

UNAIDS/PCB(24)/09.2
21 avril 2009

**24^{ème} Réunion du Conseil de Coordination du
Programme de l'ONUSIDA**
Genève, Suisse
22-24 juin 2009

Rapport du représentant des ONG

Document préparé par la délégation des ONG

Documents complémentaires pour ce point : *aucun*

Action requise pour cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à : (Voir ci-après les paragraphes relatifs aux décisions)

43. *demander* à l'ONUSIDA de faire en sorte que les objectifs et indicateurs relatifs à l'accès universel soient plus précis et mieux adaptés, à l'appui particulièrement de la collecte des données concernant les populations clés affectées et de l'élaboration de meilleurs indicateurs concernant les environnements juridiques habilitants et les restrictions d'entrée, de séjour et de résidence fondées sur la sérologie VIH, ainsi que la criminalisation de certains comportements, au-delà des questions actuelles de l'Indice composite des politiques nationales. Nous encourageons l'ONUSIDA à assurer une participation réelle et régulière de la société civile aux travaux entrepris pour réviser et vérifier les objectifs et indicateurs relatifs à l'accès universel.

48. *demander* à l'ONUSIDA de faire de la 'non-discrimination' le quatrième pilier de l'accès universel, avec une mise en œuvre programmatique comparable à la prévention et au traitement ainsi qu'aux soins et au soutien, afin de concrétiser les engagements pris par les gouvernements dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (2001) et la Déclaration politique sur le VIH/sida (2006); et d'intensifier les efforts déployés pour surmonter les obstacles politiques et autres qui entravent la mise en place de ripostes efficaces susceptibles de répondre aux besoins des populations clés affectées et d'accroître leur participation directe aux programmes mondiaux et nationaux.

50. *encourager* les gouvernements à réaffirmer et intensifier leur engagement en faveur des mesures de réduction des risques liés au VIH – notamment l'échange des aiguilles et seringues et les traitements de substitution des opiacés – qui sont essentielles pour l'accès universel des personnes qui consomment des drogues à des programmes complets de prévention, de soins, de traitement et de soutien en matière de VIH.

57. *demander* au Secrétariat de l'ONUSIDA et à l'OMS d'appuyer les pays dans la mise en œuvre et l'amélioration, dans tous les pays, de la surveillance de l'hépatite B et C, y compris la coinfection avec le VIH, et d'élaborer les directives nécessaires pour que les Etats Membres formulent des politiques, stratégies et autres instruments de prévention et de contrôle de la coinfection par l'hépatite chez les personnes vivant avec le VIH.

NOTE: les projets de décisions figurant aux paragraphes 50 et 57 seront présentés au titre du présent point de l'ordre du jour, mais proposés pour accord au titre du point 3 de l'ordre du jour du CCP : *Prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.*

61. *demander* au Secrétariat de l'ONUSIDA de préparer un rapport pour la 25^{ème} réunion du Conseil sur les effets que la crise financière pourrait avoir sur les capacités des pays à réaliser leurs objectifs relatifs à l'accès universel et d'y inclure des recommandations et des stratégies d'atténuation.

NOTE: le projet de décision figurant au paragraphe 61 sera présenté au titre du présent point de l'ordre du jour, mais proposé pour accord au titre du point 2 de l'ordre du jour du CCP : *BPTI 2010-2011*

Action requise pour cette réunion – **le Conseil de Coordination du Programme est invité à (suite)** : (Voir ci-après les paragraphes relatifs aux décisions)

75. *demander* à l'ONUSIDA de :

- i. *s'assurer* que le personnel aux niveaux mondial, régional et national facilite l'incorporation des populations en mouvement dans les stratégies régionales et nationales de lutte contre le sida en vue d'atteindre l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, en prêtant tout particulièrement attention aux restrictions d'entrée, de séjour et de résidence liées au VIH, afin d'assurer que les personnes vivant avec le VIH ne sont ni exclues, ni détenues ou déportées en raison de leur sérologie VIH ; et
- ii. *aider* les gouvernements à harmoniser toutes les lois et politiques relatives au dépistage du VIH afin de garantir leur conformité avec les normes adoptées à l'échelle internationale, qui comprennent : le consentement éclairé, la confidentialité, le conseil pré- et post-test, ainsi que l'orientation vers des services appropriés de traitement, de prise en charge et de soutien.

NOTE: les ONG représentées auprès du Conseil présenteront le contenu du projet de décision figurant au paragraphe 75 dans le cadre des débats du segment thématique, mais étant donné l'ordre des points de l'ordre du jour, les projets de décisions seront proposés pour accord au titre du point 1.6 de l'ordre du jour.

Incidence en termes de coûts des décisions : *aucune*

RESUME D'ORIENTATION

1. Le rapport des ONG au Conseil de Coordination du Programme s'efforce d'équilibrer les préoccupations des communautés et des individus qui contribuent à ce document avec l'ordre du jour fixe de la réunion. Cette année, le rapport reflète les contributions de 35 personnes interviewées et de plus de 380 contributions par questionnaire. Ce dernier était axé sur les obstacles à l'accès universel ainsi que sur certaines questions cruciales relatives aux populations mobiles, en rapport avec le segment thématique « *Populations en mouvement* ».
2. Lorsqu'on les interroge sur les obstacles à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, la majorité (environ les deux-tiers) des répondants estime que la stigmatisation et la discrimination et les politiques qui leur sont associées en rapport avec les populations clés affectées constituent des problèmes qui exigent une action urgente. La discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et la marginalisation des populations clés affectées, dont les femmes et les filles, renforcent les obstacles à la réalisation de l'accès universel. En outre, la criminalisation de la transmission du VIH et de certains comportements marginalise encore davantage les populations clés affectées et incite à la violence, en particulier à l'encontre des femmes et des filles. Les répondants au questionnaire de consultation ont confirmé que les activités de prévention fondées sur des données avérées restent rares, tout comme les services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien de bonne qualité, qui soient appropriés et accessibles à tous ceux qui en ont besoin. L'analyse présentée dans ce rapport montre clairement que les obstacles à l'accès universel ne pourront être surmontés que par l'harmonisation des lois et politiques nationales avec les directives internationales portant sur l'élaboration de programmes et politiques fondés sur les droits. Cette approche doit comprendre des objectifs et indicateurs précis, spécifiques et mesurables, pour lesquels des données peuvent et doivent être correctement recueillies.
3. Le présent rapport souligne aussi la nécessité de garantir que les stratégies de réduction des risques restent un aspect de la riposte au VIH et au sida ; l'importance de l'intégration des professionnel(le)s du sexe dans toutes les politiques les intéressant ; la reconnaissance de la coinfection par l'hépatite dans les programmes sur le VIH ; et une demande d'analyse des effets de la crise financière actuelle sur la réalisation de l'accès universel.
4. Le rapport présente des recommandations générales au Programme commun fondées sur cette consultation.

INTRODUCTION

5. Chaque année, le rapport de la délégation des ONG au CCP s'efforce de refléter les grandes préoccupations exprimées par nos membres, notamment les obstacles qui entravent la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien en matière de VIH/sida. Cet aperçu reflète les innombrables problèmes complexes et importants qui sont au cœur même de nos efforts communs pour parvenir à l'accès universel. Le rapport de cette année est rédigé dans un climat financier difficile, dans lequel nous devons réaffirmer que nous n'avons d'autre solution que d'atteindre nos objectifs d'accès universel car refuser maintenant les ressources promises ne ferait qu'entraîner de plus grandes dépenses plus tard, au prix d'autres vies perdues.

6. Nous avons fait usage du Dispositif de Communication de la Délégation des ONG afin d'élargir notre consultation à l'échelle mondiale pour identifier les grandes questions soulevées dans le présent rapport. En soi, il est fondé sur des entretiens avec les réseaux mondiaux et régionaux ainsi que sur une consultation électronique traduite de l'anglais en arabe, chinois, espagnol, français, portugais et russe. Plus de 380 personnes ont apporté leur contribution à cette consultation en ligne et pour produire ce rapport, nous avons utilisé ces données, ainsi que 35 entretiens approfondis avec des délégués et des membres du Dispositif de communication, plus des rapports de recherche et des documents de politique.¹
7. Les questions de l'enquête et des entretiens ont été réparties en fonction des principales difficultés entourant l'accès universel et les sujets liés à la migration et à la mobilité (populations en mouvement). L'enquête complète et ses résultats figurent dans la dernière section du présent rapport. Les résultats et recommandations résumés ici reflètent les préoccupations soulevées à maintes reprises par tous les groupes participants.
8. Avec ce rapport, la Délégation des ONG souhaite porter à l'attention du CCP les préoccupations et la voix des personnes actives sur le terrain – celles qui sont exposées au risque de VIH, celles qui vivent avec le virus, et celles qui les soutiennent dans les organisations à assise communautaire. Le message dominant qui ressort de toutes les réponses, c'est que nous sommes toujours dans une attitude de déni par rapport à plusieurs des populations à risque de VIH ou vivant avec le virus – déni de l'existence de ces groupes, des comportements qui les exposent au risque, et des interventions nécessaires pour leur fournir, de manière satisfaisante, des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Pour inverser le cours de l'épidémie, nous devons dépasser cette attitude de déni et s'attaquer aux problèmes identifiés avec des ressources suffisantes, des politiques fondées sur des données avérées, avec persistance et courage. La stigmatisation et la discrimination figurent en tête de la liste des obstacles à l'accès universel. La stigmatisation est liée à plusieurs des problèmes mentionnés et souligne notre incapacité à riposter de manière satisfaisante. Nous avons bien à faire, mais il ne nous faut pas perdre de vue nos objectifs, car derrière les problèmes, ce sont des vies – et des morts. Le respect, la protection et la satisfaction des droits humains des personnes vivant avec le VIH sont essentiels si nous voulons mettre un frein à l'épidémie de VIH et de sida et atténuer ses effets dévastateurs.

PRINCIPAUX OBSTACLES A L'ACCES UNIVERSEL

9. La consultation a fait apparaître que la stigmatisation et la discrimination, et les politiques qui en découlent et les renforcent, constituaient des obstacles fréquents et alarmants pour la réalisation de l'accès universel. Cette section donne quelques

¹ Le présent rapport reflète les contributions de membres anonymes ou nommés de la société civile qui ont eu l'amabilité d'être interviewés ou de répondre au questionnaire. Nous sommes très reconnaissants de toutes ces contributions. Les citations extraites des commentaires de l'enquête et des entretiens sont présentées de manière anonyme dans le rapport. Des contributions ont été offertes par les membres des groupes suivants : ActionAid, GNP+, Campagne mondiale contre le sida, ICW, CARAM Asia, ACHIEVE Philippines, ITPC, Alliance internationale contre le VIH/sida, Sex Work Project, Réseau canadien autochtone du sida, Secrétariat international indigène sur le VIH/sida, Réseau juridique canadien VIH/sida, Coalition for Accessible AIDS Treatment, Women's Health in Women's Hands, African and Black Diaspora Global Network on HIV/AIDS, Raks Thai Foundation, Alliance œcuménique pour le plaidoyer, Réseau TAMPEP, HEARD, RAP+, CANASO, Coalition des OSC africaines, PVVS Pays-Bas, Réseau eurasiatique de réduction des risques, HIV-Sweden, Center for Advocacy on Stigma and Marginalization (CASAM), The Network of Sex Work Projects, Jamaica AIDS Support for Life, Juncata Juvant Friendly Society, Sunshine Cathedral Jamaica.

détails sur neuf des principaux problèmes rencontrés dans la réalisation de l'accès universel qui ont été fréquemment soulevés au cours de la consultation. Les résumer fait perdre une bonne part de la richesse des réponses obtenues. Les résultats détaillés comme la liste des questions figurent dans la dernière section du présent rapport.

A. Identifier et atteindre les populations clés affectées, dont les femmes et les filles

« La politique de la Chine intitulée 'Four free and one Care' signifie que l'on fournit des services gratuits de conseil, de dépistage, de traitement par les ARV, de prévention de la transmission mère-enfant et de soutien aux enfants ou aux personnes vivant avec le VIH et le sida. Mais en réalité, des groupes comme les migrants ou les personnes qui consomment des drogues ne peuvent pleinement bénéficier de cette politique. »²

10. La riposte mondiale au VIH et au sida n'a pas atteint de manière satisfaisante les populations clés affectées, dont les femmes et les filles, qui connaissent des épidémies concentrées ou généralisées. En Afrique notamment, les inégalités sexospécifiques et le statut socio-économique de la femme ont alimenté l'épidémie. Cela est dû à plusieurs facteurs, notamment le manque de volonté politique, la stigmatisation et la discrimination. Pour parvenir à l'accès universel et combattre les épidémies concentrées avant qu'elles ne se généralisent, nous devons identifier, désigner et impliquer les membres de ces groupes clés. Les femmes et les filles, les personnes qui consomment des drogues, les détenus, les peuples autochtones³, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont encore besoin de programmes adaptés et ciblés à tous les niveaux. Il conviendra de tenir également compte des migrants, temporaires ou permanents, avec ou sans papiers, ainsi que des personnes en transit, des réfugiés et des demandeurs d'asile, autant de groupes qui sont particulièrement pertinents aux discussions de la 24^{ème} réunion du CCP.

B. Stigmatisation et discrimination

« La stigmatisation et la discrimination fondées sur la sérologie VIH, l'appartenance ethnique/le racisme, le genre, l'orientation sexuelle, la pauvreté/le chômage/le sous-emploi et le statut de migrant comportent de multiples facettes et des dimensions qui se recoupent. »⁴

11. Quels que soient la région ou le groupe constitutif, la stigmatisation et la discrimination ont été constamment identifiées comme obstacles à l'accès universel. Elles font obstacle à la représentation et à la mobilisation, entravant l'accès de ceux qui en ont besoin aux services, servant de justification à la réaffectation des fonds vers des groupes politiquement moins sensibles et touchant les familles, la santé et la sécurité individuelle des personnes vivant avec le VIH ainsi que des groupes tels que les

² Citation extraite d'un entretien, Asie

³ Le fait que les pays comptant les plus grandes populations autochtones sont souvent les plus riches (Australie Canada, Nouvelle-Zélande, Etats-Unis d'Amérique, Europe septentrionale) constitue un problème, car l'attention portée à cette question à l'échelle mondiale en devient insuffisante, quand bien même ces populations connaissent des épidémies et des conditions de vie qui sont plus proches de celles du monde en développement. Il est donc important de mettre sur pied un forum international susceptible de mobiliser l'attention et de servir à l'échange d'information concernant les problèmes entourant le VIH/sida parmi les populations autochtones. – Entretien Amérique du Nord

⁴ Citation extraite d'un entretien, Amérique du Nord

professionnel(le)s du sexe, les personnes qui consomment des drogues et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH). La stigmatisation limite la divulgation aux partenaires et dissuade les personnes vivant avec le VIH de rechercher un traitement ou de faire confirmer leur sérologie au moyen du test.⁵

12. Dans la pratique, la stigmatisation et la discrimination peuvent vouloir dire que les dépenses ne sont pas proportionnées aux besoins. Par exemple, en Afrique et dans les Caraïbes, des lois et politiques sévèrement punitives des rapports sexuels entre hommes et les restrictions juridiques imposées au commerce du sexe sont courantes alors que les taux d'infection à VIH dans ces groupes sont extrêmement élevés. Ils ne reçoivent pratiquement aucun financement direct pour la prévention, car ils ne sont même pas reconnus. Bien des gouvernements d'Europe orientale et d'Asie centrale refusent de reconnaître que les épidémies de VIH dans chacun des pays de la région sont principalement alimentées par la consommation de drogues injectables et ils ne fournissent que peu de fonds publics aux programmes de réduction des risques (dans certains pays, tous les programmes de prévention sont financés par des donateurs extérieurs). Ce phénomène peut être imputé à la stigmatisation et à la discrimination qui entourent généralement les personnes qui consomment des drogues.
13. L'ostracisme est présent à tous les niveaux de la société. Certains des répondants ont suggéré que, pour comprendre les moteurs de la stigmatisation, nous devrions commencer aux niveaux de la famille et de la communauté. Certaines personnes en Afrique et ailleurs ont relevé, parmi les agents de santé, une amélioration de l'acceptation des communautés marginalisées, mais à l'échelle mondiale la stigmatisation est encore fort répandue dans les systèmes actuels de fourniture de soins. Il arrive que les agents de santé rendent humiliants et difficiles les traitements apportés aux professionnel(le)s du sexe ou aux HSH au point qu'ils/elles ne fréquenteront plus les services.⁶ En Inde, les Hijras et les CDI se voient régulièrement refuser l'accès aux services. La stigmatisation sape aussi les programmes de santé sexuelle et génésique, notamment ceux qui sont dédiés aux femmes séropositives. Les besoins en matière de santé sexuelle et génésique et de planification familiale ne sont donc pas satisfaits, par exemple dans certaines régions d'Asie, en raison de la discrimination rencontrée dans les établissements de santé. Ou encore, en Amérique latine, les agents de santé jugent souvent les personnes vivant avec le VIH, en particulier les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ; comme le dit une des personnes interrogées, « certains agents de santé pensent que nous méritons de mourir. »⁷
14. Les organisations confessionnelles interrogées reconnaissent que l'ostracisme constitue un gros obstacle et elles s'efforcent de le surmonter. Tout en reconnaissant que chacune devrait faire davantage, nombreuses sont les organisations qui jouent un rôle actif dans la riposte de la société civile à la stigmatisation et la discrimination. La difficulté, pour bien des organisations confessionnelles des Caraïbes est de résister à la tentation de prêcher la rédemption ou la conversion fondées sur l'obligation, pour les membres de ces populations clés, de se convertir et de changer de mode de vie. Il semble que ces méthodes soient particulièrement dissuasives et empêchent ces groupes d'accéder aux services. Un pasteur particulièrement progressiste a déclaré

⁵ Ce phénomène est largement documenté, par exemple dans le Rapport de Human Rights Watch, *Hated to Death*: www.hrw.org/en/node/11894/section/1

⁶ Une solution éventuelle à ce problème serait de placer des représentants des ONG dans les services, mais ce niveau d'accompagnement exige un nombre important de personnel des ONG et ces dernières ne disposent tout simplement pas des ressources humaines nécessaires pour cela.

⁷ Citation extraite d'un entretien, Amérique latine

« nous ne voulons pas que les gens changent leur sexualité ou, dans le cas des professionnel(le)s du sexe, leur profession. Tous les individus, en particulier les minorités sexuelles et les professionnel(le)s du sexe, sont les bienvenu(e)s dans tous nos services. Nous acceptons leur sexualité et leur profession. »⁸

15. La stigmatisation est particulièrement importante autour des populations migrantes. Les croyances populaires selon lesquelles les migrants sont 'porteurs de maladies' ou qu'ils vont mener les systèmes de santé à la 'faillite' renforcent les stéréotypes et l'animosité à l'égard des communautés de migrants. La discrimination fondée sur le genre, l'orientation sexuelle, tout comme l'ostracisme fondé sur le statut de migrant s'ajoutent souvent à la stigmatisation qui entoure le VIH et renforcent la discrimination, ce qui limite d'autant plus l'accès de ces populations aux services.
16. Les personnes du 'Sud' qui s'installent au 'Nord', qu'elles soient venues d'Afrique, des Caraïbes, d'Asie ou d'Amérique latine, sont confrontées à un ostracisme, une discrimination et un stress considérables en raison de leur migration et de leur réinstallation. L'isolement culturel, la pauvreté, le chômage, le sous-emploi et le manque d'accès aux services de santé, à l'éducation et à l'information s'y ajoutent et le VIH devient un fardeau de plus dans leur lutte pour la survie quotidienne. La stigmatisation liée au VIH et à la migration rend la divulgation et l'accès difficile même lorsque les services existent.

C. La criminalisation des personnes, des comportements et de la transmission entravent l'accès universel

« Aujourd'hui, un des problèmes les plus pressants de l'épidémie de sida, c'est l'utilisation des lois criminelles et les poursuites pénales contre la transmission du VIH. Ces lois sont d'une application de plus en plus large et leurs effets de plus en plus terrifiants. Le VIH est un virus, pas un crime. Il s'agit là d'un fait aussi élémentaire que primordial. Les législateurs et les procureurs ont trop souvent tendance à l'oublier. » — Edwin Cameron, Juge à la Cour Suprême, Afrique du Sud⁹

17. Les lois et politiques qui vont à l'encontre des approches fondées sur les droits et les données avérées ont accru les craintes dans diverses communautés. La criminalisation des groupes entraîne davantage encore de marginalisation, d'ostracisme et de discrimination, et moins d'accès. Pousser les communautés déjà marginalisées des populations clés affectées dans la clandestinité en criminalisant les comportements sexuels, le commerce du sexe et la transmission du VIH entrave l'accès universel. Dans les endroits où la transmission du VIH est criminalisée ou lorsqu'elle est utilisée comme preuve d'un crime d'activité sexuelle (adultère ou commerce du sexe), les gens ne viendront pas se faire soigner ou procéder au conseil et au test volontaires. Ils auront tendance à éviter le dépistage, le traitement ou la prise en charge ou se tourneront, par peur, vers des praticiens informels de la santé. Ces questions ne sont pas nouvelles et le fait qu'elles continuent d'être considérées au niveau communautaire comme des questions clés signifie que nous n'avons pas encore trouvé, encouragé, partagé ou mis en œuvre les bonnes approches aux niveaux mondial et national.
18. La transmission du VIH reste un crime dans trop de pays. En 2008, pas moins de 86 Etats Membres des Nations Unies considéraient les rapports sexuels consensuels

⁸ Entretien, Caraïbes

⁹ Communiqué de presse de la FIPF lors de la publication de: « Verdict sur un virus: Santé publique, droits humains et droit pénal », 13 novembre 2008.

entre adultes du même sexe comme un crime. Parmi eux, sept pays connaissent des dispositions juridiques permettant de les punir par la peine de mort. Dans la plupart des pays du monde, la consommation de drogues est considérée comme un délit criminel ou administratif.

19. Les lois-types sur la criminalisation restent une préoccupation en Afrique. Là où l'ostracisme est courant, les lois sur la criminalisation deviennent un mécanisme intensifiant l'exclusion, Le problème n'est pas limité au 'Sud', dans les pays du 'Nord' aussi ces lois amènent poursuites judiciaires et débats.¹⁰ Le viol de la confidentialité des patients eu égard à leur statut VIH est contraire aux droits humains et entraîne d'autres discriminations, en particulier dans les situations où la transmission est criminalisée.¹¹

D. Manque d'harmonisation des lois nationales avec les cadres juridiques internationaux

20. Au-delà du problème que constitue la formulation de lois constructives (plutôt que destructrices), il faut harmoniser les lois nationales avec les lois internationales, notamment celles qui entourent les droits de la personne. Des cadres juridiques nationaux qui offrent un environnement favorable fondé sur les droits sont importants pour parvenir à l'accès universel. Pour réduire le risque et la vulnérabilité des femmes et des filles, par exemple, le cadre juridique de chaque pays doit favoriser : l'égalité et la non-discrimination sexospécifiques, l'accès à l'héritage et à la propriété sur une base d'égalité ; le consentement au mariage ; la liberté de faire des choix délibérés et informés concernant la sexualité et la reproduction, y compris les décisions concernant le nombre et l'espacement des naissances ; les droits sexuels et génésiques ; l'abolition de la violence à l'égard des femmes, y compris le viol et le viol dans le cadre du mariage ainsi que toutes les formes de violence sexuelle ; la liberté d'association et de participation politique ; l'éducation et les soins de santé ; l'égalité des chances y compris dans le marché du travail.
21. L'harmonisation des lois nationales et internationales est fondamentale pour plusieurs des populations clés affectées, ainsi que pour les populations en mouvement qui sont parfois en mesure d'accéder à des services dans un pays mais pas dans un autre. Le dépistage obligatoire est précisément l'un des exemples où l'on voit fréquemment se contredire entre elles les politiques nationales et les normes internationales relatives aux droits humains. Dans le cas des migrants, le dépistage obligatoire est discriminatoire et s'emploie pour refuser l'entrée et le séjour dans les pays de destination. Dans certains cas en Asie, les politiques nationales interdisent le dépistage obligatoire, mais les travailleurs migrants sont exclus de ce type de protection. Ce dépistage obligatoire est souvent pratiqué sans consentement éclairé ni conseil.¹² La confidentialité est violée lorsque les résultats du dépistage sont transmis

¹⁰ Entretien en Amérique du Nord et voir aussi, le cas suisse, du 11 mars 2009.

<http://criminalhivtransmission.blogspot.com/2009/02/switzerland-swiss-courts-accept-swiss.html>

¹¹ Par exemple, la loi récemment proposée en Ouganda sur la Prévention et le contrôle du VIH et du sida criminalise la transmission du VIH et autorise les médecins à divulguer, s'ils le jugent bon, le statut de leurs patients.

¹² Une étude du groupe de travail sur les femmes du Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant avec le VIH et le sida (WAPN+) portant sur les femmes et les filles vivant avec le VIH et l'accès aux services présente les mêmes conclusions: « Parmi les répondantes chinoises, 70,4% ont déclaré que sur le moment, elles ne savaient pas qu'elles étaient testées pour le VIH et 36,5% seulement ont bénéficié d'un conseil après leur diagnostic. Les femmes s'identifiant comme professionnelles du sexe savaient plus souvent que les autres qu'elles étaient testées (73,5% vs. 61,2%). Le fait qu'elles aient été ou non informées de ce dépistage était significativement lié à la raison pour laquelle elles subissaient ce test : 32,1% seulement des donneuses de sang et 45,0% des répondantes testées aux fins d'emploi ont été informées à l'avance de ce test. Un grand

directement à l'agence de recrutement et que cette information est partagée avec d'autres recruteurs.¹³ En Amérique latine et aux Caraïbes, le dépistage obligatoire lié aux demandes de visa pour les Etats-Unis d'Amérique encourage les gens à utiliser d'autres voies d'entrée plus risquées.

22. Une fois dans un pays, le dépistage obligatoire rend les individus vulnérables à des déportations injustes. Dans la plupart des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale (à l'exception de l'Azerbaïdjan, de la Géorgie et du Kirghizistan), le dépistage du VIH est obligatoire pour les étrangers. Chaque fois qu'une personne doit prolonger son visa, elle doit présenter un certificat montrant son statut. Si elle se révèle séropositive au VIH, elle s'expose à la déportation immédiate. Cette pratique entraîne fréquemment une incarcération et une interruption de traitement.
23. Certains migrants peuvent accéder à des services sur la base de leur statut VIH même lorsque leur situation de résidence est instable. Ils peuvent accéder à une thérapie antirétrovirale tout en ayant un permis de résidence temporaire, mais si la situation de leur demande de résidence change, cet accès peut être perdu. Une récente étude aux Pays-Bas¹⁴ portant sur l'accès au traitement des migrants irréguliers a recommandé qu'un individu ne puisse rentrer volontairement dans son pays d'origine que si la prise en charge et le traitement sont disponibles et accessibles dans un environnement favorable. Cette recommandation ne pourra être appliquée que dans un environnement juridique international harmonisé, dans lequel tous les pays respectent les mêmes protocoles.

E. La violence, notamment à l'égard des femmes

« Le viol et la violence à l'égard des femmes et des filles en Amérique latine en raison de la prévalence de la culture machiste sont un fait, mais leurs liens avec l'infection à VIH, le risque et la vulnérabilité entourant le virus ne sont pas explicitement exposés aux agents de santé, aux responsables de l'élaboration des politiques ou même aux femmes et aux hommes. Les opportunités sont rares pour les femmes et les filles et la culture encourage la pérennisation de systèmes qui réduisent les femmes au silence et encouragent les hommes à ne pas prendre leurs responsabilités. »¹⁵

24. Dans chaque région, la violence à l'égard des femmes a été désignée comme un problème primordial et pourtant en pratique, la communauté internationale n'associe pas suffisamment cette violence avec le VIH. La violence à l'égard des femmes touche toutes les femmes – les femmes mariées qui restent au foyer, les femmes qui travaillent comme professionnelles du sexe, les jeunes femmes qui vivent encore avec leurs parents, les filles et les femmes en mouvement. La vulnérabilité des femmes dans chacune de ces situations est différente et elle n'est pas prise en compte de manière satisfaisante.

nombre de travailleuses migrantes ont subi un dépistage obligatoire dans le pays hôte sans recevoir de conseil » Extrait de Groupe de travail sur les femmes de l'APN+ (WAPN+), "Research on Access to HIV Treatment and services for Women and children," mars 2009.

¹³ CARAM Asia, "Removal of Mandatory HIV Testing for Migrant Workers". Document d'orientation politique. <http://www.caramasia.org/programs/policybrief6.pdf>

¹⁴ OIM-Pays.Bas, "Health, Hope and Home?" janvier 2009. Dans ce cas, l'étude a conclu que le retour volontaire des Africains séropositifs au VIH vivant irrégulièrement aux Pays-Bas ne serait possible que si :

- a. Le traitement médical nécessaire est disponible et que la personne rentrant au pays a un accès durable à ce traitement ;
- b. La personne rentrant au pays peut disposer d'un revenu suffisant pour couvrir les dépenses de base pour elle-même et sa famille et couvrir tous les coûts relatifs au traitement médical ;
- c. La personne rentrant au pays trouve une place dans un réseau de soutien social.

¹⁵ Entretien, Amérique latine

25. Une femme sur trois sera confrontée à une forme ou une autre de violence au cours de son existence. Dans les pays à forte prévalence, le risque de VIH peut être jusqu'à trois fois plus important pour les femmes qui ont subi des violences que pour celles qui n'en ont pas été l'objet. Il est connu que les femmes expliquent que la violence ou la crainte de la violence rendent plus difficile encore la divulgation de leur statut VIH et la recherche de traitement, de soins et de soutien. La violence à l'égard des femmes et la peur qu'elle engendre, réduit la capacité des femmes à négocier une réduction des risques avec leurs partenaires sexuels.¹⁶
26. Certaines femmes sont doublement vulnérables, par exemple les femmes qui sont professionnelles du sexe et celles qui consomment des drogues injectables. Les répondants ont mentionné des cas d'agression sexuelle sur des travailleuses sans papiers, des actes destinés à terroriser les consommatrices de drogues, la vulnérabilité particulière des professionnelles du sexe migrantes et le harcèlement sexuel des consommatrices de drogues en Asie. Dans les populations en mouvement, il convient de prêter une attention particulière aux femmes, et spécialement aux femmes qui migrent seules.¹⁷
27. Les violences perpétrées par les forces de l'ordre au cours de rafles sont également fréquemment mentionnées. Ces graves violations des droits humains, qui sont le résultat de politiques visant à mettre un frein au commerce du sexe, ont souvent pour conséquence des violences psychologiques et physiques sur la personne des individus concernés. A la suite de mesures de ce type, les personnes vivant avec le VIH en détention se voient souvent refuser l'accès à des médicaments et des traitements indispensables. Dans certains cas, les répondants notent que ce phénomène a entraîné la résistance des médicaments de première intention. De plus, les professionnel(le)s du sexe rapportent qu'ils/elles sont souvent l'objet de violence de la part de leurs clients comme des autorités.¹⁸ Les violences à l'égard des professionnel(le)s du sexe sont généralement perpétrées par ceux qui ont le moins de risque d'être poursuivis pour ces actions. Dans de nombreux pays, la police et les militaires abusent de leur pouvoir en toute impunité, sachant qu'il y a peu de risque qu'un(e) professionnel(le) du sexe dénonce leur crime.
28. Les responsables de l'élaboration des politiques et des forces de l'ordre doivent se préoccuper de la violence faite aux femmes et aux filles et la condamner. Les programmes de lutte contre le VIH doivent également faire face aux violence policières et donner aux programmes d'appui les moyens de sensibiliser la police et de poursuivre les membres des forces de l'ordre pour les crimes qu'ils commettent ;

¹⁶ Women Won't Wait: www.womenwontwait.org

¹⁷ La féminisation de la migration est une tendance récente, par laquelle le nombre de femmes migrant seules est plus important que celui des femmes qui se déplacent dans le cadre de la réunification familiale. Les mouvements de population à l'échelle mondiale sont un phénomène complexe, hétérogène et croissant. En 2005, 3% de la population mondiale (Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales/Division de la population : Trends in Total Migrant Stock: 2005 Revision. Organisation internationale du travail : VIH/sida et travail dans un monde globalisé) étaient des migrants. Dans la même année, 8,4 millions de réfugiés (HCR: Réfugiés, Tendances mondiales en 2005. Panorama statistique des populations de réfugiés, de demandeurs d'asile, de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, d'apatrides et autres personnes relevant de la compétence du HCR) et 23,7 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays dans 50 pays (HCR 2006 : Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays) recherchaient asile et sécurité. En raison de facteurs sexospécifiques divers, la proportion de migrants qui sont des femmes est en hausse, les femmes représentant aujourd'hui environ la moitié de la population migrante mondiale.

¹⁸ Rapporté dans <http://jamaicaaidssupport.com/humanrights/index.htm>. Leur vulnérabilité au VIH tout comme leur incapacité à accéder à des traitements sont également mis en lumière dans le documentaire : "Complex problems, Simple solutions."

assurer aux victimes de violences un conseil relatif aux agressions sexuelles et un conseil psychologique ; et assurer aux femmes en situation de violence, y compris dans leur foyer, les protections et l'appui juridiques nécessaires. En outre, les femmes doivent pouvoir accéder à des services complets de santé sexuelle et génésique, y compris au CTV confidentiel, et être protégées des violences, de la stigmatisation et de la discrimination que pourrait entraîner la divulgation de leur sérologie, si l'on veut mettre un terme à la violence à l'égard des femmes et atténuer l'impact du VIH.

F. Insuffisance de la prévention fondée sur des données avérées

29. L'attention accrue qui est portée à la prévention est la bienvenue, comme l'a également noté Michel Sidibé dans sa lettre aux partenaires, et la présente consultation a également reflété la nécessité d'une intensification de la prévention fondée sur le concret.
30. Les produits de base de la prévention, comme les préservatifs masculins et féminins, les lubrifiants et les aiguilles et seringues propres restent non disponibles, inaccessibles, insuffisants et, dans de nombreux endroits, de mauvaise qualité. Des pénuries de préservatifs continuent à se produire en Asie du Sud et en Afrique, entre autres. La prévention doit permettre une production et une disponibilité efficaces, généralisées et accrues de préservatifs féminins ainsi que de préservatifs et lubrifiants pour hommes. Dans certains cas, les travailleurs de proximité ont dû limiter le nombre de préservatifs qu'ils distribuent ou choisir les personnes qui y ont accès, ce qui attache un jugement moral à l'activité sexuelle. Dans la même veine, nous devons continuer à plaider en faveur de programmes de prévention fondés sur des données éclairées plutôt que sur des idéologies. Lancer et élargir des interventions efficaces pour consolider la base de connaissances est également important si l'on veut accélérer et pérenniser les actions touchant les personnes dans le besoin. Certaines organisations confessionnelles se sentent exclues et il existe une tendance à ne pas impliquer ces organisations dans la prévention en raison des attitudes perçues concernant l'utilisation du préservatif et les programmes de santé sexuelle et génésique.¹⁹
31. La prévention doit comprendre l'éducation à la sexualité et un accès à des services et une information complets concernant la santé sexuelle et génésique, y compris pour les jeunes. Les services de prévention et de traitement doivent être disponibles et abordables et accessibles de manière volontaire, sans jugement ni coercition, sans stigmatisation ni discrimination.
32. Les pratiques de réduction des risques continuent de faire débat, en dépit des preuves manifestes de leur efficacité pour la prévention du VIH. Les mesures prohibitionnistes et coercitives visant à limiter les comportements sexuels et la consommation de drogues sont connues pour perpétuer le risque alors que les pratiques de réduction des risques ont maintes fois prouvé qu'elles permettaient de réduire considérablement la transmission. Les politiques de prévention doivent être le reflet des connaissances scientifiques actuelles qui soutiennent les pratiques de réduction des risques, notamment dans les prisons, parmi les consommateurs de drogues injectables, les jeunes de la rue et les professionnel(le)s du sexe.

¹⁹ Entretien, Europe

G. Services : accessibilité limitée et mauvaise qualité

« En Asie centrale, où les services de santé sont encore limités et d'une qualité insuffisante, les PVVS souffrent de n'être pas en mesure de recevoir des soins de santé de base suffisants. Les distances jouent souvent un rôle important. Dans de nombreux cas, les PVVS d'Asie centrale doivent voyager d'une province à une autre pour obtenir des soins de base, sans parler des traitements du VIH qu'ils devraient pouvoir obtenir régulièrement. Les ARV, le comptage des CD4 et la mesure de la charge virale sont aussi difficilement abordables (même sans tenir compte des distances). Ces facteurs ont une influence énorme sur la vie des PVVS tant en Asie centrale que dans certains pays d'Asie du Sud-Est, où la plupart d'entre eux vivent dans des zones rurales au-dessous du seuil de pauvreté. »

33. « Les PVVS font souvent état de l'incompétence des fournisseurs de soins de santé. Des services d'orientation-recours confus et des processus bureaucratiques traditionnellement longs et compliqués dans les hôpitaux effraient souvent les PVVS et les empêchent de rechercher les traitements et l'appui nécessaires. Nombre d'entre eux estiment que le secteur des ONG constitue une source beaucoup plus utile d'information dans le domaine du VIH. »²⁰
34. Les femmes ont besoin de tout l'éventail des services de santé sexuelle et génésique, y compris des services de santé maternelle et infantile. Ceux-ci comprennent un soutien permanent pour les femmes, avant, pendant et après l'accouchement, afin d'assurer des services complets dans une filière de soins et pas seulement pour prévenir la transmission verticale.²¹
35. Les travailleurs en mouvement peuvent parfois accéder aux soins dans une région mais pas dans une autre. En Chine, par exemple, l'enregistrement obligatoire des ménages signifie qu'un travailleur devra couvrir de grandes distances pour retourner dans la province dans laquelle il est enregistré pour accéder à des services et des traitements liés au VIH. Les pêcheurs migrants, par exemple, pourront accéder à des services de traitement dans un port, mais pas dans un autre, ce qui rend irréguliers les services de santé et pèse sur l'observance du traitement.

H. Services inadéquats

« L'accès à l'information, au traitement et aux services est limité par la langue et par les obstacles sociaux, culturels et structurels. »²²

36. Il n'existe pas une formule unique de programme VIH susceptible de satisfaire les besoins de tant d'individus divers, avec leurs différences de lieu de résidence, de langue, de culture et d'état mental. On a déjà relevé que les comportements stigmatisants et condescendants étaient un des obstacles à l'accès et à la fourniture de services. En outre, l'adaptation des services est importante. Les services adaptés aux besoins des hommes gay et des consommateurs de drogues sont rarement appropriés aux besoins de populations variées sur le plan ethnoculturel. Toutes les régions ont signalé que la traduction et la présentation de l'information d'une manière appropriée à la culture constituaient une nécessité immédiate pour atteindre les populations clés affectées, y compris les femmes et les filles.

²⁰ Entretien, Europe

²¹ Entretien, Amérique du Nord. Et un commentaire d'Afrique soulignant qu'il est encore très nécessaire d'élargir la fréquentation des services de prévention de la TME dans de nombreux pays, notamment en Afrique.

²² Entretien, Amérique du Nord

37. Dans de nombreux cas, aucune stratégie n'a été mise en place pour intégrer les migrants, qu'il s'agisse de travailleurs temporaires ou de personnes recherchant un lieu de migration permanente. Les réalités des migrants ne sont pas prises en compte. Au-delà des différences de langue, de culture et de niveau d'éducation, il existe des pressions psychologiques associées à la peur, à l'instabilité et au sentiment global d'être non-désiré ou caché du système ou de la population.

I. Faiblesses des objectifs et des indicateurs de l'accès universel

38. Idéalement, l'un des principaux domaines d'engagement de la société civile devrait être la définition d'objectifs et l'élaboration des indicateurs nécessaires pour mesurer les progrès vers l'accès universel et son impact. Ceci est particulièrement crucial dans les cas où les populations sont marginalisées en raison de la stigmatisation, de la discrimination et des normes sociales et politiques, étant donné que la capacité des gouvernements à atteindre ces populations est très limitée. Par conséquent, l'appui et la participation de la société civile sont essentiels pour garantir une riposte nationale efficace et fondée sur le concret. La société civile est donc bien vitale pour le processus de suivi, et pourtant les communautés rapportent que sa participation est limitée et très inégale à travers le monde. Il existe encore des pays où aucune personne ouvertement séropositive au VIH ne participe à des activités de planification et de suivi. Dans le cas des populations clés affectées, la participation de la société civile à la définition des objectifs est l'exception plutôt que la règle en raison de la criminalisation de comportements tels que le commerce du sexe, la consommation de drogues et les rapports sexuels entre hommes, et des niveaux extrêmement élevés de stigmatisation et de discrimination, qui limitent la capacité de ces groupes à s'organiser et tempèrent leur confiance dans les processus 'officiels'.
39. Par exemple en Ukraine, un processus participatif a permis aux principales parties prenantes de fixer des objectifs et d'estimer la taille des populations clés affectées. Dans d'autres pays, cette participation s'est révélée plus symbolique ou inadaptée aux circonstances locales. En Amérique latine, les réseaux régionaux de HSH, de professionnel(le)s du sexe et de personnes transsexuelles font état d'attitudes allant de la franche admission du problème auquel est confronté le pays à ce qui revient à un refus officiel de la réalité de l'épidémie. Sur les pays d'Amérique latine disposant d'objectifs publiés concernant l'accès universel, la moitié seulement a intégré des objectifs relatifs aux populations clés affectées, malgré l'existence d'épidémies concentrées dans tous ces groupes.²³
40. Comme le fait observer le rapport d'ICASO sur les progrès de la Déclaration d'engagement : « Le manque continu d'indicateurs adéquats et de collecte des données concernant les populations clés les plus pertinentes à la dynamique des épidémies, et en particulier pour les questions de droits humains et de protection juridique, constitue un obstacle fondamental au suivi des progrès dans la mise en œuvre des engagements. »²⁴ Le groupe sur le leadership dans les épidémies concentrées a pu entendre lors de la réunion de haut niveau de l'ONU en juin 2008 à New York que, dans le cas de certaines des populations clés affectées, moins de 25% des pays faisaient rapport sur l'ensemble des indicateurs relatifs à ces populations.

²³ Extrait du Document d'information de l'Alliance internationale contre le VIH/sida à l'occasion de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le sida 2008.

²⁴ ICASO, *Declaration of Commitment on HIV/AIDS and Political Declaration on HIV/AIDS: A review on progress from the community sector*, 2008.

41. La capacité d'un pays à recueillir des données est tout aussi importante que le niveau et l'applicabilité d'un indicateur. Un pays peut ne pas adopter un indicateur donné, ou, dans de nombreux cas, un pays peut manquer de la volonté ou de la capacité à recueillir des données précises et complètes. Et plus important encore, même si certains indicateurs distinguent les populations clés affectées, y compris les femmes et les filles, les gouvernements ne sont pas tenus d'utiliser ces indicateurs ou d'en faire rapport. Dans des épidémies concentrées ou de niveau faible, cela signifie que les gouvernements peuvent atteindre un objectif portant sur l'ensemble de la population tout en laissant de côté les augmentations rapides de la prévalence dans les populations clés affectées. Par conséquent, réussir provisoirement à atteindre un objectif ne reflète pas nécessairement un progrès global face à la propagation du VIH, et il n'évitera pas nécessairement à une épidémie concentrée de se généraliser. En un mot, ce n'est pas une mesure précise de la marche vers l'accès universel. Dans de nombreux cas, les gouvernements établissent leurs rapports selon leur propre observation sans vérification extérieure.
42. Comme nous l'avons vu dans le rapport intitulé 'Ce dont les pays ont besoin', l'estimation des coûts pour atteindre l'accès universel dans les pays est fondée sur les objectifs 'pilotes par les pays' dans les 111 pays dotés d'objectifs fixés et sur un composite dans le cas où les pays n'ont pas encore fixé d'objectifs. L'utilisation d'un chiffre composite ne reflète pas nécessairement la réalité avec précision, étant donné que l'épidémie diffère d'un pays à l'autre et d'une communauté à l'autre. De plus, dans certains pays, on peut douter de la réalité de la participation de toutes les parties prenantes à la définition des objectifs au niveau national. La société civile a maintes fois signalé ce phénomène et s'est efforcée d'impliquer l'ONUSIDA dans le processus d'élaboration des objectifs, mais cet engagement, comme le montrent les points soulevés ci-dessus, s'est révélé variable dans sa qualité comme dans sa cohérence.
43. **Par conséquent, le Conseil de Coordination du Programme est invité à demander à l'ONUSIDA de faire en sorte que les objectifs et indicateurs relatifs à l'accès universel soient plus précis et mieux adaptés, à l'appui particulièrement de la collecte des données concernant les populations clés affectées et de l'élaboration de meilleurs indicateurs concernant les environnements juridiques habilitants et les restrictions d'entrée, de séjour et de résidence fondées sur la sérologie VIH, ainsi que la criminalisation de certains comportements, au-delà des questions actuelles de l'Indice composite des politiques nationales (ICPN). Nous encourageons l'ONUSIDA à s'assurer de la participation réelle et régulière de la société civile aux travaux entrepris pour réviser et vérifier les objectifs et indicateurs relatifs à l'accès universel.**
44. La révision à la baisse des estimations financières, qui a engendré un débat et des demandes de complément d'information de la part de la société civile constitue une autre cause de préoccupation. Dans de nombreux pays, les objectifs nationaux n'étaient pas liés à des coûts et à un budget. L'ONUSIDA devrait se pencher sur la manière dont les budgets nationaux sont liés aux objectifs de l'accès universel et apporter aux gouvernements une aide pour définir ces liens. Ceci sera particulièrement important dans le climat économique actuel.
45. L'ONUSIDA devrait s'attacher à aligner les objectifs de l'accès universel avec son propre Budget-plan de travail intégré. Rappelant la décision de la 23^{ème} réunion du CCP dans laquelle le Conseil :

« 5.2 : convient qu'à l'avenir la planification et l'établissement des rapports devront : être axés sur les résultats ; tenir compte des enseignements et des obstacles ; inclure des indicateurs relatifs au développement au sens large ; viser à simplifier les données ; inclure des informations sur l'impact des activités, sur l'établissement de rapports qualitatifs et quantitatifs, sur des questions transversales telles que l'égalité des sexes et les droits humains ; et comprendre des données ventilées, dans la mesure du possible, par catégories telles que pays, Coparrainant, âge et sexe ;

46. Il est nécessaire de faire en sorte qu'à l'avenir la planification et les données des rapports comprennent également les populations clés affectées et rappellent l'importance de l'information sur les droits humains et de la ventilation des données selon le sexe et l'âge. En recueillant des informations sur les pays, des efforts devront être faits pour inclure des données sur les populations en mouvement, en s'efforçant de différencier les raisons et les types de cette mobilité.
47. Etant donné tous les points soulevés ci-dessus, les ONG représentées au CCP souhaitent insister sur la nécessité d'appliquer à l'accès universel une approche fondée sur les droits, dans cette nouvelle ère de leadership de l'ONUSIDA. Une approche fondée sur les droits garantit à toutes les personnes qui en ont besoin, y compris les plus marginalisées, un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH ; à toutes les populations affectées, le droit de participer à la conception et à l'exécution des programmes ; la transparence et la redevabilité des gouvernements, des donateurs et du système des Nations Unies ; et que des programmes particuliers sont mis en œuvre pour aider les populations et communautés affectées à accéder à la justice dans le contexte du VIH. Une approche fondée sur les droits contribue aussi à éviter un débat polarisé entre vertical et horizontal.²⁵ Une approche fondée sur les droits encouragera l'harmonisation des lois nationales et internationales, des pratiques d'application des lois et des initiatives de santé publique. Toutes les personnes affectées par le VIH, y compris les migrants qui pourraient ne pas être bien informés des contextes juridiques locaux, doivent connaître leurs droits et les lois qui les aideront à éviter l'infection et à vivre de manière positive.
48. **Par conséquent, le Conseil de Coordination du Programme est invité à demander à l'ONUSIDA de faire de la 'non-discrimination' le quatrième pilier de l'accès universel, avec une mise en œuvre programmatique comparable à la prévention, au traitement ainsi qu'aux soins et au soutien, afin de concrétiser les engagements pris par les gouvernements dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (2001) et la Déclaration politique sur le VIH/sida (2006); et d'intensifier les efforts déployés pour surmonter les obstacles politiques et autres qui entravent la mise en place de ripostes efficaces susceptibles de répondre aux besoins des populations clés affectées et d'accroître leur participation directe aux programmes mondiaux et nationaux.**

AUTRES QUESTIONS PREOCCUPANTES

A. Commission sur les stupéfiants

49. La société civile se félicite de ce que la Déclaration des Nations Unies sur la Coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée pour combattre le problème mondial de la drogue mentionne enfin le VIH et réaffirme les

²⁵ Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le sida et les droits de l'homme, Recommandations adressées à M. Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, janvier 2009, p. 1.

engagements pris en vue de réaliser l'accès universel à des services complets de prévention et de prise en charge du VIH. Cependant, le texte final de la Déclaration politique affaiblit considérablement la notion de réduction des risques en tant que méthode fondée sur des données avérées pour la prévention, la prise en charge, le traitement et le soutien dans le domaine du VIH à l'intention des consommateurs de drogues injectables. En repli par rapport aux progrès faits dans le cadre du CCP, en particulier le Document d'orientation politique de l'ONUSIDA sur l'intensification de la prévention du VIH,²⁶ le rapport de la 52^{ème} session de la Commission sur les stupéfiants évite une mention explicite des mesures de réduction des risques en rapport avec le VIH, y compris l'échange des aiguilles et seringues et les traitements de substitution des opiacés, que la plupart des experts internationaux de la santé publique estiment essentiels à la réussite de la prévention et du traitement du VIH. Malheureusement, une coalition internationale de nations opposée à la mention de la réduction des risques insiste sur l'application de l'approche internationale de la lutte contre les drogues formulée en 1998, qui est axée sur la restriction de l'offre et s'est révélée inefficace.²⁷

- 50. Par conséquent, le Conseil de Coordination du Programme est invité à *encourager* les gouvernements à réaffirmer et intensifier leur engagement en faveur des mesures de réduction des risques liés au VIH – notamment l'échange des aiguilles et seringues et les traitements de substitution des opiacés – qui sont essentielles pour l'accès universel des personnes qui consomment des drogues à des programmes complets de prévention, de soins, de traitement et de soutien en matière de VIH.**

B. Note d'orientation sur le commerce du sexe

51. Pour être efficace, la politique de l'ONUSIDA se doit d'être inclusive et réaliste. Les consultations avec la société civile et l'implication réelle des professionnel(le)s du sexe eux/elles-mêmes dans l'élaboration de la note d'orientation doivent être pris au sérieux. L'élaboration de l'orientation dans le cadre d'une approche participative et fondée sur les droits signifie que nous nous préoccupons du problème du VIH dans le commerce du sexe, mais sans combattre l'existence de ce commerce lui-même. En outre, tous les programmes relatifs au commerce du sexe doivent être élargis pour inclure les personnes transsexuelles, les HSH et les hommes hétérosexuels, en plus des femmes.

²⁶ Dans la Déclaration d'engagement de 2001, les Etats Membres ont reconnu que « le succès des stratégies de prévention, de soins et de traitement exige des changements de comportement et passe par un accès accru et non discriminatoire à, notamment, [...] du matériel d'injection stérile » et se sont engagés à « élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, [...] ou renforcer ceux qui existent déjà, [...] afin de promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression [...] ou sont les plus vulnérables face à l'infection sous l'influence de facteurs [...] tels que la toxicomanie »

Dans le cadre du CCP, les Etats Membres ont approuvé le Document d'orientation politique de l'ONUSIDA : Intensification de la prévention du VIH, qui identifie les actions politiques et programmatiques essentielles de prévention du VIH. Elles comprennent notamment « Prévenir la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables – par la mise en place d'un système global, intégré et efficace de mesures comportant tout l'éventail des options de traitement (notamment les thérapies de substitution) et l'application de mesures de réduction des risques (grâce notamment à des activités de proximité par les pairs à l'intention des consommateurs de drogues injectables et aux programmes offrant un accès à des aiguilles et seringues stériles), le conseil et le test VIH volontaires et confidentiels, la prévention de la transmission sexuelle du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (comprenant les préservatifs et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles), l'accès à des soins de santé primaires et à la thérapie antirétrovirale. »

²⁷ <http://www.aidsmap.com/en/news/F4D04E80-FA29-4ECD-8A75-5722558DE46A.asp>

52. La note d'orientation ne se penche pas sur la décriminalisation. Tout en citant les directives sur le VIH et les droits de l'homme, elle omet de prendre à son compte la prémisse selon laquelle les lois pénales visant les professionnel(le)s du sexe doivent être abrogées afin de mettre en place des programmes de lutte contre le VIH et de protéger les droits humains des professionnel(le)s du sexe.
53. De plus, la note d'orientation cite le rapport de la 'Commission indépendante sur le sida en Asie'²⁸, mais elle ne demande pas la décriminalisation du commerce du sexe et des rapports sexuels entre hommes ; ou une révision des lois qui criminalisent les consommateurs de drogues injectables et les services dédiés à ces personnes (points qui étaient tous mentionnés dans le rapport et ont reçu l'appui du Secrétaire général des Nations Unies).
54. Enfin, le document encourage les programmes fondés sur des preuves avérées, tout en encourageant des stratégies qui n'ont pas de base concrète, telles que le microfinancement pour sortir du commerce du sexe et l'objectif visant à mettre fin à la demande masculine de rapports sexuels tarifés.
55. « Tant que durera le financement des programmes portant sur les besoins des professionnel(le)s du sexe en matière de santé, il est impératif que les professionnel(le)s du sexe eux/elles-mêmes participent aux décisions prises concernant leur vie et leurs communautés. Il ne s'agit pas là uniquement d'une approche éthique de la santé publique, mais d'une nécessité pour disposer de programmes concrets, efficaces et viables. Confondre le commerce du sexe avec la traite et la terreur des maisons de passe, offrir aux femmes des machines à coudre comme 'planches de salut' et imposer le recours aux préservatifs sont des exemples de politique fondée sur l'idéologie et non sur les données avérées. Il est vraiment possible, et les succès avérés le prouvent, de prévenir le VIH/sida et d'induire de réels changements dans la vie des professionnel(le)s du sexe et nous devons continuer à promouvoir les droits des professionnel(le)s du sexe et non pas les idéologies des politiques. »²⁹

C. Reconnaissance du rôle critique joué par la coinfection par l'hépatite dans la prévention, les soins, le traitement et le soutien en matière de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables et les autres personnes vivant avec le VIH

56. L'un des nombreux effets de la stigmatisation et du manque de reconnaissance des populations clés affectées, c'est la lenteur de l'action en faveur de la lutte contre la coinfection hépatite C et VIH. Nous reconnaissons que des progrès ont été faits pour appeler l'attention sur la coinfection tuberculose et VIH, qui reste un sérieux problème et une importante cause de décès chez les PVVS en Afrique. Nous nous félicitons de l'accent mis sur la tuberculose dans le segment thématique de la 22^{ème} session du Conseil de Coordination du Programme, au cours duquel le Conseil a demandé « à l'OMS et au Secrétariat de l'ONUSIDA de trouver des voies et moyens de faire entreprendre par les Coparrainants des actions relatives à la coinfection par le VIH et

28

http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080326_asia_commission.asp

²⁹ Entretien, Asie

le virus de l'hépatite C et de faire rapport à une prochaine réunion du Conseil de Coordination du Programme. »

- 57. Pour ébaucher une action sur cette question, le Conseil de Coordination du Programme est invité à *demander* au Secrétariat de l'ONUSIDA et à l'OMS d'appuyer les pays dans la mise en œuvre et l'amélioration, dans tous les pays, de la surveillance de l'hépatite B et C, y compris la coinfection avec le VIH, et d'élaborer les directives nécessaires pour que les Etats Membres formulent des politiques, stratégies et autres instruments de prévention et de contrôle de la coinfection par l'hépatite chez les personnes vivant avec le VIH.**

D. La crise économique actuelle

58. La crise économique et financière mondiale actuelle risque de restreindre gravement la capacité des pays dont les ressources sont limitées à élargir leurs efforts en vue de réaliser les objectifs de l'accès universel. On prévoit que le taux de croissance annuel de la plupart des pays en développement soit réduit d'un tiers à une moitié.³⁰ S'ils disposent de moins de revenus, bien des pays auront de la peine à satisfaire à leurs engagements courants, sans parler d'entreprendre des activités ambitieuses d'expansion de la prévention, des soins, des traitements et du soutien.
59. Le Fonds mondial, en tant que l'un des principaux financiers des programmes de lutte contre le VIH et le sida, prévoit un déficit de 4 à 10 milliards de dollars au cours des deux prochaines années.³¹ Dans le climat économique actuel, les pays donateurs pourraient bien avoir de la peine à maintenir leurs engagements en cours, sans parler d'augmenter leurs promesses de contributions pour fournir les financements croissants dont les programmes en expansion auraient besoin.
60. Nous avons déjà reçu, de la part de certaines ONG qui fournissent des traitements, des rapports indiquant que la baisse de leurs revenus entraînera une baisse du nombre des personnes inscrites dans leurs programmes. Nous sommes préoccupés par le fait qu'une limitation de l'approvisionnement d'ARV ne provoque des interruptions dans les traitements, qui risqueraient d'entraîner une résistance, avec pour conséquence le recours à des associations de médicaments encore plus coûteuses. Il faudra peut-être modifier les schémas thérapeutiques pour s'adapter à une disponibilité réduite de médicaments. Une baisse des fonds pourrait inciter certains à refuser l'accès à des traitements aux populations clés affectées.
- 61. Par conséquent, le Conseil de Coordination du Programme est invité à *demander* au Secrétariat de l'ONUSIDA de préparer un rapport pour la 25^{ème} réunion du Conseil sur les effets que la crise financière pourrait avoir sur les capacités des pays à réaliser leurs objectifs relatifs à l'accès universel et d'y inclure des recommandations et des stratégies d'atténuation.**

³⁰ Estimations de la Banque mondiale et du FMI, novembre 2008, janvier 2009 et février 2009.
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22121605~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>

³¹ Voir les estimations actualisées de la demande du Fonds mondial, en mars 2009 sur le site http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/caceres/Updated_Demand_Estimate_March2009.pdf, les Communiqués de presse du Fonds mondial et l'Appel du Secrétaire général sur le site web de l'ONUSIDA.

RECOMMANDATIONS GENERALES A L'INTENTION DU PROGRAMME COMMUN

62. Dans le présent rapport, une large part de l'information provenant de la société civile indique que l'ostracisme et la discrimination sont des obstacles à un accès universel. Bien qu'il n'existe pas de mécanisme unique pour surmonter ces obstacles, combattre les stéréotypes et intégrer les membres des populations clés affectées dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes sont des étapes cruciales pour vaincre la négativité et les préjugés qui mènent à la marginalisation, à réaliser en parallèle avec la mise en place d'un environnement juridique habilitant. La présente section reflète des recommandations générales provenant de consultations. De nombreuses recommandations portent sur le rôle de l'ONUSIDA.

A. Garantir une collecte d'information plus précise et ventilée pour la conception de politiques fondées sur le concret

63. Dans de nombreux pays, une faible prévalence correspond à un financement réduit et à un faible degré de priorité, alors qu'elle devrait faire l'objet d'une préoccupation importante. Les personnes consultées ont signalé des données absentes ou peu fiables présentées par des pays à faible prévalence tels que la Slovaquie, la République tchèque et d'autres pays d'Europe centrale et orientale, ainsi que par des pays arabes et musulmans, où le sida est moins reconnu comme un problème prioritaire de société et de santé. L'ONUSIDA doit renforcer les mécanismes de collecte d'information afin de garantir une conception de programmes qui soit fondée sur une compréhension exacte des épidémies locales.

64. Une information précise sur les établissements de santé peut aider à constituer une base de données susceptible de dissiper les mythes qui entourent l'accès au traitement. Par exemple, lors d'une étude informelle dans un pays, la collecte des données a montré que, contrairement au stéréotype accusant les migrants de 'mettre en faillite' les systèmes de santé, ce sont les citoyens nationaux qui consomment la majorité des budgets santé plutôt que les immigrants.³² Une information comme celle-ci aidera à vaincre les stéréotypes et combattre l'ostracisme et la discrimination. Recueillir des informations sur différents types de personnes en mouvement peut aussi contribuer à mieux identifier les besoins des différents types de groupes de migrants. Nous recommandons à l'ONUSIDA de soutenir les professionnels de la santé aux niveaux national et communautaire dans la collecte d'une information précise, anonyme et ventilée sur l'utilisation des services de santé.

B. Réunir les institutions des Nations Unies, les gouvernements et la société civile

65. L'ONUSIDA doit en faire davantage pour harmoniser les politiques et faciliter les interactions entre les Coparrainants et dans l'ensemble du système des Nations Unies. L'ONUSIDA est bien placé pour rassembler les compétences nécessaires dans les divers organismes et secteurs. Parce qu'aucune institution à elle seule ne possède toute l'expertise requise, il est impératif que l'ONUSIDA s'efforce de remplir ce rôle. La Commission sur les stupéfiants n'est qu'un des exemples les plus récents montrant la nécessité d'une harmonisation et d'une cohérence politique accrues dans l'ensemble du Programme et du système des Nations Unies.

³² Entretien, Europe

66. L'ONUSIDA est également bien placé pour rassembler les divers éléments des gouvernements nationaux (y compris l'exécutif, le législatif et le juridique) et organiser des conférences régionales réunissant plusieurs gouvernements. Ce rôle est particulièrement crucial pour s'attaquer aux questions transversales et transfrontalières. Dans les cas où il n'existe pas de stratégie pour les populations migrantes, il est souvent difficile de déterminer qui est responsable de la fourniture de services.³³ Nous recommandons que l'ONUSIDA fasse usage de sa fonction de rassembleur pour promouvoir un accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien tout au long de la filière de la mobilité et de la migration depuis le départ du lieu d'origine, au cours du voyage, jusqu'à l'établissement dans le pays ou la communauté d'arrivée ou au retour et à la réintégration, y compris pour les sans papiers.

C. Faciliter l'appui technique

67. Dans de nombreux cas, les organisations appartenant à l'ONUSIDA sont considérées comme des aides à l'appui technique. Certaines des personnes interrogées ont rapporté des difficultés d'accès aux fonds régionaux des Dispositifs d'appui technique (DAT). En tant que partie intégrante de la mise en œuvre de la décision 3.2 du 23^{ème} Comité de coordination du programme qui demandait "que l'ONUSIDA actualise sa stratégie d'appui technique et de développement des capacités au moyen d'un processus inclusif impliquant les pays chargés de la mise en œuvre et la société civile », nous recommandons à l'ONUSIDA de passer en revue ses DAT, avec l'intention de les rendre plus conviviaux et moins bureaucratiques, et de déterminer quel appui technique n'est pas couvert par les DAT, de manière à développer une capacité complète à long terme.

68. La société civile apporte des résultats concrets et se trouve en première ligne de la fourniture de services, mais elle peine à accroître son financement pour l'amélioration de sa propre capacité. Un des domaines les plus en vue de la participation de la société civile au niveau des pays se trouve au sein des Mécanismes de coordination dans les pays (CCM). Comme le souligne le rapport d'octobre 2008 de l'ITPC de la série « Rater la cible », il faut en faire bien davantage pour renforcer ce rôle.³⁴ Spécifiquement, les organisations de la société civile au niveau local doivent être en mesure de plaider pour leurs propres intérêts, d'une manière qui soit appropriée à leur situation et maintienne la pression à l'échelle locale. La portée des organisations internationales n'est pas suffisante pour garantir des pressions incitant au changement au niveau des pays. Seule la société civile locale et nationale peut le faire. En conséquence, nous suggérons que l'ONUSIDA alloue un appui technique au renforcement des capacités locales de plaidoyer de la société civile, de manière à appuyer le plaidoyer mondial et la responsabilisation à tous les niveaux.

³³ Avec l'aide de parlementaires, la délégation des ONG soutient les recommandations provenant du *High Level Multi-Stakeholder Dialogue on HIV Prevention, Treatment, Care and Support for Migrants in the ASEAN Region*, notamment la suggestion « d'impliquer les parties prenantes concernées, tels que les Ministères des affaires étrangères, de la santé, du travail, de l'intérieur et des affaires sociales, de même que les organisations de la société civile, les représentants d'émigrés, le secteur privé, les agences et organisations internationales des Nations Unies, en tant que partenaires égaux, afin qu'ils prennent en compte les besoins des travailleurs migrants et fassent en sorte que des moyens de financement durables soient disponibles pour soutenir leur collaboration active qui garantira aux migrants un accès aux services ».

³⁴ ITPC, "CCM Advocacy Report: Making Global Fund Country Coordinating Mechanisms work through full engagement of civil society," Octobre 2008.

69. L'ONUSIDA doit aussi clarifier son rôle en matière d'appui technique et sa relation avec le renforcement des systèmes de santé. Le protocole d'accord avec le Fonds mondial constitue un premier pas, mais cela doit encore se traduire par plus de clarté sur le terrain. Au sein des CCM, l'ONUSIDA pourrait faciliter l'appui technique et assumer plus clairement le développement d'un plan d'appui technique (sans devoir nécessairement apporter lui-même l'appui technique, mais en s'assurant que l'appui technique nécessaire est réuni).

D. Agir en s'appuyant sur des positions politiques claires

70. Au sein de l'ONUSIDA, il faut user d'influence pour encourager l'harmonisation des politiques nationales et internationales ; oser prendre la parole et apporter une orientation politique claire et sans équivoque, notamment sur les questions de criminalisation et de dépistage obligatoire, mais aussi en encourageant les gouvernements à se conformer à des recommandations mieux établies, telles que consacrer 0,7% de leur budget national à l'aide publique au développement ou encourager la conformité avec les exceptions des ADPIC³⁵ afin de permettre le développement et la distribution de médicaments génériques.

71. Dans son plaidoyer auprès des gouvernements nationaux, l'ONUSIDA ne doit pas se concentrer seulement sur le « Sud ». Les pays plus riches doivent également mettre en place des stratégies sida nationales, être tenus responsables de leurs propres engagements à l'échelle mondiale concernant le VIH et ils doivent être capables de s'attaquer aux problèmes des communautés d'immigrés dans les pays du Nord. C'est un sujet qui touche le monde entier, étant établi que les gens se déplacent à l'intérieur des pays et entre les pays, et que chaque individu a droit à un accès universel indépendamment de l'endroit où il vit. Le fait que 3% des résidents de Washington, DC soient affectés par le VIH ou le sida devrait rendre ce point parfaitement clair.³⁶

E. Incorporer les populations en mouvement dans les stratégies sur le VIH/sida

72. L'ONUSIDA est bien placé pour soutenir et faciliter l'intégration des populations déplacées dans les plans nationaux et régionaux qui garantiront que les réalités des personnes en mouvement, y compris la langue, la culture et la mobilité, sont prises en compte dans la fourniture d'un accès continu et régulier aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Dans de nombreux cas, les plans nationaux de lutte contre le VIH ne prévoient pas de services pour les populations en mouvement, laissant cet aspect important d'une riposte nationale efficace au VIH à des ONG qui manquent de personnel et de ressources. Afin d'atteindre toutes ces populations migrantes, il sera important de réviser les plans nationaux et régionaux de manière à ce qu'ils comprennent de manière satisfaisante la fourniture de services à ces populations, avec une assistance bilatérale et internationale appropriée si cela s'avère nécessaire.

73. Ces plans doivent faire en sorte que toutes les personnes, indépendamment de leur statut juridique ou de leur domicile, soient protégées par un cadre respectueux des droits humains et ne fassent l'objet d'aucune restriction d'entrée, de séjour ou de résidence sur la base de leur statut VIH ou d'un dépistage obligatoire du VIH. Ce plan pourrait commencer par la cartographie, réalisée par l'ONUSIDA, de ce

³⁵ Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce

³⁶ http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/03/14/AR2009031402176_pf.html

qui est déjà en place : quels services sont disponibles et fonctionnent, quelles sont les meilleures pratiques à recommander.

74. En particulier, la conception d'un programme doit être appropriée aux populations déplacées sur les plans linguistiques et culturels. En impliquant les migrants dans la conception des programmes qui les concernent, les prestataires de services seront plus aptes à faire face au défi que représente la fourniture de services à des populations mobiles. Les programmes de lutte contre le VIH doivent intégrer des mesures permettant de comprendre les voies migratoires et apporter des services essentiels en différents points de ces voies.

75. Par conséquent le Conseil de Coordination du Programme est invité à demander à l'ONUSIDA de :

- i. s'assurer que le personnel aux niveaux mondial, régional et national facilite l'incorporation des populations mobiles dans les stratégies régionales et nationales de lutte contre le sida en vue d'atteindre l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, en prêtant tout particulièrement attention aux restrictions d'entrée, de séjour et de résidence liées au VIH, afin d'assurer que les personnes vivant avec le VIH ne sont ni exclues, ni détenues ou déportées en raison de leur sérologie VIH ; et**
- ii. aider les gouvernements à harmoniser toutes les lois et politiques relatives au dépistage du VIH afin de garantir leur conformité avec les normes adoptées à l'échelle internationale, qui comprennent : le consentement éclairé, la confidentialité, le conseil pré- et post-test, ainsi que l'orientation vers des services appropriés de traitement, de prise en charge et de soutien.³⁷**

³⁷ Voir aussi : la recommandation de CARAM Asie contre le dépistage obligatoire

Annexe 1: détails de l'enquête

A. Problèmes-clés soulevés en plus des neufs présentés dans le rapport :

1. Le traitement est toujours inaccessible :
 - Le prix des médicaments, du dépistage et des produits diagnostiques reste élevé, ce qui rend le traitement inaccessible
 - Les compagnies pharmaceutiques ne reconnaissent pas ce fait et les gouvernements n'utilisent pas les flexibilités des ADPIC et freinent la production de génériques
 - Le traitement de deuxième intention n'est pas disponible dans de nombreux endroits, en dépit d'un besoin grandissant³⁸
 - L'effet des coûts à la charge des usagers et autres obstacles économiques sur la limitation de l'accès³⁹
2. L'accès aux services et aux produits est irrégulier parce que des systèmes de santé fragiles ne parviennent pas à garantir un approvisionnement régulier en médicaments et produits.
3. Les coûts indirects tels que les transports et le temps d'absence au travail restent des obstacles au soin et au traitement : « *De nombreuses femmes dans la région [ANASE], et les travailleuses migrantes en particulier, ne sont pas protégées par les lois du travail et reçoivent un salaire au jour le jour ; en conséquence, interrompre son travail pour se rendre dans les services de santé signifie généralement une perte de revenu. Dans plusieurs pays, les personnes interrogées ont déclaré en connaître d'autres qui n'avaient pas pu accéder au traitement et étaient décédées par la suite* »⁴⁰
4. Il manque toujours un leadership politique fort pour s'attaquer au problème du sida, en particulier autour de l'ostracisme et de la discrimination, du financement et de l'inclusion de l'accès universel dans les plans nationaux.
5. L'absence de systèmes d'assurance-maladie dans de nombreux endroits ou de dispositions gouvernementales pour la fourniture de services.
6. Les gouvernements ne remplissent pas leurs engagements financiers pour atteindre un accès universel (financement du Fonds mondial et renforcement des systèmes de santé compris), et nous ne générons pas non plus suffisamment de fonds locaux pour les ripostes au VIH ou de volonté politique locale pour s'attaquer de manière adéquate au VIH et au sida : « *Mon problème, c'est l'impossibilité de savoir ce que l'avenir nous réserve à nous, personnes vivant avec le VIH/sida, étant donné que tous nos traitements dépendent du Fonds mondial. Et s'ils n'approuvent pas la prochaine*

³⁸ Prenons comme seul exemple ce message de l'ITPC venu de l'Inde (mars 2009) : « D'après le Programme ART national, les catégories suivantes de personnes sont éligibles gratuitement au test de mesure de la charge virale et au traitement de deuxième intention : a) Les PVVS en-dessous du seuil de pauvreté, les veuves et les enfants ; b) Les PVVS en traitement continu depuis au moins deux ans dans des Centres gouvernementaux de traitement par les ARV, indépendamment de leur revenu. La réponse ci-dessus signifie que des familles vivant au-dessus du seuil de pauvreté peuvent gagner 5000 Roupies par mois, mais doivent acheter elles-mêmes les ARV de deuxième intention qui coûtent au moins 8000 Roupies par mois ! »

³⁹ Sylvie Boyer, Fabienne Marcellin, Pierre Ongolo-Zogo, Séverin-Cécile Abega, Robert Nantchouang, Bruno Spirea & Jean-Paul Moatti, "Financial barriers to HIV treatment in Yaoundé, Cameroon: first results of a national cross-sectional survey," Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, Volume 87, Numéro 4, avril 2009, 279–287.

⁴⁰ Groupe de travail féminin de l'APN+ (WAPN+), "Research on Access to HIV Treatment and services for Women and children," mars 2009.

*série ? Notre gouvernement ne considère pas l'épidémie de VIH/sida comme une priorité ».*⁴¹

7. On n'atteint pas suffisamment les personnes handicapées : « En Jamaïque, il a été établi que les personnes malentendantes sont très exposées au risque et qu'il existe un obstacle à la communication qui ne permet pas une prise en charge et une information de qualité sur la prévention ».⁴²
8. L'insécurité alimentaire en Afrique subsaharienne est une préoccupation grandissante à la lumière des changements climatiques et des restrictions économiques mondiales : « *Nous devrions penser à la production locale de nourriture pour le soutien des PVVS sous traitement antirétroviral : dans de nombreux cas, un arrêt du traitement est dû aux effets secondaires des médicaments* ».⁴³
9. Pour les femmes et les filles, l'éducation qui contribuerait à accroître plus particulièrement leur connaissance de la prévention et des droits humains, manque toujours, notamment en Afrique.
10. Le manque de professionnels de la santé reste un sujet majeur de préoccupation.

B. Détails du processus d'enquête et du questionnaire

Méthodologie: La délégation des ONG auprès du CCP, avec le soutien de son Dispositif de Communication, a mené une enquête en ligne afin de recueillir des données à l'appui de son rapport annuel au Conseil de l'ONUSIDA. L'enquête a été menée en ligne du 15 février au 6 mars 2009, avec le soutien des Réseaux Santé et Développement (HDN). L'invitation à participer à l'enquête a été envoyée par courriel à des organisations, réseaux et militants clés de la société civile. L'enquête consistait en 14 questions clés avec plusieurs questions complémentaires. Afin d'atteindre le plus large éventail possible de groupes intéressés l'enquête a été traduite et mise en ligne en 7 langues : anglais, chinois (simplifié), français, espagnol, portugais, russe et arabe (en raison de problèmes techniques, il n'a pas été possible de mettre en ligne la version en langue arabe et les personnes interrogées ont été invitées à répondre par courrier électronique).

Limites de l'enquête: L'enquête a connu certaines limites en raison des facteurs suivants :

- Le niveau d'accès à l'Internet varie d'un pays à l'autre.
- L'enquête étant réalisée en faisant suivre des courriers électroniques (répondants auto-sélectionnés), on a observé une plus grande participation de personnes soutenant des opinions marquées.
- Afin que l'enquête reste courte et puisse être traduite, elle s'est limitée à des questions à choix multiples. Pour étoffer le rapport par des exemples et détails supplémentaires l'enquête a été complétée par 25 entretiens plus approfondis et par un groupe thématique avec des parties prenantes importantes. La délégation des ONG et le Dispositif de Communication ont interrogé un large éventail de personnes.
- La dernière question relative à l'évaluation de l'ONUSIDA ayant relevé des données contradictoires, les résultats de la dernière section ont été omis dans le rapport.

⁴¹ Entretien, Amérique Latine

⁴² Entretien, Caraïbes

⁴³ Commentaire d'une ONG extrait de l'enquête en ligne

Questionnaire et résultats d'ensemble

No	Question	Composantes	Variabes	Résultat
1	Où vivez-vous ?		Afrique	87
			Asie et Pacifique	74
			Europe	100
			Amérique du Nord	26
			Amérique latine et Caraïbes	82
2	Quel terme décrit le mieux votre groupe ou organisation ?		Organisation communautaire	87
			ONG ou réseau nationaux	108
			ONG ou réseau régionaux	37
			ONG ou réseau internationaux	56
			Groupe ou réseau de personnes vivant avec le VIH	83
			Organisation universitaire ou de recherche	18
			Individuel/non-affilié à une organisation	17
Autre	228			
3	A quelle population votre groupe s'identifie-t-il, ou quelle population représente-t-il ?		Personnes vivant avec le VIH	304
			Femmes et filles	198
			Consommateurs de drogues	129
			Professionnel(le)s du sexe	150
			Homosexuels et autres HSH	144
			Jeunes	211
			Enfants	134
			Personnes âgées	76
			Communautés autochtones et minorités ethniques	68
			Communauté en mouvement	97
			Personnes transsexuelles	69
			Personnes handicapées	80
			Détenus	90
Autres	26			
4	Avez-vous une expérience des populations en mouvement ?		Oui	97
			Non	223
			Ne sait pas	44
5	Dans votre pays ou selon votre expérience, quels sont les obstacles les plus importants à surmonter pour parvenir à l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien en matière de VIH ?	Services et produits de prévention (préservatifs masculins et féminins/aiguilles/dépistage, etc.)	pas important	13
			peu important	47
		Information et services relatifs à la santé sexuelle et génésique	moyennement important	84
			très important	206
			pas important	6
	peu important	45		

	moyennement important	87
	très important	216
Santé en général : accès aux soins médicaux de base	pas important	20
	peu important	48
	moyennement important	94
	très important	187
Services de lutte contre la coinfection (TB/Hép. C) : diagnostic, traitement, soins	pas important	18
	peu important	42
	moyennement important	103
	très important	186
Disponibilité des traitements du VIH et accès à ces traitements	pas important	23
	peu important	53
	moyennement important	66
	très important	207
Disponibilité des traitements de deuxième intention du VIH et accès à ces traitements	pas important	26
	peu important	57
	moyennement important	104
	très important	158
Ostracisme et discrimination/perception de l'opinion des autres	pas important	3
	peu important	26
	moyennement important	83
	très important	247
Politiques dédiées aux populations clés (femmes et filles, détenus, jeunes, consommateurs de drogues, HSH, etc.)	pas important	10
	peu important	41
	moyennement important	83
	très important	220
Sécurité (cas de violence, viol, meurtre, enlèvement, etc.)	pas important	43
	peu important	76
	moyennement important	100
	très important	121
Inégalités entre les sexes	pas important	18
	peu important	68
	moyennement important	122
	très important	146
Criminalisation des comportements sexuels	pas important	39
	peu important	71
	moyennement important	108
	très important	131
Criminalisation de la consommation de drogues	pas important	26
	peu important	66
	moyennement important	126

			très important	125
		Criminalisation de la transmission du VIH	pas important	35
			peu important	73
			moyennement important	95
			très important	140
6.a	Avez-vous, ou vos clients/vos membres accès à une assurance-maladie ?		Oui	154
			Non	160
			Ne sait pas	50
6.b	Cette assurance couvre-t-elle les services et traitements liés au VIH ?		Oui	161
			Non	104
			Ne sait pas	72
7	Avez-vous connaissance de restrictions de déplacement pour les personnes vivant avec le VIH dans votre pays ?		Oui	185
			Non	134
			Ne sait pas	45
8	Quels groupes de populations en mouvement sont-ils importants dans votre pays (en particulier en lien avec le VIH) ?		Personnes vivant avec le VIH/sida	205
			Professionnel(le)s du sexe	248
			Consommateurs de drogues	149
			Travailleurs étrangers	139
			Immigrants	155
			Réfugiés	128
			Personnes déplacées	112
			Travailleurs sans papiers	148
			Victimes de la traite	114
			Touristes	120
			Autres	18
9	Quels problèmes liés au VIH, à la migration et aux populations en mouvement sont-ils importants dans votre région actuellement ?	Abus à l'encontre des travailleurs sans papiers	pas important	33
			peu important	56
			moyennement important	89
			très important	132
		Discrimination des migrants et des populations en mouvement	pas important	24
			peu important	57
			moyennement important	98
			très important	138
		Les migrants et les populations en mouvement ne connaissent pas leurs droits	pas important	20
			peu important	32
			moyennement important	90
			très important	180
		Traite des êtres humains	pas important	32
peu important	55			

	moyennement important	119
	très important	106
Accès aux traitements liés au VIH	pas important	18
	peu important	30
	moyennement important	79
	très important	212
Accès à la prévention, à l'information et aux services liés au VIH	pas important	10
	peu important	25
	moyennement important	89
	très important	212
Dépistage obligatoire	pas important	60
	peu important	68
	moyennement important	73
	très important	125
Incapacité d'accès aux services de santé due au statut juridique	pas important	30
	peu important	51
	moyennement important	87
	très important	159
Actions visant à prévenir la migration et à réduire la mobilité	pas important	46
	peu important	68
	moyennement important	95
	très important	103
Limite de l'information par manque d'adéquation culturelle/linguistique	pas important	33
	peu important	66
	moyennement important	97
	très important	120
Peur des autorités	pas important	30
	peu important	50
	moyennement important	106
	très important	135
Interruption du traitement due à un sauvetage par la force, aux arrestations policières et à la détention	pas important	45
	peu important	67
	moyennement important	77
	très important	121
Interruption du traitement due au déplacement causé par un conflit (déplacement interne au pays ou transfrontalier)	pas important	79
	peu important	72
	moyennement important	62
	très important	98
Interruption du traitement due au déplacement causé par une catastrophe naturelle (p. ex. changements météorologiques ou	pas important	102
	peu important	76
	moyennement important	67

		climatiques)	très important	66
10	Quels sont les défis/obstacles à la réduction du risque de VIH et de la vulnérabilité au VIH parmi les populations en mouvement dans votre pays ?	Manque de connaissances et de compréhension des populations en mouvement	pas important	3
			peu important	34
			moyennement important	105
			très important	195
		Manque de données fiables et d'information qualitative adéquate sur le VIH dans ces populations	pas important	5
			peu important	24
			moyennement important	103
			très important	207
		Manque de modèles d'intervention fondés sur des données éclairées	pas important	8
			peu important	37
			moyennement important	105
			très important	182
		Manque de financement des modèles fondés sur des données éclairées	pas important	9
			peu important	24
			moyennement important	81
			très important	213
		Modèles inadéquats mis en place, p. ex. restrictions de déplacement, raids de sauvetages par la force, etc.	pas important	42
			peu important	62
			moyennement important	84
			très important	133
Manque de programmes communautaires	pas important	8		
	peu important	34		
	moyennement important	107		
	très important	185		
11	La stratégie nationale de lutte contre le sida de votre pays tient-elle en compte des migrants, des populations en mouvement et des demandeurs d'asile ?	Oui	73	
		Non	149	
		Ne sait pas	130	