



**ONUSIDA**  
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR  
UNICEF  
PAM  
PNUD  
UNFPA  
ONU DC  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANQUE MONDIALE

UNAIDS/PCB(18)/06.4  
10 mai 2006

**18<sup>ème</sup> Réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA**  
**Genève, Suisse**  
**27–28 juin 2006**

*Point 1.6 de l'ordre du jour provisoire :*

**Rapport du Représentant des ONG**

Préparé par:

**AFRIQUE**

Mme Asunta Wagura  
Kenya Network of Women with AIDS

Mme Mary Balikungeri  
Rwanda Women's Network

**ASIE/PACIFIQUE**

Mme Rachel Ong  
Réseau Asie-Pacifique des Personnes vivant  
avec le VIH/SIDA (APN+)

M. Bhawani Shanker Kusum  
Gram Bharati Samiti (GBS)

**AMÉRIQUE LATINE/CARAÏBES**

Mme Gabriela Silva Leite  
Network of Sex Work Projects (NSWP)

Mme Sandra F. Batista  
Rede Latinoamericana de Redução de Danos (RELARD)

**EUROPE**

Mme Alena Peryshkina  
AIDS Infoshare

M. Paulo Jorge Vieira  
YouAct – European Youth Network on Sexual and  
Reproductive Rights

**AMÉRIQUE DU NORD**

M. T. Richard Corcoran  
Health Global Access Project (Health GAP)

M. Michael O'Connor  
Interagency Coalition on AIDS and Development (ICAD)



# Délégation ONG | RAPPORT MONDIAL sur le VIH/SIDA

*18<sup>ème</sup> Réunion du Conseil de Coordination du Programme  
(CCP)*

*Genève, Suisse ~ 27-28 juin 2006*

*Un quart de siècle après le début de l'épidémie, la lutte mondiale contre le sida est à la croisée des chemins. Les importants progrès accomplis depuis la session extraordinaire de 2001 dans cette lutte – qui se sont traduits notamment par l'accroissement des ressources, le renforcement des plans directeurs nationaux, l'élargissement de l'accès aux services de prévention et de soins et la création d'un large consensus sur les principes d'une action nationale efficace – constituent d'excellents acquis sur lesquels faire fond pour mener une action globale de grande envergure. En effet, pour la première fois, la communauté internationale dispose des moyens voulus pour commencer à enrayer l'épidémie mondiale. Pour ce faire, toutes les parties contribuant à la lutte mondiale contre le sida devront toutefois se montrer plus que jamais résolues à donner leur pleine mesure, à adopter de nouvelles façons de coopérer entre elles et à poursuivre leurs efforts sur le long terme.*

- Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : cinq ans plus tard
- Rapport du Secrétaire général (UNGASS, 2006)

## **TABLE DES MATIÈRES DU RAPPORT MONDIAL**

**INTRODUCTION ..... 3**

### **RAPPORTS RÉGIONAUX**

**AFRIQUE ..... 4**

**Situation épidémiologique**

**Dernières tendances**

**Principaux problèmes mis en relief dans la région**

**Recommandations**

**ASIE/PACIFIQUE ..... 13**

**Situation épidémiologique**

**Besoins et recommandations**

**AMÉRIQUE LATINE/CARRAÏBES ..... 15**

**Situation épidémiologique**

**Dernières tendances**

**Principaux problèmes mis en relief dans la région**

**Recommandations**

**EUROPE ..... 18**

**Situation épidémiologique**

**Dernières tendances**

**Principaux problèmes mis en relief dans la région**

**AMÉRIQUE DU NORD ..... 22**

**Situation épidémiologique**

**Dernières tendances**

**Principaux problèmes mis en relief dans la région**

**Délégation ONG siégeant au CCP ONUSIDA ..... 26**

**Coordonnées des Délégués / Suppléants**

## INTRODUCTION

*La Délégation des organisations non gouvernementales (ONG) du Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA présente à la 18e Réunion du CCP le rapport annuel mettant en lumière les principaux problèmes et recommandations en matière de VIH et de SIDA. Il est demandé au CCP de prendre bonne note de ce rapport et de prendre les mesures nécessaires pour transmettre les recommandations indiquées pour chaque région.*

Il est dans notre intention de communiquer à ce forum de haut niveau les tendances identifiées concernant le VIH et le SIDA, et de mettre en relief les principaux problèmes et obstacles auxquels font face les personnes vivant avec le VIH et les organisations auxquelles elles appartiennent.

En réponse à l'appel à l'action, les représentants de la société civile des cinq régions ont identifié les principaux problèmes concernant la stigmatisation et la discrimination, les politiques liées au VIH ainsi que les besoins en matière de partenariat et de durabilité nécessaires au progrès de leur action.

L'année 2006, avec l'examen de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de l'UNGASS : cinq ans plus tard*, est une année charnière pour la définition de politiques de lutte contre le SIDA. Il s'agit là d'un défi à relever mais aussi d'une occasion unique de ranimer l'engagement et le soutien nécessaires à la lutte contre la pandémie.

Nous sommes d'avis qu'une riposte mondiale performante et durable à l'épidémie de SIDA ne pourra se faire qu'en intégrant le point de vue, la vision et la pleine participation de ceux qui sont directement touchés par la pandémie et de leurs représentants de la société civile.

Rien de nouveau en particulier dans le présent rapport. Nous connaissons tous trop bien la plupart des problèmes, des tendances, des obstacles et des insuffisances que nous signalons chaque année.

La plupart des progrès réalisés chaque année sont rapidement absorbés ou dépassés par l'accroissement du nombre d'infections ou des taux d'infection et du nombre de décès dans le monde. À de rares exceptions, les gouvernements dans le monde ne réalisent pas les objectifs de progrès ni les engagements en matière de soutien financier qu'ils annoncent d'année en année.

L'élément *nouveau* à signaler est peut-être la volonté politique de tous les leaders de toutes les nations de rallier leur gouvernement et les individus pour faire face aux réalités de leurs épidémies respectives. Malheureusement, cet élément fait encore largement et cruellement défaut dans de nombreuses régions du monde.

Nous connaissons tous déjà les défis à relever, et pour l'essentiel, nous savons comment résoudre le problème. Ce qui perdure, et qui n'est pour ainsi dire jamais mesuré ni signalé, c'est le manque de volonté politique de nos responsables d'affronter honnêtement les réalités du VIH et du SIDA, de faire face publiquement à la stigmatisation et à la discrimination, et de financer la mise en œuvre des activités que nous savons fructueuses.

En 2004, plus de 3 millions de vies ont été tragiquement et inutilement perdues. Tant que nous—organisations non gouvernementales, gouvernements, et institutions internationales confondus—ne parviendrons pas à travailler réellement ensemble, cette situation perdurera.

## AFRIQUE | RAPPORT RÉGIONAL

### Situation épidémiologique

Parmi les 40 millions de personnes vivant actuellement avec le VIH dans le monde, près de 26 millions de personnes se trouvent en Afrique subsaharienne. On estime que 3,2 millions de personnes dans la région ont été infectées en 2005, tandis que 2,4 millions de personnes sont mortes du SIDA. Parmi les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, on estime que 4,6% des femmes et 1,7% des hommes vivaient avec le VIH en 2005. Les femmes représentent 60% des personnes vivant avec le VIH en Afrique.<sup>1</sup>

En Afrique, le VIH se transmet principalement par les relations sexuelles, lesquelles sont pour la plupart hétérosexuelles<sup>2</sup>. La deuxième cause importante d'infection est la transmission mère-enfant du virus pendant le travail ou l'allaitement ; les pratiques d'injection sans respect de l'hygiène représentent un faible pourcentage des infections.<sup>3</sup>

Selon l'ONUSIDA, l'Afrique australe est toujours l'épicentre de la pandémie mondiale de SIDA. Le Swaziland, par exemple, enregistre un taux de prévalence de 20% sur une population totale de 1,1 million de personnes.<sup>4</sup> Néanmoins, pour la première fois, des signes montrent que l'une des épidémies dans la région pourrait régresser. Au Zimbabwe, les derniers chiffres indiquent que la tendance est à la baisse en matière de prévalence du VIH chez les adultes, principalement dans les zones urbaines.

L'Afrique de l'Est montre toujours les signes les plus encourageants de régression des épidémies graves de SIDA. La baisse nationale de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, observée en Ouganda depuis le milieu des années 1990, s'observe désormais également dans les zones urbaines du Kenya, où les niveaux d'infections régressent assez fortement dans certains endroits. À l'échelon national, le Kenya est passé d'un taux record de 10% au milieu des années 1990 à un taux de 6,1% en 2004.<sup>5</sup>

L'ONUSIDA observe que dans ces deux pays, le changement de comportement a probablement contribué à renverser la tendance. Néanmoins, la prévalence du VIH n'a baissé que légèrement ou est restée stable dans les dernières années.

<sup>1</sup> ONUSIDA (2005). *Le point sur l'épidémie de SIDA : Décembre 2005*.

<sup>2</sup> ONUSIDA (2003). *Access to HIV prevention : Closing the gap*. Global HIV Prevention Working Group, Mai 2003

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Rapport UNGASS pour le Swaziland 2003–2005.

<sup>5</sup> Rapport UNGASS pour le Kenya 2003–2005.

En Afrique occidentale, bien que l'ampleur et l'intensité de l'épidémie soient variables, cette sous-région a été depuis toujours moins sévèrement touchée que d'autres régions de l'Afrique subsaharienne, au Bénin par exemple, où le taux de prévalence n'est que de 2% chez les 15-49 ans, sur une population totale de 7,5 millions de personnes.<sup>6</sup> La prévalence nationale du VIH chez les adultes n'excède pas 10% dans les pays d'Afrique occidentale, et aucun élément constant n'indique de changements importants concernant le taux de prévalence chez les femmes enceintes ces dernières années. Étant donné que les efforts continuent de freiner la propagation du VIH, il semble bien que les lieux où le traitement du SIDA est dispensé constituent un endroit idéal pour fournir et renforcer la prévention du VIH. De nouveaux éléments indiquent que les programmes de prévention destinés en particulier aux personnes vivant avec le VIH sont efficaces pour ce qui est de réduire l'incidence du comportement à risque.<sup>7</sup>

Néanmoins, les progrès en matière d'élargissement des traitements et des soins en Afrique subsaharienne ont été irréguliers au cours de l'année passée. Au moins un tiers des personnes nécessitant la thérapie antirétrovirale en bénéficiaient dans des pays tels que le Botswana et l'Ouganda, tandis qu'au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Malawi et en Zambie, entre 10% et 20% des personnes nécessitant le traitement antirétroviral en bénéficiaient à la mi-2005.<sup>8</sup>

À l'évidence, de plus en plus de besoins ne sont pas satisfaits dans la majeure partie de la région. En Afrique du Sud, au moins 85% des personnes ayant besoin de médicaments antirétroviraux n'en bénéficiaient pas encore à la mi-2005 ; il en va de même pour 90% ou plus des personnes ayant besoin de médicaments antirétroviraux dans des pays tels que l'Éthiopie, le Ghana, le Lesotho, le Mozambique, le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe.<sup>9</sup>

Si l'objectif est de dispenser le traitement à un nombre toujours croissant de personnes vivant avec le VIH, il est tout aussi important de continuer à répondre aux facteurs socio-économiques et socioculturels qui sont à l'origine de situations de vulnérabilité, afin de faire baisser, ou au moins de maintenir le taux d'infection et de faire augmenter considérablement le taux de traitements dispensés.

### **Dernières tendances en matière de prévention, de soins et de traitement**

Tandis que les taux de prévalence en Afrique subsaharienne sont peu encourageants, on s'accorde à dire qu'une riposte efficace à l'épidémie doit être intégrale et comprendre par conséquent la prévention, les soins et le traitement, ainsi que la protection des droits fondamentaux. Ces éléments font partie intégrante d'un continuum dans lequel la disponibilité de traitement renforce la prévention qui, par voie de conséquence, réduit la stigmatisation associée à une maladie considérée comme une sentence de mort. Pour que la prévention soit efficace, il faut aussi réduire la vulnérabilité des groupes à haut risque tels que les femmes et les jeunes, notamment en assurant la protection des droits fondamentaux.

<sup>6</sup> Rapport UNGASS pour le Bénin 2003–2005.

<sup>7</sup> Nations Unies (2006). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: cinq ans plus tard, Rapport du Secrétaire-général (Suite à donner aux textes issus de la vingt-sixième session extraordinaire : mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, UNGASS 2006). Genève.

<sup>8</sup> [www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Regions/SubSaharan Africa.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/SubSaharan Africa.asp)

<sup>9</sup> Ibid.

Plusieurs facteurs expliquent ces tendances et ce qui limite l'efficacité des mesures visant à contrer la propagation et l'impact de la maladie. Ces facteurs sont, entre autres, une information inadéquate ou erronée sur le VIH ; la stigmatisation et la discrimination ; le silence ou la dénégation à propos de la maladie ; la pauvreté et l'inégalité ; les inégalités entre les sexes ; la militarisation, la guerre et les conflits ; et les maladies sexuellement transmissibles. La forte mobilité est un autre facteur principal de risque d'infection, comme l'attestent les taux d'infection extrêmement élevés parmi les réfugiés, les travailleurs migrants et les chauffeurs-routiers. On observe aussi des taux extrêmement élevés d'infection parmi les professionnel(le)s du sexe en Afrique, en particulier chez celles et ceux qui travaillent le long des routes commerciales.

En Afrique subsaharienne, les femmes représentent près de 60% de toutes les infections à VIH, tandis que les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ont presque six fois plus de risques d'être infectées que les jeunes hommes dans certaines régions d'Afrique<sup>10</sup>. Ces différences s'expliquent en grande partie par les inégalités entre les sexes dues au manque d'indépendance économique, de possibilités d'éducation et d'accès aux informations et aux services de santé pour les femmes et les jeunes filles.

Le haut risque d'infection chez les femmes et les filles est exacerbé d'autant par la vulnérabilité physiologique à l'infection, la privation de droits juridiques, le peu de possibilités d'éducation, la violence sexuelle, l'exploitation sexuelle et les rapports sexuels intergénérationnels. La pauvreté est un autre facteur de risque pour les femmes qui, pour nombre d'entre elles, sont contraintes d'entrer dans le commerce du sexe, ce qui les expose à un risque élevé de contracter le VIH et de transmettre le virus à leurs partenaires.

Cependant, des informations encourageantes montrent qu'il y a des signes de régression de l'infection à VIH chez les femmes dans certaines régions d'Afrique. Par exemple, parmi les 11 pays d'Afrique subsaharienne disposant d'informations épidémiologiques fiables pour les périodes 2000-2001 et 2004-2005, six d'entre eux ont montré une régression de 25% ou plus de l'infection chez les femmes enceintes (âgés de 15 à 24 ans) vivant dans les capitales.<sup>11</sup>

Malgré tout, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les connaissances sur les voies de transmission du VIH sont toujours faibles. Généralement, les femmes sont moins bien informées sur le VIH que ne le sont les hommes ; on peut en dire autant pour les personnes vivant dans les zones rurales par rapport à celles vivant dans les grandes villes et les villes moyennes. Cette observation est valable aussi pour les 10 pays dans lesquels un adulte sur 10 est infecté. Dans 24 pays (notamment au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Nigéria, au Sénégal, et en Ouganda), deux-tiers, voire plus, de jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) n'ont pas de connaissances globales sur la transmission du VIH (selon plusieurs enquêtes menées entre 2000 et 2004). Des données provenant de 35 des 48 pays d'Afrique montrent qu'en moyenne, les jeunes hommes ont 20% de chances en plus d'avoir des connaissances appropriées sur le VIH que les jeunes femmes. De même, les niveaux d'éducation jouent un grand rôle (UNICEF, 2004). Par exemple, les jeunes femmes au Rwanda ayant un niveau scolaire secondaire ou supérieur

---

<sup>10</sup> Nations Unies (2006). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: cinq ans plus tard, Rapport du Secrétaire-général (Suite à donner aux textes issus de la vingt-sixième session extraordinaire : mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, UNGASS 2006). Genève

<sup>11</sup> Ibid.

sont cinq fois plus susceptibles de connaître les principales voies de transmission du VIH que les jeunes femmes n'ayant pas été scolarisées (Ministère de la Santé du Rwanda, 2001).<sup>12</sup>

Autre information plus encourageante, le pourcentage de jeunes gens ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a baissé et l'utilisation du préservatif a augmenté entre 2000 et 2005 dans 9 des 13 pays d'Afrique subsaharienne étudiés. De même, l'utilisation du préservatif parmi les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans sexuellement actifs semble avoir augmenté, selon les informations données par 11 pays d'Afrique subsaharienne. Le Rwanda et l'Ouganda ont fait figure d'exceptions notables, étant donné que l'utilisation du préservatif chez les jeunes hommes a baissé.<sup>13</sup>

En Afrique subsaharienne comme ailleurs, le VIH et le SIDA sont à l'origine de préjugés et de stigmatisation généralisés. Les personnes infectées ou présumées l'être, font quotidiennement l'objet d'isolement et de marginalisation sociale et politique, elles sont souvent abandonnées et rejetées par leur famille et leurs communautés, ou sont soumises à l'intimidation et à la violence. Ces préjugés ont entraîné, et sont la cause directe, des violations généralisées des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH, en particulier sous la forme de discrimination systémique et de non-respect des droits à la vie privée.<sup>14</sup>

Les causes de ce phénomène sont complexes et multiples. Selon l'ONUSIDA, la stigmatisation est générée par de « nombreux facteurs, dont le manque de compréhension de la maladie, les mythes sur la façon dont se transmet le VIH, les préjugés, le manque de traitement, l'irresponsabilité avec laquelle les médias parlent de l'épidémie, le fait que le SIDA est incurable, la crainte sociale à propos de la sexualité, la peur liée à la maladie et à la mort et la peur liée aux drogues illicites et à la consommation de drogues injectables. »<sup>15</sup>

La stigmatisation associée à la maladie, et les conséquences négatives directes liées au fait d'être séropositif, font persister le silence et la dénégation sociale et souvent politique entourant la maladie. Dans les pays en développement ayant une forte prévalence du VIH, le silence et la dénégation sont d'autant plus marqués que l'on craint d'être malade sans pouvoir accéder aux soins efficaces. Dans ces circonstances, il est peu probable que les gens soient réceptifs aux messages de prévention, et ils sont donc peu motivés pour se soumettre au test volontaire.

Il convient de noter que depuis le lancement de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » en 2003, le nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à faible et moyen revenu a plus que triplé et a atteint les 1,3 million. Le nombre de personnes bénéficiant du traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne a été multiplié par huit au cours des deux années couvertes par cette initiative. Cette dernière a prouvé avec certitude que la dispense de médicaments antirétroviraux est faisable dans les milieux où les ressources sont limitées, que le taux d'adhésion au traitement dans les pays en développement est satisfaisant voire meilleur que

---

<sup>12</sup> ONUSIDA (2005). Point sur l'épidémie de SIDA en Afrique subsaharienne : Décembre 2005.

<sup>13</sup> Nations Unies (2006). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: cinq ans plus tard, Rapport du Secrétaire-général (Suite à donner aux textes issus de la vingt-sixième session extraordinaire : mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, UNGASS 2006). Genève.

<sup>14</sup> ONUSIDA (2002). "Cadre conceptuel et base d'action: Stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA" ONUSIDA 02.43E, 2002.

<sup>15</sup> Ibid.

ceux signalés dans les pays à revenu élevé et qu'une approche rationalisée de la santé publique permet d'accélérer l'introduction de thérapies complexes. Néanmoins, 24 pays seulement ont atteint l'objectif de fournir le traitement à au moins la moitié des personnes en ayant besoin. Le lieu où est dispensé le traitement du VIH est idéal pour fournir et renforcer la prévention du VIH, et de récents éléments indiquent que les programmes de prévention destinés spécifiquement aux personnes vivant avec le VIH sont efficaces pour ce qui est de réduire l'incidence du comportement à risque.<sup>16</sup>

Toutefois, comme indiqué précédemment, l'accès au traitement du VIH en Afrique subsaharienne est très limité : un tiers seulement des personnes ayant besoin de traitement antirétroviral en bénéficient dans des pays comme le Botswana et l'Ouganda, tandis qu'au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Malawi et en Zambie, entre 10% et 20% des personnes ayant besoin de médicaments antirétroviraux en bénéficiaient à la mi-2005.<sup>17</sup>

En Afrique du Sud, au moins 85% des personnes ayant besoin de médicaments antirétroviraux n'en bénéficiaient pas encore à la mi-2005 ; il en va de même pour 90% ou plus des personnes nécessitant ce traitement dans des pays tels que l'Éthiopie, le Ghana, le Lesotho, le Mozambique, le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe.<sup>18</sup> Hélas, ces statistiques signifient que 66% à 90% des personnes séropositives nécessitant immédiatement le traitement antirétroviral ne peuvent pas aujourd'hui y accéder, et ne signifient rien de moins qu'une sentence de mort.

L'absence de traitement financièrement abordable n'est pas seulement une terrible injustice mais c'est aussi un obstacle à la riposte efficace à la pandémie. Le traitement figure parmi ce qui motive le plus les gens à se soumettre volontairement au test, ce qui permet alors de les sensibiliser aux messages et aux services de prévention.

Les gouvernements nationaux, les partenaires et les communautés à l'échelle internationale ne fournissent pas comme il se doit soins et soutien aux quelque 15 millions d'enfants orphelins à cause du SIDA et aux millions d'autres enfants que l'épidémie a rendus vulnérables. Bien qu'en Afrique subsaharienne les pays les plus touchés disposent de cadres nationaux de politique relative aux enfants rendus vulnérables par le SIDA, moins d'un enfant sur 10 bénéficie des services de soutien élémentaires. Le dépistage du VIH chez les enfants est souvent compliqué lorsque les ressources sont restreintes, et le moment opportun pour initier le traitement fait souvent défaut. En outre, il existe peu de médicaments à l'usage des enfants, et ceux que l'on peut utiliser sont généralement beaucoup plus chers que ceux destinés aux adultes.<sup>19</sup>

De telles insuffisances sont dues en partie seulement au manque de ressources. En dépit de l'engagement des pays à renverser la tendance, nombre de pays d'Afrique n'ont simplement pas

---

<sup>16</sup>Nations Unies (2006). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: cinq ans plus tard, Rapport du Secrétaire-général (Suite à donner aux textes issus de la vingt-sixième session extraordinaire : mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, UNGASS 2006). Genève.

<sup>17</sup> [www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Regions/SubSaharan Africa.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/SubSaharan Africa.asp)

<sup>18</sup> Ibid

<sup>19</sup>Nations Unies (2006). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: cinq ans plus tard, Rapport du Secrétaire-général (Suite à donner aux textes issus de la vingt-sixième session extraordinaire : mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, UNGASS 2006). Genève.

su considérer l'épidémie comme une urgence prioritaire, et le leadership ainsi que la volonté politique, qui ne coûtent rien sur le plan financier mais qui font largement et cruellement défaut, restent insuffisants. Le manque de volonté politique d'agir de manière appropriée se retrouve aussi dans l'incapacité des pays d'Afrique à financer suffisamment la prévention et le traitement dans leur ensemble.

Toutefois, nous reconnaissons qu'une riposte efficace ne relève pas seulement de la responsabilité du gouvernement, et ne dépend pas entièrement des ressources. Tous les membres de la société ont leur part de responsabilité, notamment les médias, les communautés, le secteur privé, les chefs religieux et les travailleurs du secteur privé tels que le personnel de santé et les éducateurs.

En particulier, les organisations de la société civile et les PVV (personnes vivant avec le VIH) jouent un rôle central pour ce qui est de motiver des politiques et des programmes appropriés en matière de SIDA. La mobilisation contre le SIDA au sein des personnes vivant avec le VIH et des groupes de droits de l'homme a toujours été un élément fondamental de la riposte au VIH. La réussite de cette dernière dépend de l'application efficace de la protection juridique, du recours à bon escient aux médias, et de la mobilisation des communautés, des personnes vivant avec le VIH et de toute la société civile pour que les gouvernements et les secteurs concernés agissent de manière transparente et responsable.

### **Principaux problèmes mis en relief dans la région**

- Bien qu'il y ait désormais davantage de ressources disponibles pour faire face au SIDA en Afrique qu'il n'y en avait cinq ans auparavant, il est urgent d'entreprendre une action pour pouvoir atteindre les millions d'Africains qui ne peuvent toujours pas accéder aux services fournissant traitements salvateurs, prévention, soins et soutien. Nous sommes d'avis que la prévention, le traitement, les soins et le soutien dans leur ensemble sont inséparables : une action dans l'un des secteurs et non dans les autres n'est pas acceptable.
- La corruption et la mauvaise gestion des fonds au sein de certains gouvernements ont mis en péril le droit des personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH et le SIDA à l'accès à la prévention, aux soins et au soutien, et au traitement ; des structures et des systèmes de suivi de l'utilisation transparente des fonds doivent être institués ; des représentants de la société civile, désignés par la société civile et non par les gouvernements, doivent participer à toutes les phases de planification et de mise en oeuvre ; en l'absence d'une telle participation, le continent ne pourra pas faire face de manière durable aux défis de l'élargissement vers un accès universel.
- Le manque cruel de personnel de santé et la faiblesse des systèmes de santé constituent le principal goulot d'étranglement à l'élargissement de l'accès au traitement du SIDA ; si les besoins individuels des pays doivent être déterminés au niveau local, les experts estiment que l'Afrique subsaharienne a besoin d'au moins un million de membres supplémentaires du personnel de santé pour pouvoir satisfaire les besoins fondamentaux de santé ; un engagement durable et des mesures créatives sont nécessaires pour accroître et soutenir le personnel de santé et garantir ainsi le droit à la santé et à l'accès universel au traitement du SIDA d'ici à 2010, ainsi qu'aux autres objectifs internationaux de santé ; depuis des

décennies que dure l'épidémie du SIDA, les Africains sont face à la réalité de leurs systèmes de santé qui cèdent sous la poids des nouveaux programmes de traitement du SIDA ; les personnes les mieux éduquées et les plus brillantes sont, pour bon nombre, recrutées systématiquement par des institutions basées dans l'hémisphère Nord ; les pays développés doivent remédier à leur manque de personnel de santé de manière interne, sans vider les pays en développement de la main-d'œuvre dont ils ont besoin d'urgence.

- Les droits des femmes et des filles continuent d'être violés en toute impunité, ce qui accroît d'autant leur vulnérabilité à l'infection et à la stigmatisation ; les jeunes sont toujours exclus des politiques et des programmes alors même que leur vulnérabilité à l'infection n'a toujours pas été prise en compte ; les personnes vivant avec le VIH dans de nombreuses communautés n'ont toujours pas accès aux services fondamentaux, en raison de la stigmatisation et de la discrimination auxquels ils font face quotidiennement.
- Les obligations qui découlent du remboursement de la dette et les conditions imposées par les institutions financières internationales fragilisent la capacité de la plupart des gouvernements africains à consacrer suffisamment de ressources pour lutter contre le VIH et le SIDA, y compris pour ce qui est de remplir l'engagement de 15% pris à Abuja. Deux pays d'Afrique seulement ont atteint l'objectif de 15% consacrés aux dépenses de santé dans leurs budgets nationaux, et si l'on incluait le remboursement de la dette, pas un seul pays d'Afrique n'atteindrait l'objectif fixé en 2001 ; une grande part des budgets est financée par des sources extérieures et est soumise à des conditions inadmissibles.
- Sans un effort massif et durable pour faire participer largement la société civile, les mêmes difficultés mondiales qui ont empêché la réalisation de l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 » entraveront l'objectif de l'accès universel dans les quatre prochaines années. L'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien ne pourra être réalisé que si des objectifs et des cibles sont fixés ; en l'absence d'objectifs, aucun progrès ne pourra être réalisé vers l'accès universel.
- Malgré les promesses de dons faites par les États lors de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS, pas un seul pays d'Afrique n'a atteint l'objectif de « réduire de 25% l'infection à VIH chez les jeunes d'ici à 2005 » et pas un seul pays d'Afrique n'a réussi à « garantir à 90% l'accès à l'information, à l'éducation, aux services et aux compétences vitales, ni n'a réduit de 20% le nombre de nourrissons infectés par le VIH ».
- En dépit de plusieurs interventions visant à la prévention, aux soins, au soutien et au traitement en matière de VIH, la pandémie mondiale a eu, et continue d'avoir un impact dévastateur grandissant sur les vies des femmes et des filles africaines.
- Malgré l'impact disproportionné de l'épidémie sur les femmes et les filles, les gouvernements doivent encore reconnaître qu'il est indispensable de promouvoir et de protéger les droits fondamentaux des femmes et des filles dans toutes les interventions liées au VIH.
- L'atteinte portée aux droits fondamentaux des femmes perdue sous différentes formes de violence à l'égard des femmes, entre autres les suivantes : le viol, le viol conjugal, la violence domestique, la traite, les pratiques coutumières et traditionnelles nocives, l'absence de droits

à la propriété, la violence et la torture pendant les conflits, les mariages forcés et précoces, toutes ces formes de violence continuent de se produire dans les foyers, au travail, à l'école, dans les cliniques et les hôpitaux, dans les postes de police et dans de nombreux autres endroits. Le taux de ces violences augmente de façon alarmante, alimentant les infections à VIH chez les femmes et les filles.

- Dans les contextes d'extrême pauvreté et de services publics de santé inadaptés, les femmes et les filles et en particulier les femmes vivant avec le VIH et les fillettes orphelines, ont été contraintes d'être le pilier de leur famille ou de leur communauté et de dispenser les soins dans leur famille et dans la communauté ; ayant peu de connaissances et de compétences, et sans ressources, ni rémunération ou autre forme de soutien financier de l'État, la charge disproportionnée qu'elles supportent pour fournir soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH est toujours plus lourde ; le personnel de santé communautaire doit être financé par l'État et à l'échelle internationale.
- Les femmes vivant dans des communautés militarisées et dans des zones de conflits armés font face à des risques particuliers et élevés d'infection à VIH, du fait de la violence, de crimes sexuels et de torture – dans les situations de guerre et d'urgence, ou parce qu'elles sont réfugiées et ou déplacées à l'intérieur – et bénéficient d'une protection extrêmement limitée en matière de droits fondamentaux.
- Le faible statut socio-économique des femmes, le manque d'accès aux ressources et à leur contrôle, permettant aux femmes d'être autonomes et de s'émanciper, par exemple, la terre et la propriété, exposent davantage les femmes à de nombreuses normes culturelles déshumanisantes, à des croyances et à des pratiques qui affaiblissent le bien-être émotionnel, spirituel, physique et psychologique, mettent à mal les choix et les actes, l'intégrité corporelle et l'estime de soi des femmes et des filles, et accroissent leur vulnérabilité à l'infection à VIH.
- La baisse d'investissement dans l'éducation des femmes et des filles à l'échelon national et international a un effet négatif sur leurs possibilités d'accéder à l'information, à l'éducation et aux services liés au VIH et au SIDA indispensables pour : la prévention de nouvelles infections et de la réinfection, la connaissance en matière de traitement et de soins et la protection des droits fondamentaux des femmes et des filles.

## **Recommandations**

- Les leaders mondiaux et les chefs d'État des pays d'Afrique doivent prendre les mesures nécessaires pour que la communauté nationale et internationale place au centre de ses priorités la mise en place d'un environnement politique, juridique et administratif dans lequel les droits fondamentaux, en particulier ceux des femmes et des filles vivant avec le VIH sont activement défendus, pleinement exercés et protégés par des actions nationales, régionales et à l'échelle du continent pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles et contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH, et par des politiques, des programmes et des interventions de lutte contre le VIH et le SIDA. Les leaders devraient

renforcer les programmes liés au VIH et au SIDA pour que les droits des femmes et des filles soient placés au centre des priorités.

- Les mesures nationales et mondiales doivent être axées sur l'élargissement du système actuel de prévention afin de promouvoir et de protéger les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles, de légiférer et de mettre en oeuvre des interventions pour se prémunir contre la violence à l'égard des femmes et des filles, de légiférer et de faire respecter les droits à la propriété et à l'héritage des femmes et des filles, de garantir l'accès à l'information appropriée et documentée sur la prévention, d'offrir la prophylaxie antirétrovirale à toutes les femmes et les filles victimes de violence sexuelle et d'investir pour rapidement mettre au point des microbicides, des vaccins et de nouvelles technologies préventives.
- Les mesures internationales et mondiales devraient assurer aux personnes vivant avec le VIH l'accès au traitement approprié, gratuit et complet, comprenant entre autres, des services de nutrition spécifiques au VIH, et devraient veiller en outre à ce que les femmes et les filles bénéficient sur un pied d'égalité de ces traitements.
- Il faut investir de nouvelles ressources importantes dans un certain nombre de pays pauvres pour recruter, former et appuyer du personnel de santé communautaire et professionnel en nombre approprié et y recourir avec efficacité pour pouvoir atteindre l'objectif de l'accès universel au traitement du SIDA pour tous ceux qui en ont besoin d'ici à 2010 et à l'accès universel aux soins de santé primaires.
- Lancer une initiative majeure dans le secteur du personnel de santé communautaire, pour pouvoir former, indemniser et déployer des membres communautaires, en particulier des femmes et des personnes vivant avec le VIH, qui dispenseront les soins primaires, le traitement, fourniront des services de prévention et d'aiguillage. Le personnel de santé communautaire devrait avoir accès aux soins, notamment au traitement du VIH, et avoir la possibilité de faire carrière. Des programmes devraient être intégrés dans les systèmes de soins de santé primaires, et assurer supervision, appui et formation permanente de manière appropriée.
- Investir des fonds pour réduire la charge des femmes et des filles en matière de soins par des programmes fournissant l'accès élargi aux soins palliatifs et l'indemnisation des femmes et des filles proportionnellement à leur contribution.
- Établir un ordre de priorité pour renforcer les services et l'infrastructure de santé en attribuant des ressources appropriées afin de réduire la charge liée aux soins et les frais médicaux du VIH et SIDA pesant sur les femmes et les filles en Afrique.
- Étant donné les ressources limitées que les gouvernements africains consacrent aux soins de santé publique, en partie du fait des restrictions et des conditions à l'aide imposées par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, les gouvernements devraient se réappropriier leur mandat et leur responsabilité pour fournir des soins de santé publique de qualité et abordables à leurs citoyens.
- Établir un processus complet et participatif pour élaborer des objectifs et des indicateurs nationaux, et mettre en place le suivi et l'évaluation ainsi que d'autres mécanismes

d'obligation de rendre compte comprenant l'attribution de responsabilités, les délais fixés, et l'accès à l'information pour les organisations de la société civile qui participent au suivi et à l'examen des progrès.

- Renforcer les moyens existants de diffusion de l'information à tous les niveaux de la société, en particulier dans les communautés locales.
- Insister sur le rôle de suivi de tous les partenaires, y compris les gouvernements nationaux, les parlementaires, la société civile dont les personnes vivant avec le VIH, ainsi que le secteur privé pour suivre la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de l'UNGASS à l'échelon national, et demander que les bureaux de l'ONUSIDA au niveau régional et national appuient ce processus.
- Inviter le CCP à intégrer des mesures dans ses plans de travail opérationnels (fixées dans son BPTI), pour appuyer l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH, et *garantir qu'au moins 10 millions de personnes aient accès au traitement du VIH, dont 7 millions d'Africains, en intensifiant les mesures d'élargissement de l'accès au traitement du VIH prises par toutes les parties prenantes, y compris l'ONUSIDA. Afin d'assurer la réalisation équitable de cet objectif, l'ONUSIDA devrait, en collaboration avec les États Membres, mettre au point des cibles spécifiques visant à intégrer les populations vulnérables dans les plans nationaux de traitement, notamment les consommateurs de drogues injectables, les enfants, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les migrants.*
- Examiner et appuyer les moyens novateurs de mobiliser d'autres ressources nationales pour assurer le financement durable et prévisible de la lutte contre le VIH et le SIDA (telles que la *Facilité financière internationale* et la *Contribution de solidarité sur les billets d'avion*), par exemple, en réduisant les dépenses militaires de manière à augmenter les dépenses sociales, et en veillant à ce que les processus nationaux de planification économique fassent apparaître les engagements pris lors de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA.

## ASIE-PACIFIQUE | RAPPORT RÉGIONAL

### Situation épidémiologique

À la fin 2005, 8,3 millions de personnes étaient infectées par le VIH dans la région Asie-Pacifique, ce qui représente 20% du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans le monde. Sur ce nombre, 500 000 personnes sont décédées en 2005 et 1,1 million d'autres ont été infectées.

Cette région représente 60% de la population mondiale, dont la Chine (20%), l'Inde (15%) et l'Indonésie (4%) seront, selon les estimations, les pays où l'épidémie de VIH sera généralisée si des mesures efficaces de prévention ne sont pas intensifiées. L'Inde, où vivraient 5,1 millions de personnes avec le VIH et la Chine, qui pourrait afficher un chiffre de 10 millions de personnes

avec le VIH d'ici à 2010, dépasseront l'Afrique et détiendront le record du plus grave problème en matière de VIH si les risques ne sont pas atténués. En outre, l'épidémie risque de menacer des zones telles que les îles du Pacifique, et menace grandement la durabilité de la riposte étant donné le manque de fonds dû à l'envergure et à l'échelle apparentes de la situation.

Le VIH constitue une menace à long terme pour la croissance économique et le développement, et, si les tendances à la hausse de l'infection perduraient, cela aurait un impact considérable sur la croissance économique de la région. Selon une étude conjointe des Nations Unies et de la Banque asiatique de développement, les pertes annuelles économiques et financières pourraient atteindre les 17,5 milliards de dollars ici à 2010.

Dans tous les pays touchés de la région, l'épidémie est un poids supplémentaire pour le secteur de la santé des pays en développement (Chine et Asie du Sud-Est), lesquels ont déjà dû faire face à l'épidémie de SRAS en 2003, et plus récemment à la grippe aviaire.

L'objectif ambitieux de "3 millions d'ici 2005" de l'OMS et de l'ONUSIDA visant à mettre sous traitement 3 millions de personnes vivant avec le VIH à la fin 2005, n'a pas été atteint ; néanmoins, des améliorations notables (à l'exception des services de prévention de la transmission mère-enfant) ont été réalisées dans l'élargissement de la prévention et des soins des infections sexuellement transmissibles, du conseil et du test, ainsi que du traitement et des soins, des budgets, des infrastructures et des systèmes de santé en matière de VIH.

Étant donné que l'épidémie passe de zones localisées à une situation généralisée, le caractère urgent de la prévention est encore loin d'être pris en compte au sein de nombreuses populations, à savoir, les jeunes, les femmes (en particulier parce qu'une grande part des nouvelles infections se produit chez les femmes mariées qui sont infectées par leur mari, et du fait de la transmission mère-enfant), les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les travailleurs migrants.

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH demeurent les obstacles les plus importants à la réussite de la riposte depuis 25 ans que dure l'épidémie. La violation de la confidentialité des données relatives aux personnes vivant avec le VIH dans les milieux de santé, et le refus du personnel de santé de prodiguer des traitements médicaux aux personnes séropositives dissuadent bon nombre de ces dernières d'accéder aux services dont elles ont besoin.

Les interventions et les programmes d'information qui allègent les services de prévention, de traitement, et de soins pour les populations marginalisées sont toujours peu nombreux. La participation significative de personnes vivant avec le VIH est aussi assez rare.

Par ailleurs, les engagements théoriques ne se traduisent souvent pas en des mesures de protection réelle des personnes séropositives. Si l'on estime que la moitié des pays étudiés dans la région a adopté des cadres juridiques pour prévenir la discrimination liée au VIH, un tiers seulement des pays dispose de mesures juridiques visant à proscrire cette pratique. En outre, la plupart des pays ne disposent pas de systèmes institutionnalisés de suivi des droits fondamentaux pouvant détecter et signaler régulièrement la violation de ces droits aux autorités nationales.

## **Recommandations**

- Une meilleure collaboration est nécessaire entre l'OMS, l'ONUSIDA, les donateurs bilatéraux et les bailleurs de fonds, avec des responsabilités clairement définies et des plans nationaux détaillés visant à l'élargissement des traitements, où l'engagement et un leadership du gouvernement permettront de passer de l'engagement à l'action.
- Il faut améliorer la visibilité de l'OMS et de l'ONUSIDA dans les pays, ainsi que la coordination actuellement limitée avec la société civile. Il s'agit entre autres d'accroître les ressources et l'appui techniques nécessaires pour passer de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation organisationnels à la mise en oeuvre de programmes élaborés par des organisations de la société civile.
- Réformer les lois incompatibles avec les politiques nationales actuelles de lutte contre le SIDA, et les harmoniser avec l'accès des populations vulnérables pour ne pas invalider les principes et les valeurs essentiels liés à l'autonomisation et à la participation des groupes marginalisés.
- La riposte au SIDA en Asie et dans le Pacifique devrait être une priorité internationale et comprendre un plan d'action par étapes visant à accélérer la coopération, l'élaboration et la mise en oeuvre à l'échelon intergouvernemental de plans stratégiques pour renforcer la riposte, ainsi que la mobilisation de ressources financières et techniques au niveau régional.
- Reconnaître que les femmes sont les plus vulnérables au VIH en intégrant pleinement les questions d'égalité et d'équité entre les sexes dans tous les aspects des programmes, et par l'intermédiaire d'un plaidoyer et d'un engagement politique, de fonds et de ressources, des droits fondamentaux, de produits de base, de services et de partenariats, ainsi que de ressources consacrées à la recherche et au développement de nouvelles technologies préventives telles que les microbicides.
- L'obligation de rendre compte à tous les niveaux, à savoir, des gouvernements, de la société civile et des donateurs, doit être clairement définie et les mécanismes actuels doivent être renforcés ou développés, afin de suivre l'efficacité de l'utilisation des fonds.
- Élargir la dispense de soins, de traitement et de soutien aux personnes vivant avec le VIH à tous les niveaux et à tous les groupes, notamment le traitement antirétroviral et le traitement des infections opportunistes.

## **AMÉRIQUE LATINE et CARAÏBES | RAPPORT RÉGIONAL**

### **Situation épidémiologique**

À la fin 2005, 2,1 millions de personnes étaient infectées par le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes. On estime que parmi les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans en Amérique latine, 0,4% des

femmes et 0,6% des hommes vivaient avec le VIH. En 2005, environ 110 000 personnes sont décédées du SIDA et près de 250 000 autres ont été infectées.

### **Dernières tendances en matière de prévention, de soins et de traitement**

L'accès au traitement et aux soins a été fourni dans certains pays de cette région, néanmoins, des millions de personnes vivant avec le VIH n'ont toujours pas accès à la thérapie antirétrovirale. Dans certains pays, les gouvernements nationaux refusent toujours de lancer une riposte efficace à la pandémie de VIH/SIDA.

En Argentine et au Brésil, la thérapie antirétrovirale est dispensée gratuitement et elle est acceptée comme une responsabilité gouvernementale, gérée par les Comités de coordination nationale de la lutte contre le SIDA.

En Colombie, le traitement antirétroviral est dispensé par le système général de sécurité sociale pour la santé. Le *Medication Fund* offre ce traitement à un faible coût.

À Cuba, les médicaments antirétroviraux sont fournis gratuitement par le Comité national de coordination de la lutte contre le SIDA.

Au Panama, le bureau de sécurité sociale du Ministère de la Santé fournit gratuitement des traitements antirétroviraux.

En Bolivie, le traitement n'est pas uniformément disponible. Dernièrement, 52 personnes ont signé une pétition auprès de la Commission des droits de l'homme pour demander que le gouvernement leur permette d'accéder au traitement antirétroviral. Le gouvernement brésilien a fait une donation à la Bolivie, ce qui permettra à 100 personnes d'être sous traitement en attendant l'arrivée du financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Quarante-huit autres personnes bénéficient d'un traitement par l'intermédiaire d'un programme USAID/Ministère de la Santé. Au total, 148 personnes bénéficient de médicaments antirétroviraux par le biais de ces différents moyens. En outre, des organisations boliviennes telles que REDVIHDA recyclent des médicaments antirétroviraux provenant d'autres pays comme l'Allemagne, l'Argentine, le Chili, la Colombie et les États-Unis.

Au Pérou, les médicaments antirétroviraux sont fournis à faible coût et des médicaments contre les infections opportunistes sont disponibles grâce à des donations.

Le Brésil a joué un rôle important dans la région en se faisant le chef de file des gouvernements et en appelant ces derniers à lancer une riposte minimum raisonnable au VIH. Le Brésil a encouragé la coopération technique horizontale et a appuyé la participation et le partenariat actifs avec les acteurs de la société civile.

Les réseaux régionaux ont joué un rôle central et significatif dans l'amélioration de la capacité des organisations et des prestataires de services et dans la mise au point d'un groupe de consultants hautement qualifiés au niveau local, composé de personnes issues des populations vulnérables. Les réseaux régionaux ont joué aussi un rôle important dans le suivi et l'évaluation de la Déclaration de l'UNGASS, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le

paludisme et des initiatives telles que « 3 millions d'ici 2005 » et les « Trois principes ». Néanmoins cela n'a pas été suffisant. Les réseaux régionaux sont très soucieux du manque d'attention que l'ONUSIDA et la communauté internationale prêtent aux questions liées au VIH dans cette région en particulier.

Pour pouvoir réaliser l'objectif de l'accès universel d'ici à 2010, l'ONUSIDA doit prendre la direction des opérations pour coordonner l'appui dans cette région. Le manque d'attention que l'on prête à cette région constitue une menace à la riposte appropriée au VIH dans la région.

### **Principaux problèmes mis en relief dans la région**

- Manque d'attention et de développement des capacités en ce qui concerne le personnel de santé travaillant dans les prisons. La prévention, le traitement et les soins destinés aux détenus ne sont pas adaptés et devraient être un domaine d'intérêt particulier des gouvernements nationaux et de l'ONUSIDA. Des indicateurs liés à la prévention devraient être examinés et des interventions mises au point sur la base de faits avérés dans le domaine des sciences sociales.
- De nombreuses personnes dans la région ne sont pas enregistrées dans les protocoles de traitement nationaux et bénéficient d'un traitement par d'autres moyens. Les réseaux de la région craignent que, de ce fait, les informations liées à l'épidémie pour la région ne soient pas vraiment représentatives de la gravité de l'épidémie.
- En ce qui concerne les mesures d'élargissement de l'accès aux médicaments antirétroviraux, la qualité des médicaments fournis doit être suivie afin de s'assurer que ceux-ci répondent aux normes les plus élevées de qualité au coût le plus bas possible.
- Les personnes touchées par l'épidémie doivent participer à la prise de décision à tous les niveaux.
- Il y a une nécessité urgente d'appui politique et financier pour les réseaux régionaux afin de permettre à ces derniers de réaliser les activités et les projets actuels.
- Il faut s'attacher à intégrer toutes les initiatives de prévention, de traitement et de soins.
- Une étude devrait être conduite pour identifier les organisations dont l'infrastructure permettrait de commencer à fournir et à suivre les programmes de dispense de médicaments antirétroviraux.
- Des fonds pour appuyer l'élaboration de programmes ciblant les populations vulnérables telles que les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les détenus et les femmes, devraient être intégrés dans toutes les initiatives.
- Il faut d'urgence appliquer des lois et des politiques pour pouvoir protéger les droits fondamentaux des groupes vulnérables : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; consommateurs de drogues et consommateurs de drogues injectables ; femmes et jeunes filles et garçons ; personnes vivant avec le VIH ; détenus et personnes séjournant dans des institutions de santé mentale. Les organisations de la région invitent l'ONUSIDA à être partenaire dans l'action en faveur des populations vulnérables et à jouer le rôle qui lui revient.

## EUROPE | RAPPORT RÉGIONAL

### Situation épidémiologique

Bien que l'Europe orientale ait été au départ à l'abri de la pandémie mondiale de VIH, et ce en raison de restrictions soviétiques draconiennes réduisant le contact avec des étrangers, et d'un contrôle social sévère, l'épidémie va grandissante depuis le milieu des années 1990. Les premières flambées épidémiques ont été signalées en 1995 au sein des consommateurs de drogues injectables à Odessa et à Nikolaïev, dans le sud de l'Ukraine.

D'autres flambées épidémiques de VIH chez les consommateurs de drogues ont suivi, notamment à Kaliningrad, en Russie, en 1996 et quelques mois plus tard, dans d'autres régions de la Fédération de Russie (Krasnodar, Rostov-sur-le-Don, Tver) et dans les pays voisins du Bélarus et de la République de Moldova. En 1999, deux épidémies sévères ont été identifiées en Fédération de Russie, dans les régions de Moscou et d'Irkoutsk. Depuis lors, la situation n'a cessé d'empirer rapidement, touchant toujours plus de régions et de pays. L'ONUSIDA et l'OMS ont signalé dernièrement qu'avec un chiffre estimé à un million de personnes séropositives à la fin de l'année 2001 contre seulement 30 000 au début de l'année 1995, l'Europe orientale et l'Asie centrale sont les régions du monde où l'épidémie se propage le plus rapidement. En revanche, en Europe centrale, l'épidémie qui a commencé à la fin des années 1980 est restée à un niveau faible, à l'exception d'une flambée particulière en Roumanie et en Pologne, et elle ne semble pas s'aggraver. Afin de mieux comprendre le développement et les dernières tendances de l'épidémie de VIH en Europe centrale ou orientale, nous avons analysé les données de surveillance du VIH dans 27 pays de l'ancien bloc communiste, dont tous les pays de l'ex-Union Soviétique, certains desquels se trouvent en Asie centrale.

Nous avons également examiné les études et les rapports publiés et non publiés. Nous avons ensuite examiné les contributions des différentes populations vulnérables et débattu des facteurs influençant les dernières hausses du taux d'infection à VIH, des possibilités de futures hausses, en tenant compte de la riposte de la santé publique.

L'Europe affiche des différences dans les niveaux d'épidémie de VIH. Dans les pays occidentaux, l'épidémie de VIH est arrivée à maturité ; en revanche, dans les pays d'Europe orientale (dont la Fédération de Russie, la Lituanie et l'Ukraine) l'épidémie de VIH est en pleine explosion. Les régions de l'Europe orientale et de l'Asie centrale (qui seront mises en lumière dans ce rapport) affichent le taux d'incidence de l'infection à VIH se propageant le plus rapidement au monde. Ces deux formes contrastées d'épidémie se rencontrent dans les pays d'Europe, les migrations et les déplacements menaçant d'établir un pont entre les deux.

En Europe occidentale, le taux de prévalence chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) varie de 0,2% à 0,4%. Le nombre total de personnes infectées varie de 450 000 à 720 000. De nouveaux cas de VIH, entre 16 000 et 120 000, ont été dénombrés en 2004. L'accès au traitement est adapté à la plupart des personnes vivant avec le VIH. Des indications montrent que le Portugal est l'un des pays d'Europe occidentale affichant la hausse la plus importante de personnes vivant avec le VIH.

En Europe orientale et en Asie centrale, la prévalence du VIH chez les adultes dépasse déjà celle de l'Europe occidentale, avec un chiffre estimé entre 1% et 1,6% de la population adulte infectée (15-49 ans). Le nombre total de personnes vivant avec le VIH varie de 920 000 à 2 100 000. Le nombre de nouvelles infections augmente rapidement et a été estimé entre 110 000 et 480 000 pour la seule année 2004. Différentes épidémies sont présentes dans la région. La situation en Fédération de Russie vaut particulièrement la peine d'être mentionnée, étant donné l'envergure de l'épidémie, la plus importante de toute l'Europe.

Dans les cinq dernières années, la plupart des pays de l'ancienne Union Soviétique ont été sérieusement touchés par l'épidémie de VIH qui continue de se propager du fait de la consommation de drogues injectables. Avec un chiffre estimé à un million de personnes déjà infectées, la plupart par la consommation de drogues injectables, et avec des taux élevés de syphilis, la région pourrait rapidement faire face à une épidémie à grande échelle d'infection à VIH transmise sexuellement. En effet, des données indiquent qu'une épidémie de VIH, alimentée par la transmission hétérosexuelle, apparaît actuellement ; l'expansion de cette épidémie dépendra de la taille des populations établissant un pont entre groupes à haut risque et population en général. Le manque d'éléments concernant le taux d'augmentation du VIH résultant de la transmission homosexuelle pourrait indiquer une vulnérabilité sociale chez les homosexuels et les bisexuels de sexe masculin dans la région et non une photographie réelle de l'épidémie.

Étant donné les niveaux actuels de prévalence du VIH, l'Europe orientale sera bientôt confrontée à une épidémie majeure de SIDA. En revanche, les taux de VIH en Europe centrale demeurent actuellement faibles, mais des comportements favorisant la transmission du VIH s'observent dans tous les pays. Compte tenu des niveaux actuels de prévalence du VIH, la région orientale sera bientôt confrontée à une épidémie sans précédent de SIDA et des milliers de personnes auront besoin de soins dans les pays dans lesquels les systèmes de soins de santé se sont effondrés. Il est également probable que le VIH ait un impact négatif important sur la lutte contre la tuberculose dans cette partie du monde où la prévalence de la tuberculose, y compris les formes de tuberculose à bacilles multirésistants, est forte et où les deux infections – tuberculose et VIH – sont concentrées au sein de la même population, à savoir les jeunes n'ayant aucun droit. La situation épouvantable dans la région orientale ne justifie pas de relâcher la vigilance dans la région du centre.

Il y a un risque que l'étiquette « faible prévalence » se traduise en priorité faible concernant la prévention du VIH. En Roumanie, un important groupe d'adolescents survivants, infectés par le VIH pendant leur enfance, et désormais souvent sans domicile fixe, pourrait bientôt adopter des comportements les exposant au risque de transmettre le VIH aux autres. La migration pour des raisons économiques depuis les pays touchés par l'épidémie dans la région orientale vers l'Europe centrale et occidentale est une autre préoccupation. Les programmes de prévention ciblés mais non discriminatoires et la promotion du conseil et du test volontaires au sein des communautés de migrants doivent devenir des priorités urgentes.

## **Dernières tendances en matière de prévention, de soins et de traitement**

### **Éléments nécessaires à une riposte efficace au VIH:**

- Services et produits efficaces de prévention universelle et non discriminatoire ainsi que l'accès universel au traitement et normes de qualité de soins pour tous sont obligatoires ;
- Intensification des mesures de prévention pour les populations vulnérables, à savoir, consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et enfants de la rue;
- Réexamen des politiques en matière de drogues afin de les rendre conformes au discours européen au sens large ;
- Amélioration des stratégies en matière de médicaments thérapeutiques ; et
- Intensification des activités de recherche dans les zones appropriées, en particulier dans le domaine des vaccins préventifs contre le VIH.

## **Principaux problèmes mis en relief dans la région**

### **PRÉVENTION**

#### **On observe:**

- Faible durabilité des mesures de prévention pour les groupes en situation vulnérable ;
- Manque d'investissement dans la prévention du VIH de la part de certains gouvernements ;
- Nécessité de s'attacher davantage à la prévention visant les femmes ;
- Législation défavorable aux groupes en situation vulnérable (criminalisation de la possession de drogue) ;
- Absence d'éducation aux compétences vitales à l'école (ou manque d'éducation sexuelle intégrale) et réticences des acteurs gouvernementaux clés pour ce qui est de la planifier. Les campagnes de prévention à l'école et dans les prisons sont élaborées principalement par des organisations non gouvernementales, sans appui financier approprié de la part des gouvernements ; et
- Manque de fournitures (notamment de préservatifs et de seringues stériles) et de services adaptés aux jeunes.

### **TRAITEMENT**

- Le prix des médicaments antirétroviraux est très élevé.
- Manque de fournitures pour le traitement des infections opportunistes et des co-infections dans les centres SIDA. Bien que le traitement du SIDA soit gratuit dans certains pays de l'Union Européenne, l'accès à ce traitement n'est pas équitable.
- Les migrants sans-papiers et les minorités ethniques ont un accès restreint aux services de traitement et de soins.
- Le processus de consentement éclairé ne fonctionne pas ; ce processus doit donc être plus élaboré qu'une simple signature figurant sur un document.
- Manque de lieux de résidence ou d'abris pour les personnes en situation de dépendance multiple ou sans appui familial. Certains centres refusent d'accepter les personnes vivant avec

le VIH, par exemple, dans les résidences de soins pour les personnes âgées et dans les institutions gouvernementales.

## **STIGMATISATION ET DISCRIMINATION**

- La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH sont toujours largement répandues ; la situation est encore pire lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables telles que les consommateurs de drogues injectables, les minorités, les migrants, les détenus, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les femmes.
- La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, de la part du grand public et du personnel de santé, persistent. Le dépistage discriminatoire est exigé pour pouvoir accéder à et conserver un emploi.
- Les compagnies d'assurances refusent d'accepter les prêts aux personnes vivant avec le VIH.
- Plusieurs cas de discrimination ont été signalés dans des services de soins de santé.
- Un investissement plus important est nécessaire pour les projets et les campagnes visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

## **NIVEAU POLITIQUE**

- Il n'y a pas eu d'application concrète de la Déclaration de Dublin ou d'autres recommandations internationales signées par différents gouvernements.

## **ÉLABORATION ET DURABILITÉ DES PROJETS**

- Manque d'appui financier pour la mise en oeuvre de projets.
- Certaines organisations non gouvernementales de lutte contre le VIH ou le SIDA ne bénéficient pas d'appui financier gouvernemental même lorsque l'on considère que les projets touchent largement les populations et qu'ils ont une bonne cote à l'échelon international.
- Il est difficile d'établir des partenariats et des réseaux. La véritable collaboration est loin d'être la norme.
- Des liens plus étroits doivent s'établir entre les organisations non gouvernementales nationales et les organisations internationales afin de se mettre en permanence à jour, de constituer de nouveaux partenariats et de voir les possibilités de projets.

## **PRISONS**

- Le conseil et le test volontaires sont peu fournis dans les prisons.
- Les détenus sont informés qu'ils seront traités comme des personnes vivant avec le VIH s'ils ne veulent pas se soumettre aux tests (la région de la Bavière en Allemagne est fière d'afficher un taux de 100% de test « volontaire » parmi les détenus) ;
- Très souvent, les détenus ne bénéficient pas de conseil lorsqu'ils reçoivent les résultats du test. Ils n'ont souvent pas d'information sur la gravité de la maladie chronique dont ils souffrent. Si le test est négatif, on ne leur dit rien.

- La présence d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les prisons est bien connue. Cependant, les détenus n'ont pas gratuitement et librement accès aux préservatifs.

## AMÉRIQUE DU NORD | RAPPORT RÉGIONAL

### Situation épidémiologique

Le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH aux États-Unis (USA) a dépassé pour la première fois le million à la fin 2003. Au Canada, un peu moins de 58 000 cas de VIH ont été signalés à la fin 2004. L'Europe occidentale et l'Amérique du Nord demeurent les seules régions du monde où la plupart des personnes nécessitant le traitement antirétroviral peuvent en bénéficier. Par conséquent, le nombre de décès dus au SIDA a chuté dans les années 1990. Dans les dernières années, plus de la moitié des nouvelles transmissions de l'infection à VIH ont été observées chez les Africains-Américains. En 2001, le taux des cas de SIDA chez les Africains-Américains adultes et adolescents était dix fois supérieur à celui de leurs homologues blancs, selon les *United States Centers for Disease Control and Prevention*.

Au Canada, le nombre de tests VIH positifs continue d'augmenter et davantage de femmes ont été testées séropositives dans les dernières années. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentent toujours le nombre et la proportion les plus importants des tests VIH positifs. Si l'on examine les données relatives à ces tests, en connaissant l'origine ethnique, les autochtones et les personnes originaires d'Afrique ou des Caraïbes présentent un pourcentage supérieur à celui de leur représentation nationale. Selon le recensement de 2001, les autochtones représentaient 3,3% de la population canadienne, et représentaient 21,4% des tests VIH positifs en 2004 où l'origine ethnique apparaissait. Il s'agit là d'une augmentation par rapport à 1998 où le pourcentage n'était que de 18,6%. En ce qui concerne les personnes originaires d'Afrique et des Caraïbes, qui représentaient 2,2% de la population canadienne en 2001, elles constituaient 12,1% des tests VIH positifs réalisés en 2004. Une fois encore, il s'agit là d'une augmentation par rapport à 1998 où le pourcentage était alors de 5,3%.

En ce qui concerne les cas de SIDA en 2004, les femmes représentaient une part croissante des cas de SIDA signalés au Canada, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituant toujours le nombre et la proportion les plus élevés des cas de SIDA. Les autochtones et les personnes originaires d'Afrique et des Caraïbes sont toujours beaucoup plus représentés que les autres dans les cas de SIDA. Si le nombre de cas de SIDA a baissé au fil des années, la part des autochtones et des personnes originaires d'Afrique ou des Caraïbes dans les cas de SIDA a augmenté. En 2004, les autochtones représentaient 14,8% des cas de SIDA et les personnes originaires d'Afrique et des Caraïbes représentaient 15,5% des cas où l'on connaissait l'origine ethnique.

La nature en constante évolution de l'épidémie dans cette région doit être prise en considération lors de l'élaboration des programmes. Aux États-Unis et au Canada, la stigmatisation à laquelle font face les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes chez les autochtones et les personnes originaires d'Afrique ou des Caraïbes est une raison supplémentaire au défi consistant à faire bénéficier ces populations de la prévention et du traitement. Aux États-Unis, où l'on

estime que 30% des nouvelles infections à VIH se produisent du fait de la consommation de drogues injectables, des obstacles importants à la réduction des risques, notamment l'accès limité à l'échange de seringues et à la thérapie de substitution aux opiacés, sont des freins majeurs aux efforts de prévention.

### **Dernières tendances en matière de prévention, de soins et de traitement**

Le principal défi dans cette région est d'intensifier les mesures et de les adapter au schéma en évolution de l'épidémie.

#### **Prévention dans les prisons**

Au Canada, les détenus n'ont pas accès aux mêmes services de prévention et de traitement du VIH que la population générale. En particulier, il n'y a pas de seringues stériles en prison puisque l'on refuse d'y reconnaître la consommation de drogues et en raison de craintes non fondées à propos des programmes de seringues stériles.

On observe d'autres problèmes concernant les services liés au VIH en prison, par exemple, un nombre croissant de cas d'interruption du traitement antirétroviral chez les détenus vivants avec le VIH ; certaines procédures qui demandent aux personnes vivant avec le VIH d'avoir des soins spécialisés menacent le caractère confidentiel de leur statut VIH ; d'autres problèmes concernent l'accès aux préservatifs, aux lubrifiants et aux désinfectants. Les services spéciaux pour les femmes vivant avec le VIH en prison font souvent défaut.

Aux États-Unis, deux prisons seulement disposent de services de traitement à la méthadone pour les consommateurs d'héroïne sur place, et il n'existe pas de programmes de seringues stériles. L'accès aux préservatifs dans de nombreuses prisons du pays est inadapté, et est souvent limité aux salles de visites conjugales. L'accès à l'information de base sur la transmission du VIH et l'appui aux détenus séropositifs sont rares. La privatisation des prisons aux États-Unis est un obstacle à la transparence en matière de services liés au VIH.

#### **Obstacles à l'accès au traitement et aux soins**

Au Canada, les soins de santé relèvent de la responsabilité des provinces. Chaque province adopte une approche différente du remboursement public des médicaments salvateurs. Par conséquent, il existe une multiplicité de systèmes entraînant une grande variété dans les services de soins disponibles à travers le pays. Certaines provinces affichent des niveaux inférieurs pour ce qui est des normes d'appui aux personnes vivant avec le VIH.

Aux États-Unis, nombre de personnes n'ont pas accès au traitement des maladies liées au VIH car elles n'ont pas d'assurance de santé, ne remplissent pas les critères pour pouvoir bénéficier des programmes financés, ou encore, en raison de réductions de budgets dans les programmes gouvernementaux. Etant donné que l'impact de l'épidémie de SIDA a continué de peser lourdement et de manière disproportionnée sur les communautés pauvres des États-Unis, l'absence de dispositifs de protection en matière de services liés au VIH a provoqué une véritable catastrophe dans de nombreuses régions du pays.

## **Manque de personnel de santé**

Il y a une grave pénurie de personnel de santé dans de nombreuses parties de la région. Les PVVS, en particulier les personnes vivant dans les zones rurales, n'accèdent pas de façon appropriée aux soins. Plutôt que de remédier à la pénurie par le biais de la formation et de politiques de rétention, de nombreuses régions recrutent du personnel de santé dans les pays en développement, ce qui aggrave les difficultés pour prodiguer des soins de santé dans les pays où la prévalence de VIH/SIDA est forte.

## **Principaux problèmes mis en relief dans la région**

### **Politiques de prévention non scientifiques**

En dépit de l'approbation du document d'orientation de l'ONUSIDA sur l'intensification de la prévention du VIH, stipulant que « le préservatif masculin est la seule technologie disponible, et la plus efficace, pour réduire la transmission sexuelle du VIH ainsi que les infections sexuellement transmissibles » les institutions des États-Unis continuent de promouvoir l'abstinence et la fidélité (“être fidèle”)—constituant les points A et B de la politique de prévention « ABC » du pays—ce qui entraîne toujours une confusion parmi les responsables de la mise en oeuvre de la prévention dans les pays en développement et pourrait, de ce fait, entraîner davantage d'infections. Selon le PEPFAR (Plan présidentiel d'urgence pour lutter contre le SIDA), les pays bénéficiaires doivent dépenser au moins 66% des fonds pour la prévention au titre des points A et B, cela ayant créé des contraintes artificielles qui empêchent les responsables de la mise en oeuvre de la prévention de recourir aux stratégies associées de prévention les plus efficaces pour les différents aspects de l'épidémie auxquels ils font face.

Par ailleurs, l'utilisation des préservatifs reléguée au rang de « nécessité » uniquement pour les groupes à haut risque (professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) expose de nombreuses autres personnes à un risque plus élevé d'infection.

### **Sites d'injection supervisés**

Au Canada, l'autorisation du Gouvernement fédéral permettant au site pilote d'injection supervisé de fonctionner à Vancouver arrive à expiration en septembre 2006. La ville a appelé le Premier Ministre Stephen Harper à renouveler cette autorisation, en invoquant les résultats globalement positifs de la recherche conduite jusqu'à présent. D'autres évaluations sont actuellement réalisées, mais en général, même les habitants qui s'étaient d'abord opposés au site semblent considérer désormais que celui-ci a permis de réduire les décès par surdose et d'autres conséquences négatives. Alors que Stephen Harper a indiqué qu'il fermerait les sites d'injection supervisés, son nouveau gouvernement n'a pas mentionné ce qu'il pensait faire concernant l'échéance de septembre. Dans le même temps, plusieurs autres sites canadiens—notamment dans la plus grande ville, Toronto—ont étudié la faisabilité de l'ouverture de tels sites au sein de leurs communautés. Si le Gouvernement fédéral entend mettre un terme aux sites d'injection supervisés, cela ferait reculer de manière significative la politique fondée sur la science au nom d'une décision idéologique.

### **« Règle du bâillon mondial » pour la prostitution**

Les exigences des États-Unis selon lesquelles les bénéficiaires des fonds que le pays octroie doivent faire le serment de ne pas appuyer la prostitution, ont amené les bénéficiaires à cesser de soutenir les professionnel(le)s du sexe ou de recevoir des fonds. Quelle que soit l'issue, cela aura des effets négatifs à long terme sur la prévention de futures infections.

### **Financement nécessaire à la riposte nationale et internationale à la pandémie**

Le financement accordé aux organisations de lutte contre le SIDA de premier plan au Canada est toujours inadapté, et ce malgré le lancement de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/SIDA en 2005 et la multiplication par deux du financement. Cette augmentation est actuellement étalée sur cinq ans et des montants indéterminés de fonds bénéficient à la bureaucratie gouvernementale plutôt qu'à l'action sur le terrain. Les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux devraient financer de façon appropriée les services de première ligne et le soutien aux personnes vivant avec le VIH de manière ouverte et responsable.

Alors que le Canada et les États-Unis se veulent de généreux donateurs du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS, le budget global qu'ils consacrent à l'Aide publique au développement est plus faible qu'il ne l'était dans les années 1980. Pour s'aligner sur les autres pays du G8, ils doivent établir un calendrier en vue d'atteindre l'objectif reconnu à l'échelle internationale de consacrer 0,7% du revenu national brut à l'aide au développement et apporter leur juste part au coût nécessaire à la riposte au SIDA.

## Délégation ONG siégeant au CCP ONUSIDA

### AFRIQUE

**Mme Asunta Wagura**  
*Kenya Network of Women with AIDS*  
City Gate House, 2nd Floor  
Muranga Road, PO Box 10001  
00100 Nairobi, **KENYA**  
Email: [kenwa@wananchi.com](mailto:kenwa@wananchi.com)

**Mme Mary Balikungeri**  
*Rwanda Women's Network*  
Kicukiro, PO Box 3157  
Kigali, **RWANDA**  
E-mail: [rwawnet@rwanda1.com](mailto:rwawnet@rwanda1.com)

### ASIE/PACIFIQUE

**Mme Rachel Ong**  
*Réseau Asie-Pacifique des Personnes vivant avec le VIH/SIDA (APN+)*  
Youanmenwai, No. 2 Dongbinhe Road  
Golden Century Apartments  
Block 8, Room 2712  
Fengtai District  
Beijing 1005, **CHINE**  
Email: [rachel.ong.pcb@gmail.com](mailto:rachel.ong.pcb@gmail.com)

**M. Bhawani Shanker Kusum**  
*Gram Bharati Samiti (GBS)*  
Secretary and Executive Director  
Amber Bhawan, Amber 303 101  
Jaipur, **INDE**  
E-mail: [gbsbsk@sancharnet.in](mailto:gbsbsk@sancharnet.in)

### AMÉRIQUE LATINE/CARAÏBES

**Mme Gabriela Silva Leite**  
*Network of Sex Work Projects (NSWP)*  
Rua Santo Amaro 129  
Gloria, 22211-230 Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro **BRÉSIL**  
E-mail: [davida@davida.org.br](mailto:davida@davida.org.br)

**Mme Sandra F. Batista**  
*Rede Latinoamericana de Redução de Danos (RELARD)*  
Rua Professo Fernando Moreira 186/03  
Curitiba, Parana, **BRÉSIL**  
CEP 80410-120  
Email: [sandrabatista@grupohumanar.com.br](mailto:sandrabatista@grupohumanar.com.br)

### EUROPE

**Mme Alena Peryshkina**  
*AIDS Infoshare*  
1st Dorojny proezd 9/10 office 350  
PO Box 15  
Moscow 117545, **FÉDÉRATION DE RUSSIE**  
E-mail: [alena@infoshare.ru](mailto:alena@infoshare.ru)

**M. Paulo Jorge Vieira**  
*YouAct – European Youth Network on Sexual and Reproductive Rights*  
Estrada Militar n.º 12  
Venda Nova, 2700 Amadora, **PORTUGAL**  
Email: [paulojvieira@gmail.com](mailto:paulojvieira@gmail.com)

### AMÉRIQUE DU NORD

**M. T. Richard Corcoran**  
*Health Global Access Project (Health GAP)*  
168 7th Street, Suite 2E  
Brooklyn, NY 11231, **USA**  
E-mail: [trc\\_healthgap@msn.com](mailto:trc_healthgap@msn.com)

**M. Michael O'Connor**  
*Interagency Coalition on AIDS and Development (ICAD)*  
1, rue Nicholas Street - Suite/Bureau 726  
Ottawa ON K1N 7B7, **CANADA**  
E-mail: [moconnor@icad-cisd.com](mailto:moconnor@icad-cisd.com)