



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

ONUSIDA/PCB(20)/07.2
2 mai 2007

**20^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme
de l'ONUSIDA
Genève, Suisse
25-27 juin 2007**

Point 1.6 de l'ordre du jour provisoire :

Rapport du représentant des ONG

**Document préparé par la délégation des ONG pour le Conseil de Coordination du
Programme**

Documents supplémentaires pour ce point : aucun

Action requise pour cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est prié de :

- i. Demander à l'ONUSIDA et à ses Coparrainants, à titre prioritaire, d'œuvrer à l'échelon national pour que les gouvernements puissent harmoniser leurs directives en matière de prévention de la transmission mère-enfant aux directives révisées de l'OMS, et de s'attacher en particulier à la dispense de traitement durable pour les mères séropositives.
- ii. Demander à ce que toutes les données collectées relatives au sida soient ventilées par âge et par sexe, et soient divisées ensuite par groupe d'enfants et d'adolescents, en vue de l'efficacité des programmes, des mesures de suivi et de l'évaluation;
- iii. Demander aux donateurs d'accroître dans une large mesure le financement des programmes de base de lutte contre la tuberculose, qui constitue l'élément clé pour empêcher l'évolution et la propagation de la tuberculose pharmacorésistante, et de consacrer des ressources additionnelles importantes pour combler les écarts en matière de financement mondial à long terme de la lutte contre la tuberculose et le VIH;
- iv. Suivre et évaluer l'approche des trois piliers en consultation avec les professionnel(le)s du sexe de manière à veiller à ce que les trois priorités, c'est-à-dire la mise en place d'un environnement favorable au respect de leurs droits ainsi que la promotion et le soutien de leur autonomisation, soient abordées avec la même attention et le même niveau de ressources.
- v. Accepter que, lors de la prochaine réunion du CCP, soit abordé le thème de l'élaboration d'initiatives conjointes visant à lutter contre l'homophobie, la discrimination et la criminalisation de la sexualité entre personnes de même sexe, faisant actuellement obstacle aux mesures de lutte contre le VIH dans bien des pays, ainsi que de la recherche de bonnes pratiques en la matière.
- vi. Demander au Secrétariat de l'ONUSIDA et à l'OMS d'évaluer, dans trois à cinq pays, le coût du dépistage et du traitement du VIH et de l'hépatite C et de donner des directives relatives à un schéma thérapeutique.
- vii. Demander à l'ONUSIDA et aux donateurs de soutenir les politiques et les programmes de ressources qui permettraient de répondre à la corrélation entre violence à l'égard des femmes et VIH/sida, et demander aux gouvernements d'intégrer cette composante à leurs programmes nationaux de lutte contre le sida.
- viii. Demander à l'ONUSIDA et à ses Coparrainants, à titre prioritaire, d'œuvrer à l'échelon national pour que les gouvernements puissent intensifier leurs approches de réduction des risques, notamment en ce qui concerne le partage de matériel d'injection et la thérapie de substitution, surtout dans les pays où l'épidémie est concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, et s'employer en particulier à éliminer la législation et les politiques empêchant la mise en œuvre efficace de services visant à la réduction des risques.
- ix. Demander à l'ONUSIDA, à ses Coparrainants et aux gouvernements de s'engager à intensifier de façon importante les programmes de prévention, à la fois pour les populations exposées au risque d'infection à VIH et pour les populations n'y étant traditionnellement pas exposées, telles que les femmes mariées et les adolescentes.

Incidence en termes de coûts des décisions :

- vi. 60 000 USD (sur la base du coût relatif à trois évaluations tenant compte des différences entre les sexes)

“ L'ONUSIDA a fait état d'une propagation rapide de l'épidémie de VIH et de dix millions de nouvelles infections possibles d'ici à 2010 ... Nous savons qui sont les personnes pouvant être exposées à des risques accrus d'infection à VIH, les prévisions épidémiologiques ont été faites, nous sommes face à une migration interne et externe, et à l'inégalité entre les sexes... la question est de savoir si neuf millions de nouvelles infections à VIH vont se produire en Chine dans les quatre ans à venir ? Allons-nous les laisser se produire ? La communauté internationale va-t-elle les laisser se produire ? Cela pourrait bien passer inaperçu. Dix millions de personnes représentent moins de 1 % de la prévalence du VIH ; cela pourrait bien se produire car dans le monde prévaut l'impunité lorsque les droits de l'homme sont violés. Cela pourrait bien se produire car les statistiques atténuent la douleur et la souffrance face à la mort que représente le sida.”

Mark Heywood, *South Africa AIDS Law Project*,
Conférence internationale sur le sida, Toronto 2006

1. Le 20 mars 2007, le Secrétaire général des Nations Unies, M. Ban Ki Moon, a présenté un rapport sur les progrès accomplis à la lumière de la Déclaration d'engagement et de la Déclaration politique sur le VIH/sida¹. Le rapport a été présenté sans fanfare, et en dépit du fait qu'il cherche à démontrer l'évolution en la matière, il nous offre une photographie peu encourageante de l'engagement mondial qui, à ce rythme-là, bien qu'il soit réel et que certains progrès aient été accomplis, ne débouchera pas sur l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge de tous ceux qui en ont besoin. Les chiffres pour 2006 démontrent clairement la lenteur des progrès vers la réalisation de cet objectif:

- i. 90% des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut ;
- ii. 4,3 millions de nouvelles infections à VIH se sont produites, dont la plupart en Afrique ;
- iii. 79% des femmes enceintes séropositives ne bénéficient pas de la prévention de la transmission mère-enfant ;
- iv. 530 000 enfants ont été infectés ;
- v. 72% de ceux nécessitant un traitement n'y ont pas accès ;
- vi. 2,9 millions de personnes sont mortes du sida, 72% desquelles en Afrique ;
- vii. 81% des consommateurs de drogues injectables (CDI) n'ont pas accès aux mesures visant à la réduction des risques ; et
- viii. 42% seulement des personnes qui en ont besoin ont accès aux préservatifs

2. Ces statistiques ne doivent pas, pour citer l'activiste Mark Heywood, nous faire oublier combien la mort due au sida engendre de douleur et de souffrances. Nous devons plutôt les utiliser pour continuer à renforcer notre détermination. Et il importe plus que jamais de plaider sans relâche en faveur d'un leadership plus solide et plus responsable. Ce rapport a pour objectif d'attirer l'attention sur certaines questions les plus pressantes du point de vue de la société civile en Amérique latine, aux Caraïbes, en Amérique du Nord, en Europe, en Asie, dans le Pacifique, en Afrique et au Moyen-Orient. Le présent rapport repose sur les idées et les recommandations que les groupes de la société civile² ont mises en avant l'année dernière et nous espérons qu'elles seront prises en considération et intégrées dans les activités de l'ONUSIDA.

¹ Assemblée générale des Nations Unies, Déclaration d'engagement et Déclaration politique sur le VIH/sida : progrès accomplis au cours des 12 derniers mois, A/61/816

² Il s'agit de Youth, African Civil Society Coalition, AMFAR, Canadian HIV/AIDS Legal Network, CARE International, CHANGE, Human Rights Watch, Interagency Coalition for AIDS and Development, International Women's Health Coalition, International Gay and Lesbian Human Rights Commission, Network of Sex Worker's Projects, OSI Public Health Program, RedBoI, International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), GMHC, Russian Harm Reduction Network, Harm Reduction Coalition, Rwanda Women's Organization, Asia Pacific Network of People Living with AIDS, GYCA, International, Treatment Preparedness Coalition in Eastern Europe (ITPCru.org), Eastern European and Central Asian Union of Organisations of PLHIV (ECUO), Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN), AIDS Action Europe, European AIDS Treatment Group (EATG)

Accès universel : accroître la prévention et le traitement

3. Il ressort une fois encore du processus de l'accès universel à l'échelon national, la nécessité d'établir des objectifs appropriés et réalistes en matière de traitement, et approuvés à la fois par le gouvernement et la société civile. Dans certains cas, ce processus devient de plus en plus difficile car il n'existe pas de données de base, et les estimations sont contradictoires ou inexactes. Par exemple, en ce qui concerne l'Inde, les estimations de l'OMS et de l'Organisation nationale de lutte contre le sida sont assez éloignées les unes des autres. En 2005, l'OMS a estimé que 783 000 personnes nécessitaient un traitement antirétroviral alors que l'Organisation nationale de lutte contre le sida n'en a estimé que 380 000.

4. La Déclaration politique approuvée lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale en juin 2006, concerne notamment l'engagement des pays à déterminer des objectifs ambitieux visant à la réalisation de l'accès universel. Selon les derniers rapports de l'ONUSIDA et de l'OMS, à la fin 2006, 90 pays avaient fourni des objectifs chiffrés à la lumière des indicateurs de résultats que l'ONUSIDA a proposés dans ses directives opérationnelles sur l'établissement d'objectifs relatifs à l'accès universel. Sur ces 90 pays, 81 avaient établi des objectifs en matière de traitement et 84 en matière de résultats concernant au moins une mesure de prévention, s'agissant dans la plupart des cas, de la prévention de la transmission mère-enfant. Bien que les pays se soient engagés à établir des objectifs à la fin de 2006, nombre de pays attendent toujours l'approbation officielle de ces objectifs par les autorités nationales, et certains pays dont la prévalence est faible viennent tout juste d'entamer ce processus. Par ailleurs, étant donné l'harmonisation et l'intégration nécessaires de l'établissement des objectifs aux processus de planification nationale, un certain nombre de pays poursuivront ce processus au cours de l'année 2007.

5. Seule une riposte complète intégrant prévention, traitement et prise en charge pourra renverser la tendance de la pandémie. Les mesures prises pour intensifier la prévention sont loin de répondre aux attentes quand, dans le monde entier, 4,3 millions de nouvelles infections se sont produites l'an dernier. Le nombre de personnes ayant contracté le VIH dans le monde est environ six fois plus élevé que le nombre de personnes ayant commencé un traitement antirétroviral. En outre, on estime que sur le nombre de personnes exposées au risque d'infection à VIH, une sur cinq seulement a accès à la prévention ; 12% seulement des personnes exposées au risque le plus élevé d'infection ont accès au conseil et test VIH ; 24 % des personnes exposées au risque le plus élevé d'infection ont accès à l'éducation au VIH/sida ; 42 % des personnes nécessiteuses ont accès aux préservatifs ; et 19 % des consommateurs de drogues injectables ont accès à des programmes de réduction des risques.³ La plupart des infections se produisent en Afrique, continent qui compte près des deux tiers de l'ensemble des personnes infectées par le VIH dans le monde.

6. Les militants de la société civile n'ont eu de cesse d'en appeler à une approche intégrée de la prévention, du traitement et de la prise en charge. Pour pouvoir intensifier les programmes et les services de traitement et de prévention dans toutes les régions, les donateurs doivent honorer et maintenir dans le temps leurs engagements en faveur de la lutte contre le VIH/sida ; l'infrastructure doit être renforcée, et il faut s'attaquer davantage aux questions relatives aux droits de l'homme, notamment à la stigmatisation, à la discrimination et à l'inégalité entre les sexes. En Afrique subsaharienne, le manque crucial de professionnels de santé et la faiblesse des systèmes de santé constituent un obstacle majeur à l'intensification de l'accès à la prévention, au traitement et à la prise en charge.

³ Le point sur l'épidémie de SIDA 2006, ONUSIDA

7. C'est en évaluant le processus national d'établissement des objectifs que les organisations de la société civile ont exprimé leurs préoccupations face à l'absence de la prévention dans les programmes et même lorsque la question en fait partie, c'est souvent uniquement dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant. Les mesures de prévention doivent :

- i. Etre intensifiées et comprendre le conseil et test VIH volontaires et confidentiels;
- ii. Offrir l'accès aux préservatifs masculins et féminins, et leur approvisionnement, ainsi qu'aux méthodes barrières, aux microbicides et aux vaccins à mesure qu'ils sont disponibles ;
- iii. Comprendre l'éducation sexuelle complète fondée sur des faits ;
- iv. Intégrer des programmes et des politiques visant à promouvoir l'égalité entre les sexes ;
- v. Comprendre la mise à disposition d'aiguilles stériles et la réduction des risques;
- vi. Comprendre la prophylaxie post-exposition.

8. Nous avons accueilli favorablement les directives données récemment concernant la prévention et nous espérons que l'ONUSIDA indiquera prochainement sous quelle forme se feront le soutien et l'engagement dans les pays pour intégrer cette question dans les politiques et programmes de lutte contre le sida.

9. Devant l'achèvement dernièrement de l'un des essais à grande échelle concernant l'efficacité des microbicides, nous devons garder à l'esprit qu'il est nécessaire de conduire en permanence des essais bien conçus et qu'il faut trouver d'urgence un microbicide efficace. Les organisations et les militants de la société civile dans ce domaine s'accordent à dire qu'il faut s'engager davantage dans la recherche sur les microbicides et tenir compte des outils de prévention déjà existants et dont l'efficacité est avérée. Nous remarquons qu'en dépit des traitements possibles mis à disposition, l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant demeure très faible. De même, on observe toujours une pénurie de préservatifs dans le monde, en particulier de préservatifs féminins. Malheureusement, le soutien de plus en plus faible que les responsables politiques accordent au préservatif, les informations erronées et la stigmatisation liées au préservatif, les normes sociales et culturelles associées à l'opposition idéologique à la promotion et à l'usage du préservatif, ainsi que le calendrier des donateurs, tout cela conduit à exposer les personnes à des risques accrus d'infection à VIH. Par exemple, dans la plupart des pays en développement, l'État refuse de distribuer des préservatifs aux prisonniers, ce qui rend un très grand nombre de personnes vulnérables au VIH. Les préservatifs masculins et féminins demeurent la seule technologie disponible pour se protéger de la transmission sexuelle du VIH. Par ailleurs, les préservatifs empêchent la transmission des infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées ainsi que les complications qui en découlent.

Prévention chez les jeunes

10. Chaque jour, environ 6 000 jeunes contractent le VIH, dont des jeunes femmes pour la plupart. Par ailleurs, plus de la moitié des 4,3 millions de personnes infectées chaque année ont moins de 25 ans. La pauvreté, le chômage, le manque d'éducation et d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, la violence sexuelle, l'inégalité entre les sexes, font croître la vulnérabilité des jeunes gens à l'infection à VIH. Dans le monde, 15 millions d'enfants et d'adolescents sont rendus orphelins par le sida et sont aujourd'hui chefs de foyers. En dépit de l'engagement de dirigeants mondiaux visant à ce qu'en 2005, 90 % des jeunes sachent comment se protéger de l'infection à VIH, aujourd'hui dans les pays les plus touchés, moins de la moitié des jeunes savent déterminer correctement les modes de transmission du VIH.

11. Dans la Déclaration politique de 2006, les gouvernements se sont engagés à prendre des mesures contre l'augmentation des infections à VIH chez les jeunes et à appliquer des stratégies de prévention fondées sur des faits et complètes, portant notamment sur l'utilisation des préservatifs et l'éducation au VIH destinée aux jeunes. En dépit de cet engagement, peu de pays en ont tenu compte dans le processus d'établissement d'objectifs au niveau national. Il est urgent de faire en sorte que les jeunes gens puissent accéder plus largement à des services abordables en matière de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'au conseil, que leurs droits à la vie privée et à la confidentialité soient respectés, et qu'ils puissent bénéficier de la gamme complète des produits liés à la santé reproductive. Le taux croissant d'infection chez les jeunes, et chez les jeunes femmes en particulier, met en évidence la nécessité de prendre des mesures d'urgence pour dispenser une éducation sexuelle complète aux jeunes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école.

La stagnation de l'intensification du traitement du sida menace la vie de millions de personnes

12. Un an après la fin de campagne « 3 millions d'ici 2005 » menée par l'Organisation mondiale de la Santé pour mettre sous traitement 3 millions de personnes dans les pays à faible et moyen revenus, il y a toujours 1 million d'écart par rapport à l'objectif fixé. À propos de « l'incapacité à atteindre cet objectif », la *International Treatment Preparedness Coalition* (ITPC) déclare que, « s'il est vrai que des progrès importants ont été réalisés dans certains secteurs, les efforts faits en matière de fourniture de traitements du sida risquent de stagner. Davantage de personnes bénéficient du traitement, mais le rythme de l'intensification reste beaucoup trop lent ». Dans les pays d'Europe de l'Est et de l'Asie centrale, 15 % des personnes nécessitant un accès au traitement tandis qu'en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 6% seulement y ont accès ; selon les estimations, cette région serait la moins couverte. Dans de nombreux pays, bien des personnes nécessitant ce traitement ne peuvent pas en bénéficier, en particulier dans les zones rurales et au sein des populations marginalisées. En Afrique subsaharienne, moins du quart des 4,6 millions de personnes estimées avoir besoin de thérapie antirétrovirale en bénéficient. Malgré cette situation alarmante, des objectifs mondiaux clairement définis en matière d'intensification des traitements et services liés au sida n'ont pas été établis.

13. Les derniers chiffres relatifs à l'accès au traitement du sida publiés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tirent la sonnette d'alarme en ce qui concerne l'intensification des traitements du sida. En 2006, l'accès aux traitements a augmenté de 700 000 pour atteindre un chiffre estimé à 2 015 000 personnes, laissant des millions d'autres personnes nécessitant d'urgence la thérapie antirétrovirale. Si l'augmentation se poursuit à ce rythme, sur les 9,8 millions de personnes que la communauté internationale avait prévu de mettre sous traitement d'ici à 2010, chiffre réaffirmé comme objectif de l'accès universel, 5 millions de personnes en moins seront sous traitement.

14. En 2006, 5 millions de personnes n'ont pas pu accéder à la thérapie antirétrovirale, et l'OMS – l'organisme des Nations Unies responsable du traitement du sida – n'a pas eu suffisamment de fonds pour maintenir l'intensification des traitements du sida. Les pays du G8 n'ont pas pleinement honoré les engagements qu'ils ont pris à Gleneagles en 2005 en faveur de l'accès universel au traitement, à la prévention et à la prise en charge. Etant donné que les fonds promis ne seront pas versés, des milliers de décès qui auraient pu être évités vont se produire. Vingt-six pays seulement sur 100 ont élaboré des plans nationaux chiffrés pour les interventions clés contre le VIH/sida, soit un taux d'échec de plus de 75 % par rapport au premier critère fixé. Cette absence de leadership et d'engagement national constitue l'obstacle majeur aux interventions pouvant sauver des millions de vies.

15. Il est absolument essentiel d'élaborer un plan solide pour l'accès au traitement de seconde intention, de manière à pouvoir poursuivre les progrès réalisés en matière d'accès au traitement. Dans la plupart des pays, il n'existe pas de politique visant à mettre à disposition un traitement de seconde intention. En Amérique latine, les médicaments ne sont toujours pas disponibles en quantité suffisante au niveau local, les traitements de seconde intention coûtent chers, et les accords bilatéraux de libre-échange mettent à mal la capacité des pays à recourir aux dispositions de l'OMC permettant au pays de produire à moindre coût les médicaments protégés par des brevets⁴. L'augmentation des infections à VIH ainsi que l'augmentation des coûts des médicaments menacent la viabilité des traitements actuellement dispensés. La baisse des coûts des antirétroviraux de première intention a permis d'élargir l'accès au traitement, mais à mesure que les personnes sous traitement développent une résistance, de nouveaux traitements doivent être mis à disposition. Les plans de l'industrie pharmaceutique visant à réduire le coût des traitements de seconde intention dans certains pays à faible et moyen revenus est un pas dans la bonne direction, néanmoins, l'ONUSIDA et l'OMS devront œuvrer avec la communauté internationale pour que l'accès au traitement de seconde intention soit élargi.

16. Les défenseurs du traitement se sont mobilisés en Inde et en Thaïlande à propos d'un conflit concernant les brevets des médicaments qui menacent les programmes de traitements. Le 30 août 2003, la décision du Conseil général de l'OMC sur le paragraphe 6 de la Déclaration de Doha relatif à l'Accord sur les ADPIC et la santé publique a indiqué clairement que les pays peuvent émettre des licences pour outrepasser les droits afférents aux brevets, dans le but de répondre à leurs besoins de santé publique. De nombreuses déclarations, notamment la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, en juin 2006, encouragent les pays à tirer pleinement parti de la « souplesse » conférée par les ADPIC, mais lorsqu'ils agissent en ce sens, ils font face à la critique et aux représailles. Nous appuyons et faisons valoir la décision du gouvernement thaï d'émettre une licence obligatoire lorsqu'il s'agit d'un médicament très important pour traiter les patients nécessitant des médicaments de seconde intention, et nous appelons les sociétés pharmaceutiques à cesser de faire pression sur les pays qui souhaitent fournir des traitements durables et à moindre coût à leurs citoyens.

Inégalités entre les sexes, prévention de la transmission mère-enfant et circoncision masculine

17. Partout dans le monde, les femmes et les filles sont de plus en plus touchées par l'infection à VIH. En Amérique latine, entre 2003 et 2006, le pourcentage de femmes ayant contracté le VIH a augmenté de 10 %. En Ukraine, 42% des personnes infectées à VIH sont des femmes. Les femmes, en particulier les jeunes femmes et les filles, sont vulnérables en raison du déni de leurs droits, de l'inégalité entre les sexes, de facteurs sociaux, culturels et économiques, de la violence omniprésente et de leur constitution biologique. L'inégalité entre les sexes conduit à, et maintient à la fois, la propagation du VIH/sida. S'il est vrai que

⁴ http://data.unaids.org/Topics/UniversalAccess/UniversalAccess_Bulletin_30Jan2006_en.pdf

ces dernières années on a reconnu plus largement que l'épidémie de sida affectait la vie des femmes et des filles dans bien des aspects, la riposte n'a pas été proportionnelle à l'augmentation accrue de l'infection et des risques chez les femmes et les filles. Le processus est assez simple et l'on observe une résistance au changement des approches traditionnelles de l'épidémiologie et de la santé qui ne prennent pas en compte les facteurs sociaux, culturels, économiques et des droits humains contribuant à la féminisation de l'épidémie.

18. Dans la région Asie-Pacifique, on estime qu'entre 2001 et 2004, le nombre de femmes séropositives dans cette région a augmenté de 16 % et a atteint 2,4 millions – soit près du tiers du nombre total de personnes infectées dans la région, ce chiffre atteignant 39 % en Thaïlande et 46 % au Cambodge. Le facteur d'exposition au risque le plus élevé d'infection à VIH chez les femmes dans la région est le mariage ; par exemple, en Inde et en Thaïlande, le pourcentage des femmes séropositives infectées par leur mari est respectivement de 90 % et 80 %.

19. De manière générale, une femme sur trois fera face à une forme ou une autre de violence sexiste au cours de sa vie. Des études menées dans les pays où la prévalence du VIH est forte montrent que le risque de contracter le VIH est peut-être trois fois supérieur pour les femmes qui ont fait l'objet de violences que pour celles qui n'en ont pas fait l'objet. Dans de nombreuses études, les femmes indiquent que la violence et la crainte de la violence les conduisent à révéler leur statut VIH et à fréquenter les services de dépistage et autres services. Les femmes déclarent également que la violence et la crainte de la violence pèsent sur leurs capacités à négocier un comportement à moindre risque avec leurs partenaires sexuels. Dans de nombreux pays, le crime du viol conjugal n'est pas reconnu. Malgré cela, la communauté internationale n'a pas encore répondu avec efficacité et cohérence à ces problèmes avérés. La campagne lancée récemment par le groupe international de femmes, *Women Won't Wait*, est un grand pas en avant vers la sensibilisation de l'opinion à la corrélation entre la violence à l'égard des femmes et le VIH/sida. La campagne appelle la communauté internationale à mettre au point des mesures spécifiques visant à lutter contre la violence à l'égard des femmes dans chaque programme relatif au VIH/sida, et à consacrer les ressources nécessaires à cette action. Les questions nécessitant une attention particulière sont entre autres les suivantes :

- i. Le suivi de l'accès au traitement selon l'âge, le sexe et la continuité des soins ;
- ii. La corrélation entre pauvreté et sida, l'impact disproportionné du sida sur les femmes et les filles, et en particulier les liens existant entre les programmes de prévention du VIH et ceux visant à promouvoir les actifs économiques ;
- iii. L'examen de la charge disproportionnée que les femmes et les filles, les personnes âgées et les jeunes supportent, en l'absence de dispositif de protection sociale, pour s'occuper de leurs proches malades et assurer les moyens de subsistance à mesure que les membres de leur famille qui gagnent de l'argent tombent malades et meurent ;
- iv. La corrélation entre l'âge et l'appartenance sexuelle, en particulier en ce qui concerne la mesure dans laquelle les femmes âgées et plus jeunes peuvent être exposées au risque d'infection à VIH et être exclues des services, de la prise en charge, du soutien et des nouvelles technologies de prévention et des essais cliniques ;
- v. L'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive, au conseil et test confidentiels et à la protection contre la violence, la stigmatisation et la discrimination pouvant découler de la révélation de leur statut VIH;

- vi. Le niveau des ressources actuellement allouées et le suivi des ressources consacrées aux services de santé et d'éducation en matière de VIH/sida visant à protéger et autonomiser les femmes et les filles ; et,
- vii. La sexualité des femmes en examinant la façon dont elles peuvent exercer leurs droits sexuels et être en position de négocier lorsqu'elles ont des relations sexuelles, le nombre de fois et la façon dont elles peuvent se protéger elles-mêmes contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH. Ce processus devrait aussi prendre en compte le fait que les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes peuvent aussi être exposées au risque d'infection à VIH.

20. Près de 90% des femmes qui ont besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant n'y ont pas accès. La prévention de la transmission mère-enfant est très efficace et elle est simple à gérer. Pourtant, malgré les compétences à disposition, les connaissances, et l'engagement politique important, l'appel à l'action et les conséquences de l'absence d'action, comme le démontre le taux croissant d'enfants ayant contracté le VIH, l'évolution quant à la prévention de la transmission mère-enfant est presque nulle. Dans un rapport récent de l'OMS, on estime qu'en 2005, seulement 220 000 femmes enceintes sur les plus de 2 millions estimées vivre avec le VIH bénéficient de la prophylaxie antirétrovirale dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant, soit une couverture estimée à 11 % (ce taux de couverture varie de moins de 1 % à 54 % selon les pays d'Afrique subsaharienne). Par ailleurs, même lorsque les pays ont mis en place des objectifs et des programmes en matière de prévention de la transmission mère-enfant, ces derniers n'ont pas été intensifiés et les efforts ont été entravés d'autant par le manque de test de dépistage du VIH pour les femmes enceintes.⁵

21. La circoncision masculine pourrait constituer un pas en avant significatif vers l'intensification des mesures de prévention ; néanmoins, les messages liés à la santé publique doivent insister sur le fait que la circoncision masculine ne protège pas entièrement les hommes contre l'infection à VIH et nous ne savons pas si cela protège les femmes. Les prestataires de services doivent continuer de promouvoir le comportement sexuel à moindre risque et l'usage efficace de tous les moyens de prévention. Il est également important de tenir compte du contexte culturel et religieux entourant la circoncision masculine et celle-ci doit être entièrement volontaire. La promotion du préservatif ainsi que les mesures visant au changement de comportement doivent être menées en collaboration avec les services liés à la circoncision masculine. Le personnel formé et les ressources limitées ne doivent pas être détournés des priorités urgentes de même nature. Cela est vrai pour les services de santé sexuelle et reproductive qui demeurent insuffisamment financés et inaccessibles à de nombreuses femmes et filles. En outre, une recherche plus approfondie est nécessaire pour pouvoir vérifier l'impact de la circoncision masculine sur les partenaires sexuels. Les organisations de la société civile se préoccupent particulièrement du fait que les études n'ont pas évalué pleinement l'impact de la circoncision masculine sur la transmission du VIH aux partenaires sexuels féminins et masculins, lors de rapport sexuel vaginal.

⁵ Rapport d'activité de l'OMS page 9

Traitement pédiatrique

22. De manière générale, le traitement pédiatrique pour les enfants infectés à VIH fait cruellement défaut et seulement un enfant sur dix nécessitant un traitement antirétroviral a accès à ce traitement. Au Nigéria, il y a environ 100 000 enfants nécessitant un traitement pédiatrique et on estime que 3 % seulement en bénéficiaient en septembre 2006. Seulement 4 % des enfants nés de mères infectées par le VIH reçoivent un traitement prophylactique pour prévenir les infections opportunistes pouvant leur coûter la vie, et selon l'OMS, 380 000 enfants sont morts l'an dernier, dans les pays en développement, de maladies évitables liées au sida. Il est encourageant de voir que les pays prennent des mesures pour intégrer le traitement du VIH destiné aux enfants dans les services de traitement réservés aux adultes. Le coût du traitement pédiatrique demeure un obstacle aux efforts d'intensification.

23. Les stratégies de prévention doivent s'attacher aux adolescents et aux jeunes gens les plus exposés aux risques d'infection à VIH. Généralement, davantage de jeunes femmes que de jeunes hommes contractent le virus et les chiffres montrent que la baisse de la prévalence du VIH dans certains pays découle de comportement sexuel à moindre risque adopté par les jeunes. Néanmoins, s'agissant de la prévention des jeunes gens, certaines des approches les plus efficaces pour prévenir la transmission du VIH/sida ne sont pas appliquées. Malgré son inefficacité prouvée, certains gouvernements continuent de prôner l'abstinence en tant que seule mesure. Des évaluations récentes des programmes d'abstinence ont démontré que cette mesure n'a pas d'impact sur le comportement, par exemple, en ce qui concerne l'âge du premier rapport sexuel. Généralement, ces programmes, et contrairement à ce qui est prouvé, exposent les méthodes de contraception ainsi que des informations sur les préservatifs, mais concernant leur taux d'échec uniquement. En Afrique subsaharienne, la plupart des jeunes adultes n'ont pas les connaissances appropriées en matière de transmission du VIH, de sorte que l'accent mis sur « l'abstinence uniquement » et les informations inexacts sur l'inefficacité des préservatifs conduisent à exposer les jeunes au risque d'infection à VIH. Les programmes fondés sur des faits, respectant les droits individuels et dispensant aux jeunes gens une éducation sexuelle complète, mettant l'accent sur l'égalité entre les sexes, sont absolument nécessaires.

Co-infection VIH-tuberculose

24. Dans le monde, 2 milliards de personnes sont infectées par le bacille de la tuberculose⁶ et 13 millions au moins souffrent de co-infection VIH-tuberculose. S'il est vrai que la tuberculose est curable, même chez les personnes vivant avec le VIH, l'OMS indique qu'en 2005, 7 % seulement des patients souffrant de la tuberculose ont été testés séropositifs dans le monde, et les pays où l'épidémie de VIH est généralisée ont indiqué que 13 % seulement de tous les patients atteints de tuberculose ont été testés séropositifs. Dans le monde, 86% du nombre estimé de patients atteints de tuberculose séropositifs ne font pas le test de dépistage du VIH au cours de leur traitement contre la tuberculose.⁷ Les organisations de la société civile considèrent dans une large mesure que la crise de la tuberculose ultrarésistante a été générée par l'incapacité constante à fournir des services de base intégrés et de qualité pour lutter contre la tuberculose et le VIH. En conséquence, les acteurs de la société civile ont appelé à mettre fin à la séparation contre-productive des programmes pour la lutte contre la tuberculose de ceux pour la lutte contre le VIH. Les mesures prises récemment par le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, le Dr Peter Piot, en signant '*Call to Stop TB*' et insistant sur l'engagement de l'ONUSIDA à s'attaquer à la tuberculose en tant que cause majeure de maladie et de décès parmi les personnes vivant avec le VIH, constituent un pas en avant significatif vers la fin de la séparation existant actuellement, et vers une collaboration plus étroite entre ces services.

⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>

⁷ Rapport OMS page 21

Co-infection VIH-hépatite C

25. La consommation de drogues injectables est à l'origine d'au moins 70 % de la transmission du VIH dans certains pays et dans ces conditions, le risque de co-infection VIH-hépatite est très élevé mais il est rarement signalé ni détecté à temps. L'OMS estime que 2,5 à 4,9 % de la population chinoise a contracté le virus de l'hépatite C. Le traitement contre l'hépatite C est très cher et inaccessible à la plupart des patients. Le traitement le plus courant contre la co-infection VIH-hépatite C, et c'est l'aspect le plus important, pose de multiples difficultés et il est hépatotoxique. Il faut prendre d'urgence des mesures pour qu'une plus grande variété d'antirétroviraux soit mise à disposition, de manière à réduire la toxicité pour le foie ainsi que le nombre de cirrhoses et de décès.

26. À l'échelle mondiale, peu de pays offrent gratuitement le dépistage de l'hépatite dans les services de dépistage du VIH, d'autant moins en ce qui concerne le traitement de l'hépatite lorsqu'il existe une co-infection VIH-hépatite. Même lorsque le dépistage et le traitement existent, ces services se trouvent généralement dans les zones urbaines et sont souvent inaccessibles et inabordables étant donné le coût global du déplacement, du dépistage et/ou du traitement.

Garantir les droits des professionnel(le)s du sexe

27. Les défenseurs des professionnel(le)s du sexe font campagne pour que les professionnel(le)s du sexe travaillent dans un environnement favorable et dans de bonnes conditions, pour qu'ils(elles) aient accès au matériel et aux informations visant à des pratiques sexuelles à moindre risque, pour lutter contre la violence à l'égard des professionnel(le)s du sexe en tant que moyen le plus efficace de répondre au risque du VIH/sida et pour que les programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et leurs clients soient efficaces. Lors de la consultation mondiale du UNFPA sur l'industrie du sexe au Brésil en juillet 2006, les professionnels du sexe et les spécialistes en santé publique ont appelé à de meilleures conditions de travail dans l'industrie du sexe, et ont mis en lumière l'impact de la violence, de la répression policière, de la violation des droits des professionnel(le)s du sexe et de la criminalisation générale sur les mesures de prévention du VIH. Nous avons accueilli favorablement les orientations et l'approche unifiée des Organismes coparrainants de l'ONUSIDA fournies récemment par le Secrétariat de l'ONUSIDA sur la réduction de la vulnérabilité au VIH dans le contexte de l'industrie du sexe. Toutefois, nombre de défenseurs des droits et de la santé des professionnel(le)s du sexe sont préoccupés par le cadre des « trois piliers » et sont d'avis que cela pourrait faire dévier l'axe des stratégies judicieuses de prévention du VIH, telles que l'éducation par les pairs et l'autonomisation des professionnel(le)s du sexe. Les réseaux de professionnel(le)s du sexe affirment qu'au niveau national, les ressources vont conduire les personnes à sortir de l'industrie du sexe et non à améliorer leurs conditions de travail ni à appuyer l'éducation par les pairs. Il y a eu également un nombre croissant d'interventions policières dans les maisons closes qui ont été considérées comme une violation des droits de l'homme et ont aggravé les conditions de vie des professionnel(le)s du sexe saisies lors de ces interventions. Aucun élément ne prouve que ces interventions conduisent à empêcher la traite des êtres humains ou à la propagation du VIH, en revanche, toutes les données tendent à prouver que la négociation et de meilleures conditions de travail font baisser les taux de prévalence du VIH et permettent aux professionnel(le)s du sexe d'aider leurs pairs qui veulent quitter l'industrie du sexe. Il faudra à l'avenir approfondir le dialogue et la collaboration entre les Coparrainants de l'ONUSIDA et les professionnel(le)s du sexe pour faire en sorte que l'approche proposée des « trois piliers » conduise à sauvegarder et à promouvoir les droits des professionnel(le)s du sexe.

L'homophobie continue d'entraver les mesures de lutte contre le VIH

28. La criminalisation de l'homosexualité est un obstacle aux mesures de lutte contre le VIH, et conduit les homosexuels et les bisexuels à la clandestinité et à leur faire craindre de parler de leur comportement sexuel, et de consulter des services liés au VIH. L'homophobie et la criminalisation de l'homosexualité constituent toujours un obstacle majeur à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien. Les pays comme le Cap Vert et l'Afrique du Sud ont abrogé leurs lois sur la sodomie et les responsables gouvernementaux au Kenya, au Malawi et à Maurice ont entamé des discussions sur le caractère néfaste de ces lois. Néanmoins, en dépit de ces mesures positives pour faire abroger des lois qui criminalisaient les relations homosexuelles, la résurgence de l'intolérance et de l'homophobie associée au manque d'action visant à l'annulation desdites lois, violant les droits humains des homosexuels, hommes et femmes, menacent sérieusement la riposte au sida dans bien des pays.

29. L'*International Gay and Lesbian Human Rights Commission*, indique que dans toute l'Afrique, le VIH décime les communautés homosexuelles « ...avec l'impact de l'épidémie touchant de nouveau fortement et rapidement les homosexuels à New York, à San Francisco et dans d'autres villes d'Amérique du Nord touchées dans les années 80 », et que les programmes de lutte contre le sida ne satisfont pas les besoins des communautés homosexuelles.⁸ La Commission appelle également à prêter davantage attention aux lesbiennes, une question que la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW) a soulevée en 1992. L'ICW a également appelé à mener une recherche sur la transmission entre femmes, à reconnaître et à soutenir les lesbiennes vivant avec le VIH/sida.

30. Il est profondément préoccupant qu'en 2006, on assiste à une résurgence de la criminalisation de l'homosexualité, en témoigne l'adoption d'un projet de loi au Nigéria qui permettrait d'incarcérer quiconque se prononcerait, ou formerait un groupe de soutien, en faveur des droits des homosexuels. Dernièrement, la Pologne a proposé une loi interdisant toute discussion sur l'homosexualité dans les écoles, ce qui porte directement atteinte aux efforts de la société civile pour faire des campagnes d'informations efficaces sur la prévention du VIH/sida.

31. Des militants en Jamaïque et *Human Rights Watch* ont appelé à faire cesser la violence à l'égard des homosexuels et les assassinats de militants homosexuels, et ont appelé les autorités à ouvrir des enquêtes et à poursuivre en justice les auteurs de ces actes de violence. Les mesures visant à l'abrogation de loi criminalisant l'homosexualité, de manière à respecter le droit international des droits de l'homme, doivent être renforcées et les arrestations, le harcèlement et la persécution de personnes du fait de leur orientation sexuelle doivent cesser. Sans quoi, ces lois contribueront toujours à rendre les homosexuels vulnérables au VIH et les maintiendront dans la clandestinité et la marginalisation.

Consommateurs de drogues injectables (CDI)

32. Le manque de volonté politique de couvrir les communautés marginalisées demeure un obstacle majeur à la prévention, en particulier dans les régions où l'épidémie est concentrée chez les consommateurs de drogues injectables. Les consommateurs de drogues injectables sont estimés à 13,2 millions dans le monde. Un nouveau cas d'infection sur trois, en dehors de l'Afrique, concerne un consommateur de drogues injectables. Le partage de matériel d'injection et la transmission sexuelle du VIH des consommateurs de drogues injectables séropositifs à leurs partenaires représentent plus du tiers des nouveaux cas d'infection à VIH aux Etats-Unis. En Europe de l'Est et en Asie centrale, où près de 83 %

⁸ *Off the Map: How HIV/AIDS Programming is Failing Same-Sex Practicing People in Africa*. IGLHRC, 2007

des cas d'infection à VIH sont attribués à la consommation de drogue injectable, les consommateurs de drogues injectables, anciens ou actuels, ne représentaient que 24 % des personnes sous traitement antirétroviral à la fin 2004. De manière générale, les consommateurs de drogues injectables ont toujours peu accès, et de manière inéquitable, au traitement antirétroviral, en particulier en Europe de l'Est.

33. Les stratégies de prévention visant les consommateurs de drogues injectables doivent être complètes et comprendre des informations, des compétences et un soutien permettant de réduire les risques à la fois liés à la transmission de drogues et à la transmission sexuelle. Les facteurs de risque d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables sont très différents selon le sexe et ces différences doivent être mieux appréhendées afin que les programmes de prévention du VIH en tiennent compte et soient plus efficaces. Par exemple, dans certains cas, les femmes consommant des drogues injectables sont plus vulnérables au VIH que leurs semblables masculins et sont plus susceptibles d'avoir des antécédents de violence sexuelle. Des études ont montré qu'il est important de comprendre également en quoi les différences entre les sexes sont importantes et de fournir des programmes spécifiques pour les femmes consommant des drogues injectables.

34. De nombreuses recherches et évaluations gouvernementales démontrent que les programmes relatifs à l'utilisation de matériel d'injection contribuent à faire baisser largement le risque d'infection à VIH chez les consommateurs de drogue. En dépit de ces éléments reconnus et irréfutables, certains gouvernements restreignent le financement des programmes relatifs à l'utilisation de matériel d'injection aux niveaux national et international. Ces restrictions ont un impact négatif, par exemple aux Etats-Unis, où l'accès et la couverture des programmes relatifs à l'utilisation de matériel d'injection sont restreints à environ un million de consommateurs de drogues injectables. En Europe de l'Est, la couverture des programmes visant à la réduction des risques est très limitée. Peu de gouvernements adoptent actuellement des stratégies avérées telles que la thérapie de substitution pour la toxicomanie ou la mise à disposition d'aiguilles stériles. Dans de nombreux pays, la thérapie de substitution est toujours illégale, ce qui entrave la prévention. Par exemple, en Fédération de Russie, où l'épidémie est concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, la thérapie de substitution de drogue n'est pas autorisée et les politiques actuelles freinent la mise à disposition d'aiguilles stériles. Dans d'autres pays d'Europe de l'Est, la thérapie de substitution d'opiacés en est au stade pilote alors que des programmes nationaux de grande envergure devraient être mis en place d'urgence.

35. On observe des signes de progression et des modèles de bonnes pratiques dans ce domaine. En juin 2006, le Viet Nam a adopté une nouvelle loi sur la prévention et la lutte en matière de VIH/sida. Selon le Réseau juridique canadien VIH/SIDA, cette loi a un caractère exceptionnel étant donné qu'elle légalise explicitement les interventions visant à réduire les risques: *“les interventions visant à réduire les risques en matière de prévention de la transmission du VIH sont entre autres... la communication et la mobilisation, la promotion de l'usage du préservatif et d'aiguilles et de seringues stériles, le traitement de l'addiction aux opiacés par la substitution et autres mesures de réduction des risques visant à faire valoir un comportement à moindre risque pour empêcher l'infection à VIH et sa transmission.”*

36. Les recommandations figurant dans les meilleures pratiques de l'ONUSIDA et des études scientifiques fondées sur l'examen par les pairs préconisent une approche complète de la réduction des risques, s'attachant à l'injection à moindre risque, à l'utilisation de matériel d'injection stérile, et aux thérapies de substitution. En outre, ces programmes visant à réduire les risques devraient tenir compte des différences entre les sexes et fournir des services aux femmes consommant des drogues injectables. Malheureusement, les programmes visant à la réduction des risques pour les consommateurs de drogues

injectables et leurs partenaires, ne sont pas disponibles à l'échelle mondiale et lorsqu'ils existent, ces programmes sont menacés d'être arrêtés en raison du manque de financement ou de volonté politique, malgré l'engagement important des communautés dont font souvent partie la police et les autorités locales.