certains pays disposent déjà des fonds nécessaires pour couvrir leurs objectifs de traitement, alors que d'autres connaissent d'importants manques de fonds.

Même si les ressources financières augmentent, il existe de sérieux blocages à l'utilisation efficace de ces montants dans un grand nombre de pays fortement touchés. Il s'agit notamment d'un manque de capacités humaines et institutionnelles, des effets négatifs persistants de la stigmatisation et de la discrimination, d'un manque d'engagement

politique, de la lenteur du transfert des fonds du niveau national aux niveaux local et communautaire, de l'insuffisance des mécanismes de comptabilité et de vérification des comptes et des processus de financement bureaucratiques inconsistants de la communauté des donateurs internationaux.

Deux tiers du financement mondial pour 2005 et pour les années suivantes devraient provenir de la communauté internationale. La plupart de ces montants seront dépensés pour répondre aux besoins des pays les plus pauvres et les plus touchés d'Asie et d'Afrique subsaharienne. Ces pays se reposeront sur des donateurs extérieurs pour satisfaire jusqu'à 80% de leurs besoins.

Ressources consacrées à la recherche et au développement de vaccins et microbicides

Les vaccins et les microbicides sont des biens publics mondiaux (c'est-à-dire des biens qui présentent des avantages au-delà des personnes qui les utilisent directement) ; chaque infection évitée supprime une chaîne potentielle d'infections résultant de l'infection primaire. Des investissements des secteurs privé et public seront nécessaires pour trouver des vaccins et des microbicides. Selon l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA, les investissements du secteur public dans la recherche vaccinale semblent prêts à s'accroître, mais le financement global n'arrive pas au niveau des besoins.

La nouvelle donne

- Accroître les ressources provenant de tous les horizons et destinées à combattre la pandémie de SIDA, pour atteindre les 12 milliards de dollars qui seront nécessaires chaque année d'ici 2005.
- Identifier et supprimer les éventuels blocages dans les mouvements de fonds, améliorer radicalement les mécanismes de distribution des fonds à tous les niveaux – international, national, régional, communautaire et local.
- Dépenser plus 'intelligemment'. Développer la capacité des programmes à obtenir des résultats par l'utilisation efficace et efficiente des fonds et surveiller la performance et l'impact.
- Intégrer la nature exceptionnelle du SIDA dans le financement de la riposte dans les pays particulièrement démunis. Les fonds destinés au SIDA ne doivent pas retirer des ressources à d'autres activités au détriment du développement global. L'action contre le SIDA ne devrait pas accroître davantage le fardeau de la dette. Les institutions financières internationales devraient réfléchir d'une manière élargie et créative à des mécanismes susceptibles de fournir davantage de fonds aux pays actuellement confrontés à d'importants paiements du service de la dette.

VII. Ripostes nationales au SIDA

Dans tous les pays, la prévention du VIH et la prise en charge et le traitement du SIDA posent des problèmes complexes qui dépassent la capacité de chacun des secteurs. Pour une riposte efficace il convient :

- d'associer un leadership national fort et un réel sens d'identification ;
- d'assurer une bonne gouvernance, la mobilisation des ressources, une planification et une coordination multisectorielles ;
- de renforcer les capacités à absorber des ressources et exécuter les programmes ;
- de suivre et d'évaluer étroitement la riposte au SIDA ; et
- d'engager réellement les communautés, la société civile et le secteur privé.

L'engagement politique s'est récemment accru dans les pays les plus touchés. En Afrique subsaharienne, ainsi que dans plusieurs pays d'Asie et des Caraïbes, un nombre croissant de leaders ont décidé d'assurer personnellement la mise en œuvre de la riposte nationale au SIDA. Par exemple au Lesotho, en mars 2004, le Premier Ministre Pakalitha Mosisili et plus de 80 hauts fonctionnaires ont fait publiquement un dépistage du VIH pour tenter d'abolir la stigmatisation qui fait obstacle au conseil et au test volontaires.

Pourtant, dans de nombreux pays où le VIH est en propagation rapide, notamment en Asie et en Europe orientale, le manque de leadership pourrait entraîner des retards dans la riposte. En outre, dans les pays à faible prévalence, où l'épidémie est concentrée dans des populations particulièrement exposées au risque d'infection, telles que les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables, de nombreux hommes politiques de premier plan se tiennent à distance de la riposte au SIDA.

Le leadership doit se traduire en actions concrètes. Les efforts entrepris pour mesurer l'engagement à l'échelon pays (réalisés par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS et le Policy Project, basé aux Etats-Unis) indiquent une tendance générale

à l'amélioration, notamment dans la fourniture de ressources, de traitements et de soins.

On note une augmentation du nombre des pays disposant de stratégies nationales globales et multi-sectorielles sur le SIDA, et d'organismes nationaux de coordination du SIDA dirigés par les pouvoirs publics. Mais, l'existence d'organismes et de plans ne se traduit pas nécessairement en une action efficace et concertée. Par exemple, dans plusieurs pays d'Amérique latine, les programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont rares quand bien même ces populations connaissent des taux élevés d'infection à VIH.

Dans certains pays, la législation n'a pas suivi les progrès de la planification politique et stratégique. Près d'un tiers des pays ne disposent pas de politiques assurant aux femmes un accès équitable aux services essentiels de prévention et de prise en charge. La plupart des pays ont ratifié les conventions internationales relatives aux droits humains, mais ils ne les appliquent pas vraiment. Quarante pour cent seulement des pays ont adopté des lois interdisant la discrimination à l'égard des populations vulnérables au VIH, par exemple les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Près de 50% des pays d'Afrique subsaharienne n'ont

toujours pas adopté de lois susceptibles de prévenir la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

Le leadership se retrouve dans tous les secteurs de la société – organisations confessionnelles, groupes communautaires, groupements de personnes vivant avec le VIH et autres organisations de la société civile.

Les instances nationales chargées du SIDA se tournent toujours davantage vers des forums structurés de partenariats pour stimuler la participation de la société civile et élargir l'identification de la nation à la riposte. Mais il y a encore bien à faire. Une évaluation récente de la participation des ONG au premier cycle de distribution des subventions du Fonds mondial a révélé que l'engagement des gouvernements à collaborer avec les ONG semble quelque peu vide de sens. Nombre d'entre eux donnent l'impression de ne coopérer avec les ONG que pour obtenir des fonds puis perdent leur intérêt pour cette collaboration.

Les entreprises peuvent contribuer à la riposte au SIDA à divers niveaux. Bien que les programmes SIDA sur les lieux de travail soient en augmentation dans de nombreux pays touchés, les employeurs et les syndicats pourraient jouer un rôle encore beaucoup plus important. Vingt pour cent seulement des sociétés transnationales ont adopté des politiques globales concernant le SIDA sur le lieu de travail. A l'échelon pays, la mise en œuvre de politiques de ce type laisse généralement à désirer.

La décentralisation des actions liées au SIDA du niveau central vers une gestion à l'échelle du district et de la communauté constitue un autre problème pour les pays. Un investissement financier et politique important sera nécessaire pour créer des organismes de coordination efficaces dans les districts et les localités.

Avec l'augmentation du nombre d'organismes de financement et d'exécution, il est urgent de s'attaquer au problème bien documenté que constitue le risque de double emploi dans la riposte pays. Pour tenter de mieux harmoniser le financement SIDA, l'ONUSIDA a mené une action en collaboration avec les Etats-Unis, le Royaume-Uni et d'autres grands bailleurs de fonds, qui ont adopté ce que l'on a nommé les 'Trois Principes' – un plan national sur le SIDA, une instance nationale chargée du SIDA et un système de suivi et d'évaluation dans chaque pays.

La nouvelle donne

- Renforcer et soutenir le leadership national en faveur de la lutte contre le SIDA.
- Harmoniser les ripostes multisectorielles, les activités des donateurs et le suivi et l'évaluation, afin que les pays voient leur riposte nationale couronnée de succès. Trois quarts des pays rapportent que le suivi et l'évaluation constituent un problème majeur.
- Produire les données scientifiques et l'information stratégique nécessaires pour guider la riposte.
- Améliorer la capacité des pays à employer les fonds SIDA mis à leur disposition.
- Créer des mécanismes d'obligation redditionnelle pour suivre les ressources et démontrer qu'elles sont utilisées pleinement.
- Créer des mécanismes assurant que la société civile et le monde des entreprises contribuent à la riposte au SIDA, grâce à des partenariats publics/privés.
- Faire en sorte que la décentralisation soit une des pierres angulaires des ripostes nationales au SIDA.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de neuf organismes des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses neuf organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) rassemble neuf organisations du système des Nations Unies.



Depuis cinquante-huit 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. Les priorités de l'UNICEF dans la lutte contre l'épidémie de SIDA comprennent notamment la prévention chez les jeunes, la réduction de la transmission de la mère à l'enfant, et la prise en charge et la protection des orphelins, des enfants vulnérables, des jeunes et des parents vivants avec le VIH ou le SIDA.

PAM



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 Développement (PNUD)** est un organisme de développement très présent au niveau des pays. Son rôle est d'encourager un environnement habilitant en matière de politique, de législation et de ressources, qui contribue à susciter une riposte efficace au SIDA. Le PNUD aide les pays à placer le SIDA au centre des programmes nationaux de développement ; encourage le leadership à un niveau élevé au sein des gouvernements, de la société civile, du secteur privé et des communautés ; il aide les pays à développer leur potentiel d'action et à planifier, gérer et mettre en œuvre les ripostes à l'épidémie. Le PNUD s'efforce également d'assurer que les femmes et les personnes vivant avec le VIH disposent des moyens nécessaires et participent directement à la riposte au SIDA.



L'**UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la Population**, s'appuie sur trois décennies d'expérience en matière de santé reproductive et de problèmes de population en concentrant sa riposte à l'épidémie – dans plus de 140 pays – sur la prévention du VIH parmi les jeunes et les femmes enceintes, sur des programmes complets de fourniture de préservatifs masculins et féminins et sur le renforcement de l'intégration de la santé reproductive et du SIDA. L'UNFPA contribue en outre à la satisfaction des droits et des besoins des femmes et des adolescents séropositifs au VIH en matière de santé reproductive, à la promotion du conseil et du test volontaires ainsi que des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à l'amélioration de l'accès à l'information sur le VIH et le SIDA et aux moyens de prévention, y compris ceux qui sont nécessaires dans les situations d'urgence. Il effectue en outre des études démographiques et socioculturelles afin d'orienter les programmes et politiques.



L'**Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC)** a la responsabilité de coordonner toutes les activités des Nations Unies en matière de contrôle des drogues et de fournir un leadership efficace pour ces activités ; il est également chargé de la coopération internationale en matière de lutte contre le crime et le terrorisme transnationaux. Dans ce contexte, l'ONUDC soutient des approches globales de prévention et de prise en charge du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. En milieu carcéral, l'ONUDC contribue à la mise en œuvre des instruments, normes et standards internationaux, qui garantissent à tous les détenus un accès à des soins de santé, y compris pour le VIH et le SIDA. L'ONUDC aide les gouvernements à combattre le trafic d'êtres humains et fournit des orientations susceptibles de réduire les conséquences sanitaires pour les victimes de ce trafic, en particulier l'infection à VIH et le SIDA.



L'**Organisation internationale du Travail (OIT)** œuvre à l'obtention d'un emploi décent et productif pour tous, fondé sur des principes de justice sociale et de non-discrimination. La contribution de l'OIT à l'ONUSIDA comprend notamment : le caractère tripartite de ses membres, qui encouragent la mobilisation des gouvernements, des employeurs et des travailleurs contre le SIDA ; l'accès direct au lieu de travail ; une longue expérience dans l'élaboration de normes internationales de protection des droits des travailleurs ; et un programme mondial de coopération technique. L'OIT a produit un *Recueil de directives pratiques sur le VIH/SIDA et le monde du travail* – principes directeurs internationaux pour l'élaboration de politiques et de programmes au niveau national et sur le lieu de travail.



Au sein du système des Nations Unies, l'**Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO)** a une responsabilité particulière dans le domaine de l'éducation. L'ignorance constitue un facteur important dans l'épidémie de SIDA, c'est pourquoi l'éducation préventive est en tête des priorités de l'UNESCO. L'éducation est nécessaire pour sensibiliser les individus au fait qu'ils sont exposés au risque ou vulnérables, ainsi que pour développer les compétences et la motivation nécessaires pour l'adoption de comportements susceptibles de réduire le risque et la vulnérabilité et de protéger les droits de la personne. L'UNESCO collabore avec les gouvernements et les organisations de la société civile pour mettre en œuvre des politiques et programmes d'éducation préventive et pour atténuer l'impact du SIDA sur les systèmes d'enseignement.



Organisation mondiale de la Santé

L'objectif de l'**Organisation mondiale de la Santé (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 et du SIDA 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 fond 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.



BANQUE MONDIALE

La mission de la **Banque mondiale** est de combattre la pauvreté avec force et professionnalisme. Pour lutter contre le SIDA, qui menace d'anéantir les progrès du développement, la Banque a investi plus de 2 milliards de dollars dans des projets relatifs au VIH et au SIDA partout dans le monde. La plupart des ressources ont été fournies à des conditions extrêmement favorables, notamment des subventions aux pays les plus pauvres. Pour atténuer les conséquences dévastatrices du SIDA sur le développement, la Banque renforce sa riposte en partenariat avec l'ONUSIDA, les organismes donateurs et les gouvernements. La riposte de la Banque est globale, et comprend la prévention, la prise en charge, l'appui, le traitement et l'atténuation de l'impact.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>