

ONUSIDA/PCB(20)/07.8  
23 mai 2007

**20<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme  
de l'ONUSIDA  
Genève, Suisse  
25-27 juin 2007**

Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire:

**Poursuite de l'aide aux pays pour la fixation des objectifs nationaux  
afin d'aboutir à l'accès universel**

**Documents supplémentaires pour ce point : aucun**

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

- i. Demander au Secrétariat de l'ONUSIDA, de concert avec les Organismes coparrainants, de mettre au point un processus transparent d'élaboration de critères pour la mise à exécution des recommandations reprises dans le rapport sur l'évaluation de l'accès universel et de présenter un rapport sur l'utilisation de ce dernier lors de la réunion du CCP en juin 2008.
- ii. Demander au Secrétariat de l'ONUSIDA, de suivre les progrès vers le but de l'accès universel en fournissant une évaluation régulière du statut des plans intégrés mis en place par les pays et du financement de ces plans dans le cadre du suivi annuel de l'épidémie.

**Implications en termes de coûts des décisions : aucun**

## Introduction

1. Le présent rapport au Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (CCP) donne une vue d'ensemble des progrès accomplis vers l'accès universel et les leçons à en tirer, en s'intéressant particulièrement à la fixation des objectifs nationaux, aux plans stratégiques et aux actions coordonnées entreprises pour surmonter les obstacles à l'accès universel précédemment identifiés. On attend du CCP qu'il avalise les recommandations proposées pour continuer à aider les pays à accroître et intensifier leurs efforts vers l'accès universel.

## Contexte

2. Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida en 2001, les Etats Membres se sont engagés à œuvrer pour atteindre en 2015 les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et ont fixé des objectifs mondiaux. L'étude en 2005 des progrès accomplis par rapport aux objectifs de l'UNGASS montre néanmoins que ces progrès sont encore limités et qu'il est urgent que les ripostes nationales changent d'échelle. Les Etats Membres des Nations Unies ont donc décidé d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien d'ici 2010 en se fondant sur le communiqué du sommet du G8 à Gleneagles. L'ONUSIDA a été chargé d'apporter son assistance à des processus exhaustifs, conduits par les pays, définissant les actions à entreprendre pour surmonter les obstacles déjà identifiés à l'accès universel ; il a également été chargé de présenter les résultats de ces consultations à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006. Les engagements pris par les Etats Membres lors de la réunion de haut niveau sur le VIH/sida de 2006 comportaient, pour 2010, dans chacun des domaines programmatiques – traitement, prévention et prise en charge – tout un ensemble d'objectifs ambitieux à atteindre selon un processus participatif et avec l'appui de l'ONUSIDA.

3. Les données récentes de l'OMS<sup>1</sup> soulignent des progrès indiscutables mais limités : à fin 2006 la couverture des enfants nécessitant un traitement par antirétroviraux n'était assurée qu'à 15% et celle des adultes dans le même cas à 28% environ. Dans les pays à faibles et moyens revenus, 11% des femmes enceintes séropositives au VIH recevaient des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (voir Annexe A et Annexe B). L'accès universel veut combattre ces déséquilibres en garantissant la fourniture plus rapide d'un ensemble complet de services équitables, accessibles, financièrement abordables et pérennes. Cela suppose que le processus d'intensification prenne appui sur les efforts accomplis, que ce processus soit le fait du pays et soit dirigé par lui, qu'il implique les partenaires – en particulier la société civile dont les ressources doivent être affectées aux priorités nationales – et que les personnes vivant avec le VIH soient davantage impliquées.

## Décisions du CCP relatives à l'accès universel

4. Lors de sa 19<sup>ème</sup> réunion à Lusaka, le Conseil de Coordination du Programme a reconnu la nécessité de :

- continuer à aider les pays à déterminer leurs objectifs nationaux en vue d'un accès universel à des programmes complets de prévention du VIH, de traitement, de prise en charge et de soutien, en particulier à faciliter l'élaboration de stratégies coordonnées pour surmonter les obstacles à l'amplification de l'action ; le CCP a admis en particulier l'importance de s'assurer que des objectifs soient fixés séparément pour les hommes et les femmes ;
- demander à l'ONUSIDA de faire un rapport lors de la réunion du CCP de juin 2007 sur les progrès accomplis. Pour ce faire, l'ONUSIDA devra accéder à de nouvelles sources

---

<sup>1</sup> Rapport OMS 2006

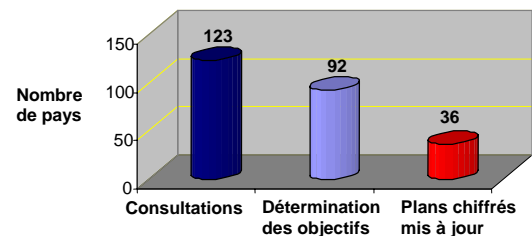
de données, y compris les rapports indépendants de la société civile et des institutions académiques.

## Progrès réalisés

### Progrès significatifs dans la détermination des objectifs

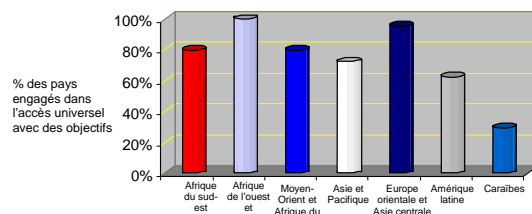
5. Depuis la réunion de haut niveau des Nations Unies de 2006 sur le sida, les pays ont fait des progrès significatifs quant à la fixation des objectifs vers l'accès universel et à la planification stratégique, en utilisant les indicateurs de résultats recommandés par l'ONUSIDA (voir Annexe B). Fin mars 2007, 92 des 123 pays qui avaient organisé des consultations sur les obstacles à l'accès universel avaient établi des objectifs spécifiques et 36 avaient intégré ces objectifs dans leur plan stratégique national et avaient chiffré celui-ci en conséquence (voir Figure 1).<sup>2</sup>

**Figure 1: Progrès mondial de l'élargissement vers l'accès universel**



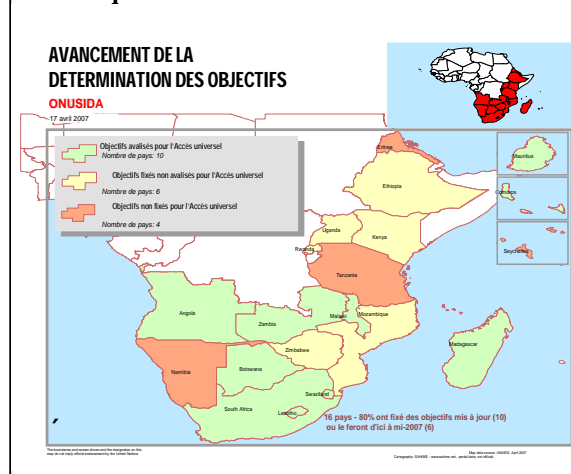
6. Les progrès varient selon les régions, comme l'indique la Figure 2. Cela peut tenir aux différences dans le contexte local, conflit interne par exemple, problèmes de gouvernance, environnement complexe de la mise en œuvre et diversité des cycles de planification nationale.

**Figure 2: Détermination des cibles: Progrès par régions**



5. La carte de l'Afrique du Sud-est (Figure 3) montre que le progrès varie aussi d'un pays à l'autre en fonction du contexte local. Dans dix pays, les objectifs pour l'accès universel ont été avertisés par le gouvernement ; dans cinq autres, le processus d'aval gouvernemental est en cours et quatre pays n'ont pas encore établi leurs objectifs ou n'ont pas encore entamé le processus de détermination de ceux-ci.

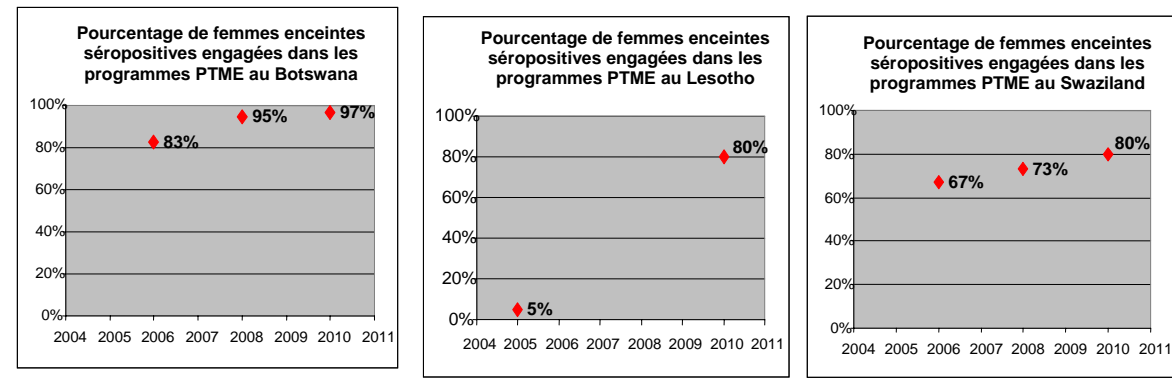
**Figure 3 Progrès de la détermination des objectifs en Afrique du sud-est**



6. Parmi les 92 pays qui ont arrêté leurs objectifs, 81 (87%) se sont centrés sur le traitement et 84 (94%) ont programmé au moins une intervention importante en matière de prévention. Un peu plus de la moitié des pays ont prévu des interventions de prévention décisives, telles que dépistage du VIH, fourniture de préservatifs, connaissance et modification du comportement des jeunes ; certaines régions, comme l'Amérique latine et les Caraïbes, sont moins ambitieuses. Il y a cependant dans presque toutes les régions une différence notable en termes de couverture des interventions de prévention, comme on le verra ci-après.

<sup>2</sup> Objectifs spécifiques suivant les directives de l'ONUSIDA 'Considerations for countries to set their own national targets for HIV prevention, treatment and care', ONUSIDA, (2006) – Pour les indicateurs, voir Annexe A.

**Figure 4: Couverture nationale et objectifs fixés pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), Botswana, Lesotho, Swaziland**



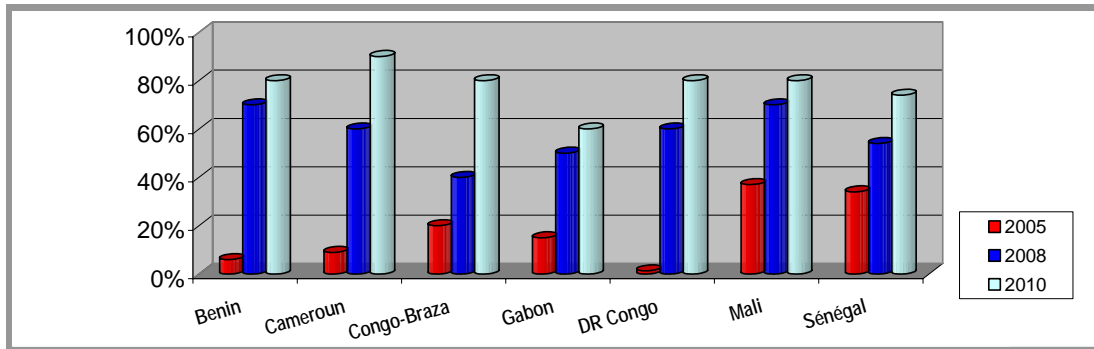
7. Les pays soulignent la nécessité de fixer des objectifs nationaux plutôt que des processus mondiaux vu la différence des défis et des contextes nationaux. La Figure 4 montre la différence de la couverture et des cibles retenues par le Botswana, le Lesotho et le Swaziland en matière de transmission de la mère à l'enfant, ce qui confirme cette observation. Ces trois pays, qui ont les taux de VIH les plus élevés du monde, adoptent, comme la plupart des pays à moyens revenus, un point de départ et un taux de progression différents pour l'intensification de leur riposte, en tenant compte du contexte local.

8. Les pays ont également fait de grands pas en ce qui concerne l'appropriation nationale. Les Seychelles ont ainsi volontairement freiné la détermination des objectifs pour assurer cette appropriation et y impliquer des partenaires concernés. D'autres, comme le Kazakhstan et le Maroc, sont parvenus à harmoniser les objectifs de l'accès universel avec les procédures de planification déjà en place.

9. Les pays ont en général pris des décisions réfléchies quant au niveau de leurs objectifs, en se fondant sur une révision calculée de la couverture actuelle, après identification des obstacles et étude des ressources disponibles. Le Maroc a par exemple entrepris une analyse des risques pour évaluer la faisabilité de ses projets. La Fédération de Russie a élaboré, en consultation avec ses partenaires, une stratégie visant à guider la détermination des objectifs. La procédure ne se limite pas à définir les indicateurs et à fixer le niveau des objectifs mais précise également le mode de calcul, les sources et la méthode de collecte des données. Dans d'autres circonstances, des pays ont délibérément fixé des objectifs très ambitieux, soit pour catalyser l'accélération de l'action – au Lesotho par exemple – soit, comme le Viet Nam et le Kirghizstan, pour traduire la « politique d'accès équitable » du pays. L'atteinte de ces objectifs dépendra de l'engagement des gouvernements et des partenaires.

10. De nombreux pays ont fixé un ensemble d'objectifs ambitieux pour orienter le processus d'intensification, souvent en doublant ou triplant leur couverture de base, comme le montre le graphique ci-après en ce qui concerne la transmission de la mère à l'enfant dans divers pays de l'Afrique occidentale et centrale. Le Swaziland a décidé d'atteindre une couverture de 60% en matière de traitement, ce qui correspond aux besoins connus – alors même que l'étude de faisabilité situe cette couverture à 38%. De même, le Kazakhstan, engagé à maintenir le caractère concentré de son épidémie de VIH, vise pour 2010 l'adoption dans 50% des cas de mesures de protection des injections, ce qui sera difficile étant donné les stéréotypes culturels et la difficulté d'atteindre la population visée.

**Figure 5: Couverture et objectifs pour la prévention de la transmission mère-enfant dans un choix de pays d'Afrique de l'Ouest**



**Elaborer des « plans nationaux sida chiffrés »**

11. L'étude des processus d'intensification montre que les pays adoptent des approches différentes pour intégrer les objectifs dans la stratégie nationale de lutte contre le sida. De nombreux pays, comme cela s'observe souvent en Europe de l'Est et en Asie centrale, ont entrepris la fixation des objectifs comme un élément de l'élaboration de leur nouveau plan stratégique VIH/sida. D'autres, comme le Malawi, ont intégré les objectifs nouvellement arrêtés pour l'accès universel dans leur plan stratégique national, qu'ils ont mis à jour en conséquence. Dans d'autres cas, au Ghana et au Swaziland par exemple, la fixation des objectifs est intervenue juste après la fin de l'élaboration du plan stratégique et ces pays ont donc choisi d'intégrer ces objectifs lors de la révision à moyen terme ou de l'examen annuel du plan existant. Plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale ont utilisé le plan d'action annuel qui prévoit révision et élaboration du plan stratégique national comme moyen d'agir immédiatement par rapport aux objectifs et aux actions définies pour surmonter les obstacles.

12. Certains pays ont fait des ces objectifs un élément de cadres de développement plus larges, ce qui non seulement leur donne plus de visibilité mais garantit également qu'en temps voulu les ressources nécessaires seront affectées ou mobilisées pour la mise en œuvre. Au Burundi, par exemple, la lutte contre le VIH/sida a été incluse dans les Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) tandis que la Mauritanie donne un bon exemple de l'utilisation des objectifs pour orienter la composante sida du cadre de dépenses à moyen terme. Le Cambodge, lui, s'est engagé à parvenir à l'accès universel dans le cadre plus large d'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement. En Somalie, les objectifs visant l'accès universel ont été conceptualisés comme devant marquer la mi-parcours en ce qui concerne le sixième Objectif du Millénaire pour le développement, à savoir stopper et inverser d'ici 2015 le cours de l'épidémie de VIH. Ce lien est considéré comme primordial car comme le souligne le rapport de la Somalie « ce pourrait être le seul des Objectifs du Millénaire à pouvoir être atteint dans le contexte de la Somalie ».

13. Convaincus que des plans nationaux de lutte contre le sida chiffrés sont indispensables à une intensification des ripostes, 36 pays ont pris les devants et défini les actions à entreprendre tout en chiffrant les coûts de ces dernières. Pour financer leurs plans, les pays ont adopté diverses stratégies allant du recours au Fonds mondial (*Round 7*) et de tables rondes de bailleurs de fonds à la mobilisation de fonds nationaux pour réduire leur dépendance par rapport aux financements extérieurs.

**Encadré 4: Objectifs de l'accès universel, partie intégrante de cadres macro-économiques : l'expérience de la Mauritanie**

*Conscient de l'importance d'intensifier la riposte en vue de l'accès universel dans le cadre du développement national, le gouvernement de la Mauritanie a intégré les objectifs nouvellement retenus dans le plan stratégique national pour orienter la composante sida du cadre de dépenses à moyen terme (CDMT). Avec l'appui technique de l'ONUSIDA, le pays a estimé le coût annuel dans chaque domaine d'action contre le VIH à partir des objectifs. La Commission nationale sida a ainsi été en mesure : 1) de prévoir les ressources financières nécessaires pour atteindre les objectifs du plan stratégique au cours de la durée couverte par le cadre de dépenses ; 2) d'estimer les budgets supplémentaires requis pour l'intensification ; 3) d'allouer les fonds prévisionnels disponibles en prenant en compte les objectifs et le budget du développement d'ensemble du pays et l'apport qui devra être fourni par les principaux bailleurs de fonds.*

*Tirant les leçons de cette expérience, les gestionnaires nationaux et les parties prenantes ont compris que le CDMT était un outil très utile dans les négociations entre l'Etat et les parties prenantes non gouvernementales. Lier le plan stratégique national et les cadres de développement – en particulier le CDMT – a été extrêmement utile pour mobiliser les ressources domestiques en vue de la riposte nationale au VIH. On pense que les justifications financières seront également très utiles dans les négociations pour obtenir des donateurs des ressources complémentaires. Enfin, les parties prenantes ont reconnu l'utilité de comptes-rendus comptables mutuels plus fréquents en intégrant le suivi des dépenses dans le suivi et l'évaluation au niveau du pays.*

14. Par exemple, le Botswana, les Comores, le Kenya et le Swaziland ont prévu de doubler, voire de tripler, d'ici 2010, les fonds qu'ils ont alloués à la lutte contre le VIH/sida en 2005-2006. La Roumanie prévoit de financer sur le budget national plus de la moitié du coût prévu de l'intensification de sa riposte.

*Un effort à long terme pour mettre fin au sida dépendra de l'accroissement des dépenses publiques dans les pays à moyens et faibles revenus. La dépense nationale – estimée à 2,8 milliards de USD en 2006, soit 31% du financement consacré au sida – s'est accrue ces dernières années mais reste insuffisante. Les pays à moyens revenus en particulier peuvent augmenter le financement propre de leur riposte. Les participants à la consultation africaine ont demandé à l'Union Africaine de mobiliser ses Etats Membres pour le financement de la déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses. Selon cette déclaration, les nations africaines se sont engagées à consacrer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé, notamment en ce qui concerne le sida. Towards universal access: assessment by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS on scaling up HIV prevention, treatment, care and support, mars 2006*

15. Comme on l'a dit plus haut, la Mauritanie a inscrit les objectifs dans son Cadre des Dépenses à Moyen Terme. La Commission nationale sida a de ce fait été en mesure de mieux négocier le budget nécessaire à l'intensification (voir Encadré n°4). Le Kenya envisage l'instauration d'une taxe et l'augmentation du fonds d'assurance hospitalière pour y inclure la fourniture des médicaments antirétroviraux.

16. D'autres pays, après avoir chiffré leurs plans et recensé les ressources disponibles, se trouvent devant un écart considérable, un manque de financement allant de 31 millions de USD sur les 53,7 millions de USD nécessaires au Kazakhstan à 282 millions de USD sur les 541 millions de USD qu'exige le plan stratégique du Ghana. Peu de pays ont réussi jusqu'ici



19. Les rapports nationaux témoignent de l'intérêt de ces partenariats. Dans bien des cas, l'intensification a fourni l'occasion d'un dialogue accru entre les gouvernements et la société civile. En Russie, par exemple, des groupes émanant de la société civile ont travaillé sur les indicateurs, en particulier ceux qui concernent les populations à haut risque. Le processus d'intensification a également permis l'implication de partenaires jusque-là laissés de côté et exclus des prises de décision, notamment les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les personnes vivant avec le VIH. Au Cambodge, la participation du réseau de consommateurs de drogues à la détermination des objectifs a permis de fixer des objectifs plus ambitieux correspondant à leurs besoins.

### ***Action coordonnée des Nations Unies pour surmonter les obstacles à l'intensification***

20. Lors de sa 19<sup>ème</sup> réunion, le Conseil de Coordination du Programme (CCP) a demandé à l'ONUSIDA de fournir lors de la prochaine réunion (en juin 2007) un rapport sur l'aide apportée à la coordination des stratégies pour surmonter les obstacles identifiés à l'intensification des ripostes. Auparavant, à la demande de l'Assemblée générale des Nations Unies, le Secrétariat de l'ONUSIDA et les organismes Coparrainants avaient facilité la tenue de consultations pour fixer des stratégies pratiques qui conduisent à l'accès universel. Au cours de ce processus, il a été possible d'analyser les obstacles à l'atteinte d'un accès universel et de définir les actions à entreprendre.

#### **Encadré 7: Recommandations pour atteindre l'accès universel à partir des consultations nationales, régionales et mondiales\***

##### **Etablir et appuyer les priorités nationales**

- 1. *Aucun plan de lutte contre le sida national crédible, chiffré, fondé, exhaustif et durable ne doit rester sans financement.***

##### **Un financement prévisible et durable**

- 2. *Couvrir les besoins financiers par un accroissement des dépenses nationales et internationales et permettre aux pays de disposer de ressources identifiées et pérennes.***

##### **Renforcer les ressources humaines et les systèmes**

- 3. *Adopter des mesures à grande échelle pour renforcer les ressources humaines assurant prévention, traitement, prise en charge et soutien et permettre aux systèmes de santé, d'éducation et aux systèmes sociaux de mener une lutte efficace contre le sida.***

##### **Des services accessibles**

- 4. *Vaincre les principaux obstacles – prix, tarifs, règlements, recherche et développement – pour accéder à des services de qualité facilement accessibles en matière de prévention, de médicaments et de diagnostic.***

##### **Stigmatisation, discrimination, droits de la personne**

- 5. *Protéger et promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH, des femmes et des enfants, des personnes vulnérables et leur donner un rôle central dans la riposte sous tous ses aspects.***

##### **Responsabilité**

- 6. *Tout pays doit fixer en 2006 des cibles ambitieuses face à l'urgente nécessité d'accroître massivement prévention, traitement et soutien pour être en 2010 aussi près que possible de l'accès universel.***

*\*Towards universal access: assessment by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS on scaling up HIV prevention, treatment, care and support, UNAIDS 2006*

21. Le Rapport d'évaluation de l'ONUSIDA<sup>3</sup> – qui résume les recommandations issues de ces consultations – a constitué un outil de travail précieux lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies en 2006 et a fourni la base de la Déclaration politique de 2006, approuvée par tous les Etats Membres des Nations Unies.

22. Une étape importante vers une approche commune pour surmonter les obstacles à l'intensification des ripostes a été l'élaboration du Cadre stratégique 2007-2010<sup>4</sup> par l'ONUSIDA à la demande du CCP. Ce Cadre d'aide aux pays pour aboutir à l'accès universel et faciliter l'application coordonnée des recommandations de la Réunion de haut niveau a été soumis pour révision et aval lors de la réunion de décembre 2006 du CCP.

23. Le Cadre stratégique reprend les cinq fonctions stratégiques du Programme commun<sup>5</sup> et clarifie les domaines de responsabilité des Organismes coparrainants en matière d'accès universel, en accord avec la répartition des tâches en matière d'appui technique à l'ONUSIDA telle que cette répartition est encouragée au sein du système des Nations Unies.

**Déclaration politique 2006, Nations Unies :**

*Les Etats Membres des Nations Unies s'engagent fermement à faire en sorte que tout plan chiffré, exhaustif, crédible, fondé et durable reçoive un financement et soit mis en œuvre dans la transparence.*

**Rapport d'évaluation 2006 de l'ONUSIDA :**

*Le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD et la Banque mondiale faciliteront un processus participatif établissant des critères d'élaboration et la supervision de plans nationaux de lutte contre le sida chiffrés, précisant les priorités et fondé sur des données nationales (décembre 2006)*

24. L'ONUSIDA a également élaboré son Budget-plan de travail intégré 2008-2009 pour soutenir les actions vers l'accès universel en accord avec le Plan stratégique 2007-2010. Ce Plan prévoit d'apporter un soutien plus efficace aux pays : i) en aidant à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux précisant objectifs et délais ; ii) en apportant à temps un soutien technique en cas de problèmes et en améliorant l'efficacité des ressources disponibles ; iii) en renforçant la participation de la société civile, en particulier des personnes vivant avec le VIH.

25. Dans le même temps, le Secrétariat de l'ONUSIDA et les Organismes coparrainants ont accru leur aide dans les domaines ci-après :

- Mise en place d'approches pratiques et documentées pour accroître la prévention (ONUSIDA)
- Assistance technique aux pays pour l'élaboration et le chiffrage de plans stratégiques d'orientation à l'intensification (Banque mondiale)
- Facilitation de la mobilisation des ressources auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (ONUSIDA)
- Elaboration et mise en œuvre de stratégies pour résoudre la pénurie en ressources humaines dans le secteur de la santé (OMS)

<sup>3</sup> Assemblée générale des Nations Unies, 2007 Développer la prévention, les soins, le traitement et les services d'accompagnement en matière de VIH : note du Secrétaire général (A/60/737)

<sup>4</sup> UNAIDS, Follow-up to the 2006 Political Declaration on HIV/AIDS, 2007-2010 Strategic Framework for UNAIDS support to countries' efforts to move towards universal access. ONUSIDA, Genève, 2007

<sup>5</sup> Cinq fonctions stratégiques pour le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida:

1. Sensibilisation et directions en vue d'une action plus efficace contre l'épidémie
2. Information stratégique requise pour guider les efforts des partenaires
3. Suivi, contrôle et évaluation de l'épidémie et actions pour y riposter
4. Engagement de la société civile et instauration de partenariats
5. Mobilisation de ressources financières, techniques et politiques

- Recherche d'un accord avec les principaux partenaires financiers pour mieux coordonner le soutien technique et faire en sorte que l'argent soit bien utilisé (Secrétariat de l'ONUSIDA et OMS)
- Aide aux pays pour qu'ils intègrent le VIH/sida dans les stratégies nationales de réduction de la pauvreté (PNUD).

26. Tandis que la Déclaration politique 2006 formule des recommandations – adoptées par les États Membres – quant aux obstacles à l'accès universel rencontrés par les pays, le Rapport d'évaluation de l'ONUSIDA est un guide utile pour les opérations à engager ; l'ONUSIDA y élabore un cadre pour le suivi des actions accompagné d'un outil correspondant. Cet outil de suivi destiné aux Coparrainants et au Secrétariat devra permettre d'assurer une meilleure coordination des actions. Il s'efforce en outre d'accroître au sein de l'ONUSIDA la responsabilité vis-à-vis des résultats, notamment au niveau des pays, en accord avec les principes de la répartition des tâches en matière d'appui technique à l'ONUSIDA telle que celle-ci est encouragée au sein du système des Nations Unies.

### **Enseignements tirés et défis**

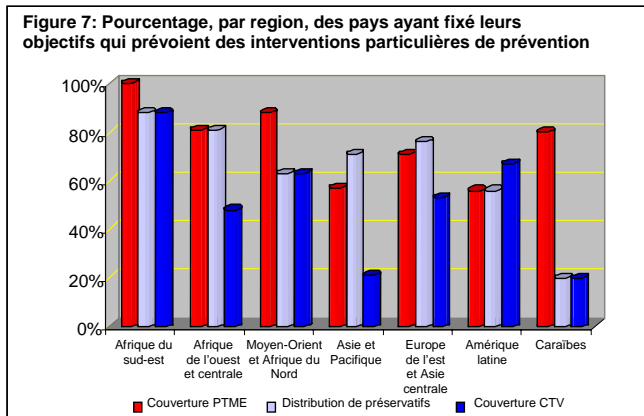
#### ***Obstacles à la détermination des objectifs***

27. Divers facteurs ont pesé sur les progrès réalisés quant à la fixation de ces objectifs nationaux ambitieux. Tout d'abord, plusieurs obstacles à l'intensification – y compris le manque de ressources humaines et les contraintes des systèmes, un financement inadéquat et irrégulier, les violations des droits de l'homme, la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité entre hommes et femmes, le manque de produits abordables et de technologies bon marché, le manque de visibilité des résultats – ont réduit la capacité des pays à fixer réellement des objectifs ambitieux. Au Cameroun, par exemple, le processus a été affecté par un financement peu prévisible et irrégulier. Au Burkina Faso, c'est la pénurie en ressources humaines qui a limité les ambitions, et à Madagascar et au Swaziland, c'est le faible pouvoir d'absorption des systèmes de santé publique. Dans certains pays, comme la Fédération de Russie, le cadre législatif ne permet pas la mise en place d'objectifs visant des populations spécifiques tels que la distribution de préservatifs aux professionnel(le)s du sexe ou la fourniture de traitements de substitution à des consommateurs de drogues injectables. Le nombre limité de pays qui ont fixé des objectifs distincts pour les hommes et pour les femmes souligne la nécessité d'accroître les efforts de lutte contre les disparités liées au sexe.

28. En second lieu, le manque de données fondamentales et d'information sur l'importance numérique des populations à risque constitue un défi pour les pays, notamment en matière de prévention. Plusieurs pays, particulièrement ceux qui ont des épidémies concentrées, ont décidé de procéder à des enquêtes pour mieux estimer le nombre de personnes particulièrement exposées à l'infection à VIH. Madagascar, qui manque également d'information sur le nombre de personnes chez lesquelles stigmatisation et discrimination freinent l'accès au traitement, a délibérément fixé un objectif modeste pour le traitement. Plusieurs pays ont perçu la nécessité de renforcer leur système de suivi et d'évaluation pour pouvoir mesurer les progrès accomplis.

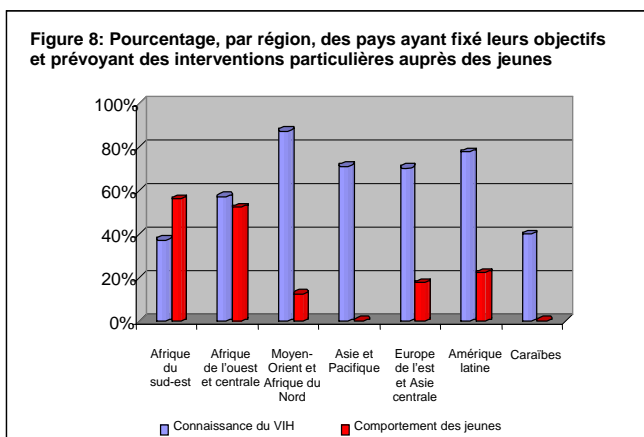
29. Troisièmement, certains partenaires ont exprimé leurs préoccupations quant à la possibilité d'atteindre des objectifs ambitieux et quant à la robustesse du processus sous-jacent – élaboration de plans nationaux, chiffrage de ces plans et stratégies de mobilisation des ressources. Comme on l'a vu plus haut, il faut rechercher un équilibre délicat entre ce qui est souhaitable et ce qui est réalisable, en prenant en compte tous les facteurs qui, dans un contexte national donné, peuvent ralentir ou entraver la définition des objectifs et leur harmonisation.

30. Il faut noter que les rapports des pays indiquent que la détermination des objectifs a été perçue comme une approche rationnelle de la planification, approche relativement nouvelle pour les programmes nationaux. Dans plusieurs cas, cela a aidé les pays à justifier leurs demandes au Fonds mondial. En outre, on estime que la détermination des objectifs contribuera à une gestion qui tiendra mieux compte des résultats.



### **Le retard en matière de prévention**

31. Il faut à nouveau mettre l'accent sur la prévention. En 2006, le nombre de personnes sous traitement par antirétroviraux dans les pays à revenus moyens ou faibles est passé de 1,3 million à environ 2 millions, tandis que le nombre de nouvelles infections atteignait 4,3 millions – pour la plupart dans ces mêmes pays. L'analyse des objectifs montre qu'il faut faire plus en matière de prévention, en particulier en adoptant une approche plus large qui prenne en compte toutes les composantes diverses et complémentaires de la prévention. Comme le montre la Figure 7, les régions ont des difficultés à regrouper les diverses interventions de prévention pour une plus grande efficacité. Dans le cas d'interventions bien rodées – comme la distribution de préservatifs, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, le conseil et le dépistage volontaires – il y a de grandes variations selon les pays quant aux objectifs couvrant ces trois dimensions de la prévention.



32. La Figure 8, qui compare les objectifs fixés quant à la connaissance du VIH chez les jeunes et celles qui concernent les changements de comportement dans cette même population, montre qu'il y a encore fort à faire pour que les programmes de prévention soient complets. Les programmes de prévention concernant la connaissance du VIH et le changement de comportement ne vont de pair que dans quelques régions seulement.

### **Difficultés d'harmonisation et d'unification du front**

33. Alors que le processus participatif suffit généralement pour aboutir à un consensus sur les obstacles et les objectifs, les rapports des pays n'indiquent pas que le processus d'intensification ait permis une meilleure harmonisation et la création d'un front uni. Très peu de pays signalent une volonté délibérée du gouvernement et des partenaires d'œuvrer conjointement en vue de l'accès universel sur la base du plan d'action national. De plus, les progrès ont été limités quant à l'harmonisation entre les objectifs recommandés par diverses initiatives – par exemple le Fonds mondial et les projets bilatéraux – avec les objectifs de l'accès universel. Plusieurs pays se sont trouvés face à des partenaires qui s'interrogeaient sur la viabilité d'objectifs et de projets ambitieux, pour souvent les revoir à la baisse, ce qui révèle peut-être un manque de consensus au cours des premières étapes du processus.

### **Un rythme inadéquat**

34. Même si l'on reconnaît les progrès significatifs accomplis par les pays en termes de consultation, détermination des objectifs et planification, on peut se demander si le rythme de ces progrès est suffisant pour atteindre d'ici à 2010 les objectifs fixés. A l'heure actuelle, 123 des 140 pays à revenus faibles ou moyens (88%) se sont engagés sur la voie de l'accès universel. Parmi eux, 92 (75%) ont fixé leurs objectifs et parmi ces derniers seuls 36 (39%) disposent de plans stratégiques chiffrés qui permettent une accélération de la riposte nationale. De plus, une étude rapide des plans montre que la qualité de leur contenu et de leur chiffrage est inégale. Beaucoup laissent à désirer quant aux priorités, à l'exhaustivité – en particulier en matière de prévention – et à l'appel à tous les secteurs. Ainsi, les plans nationaux du Malawi et de la Zambie, qui couvrent bien tous les domaines de programmation et concernent tous les secteurs, ne prennent pas suffisamment en compte les obstacles identifiés. Les plans révèlent également la quasi-absence d'interventions portant sur les inégalités entre hommes et femmes ou sur l'articulation entre les services relatifs au VIH et les services de santé reproductive ou de lutte contre la tuberculose. Le chiffrage est faussé par un emploi non cohérent des unités de coût et une inclusion insuffisante des aspects quantitatifs des interventions.

35. La mise au point de plans chiffrés est capitale pour la mobilisation de ressources complémentaires. Or, à quelques rares exceptions près, les pays n'ont pas réussi jusqu'ici à obtenir de nouvelles ressources grâce à ces plans. Le peu de progrès quant à la mobilisation des ressources ne tient pas seulement aux difficultés qu'éprouvent les pays à produire des plans de qualité mais également dans une certaine mesure au peu d'empressement des bailleurs de fonds à financer ces plans. Le Tchad, par exemple, a fait savoir que les promesses de soutien à son intensification sont encore peu importantes et que le budget correspondant n'est assuré qu'à moins de 50%.

#### **Implication de la société civile en Amérique latine**

*La société civile en Amérique latine est organisée en huit réseaux régionaux représentant les groupes les plus vulnérables, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les transsexuel(le)s, les consommateurs de drogues injectables et les hommes et les femmes qui présentent une sérologie positive au VIH. Par le canal du Groupe de collaboration technique horizontale, une initiative des programmes nationaux de lutte contre le sida d'Amérique latine pour une meilleure coordination de la riposte régionale, la société civile a été fortement impliquée dans les consultations sur l'accès universel et la détermination des objectifs. Les réseaux régionaux ont néanmoins un accès moindre aux consultations sur l'accès universel à l'échelle nationale et aux débats sur les politiques.*

*La société civile des pays a participé aux consultations nationales organisées par 18 pays de la région. Alors qu'elle avait apporté une contribution décisive à la connaissance des épidémies nationales et à l'atteinte des populations les plus exposées, elle n'a plus été impliquée lorsqu'il s'est agi d'élaborer les politiques et de planifier l'action.*

*Les réseaux demandent donc aujourd'hui que l'établissement des politiques et la planification de l'action contre le sida au niveau national se situent dans un cadre plus démocratique.*

36. La Fondation Clinton estime qu'en 2010, sur la base d'une projection linéaire de l'intensification, 4,5 millions de personnes seulement seront touchées sur les 9 millions qui auront besoin d'un traitement. Au vu des progrès actuels en matière de plan et de financement additionnel, l'accès universel est sérieusement menacé. Peu de pays commenceront à accélérer leur riposte nationale en 2007 et atteindront en 2008 50% de leurs objectifs pour 2010 – comme le prévoit le Rapport d'évaluation de l'ONUSIDA.

### ***Un partenariat inégal avec la société civile***

37. Il y a eu des progrès dans la participation de la société civile aux ripostes nationales mais bien des défis subsistent. Un problème majeur vient de ce que les pays n'impliquent pas la société civile à tous les niveaux de la riposte nationale. Les rapports des pays indiquent qu'une participation à la planification ne garantit pas nécessairement une implication dans le processus sous d'autres aspects, par exemple le dialogue politique ou les débats sur l'allocation des ressources.

#### **Encadré 8: L'expérience du Brésil : accès universel aux antirétroviraux**

*On estime à 165 000 le nombre de personnes traitées pour le sida au Brésil, y compris les nouveau-nés et les personnes qui courent des risques professionnels d'exposition. Le Brésil étant un des premiers pays au monde à assurer le libre accès aux médicaments antirétroviraux, on peut tirer de son expérience bien des enseignements pour parvenir à l'accès universel.*

*Entre 1997 et 2004, le Brésil est parvenu à diminuer des quatre-cinquièmes le coût moyen des antirétroviraux grâce à diverses stratégies, dont la production locale de médicaments et la négociation avec les firmes pharmaceutiques.*

*Néanmoins, le budget pour les antirétroviraux a continué d'augmenter : en 2004, le pays a dépensé au total 260 millions de USD pour les antirétroviraux, dont 80% pour l'importation. Fin 2005, le financement nécessaire pour les antirétroviraux atteignait environ 400 millions et on estime à 525 millions en 2008 la somme nécessaire pour traiter les 215 000 patients qui nécessitent ce traitement.*

*L'accroissement significatif du budget et le coût élevé des traitements de deuxième et troisième ligne ont récemment provoqué un débat sur la pérennité de la politique de libre accès et l'étude de toutes les options qui permettent de sauvegarder droits de la personne et accès universel.*

38. Plusieurs organisations de la société civile fournissent certes des services, mais l'expérience montre que l'éventail de leurs actions reste limité et relégué en marge des grandes interventions, au lieu d'être intégré dans les plans nationaux.

39. Dans le même temps, le gouvernement n'a pas une perception claire de l'importance du rôle possible de la société civile. Dans bien des cas, les organisations sont tolérées en tant que partenaires à la mise en œuvre, à l'atteinte des populations difficiles à joindre, mais non comme partenaires de plein droit dans la riposte nationale et son financement. Non seulement la société civile participe rarement aux débats sur l'allocation des ressources mais ses membres sont encore moins souvent tributaires des fonds disponibles malgré la part importante qu'ils prennent dans le travail réalisé. En Roumanie, comme dans bien d'autres cas, alors que la société civile est reconnue par la loi comme un des principaux acteurs de la riposte nationale, elle ne reçoit encore que peu de fonds publics, ce qui limite sa capacité d'intervention dans des domaines prioritaires comme la prévention auprès des groupes vulnérables.

### ***Obstacles nationaux insuffisamment pris en compte***

40. Bien que le cadre stratégique souligne la nécessité d'une riposte stratégique soutenue et que le Rapport d'évaluation de l'ONUSIDA fournisse un guide pour les actions opérationnelles, peu d'efforts systématiques ont été entrepris jusqu'ici pour surmonter les obstacles liés aux pays et leurs systèmes par une action au niveau mondial. Le coût croissant des traitements, qui représente un engagement à vie, montre par exemple la nécessité d'engagements pérennes et de services abordables.

41. En outre, seuls quelques plans, comme ceux du Burkina Faso et de la Zambie, prévoient des actions spécifiques pour lever les obstacles à l'intensification, qui sans cela ne pourra avoir lieu. Si ces obstacles ne sont pas levés, non seulement cela freinera l'accès universel mais cela entravera le processus d'intensification comme cela s'est vu lors de la détermination des objectifs.

### **Prochaines étapes pour l'ONUSIDA**

42. Plusieurs actions seront requises pour aider les pays à accroître leurs efforts vers l'accès universel. Ces efforts seront poursuivis en partenariat avec des mécanismes de financement internationaux tels que le Fond mondial et PEPFAR.

43. En premier lieu, l'ONUSIDA devra aider en première urgence les pays à revenus faibles ou moyens qui n'ont pas encore achevé leurs consultations et leur processus de détermination des objectifs. Tous les pays seront assistés dans l'élaboration et le chiffrage de leur plan selon les critères retenus.

44. Deuxièmement, une sensibilisation devra assurer un financement accru aux niveaux mondial, régional et national et impliquer tous les partenaires. Les pays devront être assistés dans leurs efforts pour mobiliser les ressources nationales, notamment dans la recherche de nouvelles sources de financement.

45. Troisièmement, il faudra apporter aux pays une assistance technique intensifiée correspondant aux besoins identifiés dans l'utilisation des fonds disponibles ainsi que dans celle des fonds supplémentaires. Ces fonds seront employés à renforcer les capacités des ressources humaines et des systèmes en place, levant ainsi les obstacles à court ou à plus long terme qui freinent l'intensification.

46. Quatrièmement, l'ONUSIDA continuera à encourager de larges partenariats, en particulier avec les donateurs, la société civile et toutes les parties prenantes pour garantir une meilleure harmonisation et une cohérence des efforts, une création de la demande et une plus grande responsabilité mutuelle entre l'état et les acteurs non gouvernementaux.

47. Enfin, l'ONUSIDA suivra et évaluera les progrès réalisés vers l'accès universel en impliquant des partenaires différents et utilisant des approches différentes, y compris des études conjointes annuelles de la situation et des études à mi-parcours.

### **Recommandations**

48. C'est pourquoi l'ONUSIDA invite le CCP à apporter sa contribution et son accord aux propositions suivantes :

- Demander au Secrétariat de l'ONUSIDA, de concert avec les Organismes coparrainants, de mettre au point un processus transparent d'élaboration de critères pour la mise à exécution des recommandations reprises dans le rapport sur l'évaluation

de l'accès universel<sup>6</sup> et de présenter un rapport sur l'utilisation de ce dernier lors de la réunion du CCP en juin 2008.

- Demander au Secrétariat de l'ONUSIDA, de suivre les progrès vers le but de l'accès universel en fournissant une évaluation régulière du statut des plans intégrés mis en place par les pays et du financement de ces plans dans le cadre du suivi annuel de l'épidémie.

---

<sup>6</sup> Ce rapport a été présenté au Secrétaire général des Nations Unies pour examen lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies de 2006 sur le sida, et a servi de base pour la Déclaration politique.



## Annexe B<sup>7</sup>

### TRAITEMENT

▪ **Indicateur essentiel 1 :**  
Pourcentage d'hommes, de femmes et d'enfants gravement infectés par le VIH (selon les critères retenus) qui est traité par combinaison d'antirétroviraux

▪ **Indicateur recommandé:**

Pourcentage d'adultes et d'enfants sous antirétroviraux et encore en vie 12 mois après le début du traitement

### PRISE EN CHARGE ET SOUTIEN

▪ **Indicateur essentiel 2:**  
Pourcentage d'orphelins et enfants vulnérables (filles et garçons) de moins de 18 ans vivant dans un foyer et dont le foyer a reçu de l'extérieur un ensemble de soutien de base (pour l'enfant). Cet ensemble peut comporter de la nourriture, du matériel éducatif, sanitaire, de soutien familial ou communautaire.

### PREVENTION

▪ **Indicateur essentiel 3 :**  
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoit un traitement prophylactique complet pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant

▪ **Indicateur essentiel 4 :**  
Pourcentage de la population générale ou des populations à risque plus élevé qui a effectué un test du VIH au cours des 12 mois écoulés et a été informé des résultats<sup>8</sup>.

▪ **Indicateur essentiel 5 :**  
Nombre de préservatifs distribués chaque année par les secteurs public et privé

▪ **Indicateur essentiel 6 :**  
Pourcentage de jeunes filles et garçons de 15 à 24 ans actif sexuellement avant 15 ans.

#### **Indicateurs recommandés :**

Couverture des programmes-cibles de prévention dans les pays à faible prévalence<sup>9</sup>

Pourcentage de jeunes (15-14 ans) ou d'individus faisant partie de groupes à risque qui connaît bien les moyens de se protéger de la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées fausses sur le sida (hommes/femmes)<sup>10</sup>

### ENGAGEMENT NATIONAL

▪ **Indicateur essentiel 7:**  
Montant des fonds nationaux déboursés par les gouvernements dans les pays à faibles et moyens revenus

▪ **Indicateur recommandé:**  
Mise en œuvre des Trois Principes (selon la liste de l'ONUSIDA, y compris l'implication de la société civile et autres parties prenantes)

<sup>7</sup> UNAIDS (2006) *Considerations for countries to set their own national targets for HIV prevention, treatment and care*

<sup>8</sup> Cet objectif devrait couvrir le dépistage dans les établissements de santé et d'autres lieux

<sup>9</sup> Dans le cas d'épidémies concentrées, cet indicateur doit être considéré comme « essentiel »

<sup>10</sup> Il s'agit de comprendre l'intérêt de reculer l'âge de l'activité sexuelle, de réduire le nombre de partenaires et de recourir aux préservatifs pour éviter la transmission du virus.