



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

(PNUD, UNICEF, FNUAP, UNESCO, OMS, Banque mondiale)

**Réunion constitutive du
Conseil de Coordination du Programme
Genève, 13-14 juillet 1995**

**UNAIDS/PCB(1)/95.2
26 juin 1995**

Point 2 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DU DIRECTEUR EXECUTIF

I. L'ÉPIDÉMIE D'INFECTION À VIH/SIDA : LA DEUXIÈME DÉCENNIE

1. L'épidémie mondiale de SIDA - syndrome mortel provoqué par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - est l'une des grandes tragédies de notre temps. Depuis maintenant plus de dix ans, l'épidémie d'infection à VIH continue de croître, invisible, au rythme de plus de 6000 cas nouveaux par jour, et les cas de SIDA et de décès qui en résultent continuent de faire des ravages sans précédent chez les individus, dans les familles et dans les sociétés. Aucun pays ne pourra éviter l'onde de choc de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA.

L'impact du SIDA

2. Partout dans le monde, l'une des constantes de l'épidémie de SIDA est les souffrances qu'elle entraîne. Beaucoup sont pourtant inutiles. Parce que le SIDA peut se transmettre à l'occasion de rapports sexuels et par l'injection de drogues que condamne la société, les malades sont souvent mis à l'écart et montrés du doigt. Et bien que le virus ne se transmette pas à l'occasion des contacts quotidiens en société, les sujets infectés par le VIH sont redoutés à tort comme une source de contagion. Au lieu de recevoir de la compassion et une aide, les personnes atteintes de SIDA sont souvent rejetées et en souffrent.
3. Cette souffrance s'ajoute aux souffrances physiques qu'entraîne le SIDA, contre lequel il n'y a aucun remède. Le VIH détruit lentement les défenses immunitaires contre d'autres maladies, y compris certains cancers, la tuberculose et des bactéries auxquelles les gens bien portants résistent facilement. Concrètement, cela signifie une détérioration progressive, bien qu'imprévisible, caractérisée par des accès de plus en plus graves et dégradants - diarrhée persistante, fièvre et sueurs nocturnes, lésions douloureuses de la bouche et de l'oesophage qui rendent difficile l'acte de manger et même d'avaler, démangeaisons incessantes, émaciation, démence. Les médicaments modernes aident à atténuer la douleur et

l'inconfort, mais des médicaments même simples sont introuvables dans beaucoup de communautés des pays en développement. Le chiffre qu'il faut retenir ici est que d'ici l'an 2000, les pays en développement compteront plus de 90 % de tous les cas d'infection à VIH.

4. A ce jour, près de 5 millions d'hommes, de femmes et d'enfants ont enduré ces souffrances. Mais les malades du SIDA ne représentent que la partie visible de l'épidémie mondiale. Le SIDA met des années - jusqu'à une décennie, peut-être même plus longtemps - pour apparaître après une infection initiale par le VIH. L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'en plus des malades du SIDA, 13 à 15 millions d'adolescents et d'adultes, plus un demi-million d'enfants environ, sont infectés par le VIH sans avoir encore atteint le stade de la maladie grave que nous appelons SIDA. La plupart d'entre eux ont l'air et se sentent bien portants, et ne savent pas qu'ils sont infectés. (Parce qu'elle est longtemps invisible, l'infection à VIH est facile à ignorer, ce qui permet à l'épidémie de se propager librement.) Et, d'après les estimations les plus optimistes, le total des sujets infectés devrait atteindre 30 à 40 millions en l'an 2000.
5. Pourtant, l'importance de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA ne se mesure pas uniquement au nombre des sujets infectés ou malades, aussi considérable soit-il. Parce que l'infection à VIH se transmet essentiellement par voie sexuelle, elle frappe moins ceux qui sont normalement les plus vulnérables aux maladies infectieuses - c'est-à-dire les très jeunes et les personnes très âgées - mais plutôt des adolescents, de jeunes adultes et des personnes d'âge moyen, ceux-là même dont dépend la survie de la société en matière de production et de reproduction.
6. Ce sont en effet les hommes et les femmes qui élèvent les jeunes et s'occupent des personnes âgées. Quand ils meurent du SIDA, leurs parents âgés sont abandonnés à eux-mêmes et leurs enfants deviennent orphelins - d'ici l'an 2000, jusqu'à 5 à 10 millions d'enfants auront peut-être perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA.
7. Ce sont aussi ces hommes et ces femmes qui font pousser les récoltes, travaillent dans les mines et les usines, font fonctionner les écoles et les hôpitaux, et même gouvernent le pays. En Thaïlande, par exemple, on estime que d'ici l'an 2000, l'épidémie de SIDA coûtera à l'économie près de US \$11 milliards - en grande partie à cause de la perte de productivité de ce groupe démographique clef.
8. Ainsi, pour chaque personne qui est atteinte du SIDA, beaucoup d'autres se trouvent prises dans une spirale de destruction - au sein de la famille, dans la communauté ou dans la société. Dans les lieux les plus durement touchés, c'est le tissu même de la société qui se défait. Les succès durement acquis dans le domaine de la survie de l'enfant se trouvent réduits à néant. En bref, dans les pays qui ne sont pas encore industrialisés ou sont en cours d'industrialisation, le SIDA est une menace pour le développement en soi.

Comment la propagation du VIH est-elle alimentée ?

9. On est suffisamment informé des modes de propagation du VIH pour

réduire les risques de transmission. Le VIH se transmet essentiellement de l'homme à la femme ou de la femme à l'homme par contact sexuel (transmission hétérosexuelle), ou de l'homme à l'homme (transmission homosexuelle). Au niveau mondial, la plupart des cas d'infection se transmettent par voie hétérosexuelle, bien que les rapports homosexuels restent un mode très important de propagation du VIH. Comme beaucoup d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST), le VIH peut également se propager par le sang. Dans certains endroits, aussi bien dans le monde industrialisé que dans le monde en développement, les toxicomanes qui s'injectent des drogues et partagent les seringues et les aiguilles avec d'autres sont ceux chez lesquels le taux d'infection à VIH est le plus élevé. Enfin, comme dans le cas de la syphilis, une femme infectée peut transmettre le virus à son fœtus ou à son nouveau-né, ce qui pose des problèmes dramatiques là où la transmission hétérosexuelle prédomine et où de nombreuses femmes sont infectées. Jusqu'ici, c'est l'Afrique subsaharienne qui se taille la part du lion pour le nombre de ces nourrissons infectés, qui, généralement, tombent malades et meurent avant l'âge de cinq ans.

10. Mais si les données biologiques sur la transmission sont irréfutables dans leur simplicité, elles ne révèlent qu'une partie de l'histoire, parce que le VIH ne se propage pas au hasard. La sexualité des individus et leur attitude à l'égard des drogues sont liées à tout un contexte qui fait qu'il est facile, difficile ou franchement impossible de se mettre à l'abri du virus. Là où ce "contexte" n'est pas favorable à des comportements sains, par exemple dans les communautés pauvres ou marginalisées, le virus se propage librement.

11. Par exemple, une femme qui n'a guère ou pas son mot à dire pour ce qui concerne sa propre vie sexuelle est vulnérable au VIH¹ parce qu'elle ne peut ni compter sur la fidélité de son partenaire ni obtenir facilement qu'il utilise un préservatif. Les hommes et les femmes que la pauvreté accule à la prostitution ne peuvent rien faire pour se protéger à moins que leurs clients n'acceptent d'utiliser des préservatifs - en supposant qu'il soit possible de s'en procurer à un coût abordable. Sont également vulnérables, les travailleurs migrants qui sont séparés de leur famille et souvent recherchent de nouveaux partenaires sexuels, et même des relations durables. Ceux qui connaissent mal la langue de leur nouvelle communauté souffrent d'un handicap supplémentaire puisqu'ils risquent de ne pas comprendre les campagnes locales d'information sur le SIDA et d'être moins capables d'obtenir que leurs partenaires acceptent l'utilisation du préservatif. Un immigrant clandestin qui essaie d'échapper aux autorités

¹ Dans le cas de l'infection à VIH/SIDA, être vulnérable signifie n'avoir guère ou pas de moyens de maîtriser le risque de contracter l'infection à VIH ou, pour ceux qui sont déjà infectés ou touchés par le VIH, n'avoir guère ou pas accès à des soins ou un soutien appropriés. La vulnérabilité est le résultat net de l'interaction de nombreux facteurs, tant personnels (y compris biologiques) que sociaux; elle peut être aggravée par tout un éventail de facteurs d'ordre culturel, démographique, juridique, économique et politique.

n'osera sans doute pas solliciter des soins médicaux, s'exposant ainsi à un risque accru de contracter l'infection à VIH s'il est atteint de syphilis ou de blennorragie. (Le VIH se propage plus facilement en présence d'une MST non soignée.) Les hommes homosexuels qui vivent dans des communautés où leur préférence est mal vue risquent de n'avoir pas accès à des informations essentielles sur la façon de se protéger lors des rapports sexuels. Enfin, la discrimination et l'opprobre à l'encontre des personnes infectées par le VIH/malades du SIDA favorisent la propagation du virus - ne serait-ce que parce qu'il est alors difficile, pour ceux qui se savent infectés, de le reconnaître et de veiller à ce que les autres soient protégés.

12. Inversement, dans les communautés où les hommes et les femmes jouissent de la protection des droits de l'homme, notamment du droit à l'information, à l'éducation et à l'emploi, les gens sont mieux armés pour se protéger et protéger les autres contre le VIH. En outre, l'accès des personnes infectées aux soins et à l'aide dont ils peuvent avoir besoin est généralement plus facile.

13. Tout cela aide à comprendre pourquoi le VIH/SIDA n'est pas une épidémie mondiale unique mais plutôt la somme d'épidémies multiples, dont chacune est gouvernée par son propre ensemble de facteurs sociaux et caractérisée par sa propre dynamique de transmission. Ainsi, plus de 1,5 million d'adolescents et d'adultes infectés par le VIH ont été recensés jusqu'ici dans le monde industrialisé. Là où le VIH est arrivé plus tard, il y a évidemment eu moins d'infections - par exemple, plus de 100 000 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et plus de 50 000 en Europe de l'Est et en Asie centrale - mais le risque d'une propagation rapide du virus est bien là. En Amérique latine et aux Caraïbes, où la transmission par l'injection de drogues et les rapports hétérosexuels continue d'augmenter, on dénombre plus de 1,5 million d'adultes infectés par le VIH. C'est en Afrique au sud du Sahara que ce chiffre est de loin le plus élevé - 11 millions - et l'épidémie continue de se propager. Toutefois, la région où l'infection à VIH progresse le plus rapidement est l'Asie du Sud et du Sud-Est où le nombre des adultes infectés serait de 2,5 millions, soit le double du chiffre enregistré au milieu de 1993.

14. Le tableau de l'infection à VIH/SIDA est cependant très divers à l'intérieur d'une même région, et même à l'intérieur d'un même pays. La transmission chez les toxicomanes par des seringues et aiguilles contaminées peut prédominer dans une ville, alors que, dans une autre ville à 100 km de là, les taux d'infection peuvent être beaucoup plus faibles. Il peut y avoir plusieurs raisons à cela, par exemple que les toxicomanes soient moins pourchassés et reçoivent même des aiguilles et seringues stériles. Ailleurs encore, les prostitué(e)s peuvent être infecté(e)s par leurs clients et transmettre à leur tour le virus à d'autres clients à l'occasion de rapports non protégés. Là où l'épidémie sévit depuis longtemps, de nombreuses personnes contracteront l'infection - non parce qu'elles s'injectent des drogues ou ont des rapports sexuels non protégés avec de nombreux partenaires - mais à cause du comportement de leur propre partenaire sexuel. Dans certaines situations où l'épidémie sévit depuis

longtemps par exemple, la plupart des femmes infectées sont mariées et monogames.

Les leçons de la situation

15. Le premier enseignement qui s'impose depuis que le SIDA a été décrit pour la première fois, en 1981, est que **le VIH et le SIDA sont maintenant un aspect de la condition humaine, un aspect tragique auquel nous devons tous faire face.**

16. Les premiers succès des scientifiques qui sont parvenus à identifier le virus responsable du SIDA et à déterminer ses modes de transmission ont fait naître l'espoir que l'épidémie n'allait pas tarder à être maîtrisée. Cet optimisme n'était cependant pas justifié, puisque l'on n'a toujours pas mis au point de vaccin et de traitement efficaces, et que les méthodes de lutte disponibles sont imparfaites. Alors qu'il n'existe pas de vaccin pour protéger les personnes non infectées et que l'on ne peut espérer en avoir un qui soit utilisable à grande échelle avant la fin du siècle, le VIH ne peut que continuer à se propager. Et, comme aucun traitement n'est en vue, des millions de personnes déjà infectées auront le SIDA.

17. Contrairement à la variole, l'épidémie d'infection à VIH/SIDA qui sévit aujourd'hui ne pourra être combattue par de simples mesures biomédicales. Mais s'il n'y a pas de solution technique simple au problème de l'infection à VIH/SIDA, il n'y a pas non plus de solution non technique simple. Ainsi, il n'est pas surprenant que l'exhortation "dites simplement non" n'ait guère été plus efficace contre le VIH qu'auparavant contre la syphilis, la blennorragie ou la consommation d'héroïne. Quoi qu'il en soit, étant donné la multiplicité des épidémies d'infection à VIH, il ne saurait y avoir de méthode de lutte unique.

18. Cela étant, la deuxième grande leçon de ces 14 dernières années est que la **prévention du SIDA est faisable**. Certains programmes ont manifestement fait la preuve de leur efficacité et nous savons maintenant beaucoup de choses sur les raisons de leur succès. Pour commencer, ces programmes étaient exécutés à petite échelle, dans un cadre structurel solide, et bénéficiaient d'une assise particulièrement forte au niveau de la communauté. En fait, beaucoup doivent leur succès à la participation d'organisations communautaires et non gouvernementales. Ensuite, ces programmes associaient plusieurs approches de la prévention - par exemple des activités d'incitation à l'utilisation du préservatif, des campagnes d'information des médias sur le SIDA, et des services de traitement des MST - au lieu de reposer sur une approche unique. Également important, aucun de ces programmes efficaces n'a admis pour hypothèse que le fait de dire simplement non est une solution adéquate. Au lieu de cela, leur but a été de créer un environnement propice donnant aux gens les motivations et les moyens nécessaires pour se protéger.

19. Toutefois, nous avons aussi appris que **la prévention a eu un impact inadéquat au niveau national**. C'est en grande partie parce que les programmes

ont été exécutés à petite échelle, mais aussi, et c'est important, pour des raisons socio-économiques et politiques. Bien que la preuve ait été faite que l'environnement doit être rendu favorable à l'adoption de comportements sans risque, cette leçon a souvent été ignorée - en partie, pour être juste, parce qu'il est difficile de remodeler les forces et les structures sociales. Un problème encore plus fondamental est la tendance quasi universelle à nier le danger que représente le SIDA et à ne pas vouloir regarder en face la réalité de l'épidémie "invisible" d'infection à VIH. (L'épidémie est d'autant plus invisible que les sujets infectés se cachent de crainte d'être mal considérés et rejetés.) Ce refus d'admettre la réalité reste un puissant obstacle à tout engagement politique. Et, sans engagement de ce type, les programmes de prévention à grande échelle n'obtiennent ni le financement ni l'adhésion politique nécessaires pour toute communication efficace sur le SIDA.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

20. En raison de son urgence et de son ampleur, de ses racines socio-économiques et culturelles complexes, parce que l'infection à VIH continue d'être niée et que ce sont des comportements clandestins et tabous qui en favorisent la propagation et que les personnes atteintes sont en butte à la discrimination et à des violations des droits de l'homme - plus que tout autre problème de santé - l'épidémie d'infection à VIH/SIDA exige un programme mondial spécial. De nombreux secteurs très différents sont inévitablement touchés par l'épidémie étant donné son impact sélectif sur les groupes les plus productifs et ses retombées destructives qui, à la manière de cercles concentriques, affectent les familles, puis les communautés et des économies tout entières. Un programme commun des Nations Unies bénéficiant de l'expérience et du savoir faire de nombreuses organisations spécialisées dans des disciplines et des secteurs très divers pourra catalyser l'intervention de tous ces secteurs pour atténuer l'impact du SIDA sur les individus et la société. D'ailleurs, il faudra mobiliser un aussi large éventail d'agents et d'organisations pour résoudre le problème complexe de la prévention et du traitement du SIDA dans la mesure où les moyens à notre disposition sont imparfaits et où la propagation du VIH est mue par des forces sociales puissantes.

21. En bref, seul un programme spécial des Nations Unies est capable d'orchestrer une réponse mondiale face à la propagation rapide d'une maladie redoutée et scandaleuse dont les racines et les ramifications s'étendent à pratiquement tous les aspects de la société. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (appelé ci-après "ONUSIDA") réunit l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale en un programme unique coparrainé. Les six organisations coopérantes ont joué un rôle actif dans les mesures prises face à l'épidémie d'infection à VIH/SIDA.

II. L'ONUSIDA : MISSION, ROLES ET APPROCHE STRATEGIQUE

Mission et rôles

22. En tant que principal promoteur du système des Nations Unies d'une réponse mondiale à l'épidémie d'infection à VIH/SIDA, l'ONUSIDA a pour objectif d'inspirer, de focaliser et de renforcer les efforts de prévention de la transmission du VIH, d'atténuer les souffrances provoquées par l'infection à VIH et le SIDA et de contrer l'impact de l'épidémie sur les individus, les familles, les communautés et les sociétés.

23. Il est important de voir l'ONUSIDA dans ce contexte. En effet, l'ONUSIDA ne représente pas l'ensemble des mesures prises par le système des Nations Unies face à l'épidémie de SIDA; il ne correspond même pas aux mesures prises par ses six organisations coparrainantes. Il représente plutôt une partie d'un vaste **réseau d'activités du système des Nations Unies**. Il couvre la capacité d'intégration de chacun des organismes coparrainants; le système des coordonnateurs résidents avec ses groupes thématiques sur le VIH/SIDA au niveau des pays; les activités nationales et interpays - des organismes coparrainants, ainsi que les activités en rapport avec le SIDA qu'entreprendront d'autres institutions du système des Nations Unies, en particulier dans les domaines de l'aide humanitaire, de l'aide aux réfugiés, du maintien de la paix et des droits de l'homme.

24. Pour que soient établis les liens nécessaires avec l'ONUSIDA, chaque organisation coparrainante sera investie d'une fonction d'**intégration/assimilation**. Les activités d'intégration exécutées par chaque organisme varieront selon son mandat et son rôle au sein du système des Nations Unies. Elles consisteront notamment :

- à intégrer les questions concernant le SIDA à toutes les activités appropriées de l'organisme coparrainant aux niveaux mondial, régional et national, conformément aux politiques et aux stratégies de l'ONUSIDA;
- à intégrer les politiques, stratégies et principes directeurs de l'ONUSIDA aux politiques et aux stratégies de l'organisme coparrainant; et
- à promouvoir et renforcer le soutien apporté par l'organisme coparrainant, par l'intermédiaire du groupe thématique de l'Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA dans chaque pays, aux mesures de lutte contre le SIDA, conformément aux politiques et aux stratégies de l'ONUSIDA.

25. Ainsi, l'ONUSIDA est investi de trois **rôles** qui se renforcent mutuellement et s'appliquent aux activités exécutées au niveau national, interpays et mondial :

<p>■ <i>Politique, développement et recherche</i></p>	<p>être une source importante de <i>politiques mondialement applicables</i> sur le VIH/SIDA, et élaborer, promouvoir et renforcer les <i>meilleures pratiques</i> (voir le paragraphe 28 ci-dessous) et <i>activités de recherche au niveau international</i>.</p>
---	--

<p>■ <i>Appui</i></p>	<p><i>jouer un rôle de catalyseur, et cibler et fournir un</i></p>
-----------------------	--

<i>technique</i>	<i>appui technique</i> pour contribuer à mettre en place et à renforcer une <i>capacité</i> d'action élargie face au VIH/SIDA, notamment dans les pays en développement.
■ <i>Action de persuasion</i>	se faire l' <i>avocat</i> d'une action globale et plurisectorielle face au VIH/SIDA fondée sur des ressources suffisantes et sur des bases stratégiques, éthiques et techniques solides.

26. L'ONUSIDA devra faire en sorte que ses **avantages comparés** potentiels deviennent une réalité, le but étant de réussir à mieux cibler les mesures nationales et mondiales face au VIH/SIDA et à en améliorer la rapidité et l'efficacité. Les avantages de l'ONUSIDA sont :

- sa qualité même de programme commun, avec six organismes coparrainants qui lui apporteront leurs atouts et leurs avantages particuliers;
- la crédibilité de son action de persuasion en faveur d'une action forte, solide et durable face au SIDA;
- son large champ d'action et sa portée plurisectorielle;
- le fait d'offrir une tribune pour atteindre un consensus, notamment sur des questions techniques et politiques délicates;
- son expertise technique sur le VIH/SIDA, sous la forme d'effectifs décisifs de personnels hautement compétents, complétée par une expertise extérieure;
- la fonction dont il est investi en vue de promouvoir et de faciliter la coordination, en particulier entre les organismes coparrainants à l'oeuvre dans les pays.

Approche stratégique

27. L'approche stratégique préconisée par l'ONUSIDA sera multidimensionnelle, avec quatre fils conducteurs étroitement interreliés :

- réduire la transmission du VIH et des MST;
- améliorer la qualité, l'adéquation et l'accessibilité des services de traitement, de soins et d'appui à l'intention des sujets infectés par le VIH/malades du SIDA;
- atténuer les conséquences néfastes du VIH/SIDA sur la santé et le bien-être des individus et des communautés; et
- réduire la vulnérabilité des individus et des collectivités à l'infection à VIH et au SIDA par le biais des transformations sociales.

28. L'ONUSIDA favorisera tout un éventail d'approches et d'interventions multisectorielles, valables sur les plans stratégique, éthique et technique, et visant en particulier à offrir des services spécifiques de prévention, de soins et d'aide et à introduire des changements sociaux plus généraux. Il s'agira en particulier de renforcer et d'appuyer les moyens mis en oeuvre dans les pays face à l'infection à VIH/SIDA, notamment par la mobilisation communautaire, le respect des droits de l'homme et la mise en place d'environnements favorables pour la prévention et les soins. Pour être une source importante de politiques mondialement applicables sur le VIH/SIDA, l'ONUSIDA s'emploiera à élaborer et à promouvoir les meilleures pratiques au niveau international, c'est à dire les principes, politiques, stratégies et activités qui, compte tenu de l'expérience acquise au niveau international, sont considérés comme les plus efficaces face à l'infection à VIH/SIDA.

29. Un **plan stratégique** pour l'ONUSIDA est en cours d'élaboration. Il précisera les buts, objectifs, cibles, priorités et stratégies du programme commun pour la période 1996-2000 et servira de fondement au plan de travail. Il bénéficiera de l'expérience accumulée sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH/SIDA car il sera élaboré, à l'issue d'un large processus de consultation, non seulement avec les organismes coparrainants, mais avec tout un éventail de partenaires parmi lesquels les gouvernements de pays en développement, des organisations non gouvernementales et communautaires et des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, des organismes d'aide bilatérale, des administrateurs de programmes de lutte contre l'infection à VIH/SIDA, des responsables politiques et des personnalités influentes, des universitaires et des chercheurs, et d'autres organisations du système des Nations Unies.

30. Afin de faciliter ce processus et de veiller à ce que toutes les régions y participent, cinq ateliers ont été organisés entre avril et juin 1995 à New Delhi, Santiago, Nairobi, Venise et Dakar. Chacun était organisé par un organisme coparrainant différent.

31. **Au niveau mondial**, l'ONUSIDA aura pour fonctions d'attirer l'attention sur le SIDA, de mettre au point les politiques et conseils techniques nécessaires à une action élargie face au VIH/SIDA (voir le paragraphe 33 ci-dessous); de promouvoir, soutenir et conduire des recherches susceptibles de répondre aux besoins des pays en développement; d'inspirer et promouvoir des actions rationnelles, efficaces et moralement valables contre le SIDA; d'oeuvrer pour la mise en place d'environnements socio-économiques et juridiques qui soient favorables à la prévention et au traitement de l'infection à VIH/SIDA et offrent un soutien aux malades; enfin, de convaincre la communauté mondiale d'investir suffisamment de ressources dans la prévention du SIDA, le traitement et le soutien des malades et les actions visant à atténuer l'impact de l'épidémie, notamment par la mise en place d'environnements favorables.

32. Dans le domaine de la recherche et du développement technologique, l'ONUSIDA privilégiera les approches, méthodes et techniques susceptibles d'intéresser directement les pays en développement, c'est-à-dire la mise au point d'instruments pouvant les aider à renforcer les moyens dont ils disposent pour la prévention, le traitement et le soutien des malades et l'atténuation de l'impact de l'épidémie. Il s'agira en particulier de mettre au point des méthodes et des techniques plus efficaces, tant pour les interventions sanitaires (notamment pour la prévention et l'amélioration de la qualité de la vie des personnes infectées par le VIH) que pour les initiatives sociales visant à réduire la vulnérabilité des individus à l'infection à VIH/SIDA. Le rôle de l'ONUSIDA sera également de déterminer les lacunes de la recherche; de préconiser et d'appuyer des activités de recherche, de faire la synthèse de leurs résultats et d'en assurer la diffusion; d'offrir une tribune pour l'examen des conséquences politiques de ces résultats; et d'aider à les appliquer dans la pratique.

33. **Au niveau des pays**, l'ONUSIDA se fera l'avocat d'une action élargie face au VIH/SIDA, c'est-à-dire d'activités multisectorielles visant entre autres à associer le problème du VIH/SIDA à tous les aspects du développement humain et de la planification économique. Une action élargie comportera des stratégies visant à résoudre les problèmes immédiats posés par la transmission du VIH et les soins et l'aide à donner aux malades, et des stratégies visant à atténuer la vulnérabilité au VIH/SIDA en agissant sur des facteurs sociaux et structurels.

34. L'approche de l'ONUSIDA sera la suivante :

- promouvoir des actions localement adaptées face au VIH/SIDA conformément aux meilleures pratiques internationales;
- obtenir l'appui et la participation des principaux décideurs et responsables de l'information;
- appuyer l'action nationale élargie face au VIH/SIDA au moyen d'un soutien technique et financier adapté;
- mobiliser des ressources financières, techniques et humaines;

- renforcer l'appui collectif et coordonné du système des Nations Unies aux mesures prises dans les pays; et
- collaborer avec l'éventail le plus large possible d'organes privés et publics pour soutenir les mesures prises dans les pays.

35. Dans les pays, l'ONUSIDA agira par l'intermédiaire du système des coordonnateurs résidents. Un groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA sera créé pour coordonner les activités du système des Nations Unies afin d'améliorer l'appui aux mesures prises dans les pays. Ce groupe thématique renforcera aussi la liaison entre le système des Nations Unies et les mécanismes de coordination nationale concernant le VIH/SIDA. Dans les pays où des groupes thématiques ne pourront pas être créés faute de représentants du système des Nations Unies (ce qui est le cas dans de nombreuses économies de transition), d'autres mécanismes de collaboration seront mis au point, si possible à partir des structures existantes.

36. Dans certains pays, un administrateur du programme ONUSIDA sera chargé d'aider le groupe thématique à remplir ses fonctions. Cet administrateur assumera d'autres responsabilités, notamment : appui technique et gestionnaire au gouvernement; promotion des politiques et stratégies de l'ONUSIDA par l'intermédiaire du groupe thématique; et étude des besoins que l'ONUSIDA et ses organismes coparrainants seront appelés à satisfaire en matière de soutien technique et de formation.

37. L'ONUSIDA fournira des fonds de "transition" aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Depuis sa création, en 1987, le Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS (GPA) a fortement subventionné des opérations dans les pays pour la mise en place et la poursuite de campagnes nationales de lutte contre le SIDA. Ces crédits ont été utilisés pour assurer la gestion des structures centrales de ces campagnes; renforcer les approches multisectorielles; soutenir des activités visant à prévenir la transmission du VIH; soutenir des activités de surveillance et d'évaluation; et soigner et aider les sujets infectés par le VIH et les malades du SIDA. Ce financement (plus de US \$29 millions en 1994-1995) prendra fin en 1995. Toutefois, l'arrêt brutal des subventions accordées aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA risque de compromettre les résultats déjà obtenus et, dans certains cas, pourrait paralyser les actions nationales face au SIDA. Aussi a-t-on jugé essentiel de continuer à garantir une aide au cours d'une période de transition. Un groupe de travail commun GPA/ONUSIDA passe actuellement en revue les engagements de GPA en faveur des programmes nationaux pour élaborer un plan de transition de manière à perturber le moins possible les activités dans les pays. Les affectations de fonds seront proposées à la suite d'évaluations de la situation dans les différents pays et sur la base de critères que le Conseil de Coordination du Programme (PCB) examinera à sa prochaine réunion pour le projet de budget.

38. L'ONUSIDA apportera un soutien technique à toute une gamme de

partenaires pour faire face à des besoins spéciaux qui seront présentés par l'intermédiaire du groupe thématique. Ce soutien visera en particulier à renforcer les capacités nationales et à tirer le meilleur parti possible de l'expertise nationale et régionale. Des fonds d'incitation seront disponibles pour des activités novatrices.

39. L'ONUSIDA soutiendra des **activités interpays ou régionales de lutte contre le SIDA** partout où, rentables et efficaces, elles compléteront les mesures prises aux niveaux mondial et national. L'ONUSIDA disposera de ses propres fonds pour les activités interpays et aidera à financer certaines initiatives avec ses organismes coparrainants. Toutefois, ses avantages comparés viennent plutôt de ce qu'il fournira un soutien technique et servira de tribune pour la planification et la coordination des activités. L'ONUSIDA utilisera au besoin les structures régionales des organismes coparrainants, auquel cas il mettra au point des mécanismes spécifiques de collaboration. Il n'y aura pas de structure gestionnaire intermédiaire entre l'ONUSIDA au niveau mondial et le système national des groupes thématiques/coordonnateurs résidents. Dans certains cas, afin de faciliter les activités nationales et interpays, l'ONUSIDA mettra sur pied de petites équipes pluridisciplinaires de soutien technique dans certaines régions ou sous-régions.

40. **La structure et la dotation en personnel** proposées sont présentées sous le point 4.1 de l'ordre du jour. L'approche gestionnaire retenue reposera notamment sur la gestion par objectifs et la décentralisation de la prise de décisions. Au niveau mondial, le personnel relèvera de deux départements importants (Soutien aux pays, et Politiques, stratégie et recherche) ainsi que de deux départements plus restreints concernant les Relations extérieures et l'Administration du programme, au sein d'une structure horizontale. Comme on l'a vu au paragraphe 36 ci-dessus, l'ONUSIDA postera dans certains pays des administrateurs/coordonnateurs chargés de seconder le groupes thématiques sur le VIH/SIDA. Enfin, ainsi qu'il est indiqué au paragraphe 39, des experts techniques travailleront sur des bases plurinationales et resteront en contact étroit avec les deux départements mondiaux les plus importants.

41. Le succès de l'ONUSIDA dépendra dans une grande mesure de la compétence, de la motivation et du style de travail de son personnel. C'est pourquoi un effort particulier sera fait pour faciliter l'action de soutien et de consultation du personnel afin qu'il ait tous les atouts pour aider au mieux les pays à mettre au point leurs actions spécifiques de lutte. De plus, comme l'action de l'ONUSIDA repose sur un travail d'équipe, cette méthode sera appliquée tout au long du processus de prestations de services et de prise de décisions. L'aptitude à constituer et à gérer des équipes fera l'objet de soins particuliers à tous les niveaux du Programme pour renforcer les méthodes internes de travail et la collaboration avec tous les partenaires du réseau de lutte contre le SIDA. Ce travail de formation sera bien entendu complété par un effort visant à maintenir l'excellence technique du personnel et à obtenir une bonne compréhension de l'épidémie.

III. ETAPES DE L'ELABORATION DE L'ONUSIDA : JANVIER-JUIN 1995

Rapport au Conseil économique et social

42. Le 23 janvier 1995, le Comité des Organismes coparrainants (COC) a présenté un rapport sur l'ONUSIDA au Conseil économique et social (ECOSOC) conformément à sa résolution 1994/24. Le rapport a été examiné par l'ECOSOC lors d'une consultation informelle et à sa session organique, tenues respectivement le 31 janvier et le 10 février 1995. Ainsi que cela a été demandé lors de la consultation informelle, le Président de l'ECOSOC a présenté un projet de modification du chapitre VI sur la direction et la gestion de l'ONUSIDA. A sa troisième réunion, tenue à Vienne le 27 février 1995, le COC a examiné le chapitre révisé et décidé de travailler à l'intérieur du cadre proposé par l'ECOSOC. La version finale corrigée du rapport du COC comprenant le chapitre VI révisé a été examinée lors d'une autre consultation informelle tenue le 9 juin 1995 et sera officiellement examinée par l'ECOSOC le 3 juillet 1995 à sa session de fond à Genève.

Plan stratégique

43. Après l'approbation, par le CCO, de l'exécution d'un large processus de consultation pour mettre au point le plan stratégique de l'ONUSIDA, une première consultation a eu lieu à la mi-mars 1995 avec les six organismes coparrainants. Une invitation à aider à élaborer le plan stratégique de l'ONUSIDA a alors été préparée. Ce document a été examiné lors des cinq ateliers régionaux mentionnés au paragraphe 30 ci-dessus, avec chaque fois une cinquantaine de participants, et envoyé à un large éventail de partenaires pour qu'ils formulent leurs observations par écrit. On espère obtenir d'ici la fin du mois de juillet 1995 une version finale qui sera soumise à l'examen et à l'approbation du Conseil de Coordination du Programme à sa deuxième réunion à l'automne 1995.

Soutien aux pays

44. Le détail de l'exécution de l'ONUSIDA au niveau des pays (évoqué aux paragraphes 33 à 39 ci-dessus) continue d'être précisé. En juillet et août 1995, le Directeur exécutif ou ses collaborateurs se rendront dans les bureaux régionaux de l'OMS pour y préciser les modalités de la gestion du soutien de transition dont bénéficieront les programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Un cadre provisoire pour les activités relevant du soutien de l'ONUSIDA aux pays est en cours d'élaboration avec la participation des organismes coparrainants. A l'occasion d'une série de visites prévues dans les pays, des consultations auront lieu avec les responsables des gouvernements, d'organisations du système des Nations Unies et d'autres parties intéressées pour mettre à l'essai et améliorer le cadre d'action proposé. Il est déjà prévu que des équipes se rendront dans trois pays au dernier trimestre de 1995.

Collaboration avec les organismes coparrainants

45. Le Directeur exécutif a rencontré à plusieurs reprises les chefs des secrétariats et/ou de hauts fonctionnaires des organismes coparrainants pour s'entretenir avec eux de l'élaboration de l'ONUSIDA et des modalités de la collaboration entre les organismes coparrainants. Parmi les principaux points à l'étude figurent l'établissement d'un mémorandum d'accord sur l'ONUSIDA, les mécanismes de l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA aux programmes des organismes coparrainants, et la préparation d'un appel de fonds mondial. La collaboration et l'intégration ont été évoquées dans un esprit constructif lors de plusieurs réunions de travail, et les préparatifs en vue d'un appel de fonds mondial sont maintenant bien engagés. A la suite du Sommet de Paris sur le SIDA, des plans ont été élaborés conjointement avec le PNUD, l'UNICEF et l'OMS pour la mise en oeuvre des initiatives mondiales adoptées à cette occasion. Le Directeur exécutif a également assisté à Amm_n (Moyen-Orient et Afrique du Nord/Méditerranée orientale) à une réunion des directeurs régionaux des six organismes coparrainants ou de leurs représentants.

Consultations avec des organisations non gouvernementales

46. La preuve ayant été faite que les organisations non gouvernementales (ONG) sont des éléments indispensables de l'action entreprise face à l'épidémie d'infection à VIH/SIDA - grâce à leur rôle et à leurs efforts décisifs en matière d'éducation, de conseils, de soins et d'aide, d'échanges d'informations, etc. -, l'ONUSIDA aura notamment pour mission de veiller à ce qu'elles participent efficacement et utilement à ses activités, selon des mécanismes appropriés.

47. La participation des organisations non gouvernementales (ONG) à l'ONUSIDA a été évoquée avec des représentants d'ONG lors de la septième conférence internationale des personnes vivant avec le VIH/SIDA, tenue au Cap en mars 1995, et lors d'une réunion organisée à Washington, D.C. De plus, au début du mois de mai 1995, le directeur exécutif de l'alliance internationale contre le VIH/SIDA (Londres) a passé plusieurs jours avec des représentants de l'ONUSIDA pour discuter des moyens d'optimiser la collaboration entre le programme commun et les ONG; il a également rencontré à Amsterdam en juin, des représentants du réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Enfin, le directeur du TASO (AIDS Support Organization) en Ouganda a également donné des avis sur les mécanismes à mettre en oeuvre pour la participation d'ONG à l'ONUSIDA et pour la préparation d'une plus vaste consultation sur le même sujet auprès de représentants d'ONG, qui devrait avoir lieu à la mi-juillet 1995 à Genève.

Suivi du Sommet de Paris sur le SIDA

48. Une réunion avec des fonctionnaires de trois Ministères français (Coopération; Affaires étrangères; Affaires sociales, Santé et Ville) a eu lieu à Genève le 3 avril 1995 pour l'examen d'une série de propositions préparées par l'ONUSIDA en vue des sept initiatives mondiales adoptées à l'issue du Sommet. Ces propositions, qui ont ensuite été revues, seront la base de la subvention financière importante que la France accordera à l'ONUSIDA pour le suivi du Sommet (voir le paragraphe 51 ci-dessous). Le 2 mai 1995, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Ministre français des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville a confirmé que la France verserait une contribution importante à l'ONUSIDA dans un proche avenir et a invité d'autres gouvernements à l'imiter.

Contributions des organismes coparrainants

49. Lors de la réunion du COC tenue le 27 février 1995, chacun des organismes coparrainants a été invité à transférés au moins un poste de la catégorie professionnelle à l'ONUSIDA pour 1995. Jusqu'à présent, l'OMS a affecté 8,5 postes de la catégorie professionnelle et 11 postes de la catégorie des services généraux de son programme de lutte contre le SIDA, et le FNUAP a transféré pour sa part un poste de la catégorie professionnelle (pour une période de deux ans). A cette réunion, le PNUD et l'UNICEF ont fait savoir qu'ils comptaient détacher chacun au moins un de leurs fonctionnaires. Par contre, la Banque mondiale a fait savoir qu'elle n'était actuellement pas en mesure d'affecter des membres de son personnel à l'ONUSIDA.

50. En plus des contributions énumérées ci-dessous au paragraphe 51, l'OMS met des bureaux à la disposition de l'ONUSIDA ainsi que des services de soutien administratif (infrastructure).

Financement

51. Un budget et un plan de travail intérimaires ont été établis pour 1995 (de US \$9 millions, dont les dépenses afférentes aux postes transférés par le FNUAP, l'OMS et l'Australie). Un montant de US \$1,1 million a été reçu de l'OMS/GPA ainsi que des crédits du budget ordinaire de l'OMS pour financer le traitement du Directeur exécutif en 1995. Des contributions importantes à titre de fonds de démarrage ont été annoncées par la Suède (US \$3 millions), les Etats-Unis d'Amérique (US \$1,5 million et un consultant à court terme), l'Australie (US \$350 000 et un administrateur) et les Pays-Bas (un poste). De plus, comme il est indiqué plus haut, la France a annoncé le versement, en 1995, de Fr.fr. 60 millions (environ US \$12 millions) à l'ONUSIDA dans le cadre du suivi du Sommet de Paris sur le SIDA.

52. Le budget indicatif de l'ONUSIDA proposé pour l'exercice 1996-1997, qui a été examiné et approuvé par le COC à sa quatrième réunion le 2 juin 1995, est présenté sous le point 4.2 de l'ordre du jour. Il s'élève au total à US \$140 millions, dont 59 % pour le soutien aux pays.

Dotation en personnel et arrangements administratifs

53. Après le transfert de postes par le FNUAP, l'OMS, l'Australie et les Etats-Unis d'Amérique, ainsi que de quelques postes à court terme de la catégorie professionnelle, l'ONUSIDA comptait 13,5 postes de la catégorie professionnelle et 11 postes de la catégorie des services généraux au 23 juin 1995. Cet effectif réduit sera complété par quelques consultants à court terme.

54. Une équipe s'occupe du recrutement du personnel ainsi que des arrangements administratifs avec l'OMS. Elle a été secondée par des consultants à court terme pour la classification des postes, la préparation des descriptions de postes, la sélection du personnel, les négociations avec l'OMS sur les arrangements administratifs et les questions de gestion.

Principaux projets pour les six mois à venir

55. Les grands objectifs prioritaires de l'ONUSIDA pour les six mois à venir sont les suivants : mettre au point le mémorandum d'accord entre les coparrainants; recruter du personnel; élaborer le plan stratégique; établir un plan de travail; préciser les arrangements administratifs avec l'OMS; définir les rôles et modalités d'action de l'ONUSIDA au niveau des pays, visites dans les pays comprises; informer toutes les parties intéressées aux niveaux mondial, régional et national sur l'ONUSIDA; et établir un plan pour assurer la transition au niveau des pays. Enfin, les groupes thématiques sur le VIH/SIDA commenceront à bénéficier d'un soutien dans les pays choisis dès le dernier trimestre de 1995. Selon les crédits et les effectifs de personnel disponibles, le Programme commun devrait être pleinement opérationnel au niveau mondial et dans certains pays en janvier 1996.