

UNAIDS/PCB(22)/08.2
11 mars 2008

22^{ème} Réunion
du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA
Chiang Mai, Thaïlande
23-25 avril 2008

Point 1.7 de l'ordre du jour provisoire :

Rapport du représentant des ONG

Document préparé par la délégation des ONG pour le CCP

Documents complémentaires pour ce point : *aucun*

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

1. Gestion de la co-infection : VIH et tuberculose

- a. Le Conseil de Coordination du Programme demande à l'ONUSIDA d'avaliser la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose dans le contexte de l'accès universel et d'inclure en conséquence la prévention, le diagnostic, le traitement et l'observance du traitement de la tuberculose dans tous les cadres et stratégies nationaux de lutte contre le VIH.
- b. Le Conseil de Coordination du Programme demande à l'ONUSIDA d'inclure l'objectif de la réduction de la mortalité de la tuberculose aux indicateurs dans les processus de fixation des objectifs nationaux.
- c. Le Conseil de Coordination du Programme reconnaît et promeut le droit des personnes vivant avec le VIH à pouvoir fréquenter les services de santé sans craindre de contracter la tuberculose.
- d. Le Conseil de Coordination du Programme recommande à l'ONUSIDA d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies pour faire participer les communautés affectées par le VIH à la riposte contre la tuberculose.
- e. Le Conseil de Coordination du Programme recommande à l'ONUSIDA de collaborer avec des partenaires à l'élaboration de matériels d'orientation pour s'attaquer aux questions des droits de la personne dans le contexte du traitement de la tuberculose, en particulier concernant la tuberculose multi-résistante et la tuberculose ultra-résistante.
- f. Le Conseil de Coordination du Programme demande à l'ONUSIDA de travailler avec les partenaires concernés pour accélérer la recherche et le développement de meilleurs outils de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose.

2. Gestion de la co-infection : VIH et hépatite C

- a. Le Conseil de Coordination du Programme demande à l'ONUSIDA et à l'OMS d'élaborer une composante supplémentaire – sur la prise en charge de l'hépatite avec une co-gestion hépatite et VIH – pour le module relatif à la prise en charge du VIH des directives pour la Gestion intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte.

3. Atteindre l'objectif de traitement

- a. Le Conseil de Coordination du Programme demande à l'ONUSIDA de collaborer plus étroitement avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sur le mécanisme mondial pour la négociation des prix et les achats présentant un bon ratio coût-efficacité de tous les biens en rapport avec le VIH, en accordant une attention particulière à l'accessibilité financière des médicaments antirétroviraux de deuxième intention, aux formulations pédiatriques, aux outils de diagnostic, aux médicaments de substitution et aux aiguilles stériles.

4. Atteindre l'objectif de prévention parmi les consommateurs de drogues injectables

- a. Le Conseil de Coordination du Programme demande à l'ONUSIDA et aux coparrainants d'aider en priorité les gouvernements à élargir et intensifier les stratégies de réduction des risques, y compris les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution, en accordant une attention particulière à l'élimination des obstacles – imputables aux politiques et aux lois – à une mise en œuvre efficace des services de réduction des risques, conformément à l'engagement 22 de la Déclaration politique sur le VIH/sida.

5. Criminalisation de la transmission et réforme des lois

- a. Le Conseil de Coordination du Programme demande au Secrétariat de l'ONUSIDA de préparer un rapport pour sa XX^{ème} réunion sur les mesures qu'il prend avec les partenaires concernés au niveau national pour remédier aux violations des droits de la personne et pour s'assurer que les recommandations telles que stipulées dans l'Etude des politiques possibles de 2002 sont mises en œuvre.

6. Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe

- a. Le Conseil de Coordination du Programme demande à l'ONUSIDA de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe en consultation avec le Groupe de travail mondial sur la politique VIH et commerce du sexe (*Global Working Group on HIV and Sex Work Policy*) et les réseaux de professionnel(le)s du sexe pour garantir que la préparation et le maintien d'un environnement habilitant qui respecte les droits des professionnel(le)s du sexe et qui promeut et appuie leur autonomisation reçoivent la même attention et les mêmes ressources que les autres priorités.

Incidence en termes de coûts des décisions : *aucune*

SATISFAIRE LES ENGAGEMENTS EN MATIERE D'ACCES UNIVERSEL : POINT DE VUE DE LA SOCIETE CIVILE

1. Ce rapport souligne les principaux thèmes compilés par la Délégation des organisations non gouvernementales (ONG) du Conseil de Coordination du Programme (CCP) après une large consultation des réseaux et des groupes constitutifs mondiaux et régionaux, et a pour but de présenter et de mettre en évidence des questions à résoudre si nous voulons parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui à horizon 2010, notamment les suivantes :
 - Gestion de la co-infection VIH et tuberculose
 - Gestion de la co-infection VIH et hépatite C
 - Réalisation de l'objectif de traitement
 - Réalisation de l'objectif de prévention parmi les consommateurs de drogues injectables (CDI)
 - Stigmatisation et discrimination, et droits de la personne
 - Criminalisation de la transmission et réforme des lois
 - Santé sexuelle et reproductive, et droits des personnes vivant avec le VIH
 - Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe
2. Les dernières statistiques publiées par l'ONUSIDA le 20 novembre 2007 révèlent qu'en 2007 :
 - La prévalence du VIH au niveau mondial (proportion de personnes vivant avec le virus) semble s'être stabilisée. Toutefois, le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté à 33,2 millions en 2007 (contre 29 millions en 2001).
 - Quelque 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le virus en 2007 et 2,1 millions sont décédées de maladies liées au sida.
 - Chaque jour, plus de 6 800 personnes sont infectées par le VIH et plus de 5 700 personnes décèdent du sida, principalement en raison d'un accès inadéquat aux services de prévention et de traitement du VIH¹.

GESTION DE LA CO-INFECTION VIH ET TUBERCULOSE

3. On estime qu'un tiers des personnes vivant avec le VIH à travers le monde est co-infecté par la tuberculose et qu'un beaucoup plus grand nombre de d'entre elles sont exposées à un risque fortement accru de contracter et de décéder de la tuberculose. En outre, on estime que la majorité des personnes co-infectées vivent en Afrique subsaharienne. Environ 90 % des personnes dotées de systèmes immunitaires sains infectées par la tuberculose latente ne développent pas la maladie ; toutefois, il y a un risque que 10 % des personnes ayant une infection à la tuberculose latente développent la maladie.
4. La tuberculose tue près de la moitié de l'ensemble des malades du sida à travers le monde. Les personnes vivant avec le VIH infectées par la tuberculose risquent jusqu'à 50 fois plus de développer une tuberculose active pendant leur vie que les personnes séronégatives au VIH. En plus de cela, l'infection à VIH constitue le plus

¹ ONUSIDA/OMS (2007). Le point sur l'épidémie de sida

fort facteur de risque de transformation d'une tuberculose latente en une tuberculose active, et la tuberculose peut accélérer l'évolution de l'infection à VIH.

5. Chez de nombreuses personnes infectées par le VIH dans les pays en développement, la première manifestation du sida est une tuberculose. Les deux maladies représentent une combinaison mortelle dans la mesure où elles sont plus destructives ensemble que chacune prise séparément :
 - La tuberculose est plus difficile à diagnostiquer chez les personnes vivant avec le VIH et un diagnostic tardif de la tuberculose combiné à une infection à VIH non traitée se traduit par le décès d'un tiers des patients séropositifs au VIH dans les semaines suivant le début du traitement de la tuberculose dans des pays où le poids de la tuberculose et du VIH est élevé.
 - La tuberculose se développe plus rapidement chez les personnes vivant avec le VIH.
 - Si la tuberculose n'est pas diagnostiquée ou n'est pas traitée chez les personnes vivant avec le VIH, elle devient presque tout le temps une maladie rapidement mortelle.
 - La tuberculose peut intervenir tôt dans le développement de l'infection à VIH²; et
 - même les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral efficace ont un risque accru de développer la tuberculose.
6. Dans les lieux où le poids de la tuberculose et du VIH est élevé, on constate que les statistiques indiquent que les patients atteints de tuberculose ont des taux d'infection à VIH élevés (au Swaziland, par exemple, le taux est de 50 % de l'ensemble des cas de tuberculose). En conséquence, fournir un dépistage du VIH (ou au moins un examen systématique puis un test) aux patients atteints de tuberculose aidera à recenser les séropositifs au VIH précédemment non diagnostiqués, ce qui leur permettra alors bénéficier d'un accès aux antirétroviraux. Cela est recommandé par la politique de l'OMS sur les activités dirigées à la fois contre la tuberculose et le VIH dans des lieux où il y a une épidémie généralisée ou une épidémie concentrée de VIH. Toutefois, parce que cette politique n'est pas mise en œuvre, on perd un temps précieux avant de donner aux personnes précédemment non diagnostiquées un accès aux antirétroviraux.
7. Au cours des dernières années, la poussée inquiétante de la tuberculose multi-résistante (MDR-TB) et l'émergence d'une tuberculose ultra-résistante ont incité certains gouvernements à mettre en quarantaine sous la contrainte des patients afin d'essayer de stopper la transmission. Mais ces mesures de contrôle, qui enfreignent les droits de la personne humaine au profit des droits de la communauté, sont remises en question dans les pays confrontés à des épidémies largement étendues. Après avoir été diagnostiqués infectés par une tuberculose multi-résistante, les patients d'Afrique du Sud sont renvoyés chez eux pour mourir. Ils risquent ainsi de propager l'infection aux autres car il n'y a pas suffisamment de lits d'hôpital et pas de dispositif approprié de lutte contre l'infection pour prendre ces patients en charge en milieu hospitalier. En conséquence, les gouvernements doivent fournir aux personnes infectées un accès approprié aux soins pour protéger les autres. Mettre en quarantaine les patients infectés par une tuberculose multi-résistante ne peut pas être considéré comme une stratégie de fourniture de soins.

² <http://www.who.int/tb/challenges/hiv/ga.pdf> (en anglais)

8. On trouve plus d'un quart des cas mondiaux de tuberculose multi-résistante dans la région Asie/Pacifique³, et une majorité d'entre eux (environ 140 000 cas) sont concentrés en Chine. Les coûts élevés des solutions de traitement et du suivi de la tuberculose multi-résistante et des médicaments du VIH vont poser un problème financier encore plus important pour cette région où 84 % des personnes vivant avec le VIH ne sont pas sous traitement antirétroviral.
9. Selon un rapport publié par le *Forum for Collaborative HIV Research* en octobre 2007, la tuberculose ultra-résistante a été confirmée dans 41 pays, contre 17 pays en mars 2006. On estime à 400 000 le nombre de personnes infectées par une tuberculose multi-résistante et à 26 000 le nombre de personnes infectées par une tuberculose ultra-résistante ; toutefois, ces chiffres sous-estiment sans doute la réalité car il n'y a pas de données venant de nombreuses zones où la prévalence du VIH est élevée.⁴
10. La consommation de drogues injectables est le principal facteur de transmission de la tuberculose, du VIH et de l'hépatite C à Manipur, état le plus oriental de l'Inde à la frontière du Myanmar⁵. Par ailleurs, en Russie où la consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission du VIH, les CDI représentent 87 % du nombre total des cas déclarés de VIH.⁶ 35 % des personnes vivant avec le VIH dans la Fédération de Russie sont décédées de la tuberculose.⁷ Cependant, 48 % seulement des personnes vivant avec le VIH/sida font l'objet d'un dépistage de la tuberculose dans les anciens pays soviétiques et 34 % seulement des personnes atteintes de tuberculose y bénéficient d'un dépistage du VIH.⁸
11. Dans de nombreux pays, il y a peu ou il n'y a pas de coordination entre le traitement de la tuberculose, le traitement du VIH et les traitements de substitution, ce qui contraint souvent d'anciens CDI à choisir entre ces thérapies car les services de traitement de la toxicomanie et de traitement de la tuberculose sont rarement accessibles au même endroit.
12. Actuellement, dans la plupart des pays d'Europe de l'est et de l'ancienne Union soviétique, les consommateurs de drogues ne sont pas autorisés à participer à des programmes de réhabilitation sauf s'ils peuvent prouver qu'ils n'ont pas la tuberculose. Parallèlement, les patients atteints de tuberculose ne sont pas autorisés à consommer des drogues (et ne reçoivent pas de médicaments de substitution ni d'aide au sevrage) au centre hospitalier de traitement de la tuberculose, ce qui menace l'observance du traitement de la tuberculose.
13. La mobilisation communautaire pour la prise en charge de la tuberculose est devenue très importante en raison du développement de la tuberculose multi-résistante et de la tuberculose ultra-résistante. En raison de l'absence d'observance du traitement de la tuberculose et du manque de motivation pour poursuivre le traitement, il faut de toute urgence que les leaders et ceux qui ont de l'influence au

³ Principalement prévalente au Cambodge, en Chine, au Laos, en Mongolie, en Papouasie Nouvelle Guinée, aux Philippines et au Viet Nam.

⁴ The Lancet Volume 7 Décembre 2007 : Forced isolation of tuberculosis patients in South Africa. P771.

⁵ Birjit Konjengbam, Social Awareness Service Organisation. kbirjit@gmail.com

⁶ ONUSIDA, http://www.unaids.org/en/Regions/Countries/Countries/russian_federation.asp Accédé le 18 juillet 2006.

⁷ OMS (2003:3) Colombani P, Banatvala N, Zaleskis R, Maher D. European framework to decrease the burden of TB/HIV.

⁸ Partenariat Halte à la tuberculose. Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. Partenariat Halte à la tuberculose. 2006. http://www.stoptb.org/globalplan/assets/documents/GP_P1_S2.pdf 93. Accédé le 10 mai 2007

niveau communautaire comprennent les aspects vitaux de la prévention et des soins de la tuberculose dans les communautés, luttent contre la stigmatisation et la discrimination, et fournissent un environnement propice pour que les patients aient accès aux services de traitement et les utilisent.

14. Les interventions de lutte contre la tuberculose de la société civile au niveau national peuvent nécessiter et garantir des services et des soins de qualité dans les communautés, et en particulier motiver les patients infectés par le VIH à avoir accès à ces services et à les utiliser. Toutefois, outre les services, il est évident que les outils dont on dispose actuellement pour combattre la tuberculose sont inadéquats pour répondre aux problèmes que représentent la tuberculose et le VIH. Le rôle du plaidoyer communautaire pour la recherche sur le VIH a été essentiel pour provoquer ces innovations majeures. De même, un leadership de la communauté touchée par la tuberculose/le VIH est nécessaire, en particulier parce que la tuberculose est une maladie qui touche les pauvres et que les profits, s'il y en a, n'incitent pas à l'innovation. Parallèlement, la nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS inclut l'autonomisation des personnes infectées par cette maladie comme composante essentielle et cela peut servir à responsabiliser les Programmes nationaux de lutte contre la tuberculose afin qu'ils fassent participer des acteurs de la société civile susceptibles d'aider les communautés infectées/affectées à s'organiser.
15. L'ONUSIDA doit donc faire davantage participer les organisations de la société civile à la lutte contre la tuberculose, en reconnaissant les Programmes de lutte contre la tuberculose de la société civile existants comme des partenaires pleinement engagés pour élargir et intensifier l'action pour un accès universel, conformément à un engagement de la Déclaration politique de haut niveau de 2006⁹. L'ONUSIDA et l'OMS doivent surveiller les efforts de suivi pour s'assurer que cet engagement est respecté.

⁹ (33) Insiste sur la nécessité d'élargir/intensifier de manière accélérée les activités en collaboration sur la tuberculose et le VIH, conformément aux dispositions du Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, et d'investir dans de nouveaux médicaments, diagnostics et vaccins appropriés pour les personnes ayant une co-infection tuberculose/VIH

En conséquence, la délégation des ONG du CCP recommande que le CCP prenne les décisions suivantes et :

- demande à l'ONUSIDA d'avaliser la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose dans le contexte de l'accès universel, et d'inclure en conséquence la prévention, le diagnostic, le traitement et l'observance du traitement de la tuberculose dans tous les cadres/stratégies nationaux de lutte contre le VIH.
- demande à l'ONUSIDA d'inclure l'objectif de la réduction de la mortalité de la tuberculose aux indicateurs dans les processus de fixation des objectifs nationaux.
- demande à l'ONUSIDA de reconnaître et de promouvoir le droit des personnes vivant avec le VIH à pouvoir fréquenter les services de santé sans craindre de contracter la tuberculose.
- recommande à l'ONUSIDA d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies pour faire participer les communautés affectées par le VIH à la riposte contre la tuberculose.
- recommande à l'ONUSIDA de collaborer avec des partenaires à l'élaboration de matériels d'orientation pour s'attaquer aux questions des droits de la personne dans le contexte du traitement de la tuberculose, en particulier concernant la tuberculose multi-résistante et la tuberculose ultra-résistante.
- demande à l'ONUSIDA de travailler avec les partenaires concernés pour accélérer la recherche et le développement de meilleurs outils pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

GESTION DE LA CO-INFECTION : HIV ET HEPATITE C

16. Dans certains pays¹⁰ où les CDI sont à l'origine d'au moins 70 % des cas de transmission du VIH, le risque de co-infection par l'hépatite est très élevé. On regrettera que les co-infections VIH et hépatite C soient rarement déclarées et détectées à temps. L'OMS estime que 2,5 % à 4,9 % de la population chinoise a contracté le virus de l'hépatite C chronique (HCV)¹¹ ; au Brésil, un tiers des personnes vivant avec le VIH sont co-infectés mais globalement peu de personnes ont accès à un traitement approprié ou peuvent se le payer.

17. Les effets de l'infection à HCV chez les personnes vivant avec le VIH sont plus graves et peuvent se traduire comme suit :

- Fonctionnement endommagé ou handicapé du foie, ce qui affecte le traitement du VIH.
- Inefficacité du traitement antirétroviral, ce qui se traduit par un ralentissement du taux de croissance du nombre de cellules T4.

¹⁰ Ces pays sont la Chine, l'Indonésie, la Malaisie, le Myanmar et le Viet Nam, ainsi que les pays nés de l'effondrement de l'Union soviétique

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. Prévalence mondiale de l'hépatite C. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2000;75:19.

- Les patients co-infectés par le HCV et le VIH doivent suivre les indicateurs de la progression du VIH, tels que leur nombre de cellules T4 qui, lorsqu'il tombe au-dessous de 200, rend le traitement contre le HCV moins efficace et accentue ses effets secondaires.

18. Cependant, le traitement du HCV est extrêmement onéreux et inaccessible pour la plupart des patients. Le traitement courant de la co-infection VIH/HCV, et c'est là quelque chose d'important, pose de multiples difficultés et est hépatotoxique, de sorte qu'il faut prendre d'urgence des mesures pour mettre à disposition une plus large variété d'antirétroviraux dans les pays où c'est le plus nécessaire pour abaisser les niveaux de toxicité pour le foie et réduire le nombre de cirrhoses et de décès.

19. L'importance du diagnostic et du traitement des co-infections concerne aussi l'hépatite C et l'hépatite C chronique (HCV) qui, en tant que problèmes émergents, nécessitent que l'on prenne des mesures rapides pour atteindre un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui, et doit en outre être mentionnée dans les modules de Gestion intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (IMAI) de l'OMS.¹²

En conséquence, la délégation des ONG du CCP recommande que le CCP prenne la décision suivante et demande à l'ONUSIDA et à l'OMS d'élaborer une composante supplémentaire – sur la prise en charge de l'hépatite avec une co-gestion hépatite et VIH – pour le module relatif à la prise en charge du VIH des directives de Gestion intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte.

ATTEINDRE L'OBJECTIF DE TRAITEMENT

20. En 2003, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA ont fixé comme objectif que trois millions de personnes vivant dans les pays en développement reçoivent un traitement antirétroviral en 2005. Il est probable que ce cap sera finalement atteint avec un retard de trois ans. Toutefois, malgré la fourniture de ces traitements, les progrès avancent beaucoup trop lentement si l'on veut atteindre l'objectif du G8 de mettre en place un accès universel à horizon 2010.

21. Comme souligné dans le Rapport sur l'Objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le développement de 2007¹³, relatif à l'élargissement de l'accès au traitement du sida, il est indéniable que les besoins continuent d'augmenter. Toutefois, la réalité sur le terrain montre que parmi les personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, elles étaient seulement 28 % à le recevoir en Afrique subsaharienne, 26 % en Asie orientale, 10 % en Océanie et 9 % en Asie du sud à la fin 2006.¹⁴

22. Un rapport s'intéressant à l'accès aux traitements du sida dans 14 pays, de décembre 2007, intitulé *'Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and*

¹² Prière de consulter : <http://www.who.int/3by5/publications/documents/imai/en/> (en anglais)

¹³ Disponible à l'adresse http://www.un.org/french/millenniumgoals/docs/mdg_2007.pdf

¹⁴ Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement 2007, p 19

*Advancing Health Care for All*¹⁵ et publié par l'*International Treatment Preparedness Coalition* (ITPC), avertit que pour atteindre « l'objectif d'accès presque universel » aux médicaments du sida avant la date butoir de 2010, il faudra un effort considérable de la part des gouvernements, des agences mondiales et des entreprises pharmaceutiques.

23. Bien que les personnes vivant avec le VIH aient accès à davantage de traitements que jamais auparavant, dans les pays les plus durement touchés, les obstacles liés aux brevets et à l'enregistrement des médicaments sont des problèmes fondamentaux qui empêchent la fourniture de médicaments du sida, parallèlement aux ruptures de stocks permanentes.
24. A la fin 2006, la Thaïlande a décidé d'utiliser son droit d'émettre des licences obligatoires afin de garantir à sa population un accès aux médicaments et la pérennité de sa couverture médicale universelle. Ce faisant, la Thaïlande a démontré son sens de la responsabilité vis-à-vis de ses malades. En mettant en œuvre une politique judicieuse, basée sur les besoins du pays en termes d'accès aux médicaments, ses experts et leaders politiques ont offert un exemple aux autres nations, leur montrant qu'il est possible pour les pays en développement d'appliquer les accords internationaux sur la propriété intellectuelle tout en faisant usage des flexibilités autorisées par la loi lorsque nécessaire (comme autorisé par l'Accord sur les ADPIC et réaffirmé par la Déclaration de Doha¹⁶).
25. Lors de sa 18^{ème} réunion de juin 2006, le CCP a demandé « à l'ONUSIDA de coopérer selon les besoins avec les initiatives fondées sur des mécanismes de financement novateurs, y compris l'*International Drug Purchase Facility* (la Facilité Internationale d'Achat de Médicaments)/UNITAID, qui visent à contribuer à l'accès universel de manière durable et prévisible ».

En conséquence, pour responsabiliser les gouvernements et, de manière plus importante, pour accélérer la mise en œuvre de leurs engagements stipulés dans la Déclaration politique sur le VIH/sida¹ lors de la seizième session de l'Assemblée générale (engagements 42¹, 43¹ et 44¹), la délégation des ONG du CCP de l'ONUSIDA recommande que le CCP prenne les décisions suivantes et demande à l'ONUSIDA de collaborer plus étroitement avec le Fonds mondial sur le mécanisme mondial pour la négociation des prix et les achats présentant un bon ratio coût-efficacité de tous les biens en rapport avec le VIH, en accordant une attention particulière à l'accessibilité financière des médicaments antirétroviraux de deuxième intention, aux formulations pédiatriques, aux équipements de diagnostic, aux médicaments de substitution et aux aiguilles stériles.

¹⁵ Disponible à l'adresse <http://www.aidstreatmentaccess.org/itpc5th.pdf> (en anglais)

¹⁶ Pour plus d'information, consulter : http://www.wto.org/english/tratop_e/dda_e/dohaexplained_e.htm (puis cliquer sur l'onglet 'français')

ATTEINDRE L'OBJECTIF DE PREVENTION PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

26. On estime que 10 % de toutes les nouvelles infections à VIH ayant lieu dans le monde (30 %) en dehors de l'Afrique sont dues à la consommation de drogues injectables. Les gouvernements et la communauté internationale disposent de mesures de prévention de la santé publique efficaces depuis 20 ans. Toutefois, celles-ci ne sont actuellement accessibles qu'à moins de 5 % de la population cible. Cette riposte faible et insuffisante est largement imputable à l'absence de leadership sur cette question de la part du système des Nations Unies, car les mesures de santé qui permettent aux consommateurs de drogues de se faire des injections plus sûres ont été perçues comme minimisant le message fondamental de la lutte contre la drogue.
27. En Asie et dans le Pacifique, l'ONUSIDA estime que 1 million de personnes vivant avec le VIH dans la région ont été infectées lors de la consommation de drogues injectables, laquelle est à l'origine d'au moins 70 % des cas de transmission du VIH dans certains pays¹⁷. D'autres pays¹⁸ commencent à être confrontés à de graves épidémies concentrées dans des zones spécifiques parmi les CDI. En Europe de l'est et en Asie centrale, l'ONUSIDA a déclaré en 2007 que près de 90 % des infections à VIH nouvellement diagnostiquées en 2006 l'avaient été dans la Fédération de Russie (66 %) et en Ukraine (21 %). Sur les nouveaux cas de VIH déclarés dans la région en 2006, près des deux tiers (62 %) étaient attribués à la consommation de drogues injectables et plus d'un tiers (37 %) étaient imputés à des rapports hétérosexuels non protégés. Les risques souvent négligés de cumul entre consommation de drogues injectables et rapports sexuels non protégés sont des moteurs majeurs de l'épidémie dans la région où, parallèlement, bon nombre de CDI qui se prostituent ou fréquentent des professionnel(le)s du sexe n'utilisent pas de préservatifs. En outre, l'absence de services sociaux et de programmes de réhabilitation reste l'un des obstacles à la prévention du VIH et à l'observance du traitement antirétroviral parmi les CDI d'Asie centrale.

En conséquence, la délégation des ONG du CCP de l'ONUSIDA recommande que le CCP prenne la décision suivante et demande au Secrétariat et aux coparrainants de l'ONUSIDA d'aider en priorité les gouvernements à élargir et intensifier les stratégies de réduction des risques, y compris les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution, en accordant une attention particulière à l'élimination des obstacles – imputables aux politiques et aux lois – à une mise en œuvre efficace des services de réduction des risques, conformément à l'engagement 22 de la Déclaration politique sur le VIH/sida.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION, ET DROITS DE LA PERSONNE

28. Lors de la célébration de la Journée mondiale SIDA à New York le 30 novembre 2007, M. Ban Ki Moon, Secrétaire général des Nations Unies, a appelé à un renforcement du leadership pour faire disparaître la stigmatisation liée au VIH.

¹⁷ Ces pays sont la Chine, l'Indonésie, la Malaisie, le Myanmar et le Viet Nam.

¹⁸ Ces pays sont le Bangladesh, l'Inde, le Népal et le Pakistan.

29. Vaincre la stigmatisation reste l'un des plus grands défis et demeure le principal obstacle, à titre individuel, à la riposte publique au sida. La stigmatisation et la discrimination favorisent aussi le développement de la tuberculose, ce qui crée une synergie dangereuse. La stigmatisation sociale qui est liée au VIH, en plus de celle liée à la tuberculose, et les différentes formes de discrimination sont deux concepts distincts et il faut s'y attaquer séparément afin d'avoir un impact sur les deux.
30. La stigmatisation reste le plus fréquemment associée à des attitudes négatives à l'égard des populations marginalisées et peut être renforcée par une législation et un système juridique qui refusent d'admettre les droits fondamentaux de la personne. Il est encore plus nécessaire de protéger de toute urgence les groupes vulnérables et les personnes vivant avec le VIH contre la stigmatisation et la discrimination, en particulier contre les transgressions commises par les fournisseurs de soins, les organismes chargés de l'application des lois et la population générale.
31. Alors qu'un nombre croissant d'organisations à assise communautaire se sont engagées pour fournir un accès aux soins et à la prévention aux groupes vulnérables, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les membres de ces organisations dénoncent des violences policières et des arrestations arbitraires. Il y a donc un besoin urgent de promouvoir des politiques qui protégeront les initiatives de la communauté des HSH ainsi que d'autres populations vulnérables dans la lutte contre le VIH et le sida.
32. La *British Broadcasting Cooperation* (BBC) a annoncé le 6 février 2008 qu'un groupe d'hommes qui avaient été arrêtés ont été soumis à un dépistage du VIH sans leur consentement en Egypte et à des examens anaux cherchant à « prouver » qu'ils avaient des rapports homosexuels. D'après *Human Rights Watch* (HRW), deux des hommes se sont révélés séropositifs au VIH et ont été maintenus menottés à des lits d'hôpital 23 heures par jour.¹⁹ Bien qu'elle ne soit pas explicitement mentionnée dans la loi égyptienne, l'homosexualité peut être punie en vertu de plusieurs lois sur l'obscénité, la prostitution et la débauche.
33. Dakar se prépare à accueillir la Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique (CISMA) en décembre 2008, laquelle pourrait « ...laisser peu de place à une discussion franche et participative sur les dimensions liées aux droits de la personne de la lutte contre le VIH face à un tel acharnement ». ²⁰ Au Sénégal, les actes homosexuels sont illégaux et la sanction peut aller de un à cinq ans d'emprisonnement et à des amendes de 200 à 3 000 dollars.²¹ Le gouvernement s'était engagé à lutter contre le VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans son plan national de riposte au sida de 2005²². Malgré cet engagement, cinq hommes ont récemment été arrêtés après avoir été vus sur des photos prises pendant une cérémonie de mariage unissant deux hommes en novembre 2006 et publiées en février 2008.

¹⁹ http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/middle_east/7231082.stm (en anglais)

²⁰ Citation de M. Danilo da Silva, Co-président de la *Pan Africa International Lesbian and Gay Association*.

²¹ http://www.xtra.ca/public/viewstory.aspx?AFF_TYPE=1&STORY_ID=4291&PUB_TEMPLATE_ID=2 (en anglais)

²² Selon M. Joel Nana, Responsable de programme pour l'Afrique occidentale à l'*International Gay and lesbian Human Rights Commission*

34. En Papouasie Nouvelle Guinée, le VIH se transmet principalement à l'occasion des rapports hétérosexuels et la polygamie, les viols et la violence sexuelle sont très courants.²³ Dans le passé, les leaders religieux ont décrit des scènes où des malades du sida étaient jetés depuis des ponts ou mouraient de faim abandonnés dans les arrière-cours. Mais il y a eu plus inquiétant : un document qui remonte à août 2007 seulement rapportant la manière dont des personnes vivant avec le VIH ont été enterrées vivantes lorsqu'elles sont tombées très malades et que personne ne pouvait les prendre en charge.
35. Les indicateurs actuels suggèrent qu'au niveau mondial, moins d'un HSH sur vingt (<5 %) a accès aux services de prévention et de soins du VIH dont il a besoin. En outre, les codes traditionnels de la masculinité et de la féminité contribuent fortement à l'homophobie et à la stigmatisation/la discrimination à l'encontre des HSH, des transgenres, et des personnes 'du troisième genre'. Malgré l'évolution du sida, les forces motrices sous-tendant l'opinion publique à l'égard du VIH restent massivement influencées par les préjugés à l'égard de la communauté gay. L'homophobie a de ce fait été recensée comme l'un des principaux obstacles à des actions efficaces de lutte contre le VIH visant à mettre en place un accès universel au traitement. La stigmatisation et la discrimination sont aussi considérées comme des obstacles majeurs à des interventions et des stratégies efficaces de prévention du VIH. Lors de la 16^{ème} réunion du CCP, l'ONUSIDA a été encouragé à s'attaquer à la réduction de la stigmatisation en plaidant pour l'adoption, le renforcement et l'application de mesures anti-discriminatoires à l'échelon des pays.²⁴
36. Selon le *World Legal Report*, il existe plus de 80 pays dans le monde qui criminalisent les comportements sexuels entre hommes. Criminaliser certains comportements sexuels s'est révélé être un obstacle à la prévention et au traitement. Nous recommandons de constituer un groupe de travail pour étudier la situation des communautés LGBT qui pourrait présenter des données fiables pour renforcer l'argument selon lequel l'homophobie, la transphobie et la criminalisation de certains comportements sexuels constituent des obstacles majeurs à la prévention et au traitement du VIH dans ces communautés.
37. En conséquence, il est proposé que l'un des thèmes de discussion de la prochaine réunion du CCP soit la poursuite du développement d'initiatives communes, y compris la création éventuelle d'un groupe de travail chargé d'étudier la situation des communautés LGBT afin d'obtenir des données fiables, de travailler pour combattre l'homophobie, la discrimination et la criminalisation des comportements sexuels entre personnes de même sexe, lesquelles entravent les efforts de lutte contre le VIH dans de nombreux pays, sans oublier un examen des domaines de bonne pratique.

²³ Disponible à l'adresse : <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/6965412.stm> (en anglais)

²⁴ Tiré des Décisions, recommandations et conclusions de la 16^{ème} réunion du CCP.

(5) Se félicitant des mesures prises suite à la décision de la quinzième réunion du Conseil de Coordination du Programme en juin 2004 de demander au Secrétariat de l'ONUSIDA d'élaborer une stratégie de prévention du VIH revitalisée, le Conseil de Coordination du Programme :

(5.5) reconnaît que la stigmatisation et la discrimination sont des obstacles importants à une prévention efficace du VIH et engage l'ONUSIDA à traiter de la réduction de la stigmatisation dans la stratégie, notamment en préconisant l'adoption, le renforcement et l'application de mesures anti-discriminatoires par les pays.

CRIMINALISATION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET REFORME DES LOIS

38. Au cours des dernières années, les pays ont de plus en plus eu tendance à criminaliser et à pénaliser l'exposition au et/ou la transmission du VIH. Cela a conduit à au moins deux résultats préjudiciables qui annihilent les travaux de prévention et en rapport avec le VIH des ONG :
- La pénalisation et la criminalisation de la transmission du VIH sont contreproductives au niveau de la logique même des actions de prévention du VIH qui requièrent que la prévention soit une responsabilité partagée par toutes les personnes sexuellement actives, et pas seulement les personnes vivant avec le VIH.
 - Cela peut dissuader les personnes de se soumettre à un test de dépistage du VIH car elles risquent ultérieurement d'être pénalisées en cas de transmission du VIH, ce qui les priverait de la possibilité d'obtenir un traitement et des conseils de qualité avant de développer un sida.
39. Compte tenu de l'évolution de la documentation sur la faiblesse du risque de transmission du VIH par les séropositifs qui suivent un traitement contre le virus, on peut s'interroger sur le bien-fondé d'un maintien pendant plus longtemps de la criminalisation des personnes vivant avec le VIH.
40. Cette tendance à la criminalisation de l'exposition au et/ou de la transmission du VIH s'est matérialisée dans des lois récemment votées en rapport avec le VIH et le sida en Afrique centrale et occidentale. Cette évolution des lois a fait partie d'un effort visant à promouvoir une 'loi modèle' sur le VIH/sida. Mais la loi modèle contient elle-même plusieurs dispositions qui vont à l'encontre des principales normes en matière de droits de la personne (y compris les *International Guidelines on HIV and Human Rights* de l'ONUSIDA/HCR), notamment :
- une formulation qui pourrait limiter sérieusement les activités éducatives autour de la prévention du VIH dans les écoles
 - autoriser le dépistage obligatoire du VIH dans différentes situations, telles que lorsque les femmes enceintes vont faire un bilan de santé, et aussi pour « résoudre un conflit matrimonial »
 - imposer une obligation générale aux praticiens de santé pour qu'ils divulguent le statut sérologique de leur patient à leurs conjoints ou partenaires sexuels, sans tenir compte du risque réel de transmission, et
 - criminaliser la « transmission intentionnelle du VIH » (en définissant à cet égard la transmission du VIH comme une transmission du virus « par tous moyens »).
41. Un texte large criminalisant la « transmission intentionnelle du VIH » pourrait imposer des sanctions pénales même aux personnes qui pratiquent une sexualité à moindre risque et/ou annoncent leur statut sérologique VIH à leurs partenaires sexuels, ou aux mères qui transmettent le VIH à leurs enfants, que ce soit *in utero* ou pendant le travail et l'accouchement.
42. Ces lois peuvent avoir des implications particulièrement préjudiciables pour les femmes. Elles peuvent les exposer à des risques de violence en cas de divulgation obligatoire de leur statut. Un texte criminalisant la transmission du VIH qui criminalise implicitement ou explicitement la transmission mère-enfant du virus place également les femmes dans une position plus vulnérable. Par exemple, ces lois

peuvent conduire à des sanctions pénales contre des femmes qui pouvaient pas révéler leur statut de peur de la violence et/ou de l'abandon.

43. Bien que des organisations de la société civile engagées dans la lutte contre le VIH/sida aient fait part à plusieurs reprises de leurs inquiétudes, cette loi modèle a servi de base pour élaborer les lois en rapport avec le VIH dans au moins dix pays d'Afrique occidentale et centrale, et continue d'être activement promue. Toutefois, cette loi modèle a aussi un impact sur d'autres pays du continent et lors d'une récente consultation ONUSIDA/PNUD qui a eu lieu à Genève en octobre 2007, un parlementaire du Zimbabwe a indiqué comment certaines des lois du pays pouvaient s'avérer problématiques pour les femmes.²⁵ Au Zimbabwe, il existe une infraction propre au VIH qui impose une responsabilité pénale à une personne même si il/elle n'a pas été diagnostiqué(e) séropositif(ve) au VIH mais qu'il/elle « réalise simplement qu'il existe un risque ou une possibilité réels qu'il/elle soit infecté(e) par le VIH » et « qu'il/elle fait une chose » dont il/elle a conscience « qu'elle implique un risque ou une possibilité réels d'infecter une autre personne par le VIH ».

En conséquence, la délégation des ONG du CCP de l'ONUSIDA recommande que le CCP prenne la décision suivante et demande au Secrétariat de l'ONUSIDA de présenter un rapport pour la XX^{ème} réunion du Conseil sur les mesures qu'il prend avec les partenaires concernés au niveau national pour **remédier** aux violations des droits de la personne et pour s'assurer que les recommandations telles que stipulés dans l'Etude des politiques possibles de 2002 sont mises en œuvre.

SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DROITS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

44. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006 engage tous les Etats Membres à mettre tout en œuvre pour parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH à horizon 2010²⁶, et à « intensifier les efforts visant à promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et les membres des groupes vulnérables ».

²⁵ Code pénal du Zimbabwe et réforme (CAP 9:03sect 79)

79. Transmission délibérée du VIH

(1) Toute personne qui

(a) sachant qu'il ou elle est infecté(e) par le VIH, ou

(b) prenant conscience qu'il existe un risque ou une possibilité réels qu'il ou elle soit infecté(e) par le VIH,

fait intentionnellement une chose ou permet que l'on fasse une chose dont il ou elle sait qu'elle infectera ou fait une chose dont il ou elle a conscience qu'elle implique un risque ou une possibilité réels d'infecter une autre personne par le VIH, sera coupable de transmission délibérée du VIH qu'il/elle soit ou non marié(e) à cette autre personne, et sera passible d'emprisonnement pendant une période ne pouvant excéder vingt ans.

(2) Pour se défendre contre un acte d'accusation fondé sur la sous-section (1), l'accusé(e) devra prouver que l'autre personne concernée

(a) savait que l'accusé(e) était infecté(e) par le VIH, et

(b) a consenti à faire l'acte en question en ayant pris la mesure de la nature du VIH et du risque d'être infecté(e) par le virus.

²⁶ Voir la Déclaration politique sur le VIH/sida (2006) – articles 11, 15, 20, 24 et 49

45. Indépendamment du statut VIH, la capacité à s'exprimer sexuellement et le souhait d'expérimenter sa 'parentalité' font, pour beaucoup, partie de l'essence même de ce qui fait de nous des humains. En conséquence, il est fondamental de reconnaître ces besoins et aspirations si l'on veut respecter les droits fondamentaux de la personne des séropositifs au VIH.²⁷ Parallèlement, c'est parce que la grande majorité des infections à VIH à travers le monde est imputable aux rapports sexuels que, pour réussir, les initiatives mondiales de prévention du VIH doivent répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH en matière de droits et de santé sexuelle et reproductive. Pour ces deux raisons, la réalisation des objectifs de santé sexuelle et reproductive et la réponse aux besoins des personnes vivant avec le VIH doivent être considérées comme une priorité mondiale.
46. Plus de 60 personnes vivant avec le VIH se sont réunies lors de la Consultation mondiale sur la santé sexuelle et reproductive et les droits des personnes vivant avec le VIH²⁸ qui s'est tenue à Amsterdam, Pays-Bas, du 5 au 7 décembre 2007 pour que le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida intègre les questions liées aux droits et à la santé sexuelle et reproductive dans les domaines du plaidoyer, des questions liées aux lois et aux politiques, et des systèmes de santé.
47. Les participants ont souligné leurs droits « ...à profiter pleinement de la santé sexuelle et reproductive et des droits, y compris du plaisir sexuel, et à profiter de la liberté de choix concernant la reproduction, le mariage et la planification familiale ». ²⁹ Ils ont en outre souligné que l'on ne répondait pas aux besoins des personnes vivant avec le VIH en matière de santé sexuelle et reproductive et de droits.
48. Il est difficile de trouver des moyens pour fournir des services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH dans des systèmes de santé fragiles, mais il est néanmoins important de répondre aux besoins de ces personnes. Comblé les manques en matière de santé sexuelle et reproductive de tous, séropositifs ou séronégatifs, est essentiel pour mettre en place un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui.

NOTE D'ORIENTATION DE L'ONUSIDA SUR LE VIH ET LE COMMERCE DU SEXE

49. Après la publication de la Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe en avril 2007, il y a eu de nombreuses critiques des réseaux et de projets de professionnel(le)s du sexe du monde entier en raison de la minimisation d'une approche basée sur les droits de la personne et de la promotion d'approches répressives de la question du VIH et du commerce du sexe – dont on sait qu'elles ont un impact préjudiciable sur les conditions de travail et qu'elles renforcent la stigmatisation entourant le commerce du sexe.

²⁷ Politiques techniques du Programme de l'ONUSIDA. Répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH en matière de santé sexuelle et reproductive. (http://www.gutmacher.org/pubs/IB_HIV.pdf) (en anglais)

²⁸ Organisée par GNP+, ICW et Young Positives à l'Hôtel Arena, Amsterdam, Pays-Bas, 5 – 7 décembre 2007.

²⁹ Tiré de l'avant-projet de rapport de la réunion de la Consultation mondiale sur la santé sexuelle et reproductive et les droits des personnes vivant avec le VIH.

50. Lors de sa 20^{ème} réunion, le CCP a recommandé que « l'ONUSIDA poursuivre ses consultations avec les parties prenantes concernées, y compris les groupes touchés, pour élaborer cette note ».
51. Alors que cette note d'orientation est toujours en cours d'élaboration, l'accent est mis pour que l'on documente la consultation avec les réseaux de professionnel(le)s du sexe et les projets concernant les professionnel(le)s du sexe ainsi que l'efficacité des approches décrites dans la note d'orientation. Il a été recommandé que l'ONUSIDA **suive et évalue** (problème de clarification du texte : la note d'orientation n'est pas encore finalisée ni publiée) la mise en œuvre de la note d'orientation en consultation avec les professionnel(le)s du sexe pour garantir que la préparation et le maintien d'un environnement habilitant qui respecte les droits des professionnel(le)s du sexe et qui promeut et appuie leur autonomisation reçoivent la même attention et les mêmes ressources que les autres priorités.

En conséquence, la délégation des ONG du CCP de l'ONUSIDA recommande que le CCP prenne la décision suivante et demande à l'ONUSIDA de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la Note d'orientation sur le VIH et le commerce du sexe (même commentaire que plus haut dans la mesure où la note n'a pas encore été finalisée – une suggestion propose : « le CCP présente un nouveau rapport sur cette question lors de sa prochaine réunion ») en consultation avec le Groupe de travail mondial sur la politique VIH et commerce du sexe (*Global Working Group on HIV and Sex Work Policy*) et les réseaux de professionnel(le)s du sexe pour garantir que la préparation et le maintien d'un environnement habilitant qui respecte les droits des professionnel(le)s du sexe et qui promeut et appuie leur autonomisation reçoivent la même attention et les mêmes ressources que les autres priorités.