



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (33)/13.16
Date de publication : 12 décembre 2013

TRENTE – TROISIÈME RÉUNION

Date : 17-19 décembre 2013

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 1.4 de l'ordre du jour

Rapport du représentant des ONG du CCP

Document préparé par la délégation des ONG du CCP

Documents supplémentaires pour ce point : aucun

Actions requises lors de cette réunion - le Conseil de coordination du programme est invité à :

64. Appelle les États membres, l'ONUSIDA et les partenaires à :

- a. *s'assurer* que toute mise en œuvre/orientation relative aux nouvelles technologies de prévention biomédicale repose sur la participation pleine et significative des populations clés, en garantissant une observance éclairée et volontaire du traitement antirétroviral, et en respectant la diversité des points de vue au sein de ces communautés et entre elles ;
- b. *s'assurer* que l'impact potentiel du traitement en tant que prévention – dont un nombre croissant d'éléments probants établissent l'intérêt en appui d'une mise sous traitement antirétroviral aussi précoce que possible pour les personnes vivant avec le VIH – sera aligné sur le principe du traitement destiné d'abord et avant tout aux personnes vivant avec le VIH ;

65. Lance un appel urgent et prioritaire à l'ONUSIDA, aux Coparrainants et aux partenaires pour :

- a. *intensifier* l'appui technique coordonné aux gouvernements, à la société civile et aux communautés clés affectées, l'ONUSIDA devant rendre compte périodiquement devant le Conseil de Coordination du Programme de l'amélioration de l'efficacité des interventions d'appui technique au niveau du pays dans les domaines clés, à savoir la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS, la participation des communautés clés affectées et de la société civile aux processus décisionnels, le renforcement des systèmes communautaires et le déploiement du nouveau modèle de financement du Fonds mondial ;
- b. *demander* à l'ONUSIDA et aux États membres de prier l'Assemblée générale des Nations Unies d'organiser une réunion de haut niveau avant septembre 2015 pour évaluer la progression vers les cibles définies dans la Déclaration politique de 2011 et réaffirmer les engagements en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, après 2015 ;
- c. *demander* à l'ONUSIDA d'associer les représentants des populations clés à la planification de la réunion de haut niveau – y compris ceux des communautés que la Déclaration politique de 2011 ne mentionnent pas mais qui restent très touchées par le VIH, spécifiquement la communauté transgenre ;
- d. rappelant les points de décision 7.3, 7.4, 7.5, 7.6 et 7.7 du point 2 de l'ordre du jour du 26^{ème} Conseil de Coordination du Programme, Garantir l'intégration du principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH, et ; rappelant le point de décision 6.1 de la session thématique du 30^{ème} Conseil de Coordination du Programme consacrée à la non-discrimination ; *demande* à l'ONUSIDA et aux États membres de rendre compte, lors du 35^{ème} Conseil de Coordination du Programme, des actions concrètes (soutien pour le renforcement des capacités nationales, fonds décaissés, nouvelles données, recherches et données probantes disponibles, renforcement des environnements propices y compris la réforme des lois et politiques punitives) prises pour mettre en œuvre des programmes étendus afin de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés (y compris des personnes transgenres), à une échelle suffisante pour améliorer la vie des personnes exposées au risque d'infection et des personnes vivant avec le VIH ;

MANQUE D'ÉQUITÉ : INÉGALITÉ D'ACCÈS DES POPULATIONS LES PLUS TOUCHÉES PAR LE VIH AU TRAITEMENT, À LA PRISE EN CHARGE ET AU SOUTIEN LIÉS AU VIH

I. INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE

1. Le Rapport du représentant des ONG 2013 pour le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA s'intitule : *Manque d'équité¹ : inégalité d'accès des populations les plus touchées par le VIH au traitement, à la prise en charge et au soutien liés au VIH*. Il intervient dans un contexte où le traitement antirétroviral est encore une fois un 'sujet sensible' – compte tenu des nombreuses initiatives et possibilités encourageantes qui émergent dans le domaine du traitement. Le rapport fait néanmoins valoir que 'le succès' de l'élargissement du traitement antirétroviral s'accompagne de graves déficiences, dans la mesure où les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes transsexuelles et les consommateurs de drogues injectables (CDI) sont les laissés-pour-compte de l'accès au traitement. Le rapport attire l'attention sur le fait que, sans une action concertée et des changements importants, ces nouvelles initiatives et possibilités risquent *d'exacerber*, et non de résoudre, le « manque d'équité ».
2. Le rapport commence par un aperçu de la situation en ce qui concerne le traitement, la prise en charge et le soutien liés au VIH. Il expose dans les détails les inégalités d'accès et les obstacles multiples auxquels font face les populations les plus touchées par le VIH et qui ont contribué à cette situation. Il présente ensuite cinq facteurs qui, selon la délégation des ONG et ses mandants, seront déterminants pour pouvoir surmonter le « manque d'équité » à l'avenir. Ces facteurs sont présentés ci-dessous. Le rapport formule ensuite des conclusions et se termine par des recommandations en six points de décision à prendre lors de la 33^{ème} réunion du Conseil de coordination du programme. Ces points figurent dans le préambule du présent rapport. Cinq études de cas sont présentées à l'annexe 1. Chaque étude de cas présente les perspectives et les points de vue de différentes communautés principales sur les questions soulevées dans ce rapport.

Facteur déterminant 1 :	• Droits de l'homme et éthique
Facteur déterminant 2 :	• Données et « ce qui fonctionne »
Facteur déterminant 3 :	• Investissement financier
Facteur déterminant 4 :	• Participation significative
Facteur déterminant 5 :	• Capacité technique
3. Le rapport repose sur : des entretiens et des discussions de groupe avec 40 parties prenantes des communautés de travailleurs du sexe, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), de personnes transsexuelles, de consommateurs de drogues injectables (CDI) et de défenseurs du traitement dans différentes régions du monde (voir annexe 1) ; et un examen systématique de plus de 100 documents de recherche, rapports et analyses émanant d'un éventail d'organisations et de secteurs. Le présent rapport n'a pas pour objectif de faire un examen exhaustif de la situation ; il vise plutôt à apporter une contribution cruciale au débat en cours, en consolidant différents points de vue et en présentant un certain nombre de messages prioritaires émanant des populations les plus touchées par le VIH.

II. MANQUE D'ÉQUITÉ

4. La situation en matière de traitement du VIH a considérablement changé. Alors que l'on approche de l'échéance de 2015 et de la cible de 15 millions de personnes sous traitement, nous avons aujourd'hui à notre disposition : **de nouveaux éléments de preuve^a, de nouvelles directives^b; et de nouvelles initiatives^c**³. Avec le récent développement des cadres de bonnes pratiques et d'approches telles que le Traitement 2.0⁴ et le cadre d'investissement stratégique⁵, ces éléments offrent une occasion unique de changer fondamentalement le cours de la pandémie mondiale et de réaliser l'accès universel au traitement. Ces éléments nouveaux sont apparus dans le contexte d'un réengagement politique mondial. L'un des engagements les plus notables est la *Déclaration politique sur le VIH/sida* (2011)⁶ qui réitère l'objectif du Millénaire pour le développement lié à l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien liés au VIH, et établit une cible de 15 millions de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral d'ici à 2015⁷. La situation actuelle se caractérise aussi par de formidables opportunités pour financer et reconfigurer les ripostes au VIH et au sida au niveau national. Il s'agit, entre autres, du nouveau modèle de financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial)⁸ et le *Plan d'action du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida des États-Unis* (PEPFAR)⁹ : *Créer une génération sans sida*.
5. Ces initiatives associées – dont certaines résultent des efforts incessants des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus touchées par le VIH¹⁰ – peuvent produire des avancées et des résultats extraordinaires. La réalisation de ce potentiel est évidente si l'on examine les progrès considérables réalisés ces 10 dernières années. À la fin de 2012, on estimait à 9,7 millions le nombre de personnes recevant le traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit une augmentation de 1,6 millions de personnes par rapport à 2011, et la plus forte augmentation en une seule année¹¹. Ce qui représente 61 % des personnes éligibles au traitement, selon les Lignes directrices 2010 de l'OMS¹² – et près des deux tiers de la réalisation de la cible de 2015.
6. S'il faut saluer l'élargissement rapide du traitement comme une réalisation sans précédent dans le domaine de la santé mondiale, il est urgent de réfléchir fondamentalement et de faire face aux lacunes et aux faiblesses de la situation. Il faut donc nous demander si le « succès du traitement » profite équitablement à tous. Sans aucun doute, la *disponibilité* du traitement, de la prise en charge et du soutien liés au VIH s'est considérablement accrue mais, comme le montre clairement ce rapport, *l'accessibilité* des populations les plus touchées par le VIH au traitement reste, pour beaucoup d'entre elles, fortement inéquitable.
7. Les données fiables sur l'accès des populations les plus touchées par le VIH au traitement sont rares¹³. Le contexte actuel a été cependant clairement exposé dans le Rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013¹⁴. Le rapport souligne que les populations les plus touchées par le VIH bénéficient « d'une couverture extrêmement faible du traitement du VIH » par rapport au taux d'accès « général ». Par exemple, au Swaziland, un pays qui a réussi à atteindre une couverture globale de 87 %, seuls 33% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral^{15 16}. En Europe, où les consommateurs de drogues injectables (CDI) représentent 59 % des personnes vivant avec le VIH, des études de l'OMS montrent

^a Par exemple : L'efficacité du traitement à des fins de prévention (dénommée ci-après TasP)

^b Par exemple : Lignes directrices 2013 consolidées sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique (dénommées ci-après Lignes directrices 2013 de l'OMS)

^c Par exemple : Traitement 2015 de l'ONUSIDA

que cette communauté représente seulement 21 % du nombre total de personnes sous traitement antirétroviral. 17

8. Le « manque d'équité » est dû à des obstacles multiples et puissants auxquels font face les populations les plus touchées par le VIH, certains obstacles structurels et systématiques étant communs à beaucoup de communautés. 18 19 20. Ces obstacles sont, entre autres, une forte stigmatisation et discrimination dans les établissements de soins de santé (comme illustré à l'annexe1).
9. Selon une étude mondiale du Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF) conduite en 2012²¹, l'homophobie est l'obstacle le plus important au traitement des HSH vivant avec le VIH. Une ventilation de ces données montre que les *jeunes* HSH font face à une homophobie et une violence plus importantes que les HSH plus âgés, et par conséquent, ils accèdent plus difficilement au traitement. Ces conclusions - selon lesquelles les jeunes membres des populations les plus touchées par le VIH sont souvent les plus touchés par le « manque d'équité » - ressortent de tous les documents et informations figurant dans le présent rapport. Par exemple, il a été souligné, lors des discussions de groupe de jeunes HSH vivant avec le VIH en Amérique du Nord, que l'accès de ces derniers aux services est gravement entravé par des facteurs comme le fait d'être SDF ou chômeur²². De même, dans certaines communautés, les femmes font face à des difficultés accrues ou particulières. Par exemple, une étude conduite en Ukraine²³ a montré que les femmes qui consomment des drogues injectables ont moins de chance de recevoir le traitement antirétroviral que d'autres femmes, et il ressort d'une étude réalisée en Inde²⁴ que l'on refuse souvent l'accès des travailleuses du sexe aux services de prévention de la transmission mère-enfant.
10. Les effets négatifs de ces obstacles ne sont pas « nouveaux ». Ils traduisent des difficultés reconnues, constantes et largement débattues dans la riposte au VIH et au sida. Ils ont été portés à la connaissance du Conseil de coordination du programme dans de précédents rapports des ONG sur la stigmatisation et la discrimination en 2010²⁵; sur les environnements juridiques en 2011²⁶; et sur la crise du financement en 2012²⁷. Néanmoins, ces obstacles restent une entrave majeure à des ripostes efficaces au VIH et constituent une violation claire des droits de l'homme. Leur persistance est contraire et porte atteinte à la notion et à la nécessité de « connaître son épidémie » et à la reconnaissance du fait que soutenir les ripostes parmi les populations les plus touchées par le VIH est fondamental, si l'on veut lutter contre les épidémies concentrées et généralisées de VIH. Encadré Les preuves sont incontestables. Selon plusieurs études sur les modes de transmission²⁸, on constate une forte proportion de *nouvelles* infections à VIH au sein de communautés vivant dans des pays aussi divers que la République dominicaine (47%), le Kenya (environ 33%), le Maroc (80%), le Mozambique (plus de 25%), le Nigéria (51%) et le Pérou (65%)²⁹. Parallèlement, ces obstacles vont contre les preuves selon lesquelles, contrairement aux apparences, des résultats très positifs dans le traitement, la prise en charge et le soutien liés au VIH peuvent être réalisés et maintenus dans le temps parmi les populations les plus touchées par le VIH, comme les travailleurs du sexe³⁰ et les CDI³¹. Comme l'ont conclu les recommandations formulées par l'OMS, l'ONUSIDA le FNUAP et le Réseau mondial des projets des travailleurs du sexe (NSWP)³², « *Ce qui importe, pour les travailleurs du sexe, ce n'est pas l'efficacité mais l'accès équitable* ».
11. Ces obstacles peuvent empêcher les membres des populations les plus touchées par le VIH d'accéder au conseil et test volontaires VIH (CTV) et même de connaître leur statut VIH. Pour les personnes vivant avec le VIH, cela se traduit souvent par des retards dans la mise sous traitement, l'interruption de celui-ci

Encadré 1 : Impact des obstacles au traitement

Selon une étude mondiale de la santé et des droits de l'homme conduite en 2012, 14% seulement des HSH vivant avec le VIH dans des pays à revenu faible considèrent le traitement comme étant facilement accessible.

ou le refus total d'administrer le traitement. Par exemple, des études montrent que ces obstacles peuvent conduire les femmes transsexuelles vivant avec le VIH à obtenir de moins bons résultats du traitement³³ et, dans le sud de l'Inde, à augmenter de 10 fois le taux de mortalité chez les professionnelles du sexe vivant avec le VIH par rapport aux autres femmes³⁴. Dans des pays comme la Namibie, où la couverture est de 91 %, des observations empiriques solides montrent que les travailleurs du sexe préfèrent mourir plutôt que faire face à des persécutions dans les dispensaires publics offrant le traitement antirétroviral³⁵.

Encadré 2: Obstacles à l'accès équitable des populations les plus touchées par le VIH au traitement, à la prise en charge et au soutien liés au VIH³⁶

Obstacles communautaires et d'ordre sociétal :
<ul style="list-style-type: none"> • Association de la stigmatisation, de la discrimination et de l'intolérance marginalise les populations les plus touchées par le VIH et les personnes vivant avec le VIH. • Harcèlement et violence sexiste à l'égard des populations les plus touchées par le VIH et des personnes vivant avec le VIH. • Crainte des populations les plus touchées par le VIH quant aux conséquences néfastes de connaître leur statut VIH et d'accéder à des services liés au VIH. • Méconnaissances des populations les plus touchées par le VIH concernant le traitement, la prise en charge et le soutien et les lieux de ces services. • Manque de groupes communautaires capables d'offrir le traitement, la prise en charge et le soutien aux populations les plus touchées par le VIH. • Manque de travailleurs communautaires formés et capables de soutenir les populations les plus touchées par le VIH vivant avec le VIH. • Faible estime de soi et auto-stigmatisation parmi les populations les plus touchées par le VIH – ce qui retarde l'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien.
Obstacles liés aux systèmes et aux services de santé :
<ul style="list-style-type: none"> • Effets secondaires du traitement antirétroviral, en particulier lorsque des médicaments de mauvaise qualité sont utilisés pour les populations les plus touchées par le VIH. • Manque d'informations claires et appropriées sur le traitement, la prise en charge et le soutien à l'intention des populations les plus touchées par le VIH. • Manque de services ciblés en matière de conseil et dépistage volontaires (CDV) pour les populations les plus touchées par le VIH pour entamer « le chemin du traitement ». • Temps et coûts financiers supportés par les populations les plus touchées par le VIH pour accéder à des services spécialisés éloignés. • Manque de services spécialisés et à bas seuil pour le traitement, la prise en charge et le soutien des populations les plus touchées par le VIH. • Lieux difficiles d'accès/horaires d'ouverture peu commodes des services pour le traitement, la prise en charge et le soutien des populations les plus touchées par le VIH. • Manque de services en particulier dans des contextes spéciaux, tels que les prisons, pour les populations les plus touchées par le VIH. • Stigmatisation institutionnelle à l'égard des populations les plus touchées par le VIH dans des services publics et ceux d'organisations religieuses. • Manque d'équipements liés au traitement (comme pour la numération des CD4) dans des services pour les populations les plus touchées par le VIH. • Préjugés des prestataires selon lesquels les populations les plus touchées par le VIH sont de « mauvais patients » qui n'observent pas le traitement antirétroviral. • Manque de formation et de compétences dans les besoins spéciaux liés au traitement, à la prise en charge et au soutien des populations les plus touchées par le VIH. • Utilisation de systèmes d'enregistrement et de suivi qui obligent les principales communautés affectées à déclarer leur identité. • Non respect de la confidentialité et de la vie privée dans les services de traitement, de prise en charge et de soutien des populations les plus touchées par le VIH.

- Manque de suivi, par exemple, lorsque les populations les plus touchées par le VIH ont été mobilisées dans le cadre du CTV et qu'il n'y a pas de services de suivi.
- Mauvaise qualité du conseil et de l'appui psychosocial destiné aux populations les plus touchées par le VIH vivant avec le VIH.
- Répartition inégale des services existants en matière de traitement, de prise en charge et de soutien, entre les zones urbaines et les zones rurales.
- Absence de directives/protocoles sur le traitement antirétroviral pour les populations les plus touchées par le VIH (traitant par exemple de l'interaction entre le traitement antirétroviral et le traitement de substitution aux opiacés (TSO)).
- Bureaucratie, qui oblige les populations les plus touchées par le VIH à se rendre à différents endroits pour différents services.
- Interruptions dans l'approvisionnement de médicaments et de produits pour les services de traitement, de prise en charge et de soutien.

Obstacles politiques et juridiques :

- Absence d'appui et de leadership politique concernant le traitement, la prise en charge et le soutien des populations les plus touchées par le VIH.
- Absence de données liées à « connaître son épidémie » pour convaincre les décideurs de s'engager pour le traitement, la prise en charge et le soutien ciblés.
- Lorsqu'il y a des données liées à « connaître son épidémie », celles-ci ne sont pas prises en compte dans les politiques et la programmation, ces données étant considérées comme non représentatives, et les méthodologies non adaptées à des études rationnelles pour estimer la taille de la population.
- Législation qui pénalise les populations les plus touchées par le VIH ou leur comportement, lesquelles, en conséquence, ne recourent pas à des services.
- Législation, par exemple sur la drogue, qui entraîne un niveau important de détention/correction et limite l'accès à des services.
- Législation qui pénalise la transmission du VIH et l'exposition à celui-ci et qui, par exemple, force les travailleurs du sexe à ne pas révéler leur statut VIH.
- Manque d'appui de la société civile et manque de reconnaissance de leur rôle dans le traitement, la prise en charge et le soutien.
- Manque de possibilités offertes aux populations les plus touchées par le VIH pour faire connaître leurs besoins en matière de traitement, de prise en charge et de soutien.
- Faible engagement du gouvernement/manque de connaissance de la société civile à l'égard des principales initiatives, telles que le Traitement 2.0.
- Absence d'intégration de la question du VIH dans des programmes plus larges ayant trait à la santé, au genre, aux droits de l'homme, avec pour conséquences de ne pas prendre en compte les besoins spéciaux des populations les plus touchées par le VIH.
- Manque de suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida et des engagements pris dans ce cadre à l'égard des populations les plus touchées par le VIH, en faisant observer néanmoins que « l'existence » des personnes transsexuelles n'est pas reconnue dans cette déclaration.
- Politiques qui interdisent la fourniture de services complets pour les populations les plus touchées par le VIH, par exemple, un traitement antirétroviral/traitement de substitution aux opiacés pour les CDI.

Obstacles économiques et politiques

- Baisse du financement général destiné aux ripostes ciblées au VIH, y compris pour le traitement, la prise en charge et le soutien.
- Compréhension insuffisante de la question de l'investissement dans le traitement, la prise en charge et le soutien des populations les plus touchées par le VIH.
- Manque d'allocation nationale de ressources pour le traitement, la prise en charge et le soutien des populations les plus touchées par le VIH.
- Perception selon laquelle les programmes ciblés pour le traitement, la prise en charge et le soutien sont trop onéreux /rapport faible entre coûts et résultats.
- Coût élevé du traitement, notamment en raison des accords commerciaux et des droits de

propriété intellectuelle.

- Politiques/bureaucratie des donateurs qui compliquent l'accès aux ressources pour les populations les plus touchées par le VIH.
- Mauvaise connaissance au sein des groupes communautaires des populations les plus touchées par le VIH en ce qui concerne les possibilités de financement disponibles.
- Politique des donateurs qui mettent l'accent sur le nombre de membres dépistés des populations les plus touchées par le VIH, et non sur la qualité du soutien.

III. FACTEURS DÉTERMINANTS POUR METTRE FIN AU 'MANQUE D'ÉQUITÉ'

12. La Section III porte sur cinq facteurs qui, selon la délégation des ONG et ses mandants, seront déterminant pour pouvoir réaliser l'égalité d'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien des travailleurs du sexe, des HSH, des personnes transsexuelles et des CDI. Ces facteurs sont les suivants : 1. Droits de l'homme et éthique ; 2. Données et 'ce qui fonctionne' ; 3. Investissement financier ; 4. Participation significative ; et 5. Capacité technique. Pour chacun des facteurs, le texte expose des informations essentielles, des données, des points de vue et des études de cas (voir annexe 1) provenant des multiples sources d'informations qui ont servi à élaborer le Rapport du représentant des ONG 2013.
13. Chacun des facteurs pris individuellement est fondamental, dans la mesure où les pays s'adaptent à la nouvelle situation en matière de traitement, réajustent leur riposte au VIH et se préparent pour le programme après 2015. Ensemble, ils peuvent s'ajouter à l'action concertée et aux changements significatifs nécessaires pour mettre fin au 'manque d'équité' et faire respecter les droits des populations les plus touchées par le VIH.

FACTEUR DÉTERMINANT 1 : DROITS DE L'HOMME ET ÉTHIQUE

Message essentiel

Toute initiative pour élargir le recours et l'accès au traitement antirétroviral doit s'accompagner d'une action concertée pour éliminer les obstacles existants à l'égalité d'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien des populations les plus touchées par le VIH, en particulier pour ce qui est de la stigmatisation, de la discrimination et des violations de droits de l'homme. Un environnement social, économique, politique et juridique favorable est essentiel pour pouvoir garantir le développement plus avant des Lignes directrices 2013 sur le traitement et des stratégies comme le traitement à des fins de prévention (TasP), dans le respect plein et entier de l'équité et de l'éthique.

14. Comme indiqué dans la Section II, la stigmatisation, la discrimination et la persécution – en particulier dans les centres de soins de santé – sont des obstacles majeurs à l'égalité d'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien des populations les plus touchées par le VIH. Ils alimentent les faiblesses persistantes dans la chaîne du traitement et présentent des obstacles majeurs au continuum de soins.
15. Les droits de l'homme, en tant que principe, sous-tendent les engagements et les cadres qui façonnent la situation actuelle en matière de traitement. Il s'agit entre autres de : Déclaration politique sur le VIH/sida 2011³⁷; Traitement 2015³⁸; Lignes directrices 2013 (voir encadré Encadré)³⁹. Toutefois, pour mettre fin au 'manque d'équité', les intentions ne sont pas suffisantes. Il faut appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme *dans la pratique* et dans la vie quotidienne des populations les plus touchées par le VIH. Cela requiert un environnement favorable – dans lequel par exemple les travailleurs du sexe sont protégés et le commerce du sexe dépénalisé, respecté et reconnu en tant que travail

légitime, un environnement où les personnes de toutes les identités sexuelles et de genre sont légalement reconnues et protégées, et où les politiques permettent aux CDI d'accéder à la gamme complète de services dont ils ont besoin. Les conséquences de ces actions sont mises en relief par l'OMS⁴⁰, qui indique que la stigmatisation, la discrimination et des lois répressives empêchent les populations clés de bénéficier des multiples bienfaits du traitement antirétroviral.

Encadré 3: Importance des droits et de l'équité

16. Les Lignes directrices 2013 sur le traitement ont été élaborées en collaboration avec différents secteurs, notamment par le biais d'une consultation communautaire coordonnée du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et de l'Alliance internationale sur le VIH/sida⁴¹. Les normes qui en résultent reflètent les dernières avancées scientifiques, médicales et programmatiques. Elles représentent un outil crucial pour lutter en profondeur contre l'épidémie de VIH et de sida. Toutefois, beaucoup de parties prenantes des populations les plus touchées par le VIH s'alarment du fait que – en l'absence d'action pour éliminer les obstacles multiples auxquelles elles font face, en particulier en ce qui concerne les droits – l'impact des Lignes directrices sera restreint et exacerbera potentiellement le manque d'équité existant dans l'accès au traitement. Compte tenu du contexte actuel, ces préoccupations sont fondées. Avec 9,2 millions de personnes supplémentaires qui sont éligibles pour le traitement et avec les 3 millions additionnels de décès évités,⁴² le traitement ne bénéficiera pas aux populations les plus touchées par le VIH, à moins d'une action concertée pour éliminer rapidement les facteurs qui contribuent à ces iniquités. Comme indiqué dans diverses régions (voir annexe 1), si les groupes marginalisés ne se sentent ni en sécurité ni à l'aise pour accéder aux services – ou si les gouvernements n'ont pas la volonté d'investir ou de fournir cet appui – les Lignes directrices 2013 de l'OMS resteront lettre morte.

« Un engagement global et national exige de fournir un traitement et la prévention du VIH à tous ceux qui en ont besoin, en suivant les principes des droits de l'homme, de non-discrimination, de responsabilisation et de participation ... Les principes fondamentaux éthiques d'égalité, d'équité et d'urgence devraient aussi être respectés dans le processus de révision et d'adaptation des lignes directrices. L'élaboration de politiques efficaces et équitables requiert de mettre en place des stratégies qui s'attachent de manière globale à éliminer les obstacles à l'accès aux services de dépistage, de prévention et de traitement, en particulier les obstacles auxquels font face les principales populations ».

Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, OMS, 2013

17. C'est ce qu'illustre le Rapport 2013 de la Fondation pour la recherche sur le sida (amfAR) et de l'École de santé publique Johns Hopkins⁴³ qui porte sur les homosexuels et autres HSH dans six pays d'Afrique australe (Botswana, Malawi, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe). Le rapport conclut que *« si la discussion à l'échelle mondiale porte sur des approches novatrices du traitement et de la prévention du VIH, les GMT [homosexuels et personnes transsexuelles] luttent pour accéder aux services de santé les plus élémentaires. Ils sont isolés, criminalisés, brutalisés et font l'objet de chantage. De réels efforts sont nécessaires pour accroître l'engagement des donateurs et des gouvernements en faveur de la prévention et du traitement de l'infection à VIH parmi les GMT et doivent comprendre des programmes complets pour garantir le respect des droits de l'homme et lutter contre la stigmatisation et la discrimination ».*

18. Un autre message fort est que les bonnes intentions, en matière de santé publique, qui se dégagent des Lignes directrices 2013 sur le traitement ne devraient pas servir à 'justifier' des stratégies coercitives qui violent, même involontairement, les libertés des membres des populations les plus touchées par le VIH (y compris ceux qui présentent une numération des CD4 inférieure à 500 ou ont une relation avec un partenaire séro-discordant). Ces personnes devraient plutôt bénéficier d'une approche systématique, avec pour objectif de renforcer la documentation liée au traitement et de permettre aux personnes de prendre des décisions en toute connaissance de cause concernant leur propre santé. Aucun membre communautaire ne devrait être forcé à faire l'objet de dépistage, de traitement, de prise en charge ou de soutien, en particulier dans des contextes où l'association à de tels services risque d'accroître et non de diminuer leur marginalisation.

Encadré 4: Promouvoir, protéger et respecter les droits de l'homme dans la mise en œuvre du TasP

« Les populations clés sont des groupes exposés au plus haut risque d'être infectés ou affectés par le VIH ; dans beaucoup de pays, ces populations sont marginalisées, stigmatisées et discriminées et sont souvent laissées pour compte dans la riposte au VIH. En promouvant leur participation à la riposte au VIH et en créant un environnement de soutien, l'accès le plus large possible au test VIH et au traitement associé leur sera garanti, ce qui leur apportera la confiance nécessaire pour négocier des rapports sexuels sans risque et recourir à des services de réduction des risques, assurera la prise en charge et le soutien liés au VIH, et permettra d'exploiter tout le potentiel du traitement antirétroviral en tant que prévention »

Exposé de position : ART for Prevention, GNP+, Juillet 2012

19. Les Lignes directrices 2013 sur le traitement doivent être appliquées de façon éthique – en accordant la priorité à l'action pour éliminer les obstacles existants à l'équité de traitement par le biais de stratégies *additionnelles*. Cette question est d'autant plus fondamentale s'agissant du traitement à des fins de prévention (**TasP**) – une stratégie qui suscite des opinions passionnées, et parfois différentes, au sein des populations les plus touchées par le VIH⁴⁴. D'une manière générale, on reconnaît que cette stratégie a le potentiel important de renverser la tendance et d'atténuer les effets de la pandémie du VIH et du sida. Néanmoins, le message général fort consisterait à considérer que le traitement, en tant que tel, devrait d'abord exister. Comme l'indiquait un CDI, « *la communauté internationale ne peut même pas offrir le traitement Alors pourquoi parler de traitement pour la prévention ? Ce n'est pas éthique de simplement en parler* ».

20. Un autre message généralement transmis est que toute intervention devrait faire partie d'un ensemble de mesures pour soutenir les populations les plus touchées par le VIH, par exemple des programmes de prévention fondés sur des données probantes (comme l'usage du préservatif et de lubrifiants, la réduction des risques et la communication pour le changement comportemental). De même, toute intervention devrait être sans risque pour ceux qui y recourent, beaucoup de membres communautaires étant préoccupés par les effets secondaires potentiels et la résistance associée à la prise du traitement antirétroviral à long terme.

21. Un principe fondamental est que **le traitement antirétroviral a pour finalité et objectif primordiaux** de bénéficier à l'état de santé des personnes vivant avec le VIH. Les bénéfices du traitement dans le cadre de la prévention sont importants, mais dans un contexte où beaucoup de personnes ayant cruellement besoin du traitement n'y ont pas accès, les bénéfices du traitement au titre de la prévention doivent être considérés au second plan. De même, lors des décisions à prendre, les bénéfices du traitement pour la santé publique ne doivent pas l'emporter sur les bénéfices que l'on peut tirer du traitement pour les personnes individuellement et pour l'autonomie des patients. Dans un document de travail sur le TasP⁴⁵, le GNP+ souligne que toutes les personnes testées séropositives, y compris celles relevant des populations les plus touchées par le VIH, doivent recevoir des

conseils complets et appropriés sur ce qu'implique le traitement antirétroviral, y compris ses effets secondaires potentiels. Quel que soit le besoin médical des patients concernant le traitement antirétroviral, ils doivent recevoir des conseils complets sur ce que l'on sait actuellement (et sur ce que l'on ne sait pas) à propos des effets potentiels du traitement antirétroviral en tant que prévention. Le document souligne que c'est à la personne vivant avec le VIH elle-même de décider quand et s'il faut commencer le traitement. Une telle décision requiert d'avoir accès à des informations appropriées et à jour (y compris concernant les CD4 et la charge virale, l'observance du traitement, la résistance aux médicaments et les effets secondaires potentiels), sous une forme et dans un langage facilement compréhensibles pour la personne. Des systèmes de soutien, notamment un soutien par les pairs dans les populations les plus touchées par le VIH, doivent être en place et financés pour permettre aux personnes vivant avec le VIH d'accéder à des informations exemptes de préjugés et de jugement, à des informations précises et à jour sur le traitement et la prévention, et de décider si oui ou non elles démarreront le traitement antirétroviral.

22. La mise en œuvre du TasP, quel que soit le contexte, doit se faire par une **approche fondée sur les droits de l'homme**. Elle ne doit en aucun cas se faire en obligeant les populations les plus touchées par le VIH à se soumettre au dépistage, au traitement ou à des procédures. Comme l'indiquent Barr et al⁴⁶ : « *Le recours au traitement antirétroviral en tant que prévention renforce la valeur des principes de base liés à la dignité et à la possibilité offerte aux personnes vivant avec le VIH de participer à la conception et à la mise en œuvre de programmes, d'être informées et de prendre des décisions en toute connaissance de cause concernant leur santé et leur vie, et d'être protégées contre les effets néfastes, et d'avoir la possibilité de demander réparation et responsabilisation en cas d'abus* ».
23. Parmi les populations les plus touchées par le VIH, certaines ont mis en relief plusieurs problèmes dans le cadre des débats sur le TasP. Lors de la consultation de 2012 tenue avec les représentants des HSH et des personnes transsexuelles pour la région Asie – Pacifique, des préoccupations à propos de l'accès prioritaire au traitement portaient sur la nécessité de disposer de documentation sur le traitement et de programmes d'observance, et la nécessité d'intensifier et de souligner les efforts de prévention actuelle comme la communication pour le changement comportemental⁴⁷. Beaucoup de membres de la communauté de CDI se sont dits très préoccupés par le fait que donner la priorité au TasP, dans un contexte où l'investissement et la couverture des interventions éprouvées de réduction des risques restent globalement insuffisants, risque d'aggraver la situation.
24. En ce qui concerne la communauté des travailleurs du sexe, le Réseau mondial des Projets sur le Travail du Sexe (NSWP)⁴⁸ a fait valoir que le TasP risque de faire baisser l'utilisation du préservatif en raison de la pression exercée sur les travailleurs du sexe pour abandonner son utilisation. Ce risque a été souligné par Overs, dans un récent article de recherche⁴⁹ qui indique que « *Pour les travailleurs du sexe, il y a clairement un risque majeur qu'ils abandonnent l'utilisation du préservatif ou qu'ils négocient encore plus difficilement son utilisation. L'idée selon laquelle le 'traitement fait office de prévention' sera évoquée dans les revues scientifiques et parviendra aux travailleurs du sexe, à leurs clients, aux décideurs et aux concepteurs de programmes. En découlera probablement une demande de rapports sexuels commerciaux non protégés parce que l'on partira du principe que même les travailleurs du sexe séropositifs ont toutes les chances d'être sous traitement antirétroviral, et qu'ils ne peuvent donc pas transmettre le VIH Transmettre des messages pour encourager le dépistage et le traitement en tant que stratégie de prévention sans pour autant amener à abandonner l'usage du préservatif est un énorme défi à relever* ».

FACTEUR DÉTERMINANT 2 : DONNÉES ET 'CE QUI FONCTIONNE'

Message essentiel :

Afin de mieux comprendre l'ampleur et les éléments du manque d'équité, il faut recourir à des systèmes plus solides – mais aussi participatifs et fondés sur les droits – pour collecter et analyser des données sur l'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien des populations les plus touchées par le VIH. En outre, il est essentiel d'identifier d'urgence et de reconnaître 'ce qui fonctionne' – et investir dans les domaines politique, financier et technique pour ces groupes, en particulier en matière de programmes complets, de services et de soutien communautaire.

25. Le Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013⁵⁰ indique que « *Il n'existe pas d'estimations fiables concernant le traitement du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe ou les personnes transsexuelles* ». On observe un **manque de données** à propos de : nombre de membres des populations les plus touchées par le VIH vivant avec le VIH ; nombre de personnes ayant accès au traitement, à la prise en charge et au soutien ; obstacles à un tel accès. Certains pays disposent de données ordinaires et ventilées sur la couverture du traitement antirétroviral pour toutes les populations et zones géographiques, mais très peu de pays disposent de données par communautés affectées⁵¹. **Ce phénomène est manifeste dans l'examen systématique récent de Mathers et al⁵²** d'où il ressort que sur les 98 pays ayant fait état de consommation de drogues injectables dans le pays et fourni des données sur le nombre de centres offrant le traitement antirétroviral, 47 seulement ont indiqué une estimation du nombre de CDI recevant le traitement antirétroviral. En ce qui concerne la situation des personnes transsexuelles, les données sont, au mieux, aussi peu claires. Cette communauté n'apparaît pas du tout dans les données ventilées par sexe sur le traitement antirétroviral, puisque l'on refuse de reconnaître leur 'existence' et leur identité réelle et légitime⁵³.
26. Bien souvent, le manque de données – associé au manque de volonté politique – fait que les personnes transsexuelles et les CDI sont totalement 'invisibles'. Ce qui a des conséquences importantes. En l'absence de données, les priorités programmatiques et les allocations budgétaires ne reflètent pas de façon appropriée les réalités et les priorités des communautés sur le terrain. Car ces données sont fondamentales pour 'connaître son épidémie' et permettront de développer/d'établir un ordre de priorités des stratégies nationales efficaces, des investissements et des propositions telles que celles soumises au Fonds mondial. Par conséquent, il faut renforcer les systèmes de collecte et d'analyse de données, tout en veillant à ce qu'ils soient fondés sur les droits, sur des normes éthiques solides, et avec l'engagement plein et entier des communautés à toutes les phases du processus de recherche.

27. Le cadre conceptuel intitulé « Traitement

2015 »⁵⁴ de l'ONUSIDA recommande fortement que les pays établissent des cibles spécifiques pour les principales communautés – comme les travailleurs du sexe, les HSH, les personnes transsexuelles et les CDI – en particulier lorsque l'accès de ces personnes au traitement du VIH est faible. Le cadre fait valoir que les cibles doivent servir à assurer « *des progrès accélérés vers l'accès équitable pour tous* ». Il recommande également de conduire un examen pour identifier et surmonter les goulets d'étranglement qui font obstacle à l'élargissement du traitement – en accordant une attention particulière aux populations les plus touchées par le VIH.

Encadré 5: Priorité aux principales communautés affectées

« Donner la priorité à l'élargissement de la couverture du traitement du VIH aux principaux milieux et populations dont les besoins sont largement, et de manière disproportionnée, insatisfaits ».

Traitement 2015, ONUSIDA, 2013

28. L'action pour lutter contre le 'manque d'équité' – comme la mise en œuvre des Lignes directrices 2013 sur le traitement – exige de s'attacher à 'ce qui fonctionne' et à investir pour entrer en contact avec les populations les plus touchées par le VIH, les mobiliser et leur venir en aide. Cela passe par des **programmes complets fondés sur des données probantes** qui vont au-delà des simples ripostes bio-médicales, en agissant pour répondre à l'ensemble des besoins des communautés et aux facteurs structurels en vertu desquels on considère ces populations disproportionnellement affectées par le VIH et le sida. Ce qui implique d'examiner l'ensemble des facteurs touchant la santé des populations les plus touchées par le VIH, y compris les facteurs socio-économiques comme les revenus, la sécurité alimentaire et les conditions de logement. Ce point est fondamental pour s'assurer que l'ensemble des mesures liées au traitement, à la prise en charge et au soutien répondent pleinement aux besoins cliniques, psychosociaux et autres des personnes vivant avec le VIH, de leurs partenaires sexuels et de leurs familles.
29. Le traitement antirétroviral pour la prévention doit être considéré comme une partie des mesures de prévention combinées, et doit comprendre l'accès aux informations en ce qui concerne les modes d'infection et de transmission du VIH, l'utilisation du préservatif masculin et féminin, les interventions de réduction des risques destinés aux CDI, les services liés à transmission verticale, et des informations visant à promouvoir et assurer la protection des droits de l'homme, la diminution de la stigmatisation associée au VIH et à lutter contre la violence sexiste. Toutes les personnes vivant avec le VIH doivent recevoir un appui pour leur permettre de comprendre ces mesures et de faire des choix adaptées à leur propre situation.
30. Un exemple de programme complet est envisagé pour les CDI vivant avec le VIH pour lesquels le traitement devrait – tels que recommandé par l'OMS - être assuré dans le cadre d'un ensemble de mesures qui intègrent le traitement antirétroviral avec des stratégies de réduction de risque (thérapie de substitution aux opiacés (TSO) et programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (NSP) et traitent les co-infections, notamment la tuberculose et l'hépatite C. Ce qui est la preuve évidente que les résultats du traitement antirétroviral s'améliorent parmi les CDI sous TSO⁵⁵. Une analyse globale des enquêtes menées en Asie, en Europe et en Amérique du Nord,⁵⁶ montre que la fourniture de la TSO facilite dans une large mesure l'observance du traitement antirétroviral chez les CDI – et a fait baisser de 54% le risque d'infection à VIH au sein de cette communauté. Pourtant, la couverture globale de la TSO reste faible, et on estime qu'elle n'était que de 8 % en 2010 alors que la cible est de 40%. A l'échelle mondiale, la moitié des pays où il y a des cas de VIH chez les CDI n'offrent pas de services de TSO. Si certains pays élargissent l'accès à la thérapie TSO, dans beaucoup d'autres, les programmes ont encore une envergure et une portée limitées, les liens entre les services de TSO et les services de dépistage, de traitement, de prise en charge et de soutien liés au VIH étant insuffisants.
31. **Il a été clairement démontré que des services et un soutien communautaires** sont importants et qu'ils constituent une approche efficace pour les principales communautés. De nombreux éléments le montrent et le rôle essentiel que jouent les principales communautés dans la riposte au VIH est incontestable. Par exemple, selon une étude conduite en 2012 par la Banque mondiale, le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), l'École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg et le Réseau mondial des projets des Travailleurs du sexe (NSWP)⁵⁷, **l'autonomisation communautaire** pour la prévention, le traitement et la prise en charge liés au VIH des travailleurs du sexe a non seulement un impact important, mais elle est aussi rentable. Cet engagement en faveur d'approches communautaires a été exprimé dans les engagements et stratégies au niveau international. Il s'agit par exemple de : Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida (voir encadré Encadré); Traitement 2015 (voir Encadré); et Traitement 2.0 (avec pour objectif que *“les personnes vivant avec le VIH*

et les principales populations participent pleinement à la création de la demande, à la planification, à la fourniture des services et à l'évaluation de programmes de qualité, fondés sur les droits, pour la prise en charge et le traitement du VIH dans tous les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure)⁵⁸. La conception et la fourniture de services centrés sur les communautés sont des vecteurs clés d'une approche de l'investissement⁵⁹.

32. Les structures et les systèmes communautaires peuvent être particulièrement importants pour les travailleurs du sexe, les HSH, les personnes transsexuelles, les CDI et les jeunes – lesquels, comme indiqué à la section II, font face à des obstacles multiples à l'accès équitable. Ces communautés ont besoin de services qui soient, entre autres facteurs, disponibles localement, confidentiels, financièrement abordables et fournis par des personnes en lesquelles ils ont confiance et qui comprennent leur environnement et leurs besoins.

Encadré 6 : Engagements en faveur de services communautaires

33. L'accent a été mis en particulier sur Le CDV communautaire (conseil et dépistage volontaires du VIH) pour entamer « le chemin du traitement ». Un examen systématique et une analyse globale du CDV communautaire conduits en 2013 par Suthar et al⁶⁰ ont montré que – bien qu'une recherche plus approfondie soit nécessaire pour qu'il soit plus acceptable pour les populations les plus touchées par le VIH – ces approches atteignent des taux élevés d'adhésion. Les Lignes directrices 2013 sur le traitement⁶¹ encouragent l'application de modèles de prestation de services plus larges et plus dynamiques, dont des services qui « dans tous les contextes d'épidémie du VIH, il est recommandé d'offrir le conseil et le dépistage volontaires communautaires aux principales populations, en établissant des liens avec les services de prévention, de prise en charge et de traitement » .”

« Reconnaissons le rôle que jouent les organisations communautaires, y compris celles dirigées par des personnes vivant avec le VIH, s'agissant de soutenir l'action contre le VIH et le sida aux niveaux national et local, d'aider toutes les personnes vivant avec le VIH, d'oeuvrer à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en la matière et de renforcer les systèmes de santé, en particulier les soins de santé primaires ».

*Déclaration politique sur le VIH et le Sida 2011,
Assemblée générale des Nations Unies*

« Le système de santé va loin dans les communautés... Parce que les populations vulnérables sont souvent les plus difficiles à atteindre, nous devons exploiter et renforcer les systèmes qui sont les mieux à même de fournir efficacement des services à ces populations. Bien souvent, cela signifie qu'il faut établir des partenariats étroits avec la société civile ... »

*Mark Dybul, Rapport du Directeur exécutif, 29e réunion
du Conseil du Fonds mondial de lutte contre le sida, la
tuberculose et le paludisme, juin 2013*

34. Néanmoins, le rôle des interventions communautaires dans **la décentralisation** des services et du soutien pour les populations les plus touchées par le VIH va bien au-delà du CDV. Il est de plus en plus évident que la contribution communautaire est essentielle dans différents secteurs, comme l'administration du traitement antirétroviral et l'appui à son observance. C'est ce qu'a confirmé l'OMS⁶², en faisant état d'une amélioration considérable du maintien, de l'observance et des résultats du traitement obtenus à la suite des programmes pilotes et des informations sur les essais en vertu desquels des groupes communautaires ont participé à la fourniture du traitement antirétroviral. Les Lignes directrices 2013 sur le traitement recommandent clairement que les services communautaires fournis dans le cadre du traitement antirétroviral incluent la prise en charge des personnes recevant ce traitement qui sont cliniquement stables.

35. Des mesures liées à la prise en charge et au soutien liés au traitement devraient être **intégrées** dans les activités actuellement réalisées par et pour les populations les plus touchées par le VIH, et ne devraient pas faire l'objet de nouveaux services ou de services additionnels. Néanmoins, l'engouement pour les services communautaires doit être considéré avec prudence. Comme l'illustre **l'étude de cas Etude de cas 4** (Annexe 1), les communautés – en particulier les groupes constitués de et en faveur des populations les plus touchées par le VIH – font déjà face à des demandes multiples et nécessitent davantage de reconnaissance, de ressources et de capacités pour pouvoir assumer entièrement leur rôle. De même, la participation élargie des communautés à la prestation de services devrait s'accompagner d'une réorientation des services pour y intégrer les 'populations les plus touchées par le VIH'⁶³. Par exemple, si un groupe communautaire ne peut offrir que des services de CDV, il faut s'assurer que les services de renvoi pour le traitement, la prise en charge et le soutien incluent pleinement les populations les plus touchées par le VIH.
36. Lors de l'examen des principaux aspects de 'ce qui fonctionne' pour les populations les plus touchées par le VIH, il faut s'attacher davantage **au renforcement des systèmes communautaires (RSC)** – comme indiqué sous le Facteur déterminant 5. Cela requiert également d'adopter une attitude progressiste, notamment en ce qui concerne les **ressources humaines**. Par exemple, lors de la consultation communautaire tenue dans le cadre des Lignes directrices 2013 sur le traitement⁶⁴, les parties prenantes, y compris les membres des populations les plus touchées par le VIH, ont appuyé la notion de 'transfert/partage' des tâches'. Elles ont néanmoins souligné que ces mesures ne pouvaient pas se faire 'par hasard' mais qu'elles devaient s'accompagner d'une formation, de protocoles et d'une rémunération.
37. Il est probable que ces mesures amélioreront l'efficacité mais aussi l'efficacé des services, grâce au recrutement de travailleurs de santé communautaires parmi les travailleurs du sexe, les HSH, les personnes transsexuelles et les CDI - lesquelles comprennent parfaitement les besoins réels des membres de leur communauté. Cela peut être particulièrement vrai pour des groupes très spécifiques et très marginalisés, comme le montre une étude conduite parmi les Kothi et les Aravani en Inde⁶⁵. Selon les recommandations, la formation de ces membres communautaires, et le recours à ceux-ci, sont essentiels pour lutter contre l'inégalité d'accès aux services.
38. **Il faut conduire une recherche plus approfondie** à propos des aspects et des dynamiques qui déterminent le 'manque d'équité'. Si la prévention au sein des populations les plus touchées par le VIH a fait l'objet de multiples projets de recherche, le traitement, la prise en charge et le soutien ont largement été négligés. L'examen des interventions réalisées pour les travailleurs du sexe en Afrique subsaharienne⁶⁶ n'a pas permis d'identifier les études publiées visant spécifiquement un meilleur accès des travailleurs du sexe au traitement antirétroviral. Plus particulièrement, d'autres données sont nécessaires pour savoir comment s'attaquer aux faiblesses persistantes de la chaîne du traitement dans ces communautés.

FACTEUR DÉTERMINANT 3 : INVESTISSEMENT FINANCIER

Message essentiel : ***Pour mettre fin au 'manque d'équité', il faut augmenter de manière importante l'investissement dans le traitement, la prise en charge et le soutien des travailleurs du sexe, des HSH, des personnes transsexuelles et des CDI – groupes pour lesquels, jusqu'ici, les ressources ont été insuffisantes. Ce qui requiert de disposer de médicaments à prix abordable et une mobilisation politique, ainsi que des approches rationnelles de l'investissement qui démontrent des avantages tant humains que***

financier de ces ressources, et combien elles sont essentielles pour traduire dans les faits les Lignes directrices 2013 sur le traitement et pour 'mettre fin au sida'.

39. Les possibilités actuellement offertes en matière de traitements impliquent un coût. Même si elles sont jugées d'un 'excellent rapport coût/efficacité' selon les critères mondiaux, la mise en œuvre des Lignes directrices 2013 sur le traitement nécessitera une augmentation de 10 % de l'**investissement annuel** pour la riposte mondiale au VIH (soit un montant supérieur aux 22-24 milliards de dollars US indiqués dans la Déclaration politique sur le VIH/sida). Plus particulièrement, pour mettre en œuvre les Lignes directrices et lutter contre le 'manque d'équité', un investissement largement supérieur sera nécessaire pour les programmes destinés aux et réalisés par les populations les plus touchées par le VIH.

40. Cela intervient à un moment où le financement de la lutte contre le VIH stagne⁶⁷ et où l'historique des investissements dans les principaux groupes et ripostes communautaires est très décevant (voir encadré Encadré). Dans le cadre de l'élaboration du présent rapport, aucune donnée financière spécifiques n'a été relevée concernant le traitement, la prise en charge et le soutien de ces communautés. Néanmoins, les données sur la prévention du VIH sont des indicateurs utiles. Ces données montrent que les interventions ciblées ont été systématiquement et largement sous-financées. Selon l'ONUSIDA⁶⁸, les programmes qui bénéficient aux populations les plus touchées par le VIH reçoivent 4 % des investissements dans la prévention du VIH de base et les programmes pour le traitement à l'échelle mondiale, alors qu'une riposte optimale en 2015 exigerait 14 % des investissements. Si l'on prend l'exemple des CDI, dans le monde, 1 % seulement des dépenses pour la prévention du VIH cible ces membres communautaires – un taux qui, selon l'ONUSIDA, devrait être multiplié par 20⁶⁹.

Encadré 7 : Insuffisance des ressources pour les programmes destinés aux populations les plus touchées par le VIH

« Vu la gravité du problème, les ressources des programmes de prévention du VIH destinés aux consommateurs de drogues sont largement insuffisantes ».

« Malgré le risque supérieur d'infection à VIH auquel les travailleurs du sexe sont exposés, les programmes de prévention qui s'adressent à cette population représentent une faible part des financements de prévention à l'échelle mondiale ».

« L'insuffisance des ressources entrave les efforts déployés pour atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leur offrir les services essentiels de prévention du VIH » .”

Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013,

41. Les populations les plus touchées par le VIH sont préoccupées par les divergences qui existent entre les politiques des donateurs et les modèles de financement. Par exemple, le PEPFAR et le Fonds mondial se sont fermement engagés à investir dans des interventions ciblant des communautés comme les HSH et les personnes transsexuelles (par le biais des initiatives Modèle pour une génération sans sida (Blueprint for an AIDS-Free Generation) et la Stratégie pour l'orientation sexuelle et les identités de genre (SOGI) respectivement). Toutefois, les fonds actuellement alloués ne permettent même pas d'appliquer ces politiques dans la pratique. Selon une étude conduite par la Fondation américaine pour la recherche sur le sida (amfAR) et l'Ecole de santé publique Johns Hopkins⁷⁰, dans six pays d'Afrique subsaharienne – ces interventions représentent 10% de l'ensemble du financement du PEPFAR entre 2007 et 2011 - dans quatre de l'ensemble des budgets annuels, il n'y avait pas de programmes pour les HSH. Dans les pays où ces allocations existent, « les montants budgétés étaient difficiles à déchiffrer, ils étaient souvent très faibles et généralement répartis parmi plusieurs types de population, et on ne sait même pas si les HSH en ont bénéficié ». Il n'était pas fait mention des personnes transsexuelles.

Parallèlement, on observe la même situation pour les 1,5 milliards de dollars US alloués par le Fonds mondial à ces six pays depuis 2001, 0,07% seulement ayant été alloués à des programmes ciblant en particulier les HSH et les personnes transsexuelles.

42. Les parties prenantes se disent également préoccupées par le fait que l'investissement dans les ripostes en faveur des populations les plus touchées par le VIH provienne en grande partie de sources de financement extérieures, l'investissement national faisant défaut, ce qui reflète souvent des politiques répressives (manque de soutien?) et des cadres juridiques restrictifs.

Ce scénario met en évidence la nécessité d'accorder davantage d'attention à **l'approche d'investissement**, à la définition des priorités d'interventions, et à leur financement, en faveur des populations les plus touchées par le VIH. Selon un rapport présenté à la 31^e réunion du Conseil de coordination du

programme,⁷¹ l'approche de l'investissement a déjà été appliquée dans 29 pays au moins, y compris dans ceux où l'épidémie est généralisée et concentrée. Cette approche est aussi devenue un élément central des stratégies des principaux organismes œuvrant dans ce domaine, et avant tout, du Fonds mondial. Développer au maximum l'investissement (y compris en orientant les interventions sur les principaux facteurs de l'épidémie et les populations les plus vulnérables) est un élément fondamental de la stratégie 2012 – 2016 du Fonds mondial et de son nouveau modèle de financement⁷². En ce qui concerne ce modèle, les propositions des pays peuvent se fonder sur une stratégie nationale ou sur des investissements et être assorties d'interventions visant à offrir des services, et doivent comprendre des activités liées à l'aide fondamentale, comme des programmes visant à éliminer les obstacles à l'exercice des droits de l'homme et donc, à l'accès aux services⁷³.

43. La recherche menée dans le cadre de l'élaboration du présent rapport – comprenant des rapports de consultations communautaires sur l'approche de l'investissement, conduite par l'ONUSIDA et l'*International Civil Society Support* (ICSS)⁷⁴ - indique que cette approche demeure un outil *potentiellement* important pour renforcer les interventions efficaces et fondées sur des données probantes en matière de traitement, de prise en charge et de soutien pour lutter contre les inégalités de financement. Avec d'autres sources, cette approche montre bien que les programmes et la mobilisation en faveur de et réalisés par les populations les plus touchées par le VIH sont essentielles pour accélérer les progrès visant à 'mettre fin au sida'.

44. Néanmoins, on se préoccupe du fait que, alors que le financement des interventions programmatiques est restreint, l'investissement dans '**les instruments fondamentaux**' l'est encore plus. Il ressort d'une consultation communautaire tenue en 2012 à Bangkok⁷⁵ que, pour appliquer l'approche de l'investissement dans le contexte d'épidémies concentrées, des groupes communautaires – y compris les populations les plus touchées par le VIH, ont non seulement besoin de ressources accrues, mais aussi d'un financement souple et disponible pour la mobilisation et d'autres interventions liées aux 'instruments fondamentaux'. Les défenseurs des travailleurs du sexe vont dans le même sens⁷⁶ en indiquant que le travail qui vise à modifier les politiques répressives et à sensibiliser les

Encadré 8 : Mandat de la santé publique pour l'investissement

« Les ressources doivent cibler les interventions les plus efficaces, sur la base de preuves tangibles... Cela signifie qu'il faut cibler les populations les plus difficiles à atteindre et les plus stigmatisées, notamment les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'urgence en matière de santé publique de tenir compte de ces principales populations fait écho à l'impératif lié aux droits de l'homme d'inclure dans les interventions les personnes ayant le plus besoin de prévention, de traitement et de soins liés au VIH ».

Chris Beyrer, Directeur du Centre pour la santé

communautés, les responsables communautaires et les autorités chargées d'appliquer la loi aux droits des travailleurs du sexe, manque largement de ressources financières.

45. Pour combler le 'manque d'équité', il est essentiel – étant donné que son utilisation est répandue et adaptée, y compris pour appuyer la mise en œuvre des Lignes directrices 2013 de l'OMS sur le traitement - que l'approche d'investissement ne se borne pas à une simple série d'interventions biomédicales. Il faut que ce processus soit dynamique, et, comme l'a mis en avant l'Alliance internationale sur le VIH/sida⁷⁷ lors des discussions sur cette approche, il faut comprendre « *l'éventail des besoins, des combats et des problèmes qui ponctuent la vie des personnes en détention, de celles qui sont privées de services, qui font l'objet de violences, et de violations à la vie privée, de crimes de haine, de discrimination et autres violations, les personnes qui vivent loin des services de santé, dont le statut en matière d'immigration est incertain ou qui sont pauvres, jeunes, âgés ou socialement isolées* ».
46. L'action à prendre au regard de ce facteur déterminant exige une mobilisation politique significative pour convaincre les gouvernements et les donateurs de l'importance d'investir en faveur des populations les plus touchées par le VIH. Cette action devrait mettre l'accent sur les droits de l'homme, tout en présentant des fondements de santé publique et économiques convaincants. Par exemple, réduire de 60 % les besoins non satisfaits en matière de traitement antirétroviral, d'OST et de NSP réduirait l'incidence du VIH à Odessa, Karachi et Nairobi de 41%, 43% et 30% respectivement⁷⁸.
47. Autre préoccupation particulière : **l'équilibre géographique** dans l'investissement des ressources en faveur des populations les plus touchées par le VIH. Par exemple, le financement national et/ou le financement global ciblé est parfois le plus faible dans les régions mêmes où il est le plus nécessaire – comme c'est le cas pour les HSH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Parallèlement, un rapport du centre de l'Equipe d'action de la société civile (CSAT) dans la région⁷⁹ a exprimé une profonde préoccupation quant au fait que même ces niveaux minima d'investissement ne seront pas maintenus, étant donné les nouveaux critères prévus par le nouveau modèle de financement du Fonds mondial pour les pays à revenu intermédiaire. Lors d'une récente réunion de l'initiative Contrôle de l'épidémie de VIH par les médicaments antirétroviraux - organisée par *l'International Association of Providers in AIDS Care* et la *British HIV Association* en partenariat avec l'ONUSIDA et les autorités de santé publique en Angleterre⁸⁰ - la Banque mondiale a indiqué que les décisions d'allouer des fonds pour le TasP seront particulièrement urgentes s'agissant des épidémies concentrées, où le traitement exige déjà que l'on y consacre la majorité des budgets alloués au VIH.
48. Un élément essentiel de la faisabilité financière de l'élargissement du traitement concerne le **coût et le caractère abordable** des médicaments et des produits liés au VIH. Les activités de sensibilisation réalisées par les personnes vivant avec le VIH et autres parties prenantes ont depuis longtemps mis en lumière l'effet néfaste des mesures prises dans le cadre de l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et les accords de libre-échange (FTA), ainsi que l'échec des structures actuelles d'incitation à la recherche et au développement pour répondre aux besoins sanitaires prioritaires des pays en développement. Ces aspects sont particulièrement pertinents pour les populations les plus

Encadré 9 : Importance du caractère abordable des médicaments

« *Un jour, les accords de libre-échange seront imposés et il faudra payer... Les entreprises pharmaceutiques devront imposer leurs frais de brevet et nous n'aurons peut-être plus de médicaments gratuits* ».

HSH vivant avec le VIH en Malaisie, d'après
Accès des HSH séropositifs au traitement en
Asie-Pacifique APN+, 2011

touchées par le VIH vivant avec le VIH. Comme l'indique le document d'information préparé par le NSWP+⁸¹ (un forum du Réseau mondial des projets des travailleurs du sexe en faveur des travailleurs du sexe séropositifs), « *en gardant à l'esprit que les travailleurs du sexe ont déjà le sentiment d'être en 'dernière ligne' pour ce qui est de recevoir le traitement ... l'impact de ces règles commerciales pourrait être dévastateur* ». Comme indiqué dans un document de travail préparé en 2013⁸² par un groupe des réseaux mondiaux des populations les plus touchées par le VIH, l'impact des risques liés au caractère abordable des traitements sera, une fois encore, particulièrement prononcé chez les populations les plus touchées par le VIH des pays à revenu intermédiaire.

49. Associées les unes aux autres, ces limites multiples concernant l'investissement s'ajoutent à la couverture faible et inacceptable des programmes pour les populations les plus touchées par le VIH. Par exemple, selon une étude de 2011⁸³, parmi les HSH à l'échelle mondiale, seulement 1 sur 10 bénéficie des interventions de base pour la prévention du VIH.
50. Comme le conclut un document d'information élaboré par l'amfAR⁸⁴ sur le positionnement des populations les plus touchées par le VIH dans la nouvelle situation en matière de santé mondiale, « *malgré la vulnérabilité sans égale de ces groupes au VIH, les gouvernements nationaux et les donateurs internationaux ont fait passer au second plan les populations les plus à risque, en préférant allouer des ressources limitées à des programmes ciblant des personnes à faible risque. La faiblesse des investissements et les obstacles bureaucratiques auront pour effet une couverture extrêmement faible des services de prévention et de traitement du VIH en faveur des populations les plus sévèrement touchées par l'épidémie* ».

FACTEUR DÉTERMINANT 4 : PARTICIPATION SIGNIFICATIVE

Message essentiel : Pour combler le "manque d'équité", les populations les plus touchées par le VIH doivent être prises en considération dans toutes les décisions et les forums sur l'allocation des ressources dans le cadre du traitement, par exemple, dans les processus de mise en œuvre des Lignes directrices 2013 sur le traitement. Cette participation doit être à la fois significative et exhaustive, et inclure tous les groupes et sous-groupes concernés.

51. Il est essentiel – en tant que principe et dans la pratique – que les populations les plus touchées par le VIH soient prises en considération dans les processus décisionnels et les forums d'allocation de ressources qui définissent l'environnement dans lequel sera mis en œuvre le traitement à tous les niveaux. Cette participation a des effets bénéfiques multiples, et permet, entre autres, aux parties prenantes de mieux comprendre les obstacles qui sont à l'origine du 'manque d'équité' et aux populations les plus touchées par le VIH d'influer sur la conception et la mise en œuvre de stratégies, de programmes et de budgets qui répondent à leurs besoins. La participation est particulièrement importante dans des domaines comme le TasP qui, comme indiqué précédemment - donne lieu à des opinions passionnées, et parfois très différentes, au sein des populations les plus touchées par le VIH. Il est fondamental que les futures activités, comme celles visant à appliquer le TasP dans différentes régions ou à élaborer des lignes directrices ciblant des populations en particulier, soit menée avec la participation active des communautés concernées à toutes les étapes du processus.
52. La participation devrait être **significative** et exhaustive, et il faut reconnaître les questions particulières et différentes auxquelles font face, par exemple, les personnes transsexuelles et les HSH. Il faut aussi avoir à l'esprit les personnes pour lesquelles l'accès est particulièrement inéquitable. Par exemple, des mesures spécifiques peuvent être

nécessaires pour faire participer les *jeunes* HSH et les *femmes* consommatrices de drogues injectables. Le NSWP⁸⁵ souligne l'importance de la participation des travailleurs du sexe à l'élaboration des politiques et aux réunions de planification qui orienteront la mise en place de tous les nouveaux outils de prévention. Comme il est indiqué, « *en l'absence d'une telle participation, on ne peut ni garantir l'impact positif des nouvelles technologies pour la prévention ni réduire au minimum les effets négatifs* ». Pour qu'une telle participation ait effectivement lieu, il faut à la fois : mettre des ressources à la disposition des organisations de travailleurs du sexe en vue de leur assurer un niveau de capacité suffisant pour élaborer de nouveaux outils ; convaincre les décideurs que la participation de groupes de travailleurs du sexe est essentielle à la réalisation des objectifs de santé publique.

53. Comme on l'observe dans **l'étude de cas Etude de cas 5** (Annexe 1), la nouvelle situation concernant le traitement souligne la nécessité d'exploiter au maximum, mais aussi de continuer à renforcer, les structures existantes pour les populations les plus touchées par le VIH, comme celles relevant du Fonds mondial. Parallèlement, le développement et la mise en œuvre plus avant des Lignes directrices 2013 sur le traitement devraient – en respectant les principes qu'elles promeuvent – reposer sur des consultations véritables, larges et approfondies, et constantes, avec les communautés. Par exemple, il faudrait aller au-delà de la représentation internationale et nationale et chercher à faire participer des membres communautaires 'sur le terrain'. Il faudrait aussi reconnaître que souvent, dans les forums de personnes vivant avec le VIH, les expériences particulières de groupe comme les travailleurs du sexe vivant avec le VIH ne sont pas mises en lumière⁸⁶.

FACTEUR DÉTERMINANT 5 : CAPACITÉ TECHNIQUE

Message essentiel : Des informations bien coordonnées, appropriées et de haute qualité ainsi qu'un appui technique sont essentiels pour : permettre aux groupes des populations les plus touchées par le VIH de jouer pleinement leur rôle dans le traitement, la prise en charge et le soutien ; et aider toutes les parties prenantes à reconfigurer des ripostes nationales au VIH qui mettront fin au 'manque d'équité' - par exemple, par le biais de la mise en œuvre, reposant sur les besoins et fondés sur les droits, des Lignes directrices 2013 et du TasP . Le rôle fondamental et important que jouent les organisations et les réseaux des populations les plus touchées par le VIH dans la fourniture de l'appui technique doit être reconnu, respecté et financé.

54. La réalisation des multiples possibilités indiquées dans ce rapport – comme la mise en œuvre des Lignes directrices 2013 sur le traitement et l'application de l'approche de l'investissement - nécessite non seulement un appui financier et politique, mais aussi des capacités techniques. En premier lieu, il faut disposer **d'informations claires** sur les faits nouveaux concernant le traitement et leurs conséquences pour les populations les plus touchées par le VIH. Actuellement, les parties prenantes indiquent que les membres des communautés vivant avec le VIH – en particulier celles qui ne participent pas directement à la mobilisation nationale ou mondiale – savent peu de choses des décisions cruciales qui sont prises et des stratégies élaborées qui influenceront sur leur vie. Il est nécessaire de disposer de versions abrégées des longs documents disponibles à l'échelle mondiale, ainsi que des outils pratiques – comme ceux élaborés pour mettre en œuvre des programmes complets pour les travailleurs du sexe⁸⁷ – afin d'aider en particulier les populations les plus touchées par le VIH à mettre en œuvre les initiatives recommandées.

55. Outre les informations, il faut un **appui technique** bien coordonné, adapté et de haute qualité pour aider toutes les parties prenantes concernées à reconfigurer les ripostes nationales au VIH afin de mieux : collecter les données pertinentes et de mieux 'connaître son épidémie'; mettre en place un investissement pour élaborer des programmes en faveur des populations les plus touchées par le VIH ; mettre en œuvre les Lignes directrices 2013

sur le traitement d'une manière qui respecte les droits de l'homme et comble le 'manque d'équité'. Il y a une réelle préoccupation quant au fait que les stratégies d'appui technique, les programmes et les provisions ne suivent pas le rythme du traitement et ne répondent pas aux besoins actuels, sans parler des besoins futurs, dans ce domaine.

56. De plus, un appui technique est nécessaire pour permettre aux groupes de et œuvrant pour les populations les plus touchées par le VIH de jouer pleinement leur rôle en ce qui concerne les processus décisionnels, la programmation et la mobilisation pour le traitement, la prise en charge et le soutien. Comme l'indiquent les conclusions d'une consultation tenue en 2013 par l'ONUSIDA sur le rôle des systèmes communautaires pour élargir l'accès au traitement⁸⁸, cet appui devrait être fourni dans le cadre du renforcement des systèmes communautaires (**RSC**) – un cadre conçu pour reconnaître, élaborer et soutenir les différents rôles que jouent les communautés, y compris les populations les plus touchées par le VIH, dans la conception, la fourniture, le suivi et l'évaluation de services et d'activités liées au VIH et pour d'autres questions sanitaires. Le RSC se fonde sur six modules⁸⁹ et éclaire les activités d'un nombre croissant d'organismes, y compris les activités faisant partie de l'ensemble des politiques favorables au secteur des communautés du Fonds mondial.
57. Le RSC est une réponse à une réalité selon laquelle les services communautaires n'existent pas par hasard, les organisations de et œuvrant pour les populations les plus touchées par le VIH manquant souvent de ressources (financières, techniques, humaines, etc.) pour répondre aux besoins qu'elles ne connaissent que trop bien. Néanmoins, des difficultés se posent. Selon un document de travail produit en 2013 par le Fonds mondial sur le RSC et les populations les plus touchées par le VIH⁹⁰, des ambiguïtés persistent sur ce qu'implique ce cadre et certains gouvernements et responsables du secteur de la santé sont toujours sceptiques à ce sujet. Les parties prenantes communautaires restent préoccupées par la façon dont le RSC sera pleinement intégré et opérationnalisé dans le nouveau modèle de financement du Fonds mondial – les stratégies multiples se faisant concurrence dans les propositions nationales. En outre, on s'inquiète de savoir si le RSC portera sur autre chose que les programmes, à savoir sur la participation des populations les plus touchées par le VIH aux structures locales et nationales de décision⁹¹.
58. Par exemple, pour renforcer les systèmes communautaires et participer à la mise en œuvre des Lignes directrices 2013 sur le traitement et le développement plus avant de le TasP, les populations les plus touchées par le VIH auront probablement besoin d'un appui technique dans des domaines tels que : mobilisation ; planification financière ; programmes liés aux droits de l'homme ; gestion de la chaîne d'approvisionnement ; et mobilisation des ressources. Parallèlement, les parties prenantes soulignent qu'un appui plus large et de meilleure qualité est nécessaire, en ce qui concerne la coordination, la qualité et l'adéquation pour les populations les plus touchées par le VIH. À ce jour, ces groupes ont souvent jugé difficile d'identifier et/ou d'obtenir le type d'appui remplissant leurs besoins.
59. L'appui technique doit être nuancé et ne doit pas être fourni sous une forme unique. Par exemple, dans certains contextes, certains groupes œuvrant pour des communautés comme les CDI sont peut-être encore nouveaux, et ont moins de capacités et d'outils de formation et de lignes directrices à leur disposition que d'autres communautés (comme les travailleurs du sexe). À ce titre, ils peuvent avoir besoin d'un appui important pour pouvoir jouer un rôle actif. Il faut aussi reconnaître que bien souvent, les organisations et réseaux des populations les plus touchées par le VIH, et la société civile d'une manière plus générale, font également office de prestataires d'appui technique hautement efficaces – dont les activités sont souvent insuffisamment financées et reconnues. En l'absence de reconnaissance et de financement appropriés, la viabilité du rôle essentiel que jouent les organisations des populations les plus touchées par le VIH, pour ce qui est des

compétences et de l'appui particuliers et uniques qu'elles apportent à leurs membres, à l'ONUSIDA, aux Coparrainants, aux gouvernements nationaux et aux partenaires demeure fragile.

IV. CONCLUSIONS

60. Le Rapport du représentant des ONG 2013 a confirmé que, dans le monde pré et post agenda 2015, il est fondamental de profiter de la dynamique en faveur du traitement, de la prise en charge et du soutien liés au VIH. Les multiples initiatives et possibilités sont sincèrement les bienvenues. Le rapport a fait valoir que la future trajectoire du traitement ne devrait pas être seulement une question d'échelle mais devrait porter sur l'équité. Les populations les plus touchées par le VIH ne doivent pas être laissées pour compte.
61. Le 'manque d'équité' est réel, il est important et complexe. Il constitue une menace pour la santé, les droits et la vie de millions de personnes issues des populations les plus touchées par le VIH dans le monde. Il pose de nombreux défis, parfois tenaces, dans la riposte au VIH et ne peut pas être résolu rapidement. Ce problème exige plutôt une action concertée à propos des cinq facteurs déterminants présentés ici. Aucun n'est optionnel. En l'absence d'action, les initiatives internationales existantes – de la Déclaration politique sur le VIH/sida aux Lignes directrices 2013 sur le traitement en passant par le Traitement 2015 – resteront lettre morte et ne se traduiront pas dans les faits pour ces communautés. Une action appliquée sans respecter les droits, pourrait même exacerber le 'manque d'équité' au lieu de le surmonter.
62. Le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA est particulièrement bien placé pour mener une action visant à combler le 'manque d'équité' et assurer l'appui politique, financier et technique nécessaire pour faire respecter les droits des travailleurs du sexe, des HSH, des personnes transsexuelles et des CDI à accéder pleinement et équitablement au traitement, à la prise en charge et au soutien.

V. RECOMMANDATIONS

63. La délégation des ONG appelle la 33e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA à prendre d'urgence les décisions suivantes :
- 64. Appelle les États membres, l'ONUSIDA et les partenaires à :**
- a. *s'assurer* que toute mise en œuvre/orientation relative aux nouvelles technologies de prévention biomédicale repose sur la participation pleine et significative des populations clés, en garantissant une observance éclairée et volontaire du traitement antirétroviral, et en respectant la diversité des points de vue au sein de ces communautés et entre elles ;
 - b. *s'assurer* que l'impact potentiel du traitement en tant que prévention – dont un nombre croissant d'éléments probants établissent l'intérêt en appui d'une mise sous traitement antirétroviral aussi précoce que possible pour les personnes vivant avec le VIH – sera aligné sur le principe du traitement destiné d'abord et avant tout aux personnes vivant avec le VIH ;
- 65. Lance un appel urgent et prioritaire à l'ONUSIDA, aux Coparrainants et aux partenaires pour :**

- a. *intensifier* l'appui technique coordonné aux gouvernements, à la société civile et aux communautés clés affectées, l'ONUSIDA devant rendre compte périodiquement devant le Conseil de Coordination du Programme de l'amélioration de l'efficacité des interventions d'appui technique au niveau du pays dans les domaines clés, à savoir la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS, la participation des communautés clés affectées et de la société civile aux processus décisionnels, le renforcement des systèmes communautaires et le déploiement du nouveau modèle de financement du Fonds mondial ;
- b. *demander* à l'ONUSIDA et aux États membres de prier l'Assemblée générale des Nations Unies d'organiser une réunion de haut niveau avant septembre 2015 pour évaluer la progression vers les cibles définies dans la Déclaration politique de 2011 et réaffirmer les engagements en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, après 2015 ;
- c. *demander* à l'ONUSIDA d'associer les représentants des populations clés à la planification de la réunion de haut niveau – y compris ceux des communautés que la Déclaration politique de 2011 ne mentionnent pas mais qui restent très touchées par le VIH, spécifiquement la communauté transgenre ;
- d. rappelant les points de décision 7.3, 7.4, 7.5, 7.6 et 7.7 du point 2 de l'ordre du jour du 26^{ème} Conseil de Coordination du Programme, Garantir l'intégration du principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH, et ; rappelant le point de décision 6.1 de la session thématique du 30^{ème} Conseil de Coordination du Programme consacrée à la non-discrimination ; *demande* à l'ONUSIDA et aux États membres de rendre compte, lors du 35^{ème} Conseil de Coordination du Programme, des actions concrètes (soutien pour le renforcement des capacités nationales, fonds décaissés, nouvelles données, recherches et données probantes disponibles, renforcement des environnements propices y compris la réforme des lois et politiques punitives) prises pour mettre en œuvre des programmes étendus afin de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés (y compris des personnes transgenres), à une échelle suffisante pour améliorer la vie des personnes exposées au risque d'infection et des personnes vivant avec le VIH ;

[Annexes suivent]

ANNEXE 1

Etude de cas 1 : Impact de la stigmatisation à l'égard des travailleurs du sexe dans les centres de soins de santé liés au VIH – Zimbabwe

1. Au Zimbabwe, la prévalence du VIH est de 14,7 % pour la population générale⁹², mais de 50% chez les travailleuses du sexe⁹³. Une étude de 2013⁹⁴ montre comment – malgré des services ciblés très fréquentés – des obstacles sociaux et systémiques contribuent à l'inégalité d'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien des travailleurs du sexe vivant avec le VIH. Sur le site de l'étude, moins de la moitié des femmes diagnostiquées séropositives ont été renvoyées vers des services d'évaluation et de mise sous traitement antirétroviral, et 14% seulement ont eu plusieurs rendez-vous. La stigmatisation et la discrimination extrêmement fortes dans les services de santé ordinaires constituent un obstacle particulièrement puissant. Par exemple, un travailleur du sexe de 32 ans a déclaré : *“ elle a ouvert mon dossier et j'ai vu son visage changer immédiatement d'expression ; elle a froncé les sourcils et m'a regardé comme si je la dégoûtais. La première chose qu'elle m'a dit, c'est : “vous êtes prostituée et vous osez venir ici nous faire perdre notre temps et nos médicaments ?”*

Etude de cas 2 : Obstacles aux services pour les HSH et les personnes transsexuelles vivant avec le VIH - Asie-Pacifique

D'ici à 2020, la plupart des nouvelles infections à VIH en Asie – Pacifique seront contractées chez les HSH et les personnes transsexuelles⁹⁵. Une étude de 2011 conduite par le Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH (APN+)⁹⁶ a examiné l'environnement de ces communautés en Inde, en Indonésie, en Malaisie, au Myanmar, au Népal et à Singapour. L'étude a montré que beaucoup de HSH et de personnes transsexuelles vivant avec le VIH rencontrent des difficultés pour accéder aux services liés au VIH, ces difficultés atteignant 78% des cas au Népal. Différents obstacles contribuent à un taux d'accès au traitement antirétroviral de 39 % seulement en Indonésie. Les conclusions de l'étude sont les suivantes :

- L'interaction constante entre les obstacles liés à l'infrastructure et l'environnement socioculturel se répercute sur les choix de soins de santé et l'accès au traitement des HSH et des personnes transsexuelles vivant avec le VIH.
- Révélation non éthique de la sexualité et du statut VIH par le personnel perpétue la méfiance dans les infrastructures locales de soins de santé.
- Normes culturelles puissantes sur la sexualité empêchent la mise à disposition d'informations précises sur le traitement, entraînent la peur de révéler son statut et font augmenter les chances d'un isolement social et de la perte d'un appui social.
- La discrimination et la violence sexiste posent une autre difficulté à l'accès au traitement des personnes transsexuelles.

Etude de cas 3 : Importance des droits de l'homme dans la mise en œuvre des Lignes directrices 2013 sur le traitement et la mise en place du traitement à des fins de prévention (TasP) - Amérique latine et Caraïbes⁹⁷, Europe de l'Est et Asie centrale⁹⁸ et Amérique du Nord⁹⁹

En **Amérique latine et aux Caraïbes**, les populations les plus touchées par le VIH représentent une large part des (respectivement) 1,5 millions et 250 000 personnes vivant avec le VIH¹⁰⁰. Aux Caraïbes, la prévalence du VIH chez les adultes est estimée à 1% - soit un taux supérieur à celui d'autres régions, hors Afrique subsaharienne.

Dans cette région, les parties prenantes aux populations les plus touchées par le VIH soulignent que, si elles sont les bienvenues, les Lignes directrices 2013 sur le traitement ne peuvent pas être mises en œuvre par hasard. Celles-ci exigent un changement radical d'environnement

politique à l'égard des populations les plus touchées par le VIH dans beaucoup de pays de la région – ou les travailleurs du sexe, les HSH, les personnes transsexuelles et les CDI font quotidiennement et systématiquement face à des abus et à des préjugés. Pour réduire de moitié l'épidémie de VIH et permettre à ceux qui vivent avec le VIH d'accéder à des services et à un appui, les pays doivent supprimer les lois répressives et prendre des mesures politiques pour mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence à l'égard de ces communautés. Comme l'a indiqué la Commission mondiale sur le VIH et le droit, dans les pays caribéens où l'homosexualité est pénalisée, près d'un HSH sur quatre est séropositif, alors que ce chiffre est de 1 sur 15 dans les pays où cela n'est pas pénalisé¹⁰¹. Une action politique portant sur ces questions doit être complétée par des efforts renforcés pour garantir que les services ordinaires de traitement, de prise en charge et de soutien respectent les droits de l'homme et englobent les populations les plus touchées par le VIH – afin de combler des lacunes importantes dans la chaîne du traitement, par exemple, fournir le CDV aux travailleurs du sexe et au HSH.

En Europe de l'Est et en Asie centrale, une large proportion des cas de VIH est constatée chez les consommateurs de drogues injectables. Ici, contrairement aux tendances mondiales, le nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida sont en augmentation, avec 1,4 millions de personnes vivant aujourd'hui avec le VIH. En 2012, plus de 20 % des CDI en Ukraine et 50 % en Estonie étaient séropositifs¹⁰².

Dans cette région, les parties prenantes aux populations les plus touchées par le VIH reconnaissent le *potentiel* du traitement à des fins de prévention (TasP), mais s'inquiètent profondément de savoir comment il sera traduit dans la pratique pour les CDI, en l'absence d'appui politique en faveur de ces groupes. On craint que le TasP ne détourne l'attention et les ressources du droit à la réduction des risques, y compris les NSP et le TSO – qui est un droit essentiel, bien qu'il soit prouvé que cela augmente l'efficacité du traitement antirétroviral. Une autre inquiétude concerne le fait que le TasP soit appliqué de manière coercitive, et comme le décrit une partie prenante, sera de plus en plus *“un processus brutal pour gérer les cas de VIH plutôt qu'une forme d'appui aux personnes* . Cet aspect est particulièrement important car ces communautés reçoivent traditionnellement des médicaments de mauvaise qualité et sont stigmatisées dans les centres de santé. Un représentant des personnes vivant avec le VIH d'Ukraine a déclaré : *“Mon partenaire et moi formons un couple séro-discordant et je n'ai pas infecté mon partenaire, j'ai même pu avoir des enfants sains uniquement grâce au traitement antirétroviral que je suis depuis de nombreuses années J'ai donc conscience de l'importance de cette stratégie Mais je suis catégoriquement opposée à des stratégies coercitives et au fait de contraindre toutes les personnes séropositives de prendre le traitement antirétroviral. Parce que je suis convaincue que tout ce qui est obligatoire a une face hideuse. Il faudrait mettre en place des conseils de haute qualité pour motiver les personnes à choisir volontairement de prendre le traitement antirétroviral en tant que mesure de prévention. C'est une chose d'avoir besoin d'une thérapie pour préserver votre santé et sauver votre vie. C'est tout autre chose lorsqu'on réalise que, dans une large mesure, ces personnes prennent un cocktail chimique désagréable pour ne pas contaminer les autres”*.

En Amérique du Nord, la prévalence du VIH est estimée à 8 % chez les HSH, alors que ce taux n'est que de 0,5 % pour la population générale. La région compte au total 1,3 millions de personnes vivant avec le VIH¹⁰³.

Dans cette région, les parties prenantes s'inquiètent du fait que les populations les plus touchées par le VIH sachent peu de choses sur le TasP. Les informations qui existent sont souvent confuses voire contradictoires. On reconnaît cependant que le TasP pourrait offrir une option *additionnelle* utile de prévention du VIH, en particulier concernant les personnes pour lesquelles le préservatif n'est pas adapté. D'une manière générale, on s'inquiète du fait que la stratégie réduise l'accès universel au traitement, à la prise en charge et au soutien des

personnes vivant avec le VIH - en ne parvenant pas à surmonter les inégalités existantes en matière d'accès. Beaucoup de parties prenantes se demandent si le TasP est une ambition appropriée, dans un contexte où le traitement antirétroviral n'est actuellement pas disponible pour toutes les personnes vivant avec le VIH et où beaucoup de membres de ces communautés, en particulier les jeunes, n'ont pas la capacité ou la possibilité de prendre des décisions en toute connaissance de cause concernant leur traitement. Comme le résume Ginny Shubert, Consultant en programmes et recherche sur le VIH : *“le traitement à des fins de prévention ne marchera pas aux États-Unis tant que des ressources ne seront pas consacrées aux besoins élémentaires de subsistance de chaque personne vivant avec le VIH. Nous ne pourrions simplement pas éliminer le virus à grande échelle, tant que le sans-abrisme, la faim et l'extrême pauvreté continueront à rendre difficile voir impossible pour beaucoup de personnes vivant avec le VIH d'accéder et d'observer des soins liés au VIH respectant des standards cliniques. Pour les personnes séropositives qui luttent simplement pour trouver un endroit sûr pour dormir et de la nourriture - ou qui ne peuvent pas accéder à des services de réduction des risques ou un traitement lié à des problèmes de santé comportementale - le TasP n'est tout simplement pas adapté à leur vie quotidienne.”*

Etude de cas 4 : Accès au dépistage, au traitement, à la prise en charge et au soutien communautaires des travailleurs du sexe – Asie-Pacifique¹⁰⁴

En Asie-Pacifique, la plupart des 5 millions environ des personnes vivant avec le VIH sont issues des populations les plus touchées par le VIH¹⁰⁵, y compris des travailleurs du sexe femmes, hommes et transsexuels.

Dans cette région, les parties prenantes aux populations les plus touchées par le VIH indiquent comment le CDV communautaire peut jouer un rôle vital pour renforcer l'appui fourni aux travailleurs du sexe vivant avec le VIH. Cela peut entre autres choses : augmenter le nombre de places et de lieux pour le dépistage ; renforcer la qualité du conseil ; et, en temps utile, améliorer l'observance et le maintien en ce qui concerne le traitement, la prise en charge et le soutien. Néanmoins, des défis restent à relever. Le CDV pour et par les travailleurs du sexe bénéficie souvent d'un faible appui ou financement. Lorsqu'il existe, il n'y a souvent pas de services de suivi pour le traitement, la prise en charge et le soutien des personnes diagnostiquées séropositives. En conséquence, les membres des communautés sont contraints de recourir à des services publics – qui ne disposent généralement pas des connaissances ou des compétences pour répondre aux besoins et aux droits des travailleurs du sexe. La stigmatisation (liée à la fois au commerce du sexe et au VIH) demeurent élevée – ce qui met en évidence le besoin de disposer de services de dépistage, de traitement, de prise en charge et de soutien pour pouvoir respecter un haut niveau de sécurité et de confidentialité.

Dans cette région, le CDV communautaire pourrait être accru au moyen d'un financement et d'un appui technique fourni à des groupes locaux de travailleurs du sexe pour renforcer leurs capacités et leur permettre de fournir eux-mêmes des services. Cela pourrait garantir une continuité – et non des services séparés - entre le CDV et le traitement, la prise en charge et le soutien, dans la mesure où de des professionnels de santé travailleurs du sexe/éducateurs par les pairs auront été formés dans le domaine de l'observance du traitement antirétroviral et de l'appui psychosocial. Il est essentiel que ces programmes soient accompagnés par des changements dans les lois et politiques nationales – pour appuyer (et non pénaliser) les travailleurs du sexe et permettre le CDV, le traitement, la prise en charge et le soutien d'être fournis dans et par leurs communautés. À cette fin, il est essentiel que l'ONUSIDA remplisse son rôle de principal partenaire technique du Fonds mondial, il s'agit de : coordonner et fournir un appui technique pour offrir des services communautaires de CDV, traitement, prise en charge et soutien ; veiller à ce qu'il y ait des sièges pour les populations les plus touchées par le VIH au sein des Mécanismes de coordination dans les pays (CCM) ; appuyer l'accès de ces représentants à la formation ; et plaider en faveur de l'inclusion de services communautaires de CDV, traitement, prise en charge et soutien pour les populations les plus touchées par le VIH

dans les propositions nationales. L'ONUSIDA devrait identifier et promouvoir d'autres modèles fondés sur des données probantes de services communautaires pour les populations les plus touchées par le VIH – en proposant des études de cas qui démontrent l'efficacité, ainsi que des outils pratiques sur 'ce qui fonctionne'. L'ONUSIDA devrait aussi profiter de son leadership pour plaider en faveur des droits des communautés, comme les travailleurs du sexe, auprès des gouvernements, et de la valeur des initiatives communautaires, et de l'investissement dans celles-ci, pour les appuyer. Le plaidoyer devrait aussi appeler les gouvernements et les donateurs à mettre fin aux politiques et aux pratiques qui s'attachent au *nombre* de populations les plus touchées par le VIH recevant le CDV et non à la *qualité* des services fournis et au suivi.

Etude de cas 5 : Participation des populations les plus touchées par le VIH aux mécanismes de coordination dans les pays (CCM) du Fonds mondial

Un rapport du Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO)¹⁰⁶ en 2013 examine la participation de la société civile, y compris des populations les plus touchées par le VIH, aux CCM, dans le cadre du nouveau modèle de financement du Fonds mondial. Il conclut que, si la participation de la société civile continue à être encouragée en tant que condition préalable au bon fonctionnement des CCM, dans la pratique, ce secteur a souvent peu les moyens d'influencer le processus de décision. L'ICASO recommande, alors que le Fonds mondial réexamine les moyens de collaborer avec la société civile et les populations les plus touchées par le VIH, d'établir de solides mécanismes de responsabilisation en vue d'une participation significative de ces secteurs aux CCM. Il faudrait aussi établir par ordre de priorités des moyens de combler les lacunes en matière d'information et de capacités, par exemple, par un appui technique des représentants des populations les plus touchées par le VIH pour leur permettre de fonctionner et de rendre compte efficacement, et de parvenir à un consensus au sein de leurs mandants.

ANNEXE 2: Participants aux entretiens et aux discussions de groupes

Les listes suivantes sont les listes des participants aux entretiens et aux discussions de groupe conduits par la délégation des ONG pour élaborer le rapport du représentant des ONG 2013.

Nom	Organisation/Pays/Région
Asie-Pacifique :	
1. Thaïlande	Global Action for Trans Equality (basée à Bangkok)
2. Malaisie	Asia Pacific Network of Sex Workers
3. Thaïlande	Asia Pacific Network of Sex Workers
Europe	
4. Ukraine	Eurasian Network of People Who Use Drugs (ENPUD)
5. Russie	Andrey Rylkov Foundation, Russie
6. Moldova	Credinta, Moldova
7. Russie	Project "April", Russie
8. Ukraine	Association of Participants of Opioid Substitution Treatment (ASTAU), Ukraine
9. Ukraine	Right to Life, Ukraine
10. Georgie	Awakening Power, Georgie
11. Russie	Eurasian Network of People Who Use Drugs (ENPUD), Russie
12. Moldova	Pulse, Moldova
13. Royaume-Uni	International Drug Policy Consortium, Royaume-Uni
14. Pays-Bas	The Correlation Project, Pays-Bas
15. Danemark	AIDS-Fondet, Danemark
16. Pays-Bas	AIDS Foundation East-West (AFEW), Pays-Bas
Amérique latine et Caraïbes :	
17. Brésil	Grupo de Incentivo À Vida and ABIA, Brésil
18. Guatamala	ITPC, Guatemala
19. Pérou	Independent Consultant, Pérou
20. Argentine	International HIV Alliance, Argentine
21. Trinité-et-Tobago	Caribbean Network of People Living with HIV, Trinité-et-Tobago
Afrique	
22. Namibie	Positive Vibes, Namibie
23. Zambie	Friends Of Rainka, Zambie
24. Kenya	ISHTAR, Kenya
25. Kenya	ISHTAR, Kenya
26. Cameroun	Anon
Amériaue du Nord :	
27. USA	Anon
28. USA	USA
29. USA	USA
30. USA	HIV Research and Programs Consultant, USA
31. USA	Treatment Action Group (TAG), USA
32. USA	via Housing Works
33. USA	via Housing Works
34. USA	via Housing Works
Niveau mondial	
35. Kenya	International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), Kenya
36. Kenya	International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), Kenya
37. USA	Global Action for Trans Equality (GATE)

38. Royaume-Uni	International Network of People Who Use Drugs (INPUD)
39. Ecosse	Global Network of Sex Work Projects (NSWP)
40. USA	Global Forum on MSM (MSMGF)

ANNEXE 3 : Références

¹ Terme tiré de: *The Treatment 2.0 Framework for Action: Catalysing the Next Phase of Treatment, Care and Support*, OMS et ONUSIDA, 2011.

² Sauf indication contraire, toutes les informations relatives aux Lignes directrices 2013 sont tirées de : *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Juin 2013 ; et **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

³ *A results-based framework that emphasises: speed in scaling-up; enhanced strategic focus (to intensify scale-up in key geographic areas and populations); and innovation in programme planning and service delivery*. Lancé par l'ONUSIDA, l'OMS, le PEPFAR, le Fonds mondial et autres . *Traitement 2015*, ONUSIDA, 2013.

⁴ *The Treatment 2.0 Framework for Action: Catalysing the Next Phase of Treatment, Care and Support*, OMS et ONUSIDA, 2011.

⁵ *Investing for Results. Results For People: A People-Centred Investment Tool Towards Ending AIDS*, ONUSIDA, 2012; *How Can We Get To Zero? The Potential Contribution of Treatment*, Peter Godfrey-Faussett and Bernhard Schwartlander, ONUSIDA, OMS Satellite Symposium, Kuala Lumpur, 30 juin 2013.

⁶ *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, 8 juillet 2011.

⁷ OMD 6: *Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies*.

<http://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>

⁸ *Nouveau modèle de financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Document pour la quatrième reconstitution des ressources (2014-2016) du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, avril 2013.

⁹ *Plan d'action du PEPFAR : Créer une génération sans sida*, PEPFAR, 2012.

¹⁰ **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

¹¹ *Rapport mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, 2013.

¹² Remarque : en appliquant les Lignes directrices 2013, la couverture du traitement antirétroviral dans les apys à revenu faible et intermédiaire représentait 34% des 28,3 millions de personnes éligibles en 2013. *Traitement 2015*, ONUSIDA, 2013.

¹³ *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, 2013.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ *Examining Prevalence of HIV Infection and Risk Factors Among Female Sex Workers And Men Who Have Sex With Men in Swaziland*, USAID Project. Baral S et al, 2013.

¹⁶ Couverture selon les Lignes directrices 2010 de l'OMS. *Rapport mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, 2013.

¹⁷ Fait référence aux personnes vivant avec le VIH dont on connaît le mode de transmission. *Global Update on HIV Treatment 2013: Results, Impact and Opportunities*, Dr Gundo Weiler, Strategic Information and Planning Department of HIV, IAS 2013, OMS Satellite at IAS 2013, 30 juin 2013.

¹⁸ Altice and colleagues cited in *Time to Act: A Call for Comprehensive Responses to HIV in People who Use Drugs*, Prof. Chris Beyrer, MD, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, MD, Michel Kazatchkine, MD, Michel Sidibe, MEc, and Prof. Steffanie A Strathdee, PhD, Lancet. 14 août 2010 ; 376(9740): 551–563. doi:10.1016/S0140-6736(10)60928-2, 14 août 2010.

¹⁹ *HIV In People Who Use Drugs 6: People Who Use Drugs, HIV, And Human Rights*, Ralf Jürgens, Joanne Csete, Joseph J Amon, Stefan Baral, Chris Beyrer, Lancet 2010; 376: 475–485, 20 juillet 2010.

²⁰ *Treatment Access for Positive MSM in the Asia Pacific*, APN+, 2013.

²¹ *Access to HIV Prevention and Treatment for Men Who Have Sex with Men: Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study (GMHR)*, The Global Forum on MSM and HIV, 2012.

²² Discussion de groupes et entretiens conduits avec les principales communautés affectées en Amérique du Nord aux fins de l'élaboration du Rapport du représentant des ONG 2013.

²³ **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités**, OMS en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

²⁴ **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités**, OMS en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

²⁵ *Rapport du représentant des ONG du CCP*, 26^{ème} réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse 22-24 juin 2010.

²⁶ *Rapport du représentant des ONG du CCP*, 29^{ème} réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, 13-15 décembre 2011.

²⁷ *Rapport du représentant des ONG du CCP*, 30^{ème} réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, 5-7 juin 2012.

²⁸ *Traitement 2015*, ONUSIDA, 2013.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Long-Term Virological, Immunological And Mortality Outcomes In A Cohort Of HIV-Infected Female Sex Workers Treated With Highly Active Antiretroviral Therapy in Africa*, Huet C et al. BMC Public Health, 2011, 11:700, 2011.

³¹ *A Review Of Barriers and Facilitators Of HIV Treatment Among Injection Drug Users*, Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JS. AIDS 2008; 22: 1247–56, 2008.

³² *Prevention and Treatment of HIV And Other Sexually Transmitted Infections For Sex Workers In Low- And Middle-Income Countries: Recommendations For A Public Health Approach*, OMS, FNUAP, ONUSIDA et NSWP, 2012.

³³ *Antiretroviral Therapy among Transgender Women Living with HIV*, Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 21:256–264, 2010, cité dans **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités**, OMS en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

³⁴ **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités**, OMS en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

³⁵ Entretiens conduits aux fins de l'élaboration du Rapport du représentant des ONG 2013 avec Ruth Morgan Thomas, *Global Network of Sex Work Projects*.

³⁶ Obstacles identifiés lors des entretiens et des discussions de groupes dans toutes les régions aux fins de l'élaboration du Rapport du représentant des ONG 2013. Tiré aussi de plusieurs autres sources : *Overlooked, Ignored, Forgotten: HIV and Basic Rights of Transgender People in Asia and the Pacific*, APCOM, APTN et AusAid, 2013. *Fostering Evidence-Based HIV Programming For Men Who Have Sex With Men (MSM) in Sub-Saharan Africa: Meeting Report*, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, OMS et Anova Health Institute, avril 2013. *Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections For Sex Workers In Low- And Middle-Income Countries: Recommendations For A Public Health Approach*, OMS, FNUAP, ONUSIDA et NSWP, 2012. *HIV In People Who Use Drugs 6: People Who Use Drugs, HIV, And Human Rights*, Ralf Jürgens, Joanne Csete, Joseph J Amon, Stefan Baral, Chris Beyrer, Lancet 2010; 376: 475–485, July 20 2010. *A Review Of Barriers And Facilitators Of HIV Treatment Among Injection Drug Users*, Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JS. AIDS 2008; 22: 1247–56, 2008. *Missing the Target: 10, Communities and the Treatment 2.0 Initiative: Delivering on the Next Treatment Scale-up*, ITPC, October 2012. *Treatment 2015*, ONUSIDA, 2013. *Paradoxes in Antiretroviral Treatment For Injecting Drug Users: Access, Adherence And Structural Barriers In Asia And The Former Soviet Union*, Daniel Wolfe, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, International Journal of Drug Policy 18 (2007) 246–254, 2007. *A Review of Barriers and Facilitators of HIV Treatment among Injection Drug Users*, Wood E, Kerr T, Tyndall MW,

Montaner JS. *AIDS* 2008; 22: 1247–56, 2008. Altice and colleagues cited in *Time to Act: A Call for Comprehensive Responses to HIV in People who Use Drugs*, Prof. Chris Beyrer, MD, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, MD, Michel Kazatchkine, MD, Michel Sidibe, MEc, and Prof. Steffanie A Strathdee, PhD, *Lancet*. 2010 August 14; 376(9740): 551–563. doi:10.1016/S0140-6736(10)60928-2, August 14 2010. *Technical Paper: Review of Training and Programming Resources on Gender-Based Violence against Key Populations*, Middleton Lee S, USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-Two, Task Order 2 and the International HIV/AIDS Alliance, Arlington, VA; 2013. *Delivery and Beyond: The Multiple and Integral Roles of Community Systems in HIV Treatment Expansion: Discussion Paper for the Consultation of Strengthening Community Systems for Treatment Expansion*, ONUSIDA, 21-22 juin 2013, Consultant indépendant pour l'ONUSIDA, juin 2013. **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013. *Improving Access of Key Populations to Comprehensive HIV Health Services Towards a Caribbean Consensus*, PAHO, 2011. *Sex Work, HIV and Access to Health Services in Namibia: National Meeting Report and Recommendations*, ONUSIDA, FNUAP, SFH et ASWA, 2011. *Negotiating Positive Living: A 10-Country Study by APN+ on Issues Facing HIV-Positive MSM in the Asia Pacific*, juillet 2011. *Asia Regional Workshop On HIV Programming For Men Who Have Sex With Men (MSM) And Transgendered Persons (TG): HIV Prevention, Care, And Treatment For MSM and TG: A Review Of Evidence-Based Findings And Best Practices*, August 2012, PEPFAR and USAID, December 2012. *Personal, Interpersonal And Structural Challenges To Accessing HIV Testing, Treatment And Care Services Among Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men and Transgenders in Karnataka State, South India*, Beattie TS, Bhattacharjee P, Suresh M, Isac S, Ramesh BM, Moses S, *Journal of Epidemiology Community Health*, October 2012. *NSWP Briefing Paper: The Voices and Demands of Positive Sex Workers*, NSWP, 2013. *Worldwide Burden Of HIV In Transgender Women: A Systematic Review And Meta-Analysis*, Stefan D Baral, Tonia Poteat, Susanne Strömdahl, Andrea L Wirtz, Thomas E Guadamuz and Chris Beyrer, *The Lancet* Vol 13, March 2013. *Treatment Access for Positive MSM in the Asia Pacific*, APN+, 2011. *Achieving Treatment Access Targets through Effective Engagement of Community Systems*, projet de rapport d'une consultation organisée par l'ONUSIDA les 21 et 22 juin 2013.

³⁷ Encourage les Etats membres : « Réaffirmons notre volonté de nous acquitter de nos obligations s'agissant de promouvoir le respect universel et la protection de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales de chacun conformément à la Charte, à la Déclaration universelle des droits de l'homme et à d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme et au droit international, et soulignons l'importance des valeurs culturelles, éthiques et religieuses, le rôle capital de la famille et de la communauté, en particulier le rôle capital des personnes vivant avec le VIH ou touchées par celui-ci, y compris leur famille, et la nécessité de tenir compte des particularités de chaque pays s'agissant de soutenir l'action nationale de lutte contre le VIH et le sida, d'aider toutes les personnes vivant avec le VIH, d'oeuvrer à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en la matière et de renforcer les systèmes de santé, en particulier de santé primaire ». *Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida*, Assemblée générale des Nations Unies, 8 juillet 2011.

³⁸ States that "every person who needs HIV treatment should receive it". *Traitement 2015*, ONUSIDA, 2013.

³⁹ *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Juin 2013 .

⁴⁰ **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

⁴¹ *Community Consultation to Inform the 2013 WHO Consolidated ARV Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection*, International HIV/AIDS Alliance and GNP+, September 2013.

⁴² **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

⁴³ *Achieving an AIDS-Free Generation for Gay Men and Other MSM in Southern Africa*, amfAR and Johns Hopkins School of Public Health, 2013.

⁴⁴ *Researching the Use of ARVs for Treatment and Prevention in Key Populations*, article on Global Consultation sponsored by International AIDS Society and World Health Organisation, 29 June 2013.

⁴⁵ *GNP+ Position Paper: ART for Prevention*, GNP+, July 2012.

⁴⁶ *Articulating a Rights-Based Approach To HIV Treatment And Prevention Interventions*, Barr D, Amon JJ and Clayton M, *Current HIV Research*, 9(6):396-404, September 2011.

⁴⁷ *Asia Regional Workshop On HIV Programming For Men Who Have Sex With Men (MSM) And Transgendered Persons (TG): HIV Prevention, Care, And Treatment For MSM And TG: A Review Of Evidence-Based Findings And Best Practices, August 2012*, PEPFAR and USAID, December 2012.

⁴⁸ *New Prevention Technologies and their Implications for Sex Workers: Briefing Paper*, NSWP.

⁴⁹ C. Overs (2011), *Treatment as Prevention: How Might the Game Change For Sex Workers?* Paulo Longo Research Initiative Newsletter, 1. Online at <http://www.plri.org/newsletter/newsletter-number-1>

⁵⁰ *Rapport mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, 2013.

⁵¹ **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

⁵² *HIV Prevention, Treatment, And Care Services For People Who Inject Drugs: A Systematic Review Of Global, Regional, And National Coverage*, Bradley M Mathers, Louisa Degenhardt, Hammad Ali, Lucas Wiessing, Matthew Hickman, Richard P Mattick, Bronwyn Myers, Atul Ambekar, Steff anie A Strathdee, for the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use*, *Lancet* 2010; 375: 1014–28, Published Online, March 1, 2010.

⁵³ **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

⁵⁴ *Traitement 2015*, ONUSIDA, 2013.

⁵⁵ *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Juin 2013.

⁵⁶ **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

⁵⁷ *The Global HIV Epidemics among Sex Workers*, Banque mondiale, FNUAP et Ecole de santé publique Johns Hopkins Bloomberg.

⁵⁸ *The Treatment 2.0 Framework for Action: Catalysing the Next Phase of Treatment, Care and Support*, OMS et ONUSIDA, 2011.

⁵⁹ *How Can We Get To Zero? The Potential Contribution of Treatment*, Peter Godfrey-Faussett and Bernhard Schwartlander, et ONUSIDA , *OMS Satellite Symposium, Kuala Lumpur, 30 June 2013*

⁶⁰ *Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches*, Amitabh B. Suthar, Nathan Ford, Pamela J. Bachanas, Vincent J. Wong, Jay S. Rajan, Alex K. Saltzman, Olawale A Jose, Ade O. Fakoya, Reuben M. Granich, Eyerusalem K. Negussie and Rachel C. Baggaley, *PLOS Medicine*, Volume 10 Issue 8, August 2013.

⁶¹ *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, Juin 2013.

⁶² **Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, juin 2013.

⁶³ *Traitement 2015*, ONUSIDA, 2013.

⁶⁴ *Community Consultation to Inform the 2013 WHO Consolidated ARV Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection*, International HIV/AIDS Alliance and GNP+, septembre 2013.

⁶⁵ *Barriers to Free Antiretroviral Treatment Access For Female Sex Workers In Chennai, India*. Chakrapani V, Newman PA, Shunmugam M, Kurian AK, Dubrow R. *AIDS Patient Care & STDs*. 2009; 23:973–980. [PubMed: 19821725]

⁶⁶ **Le point 2013 de l’OMS sur le traitement de l’infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités, OMS** en partenariat avec l’UNICEF et l’ONUSIDA, juin 2013.

⁶⁷ *Kaiser/ONUSIDA Study Finds No Real Change in Donor Funding for HIV*, Press Release, ONUSIDA and the Kaiser Family Foundation, 24 septembre 2013.

⁶⁸ *Rapport de la journée mondiale de lutte contre le sida de l’ONUSIDA : 2012*, ONUSIDA, 2012.

⁶⁹ Cité dans : *Time to Act: A Call for Comprehensive Responses to HIV in People who Use Drugs*, Prof. Chris Beyrer, MD, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, MD, Michel Kazatchkine, MD, Michel Sidibe, MEc, and Prof. Steffanie A Strathdee, PhD, *Lancet*. 2010 August 14; 376(9740): 551–563. doi:10.1016/S0140-6736(10)60928-2, August 14 2010.

⁷⁰ *Achieving an AIDS-Free Generation for Gay Men and Other MSM in Southern Africa*, amfAR and Johns Hopkins School of Public Health, 2013.

⁷¹ *Strategic Investments at The Country Level: A Progress Report*, Rapport pour la 31e réunion du Conseil de coordination du programme de l’ONUSIDA, novembre 2012.

⁷² *Nouveau modèle de financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Document pour la quatrième reconstitution des ressources (2014-2016) du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, avril 2013.

⁷³ Objectif stratégique 3 de la stratégie 2012-16 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

⁷⁴ For example: *Applying the Investment Framework in Concentrated Epidemics: Civil Society Consultation on Community Mobilisation: Bangkok Consultation*, ONUSIDA, International Civil Society Support and partners, septembre 2012.

⁷⁵ *Applying the Investment Framework in Concentrated Epidemics: Civil Society Consultation on Community Mobilisation: Bangkok Consultation*, ONUSIDA, International Civil Society Support and partners, septembre 2012.

⁷⁶ *Letter to Bernhard Schwartländer, Director, Evidence, Policy and Reporting*, ONUSIDA, UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work, 26 Juillet 2011.

⁷⁷ *Discussion Paper: What is the Investment Framework for HIV/AIDS and What Does It Mean for the Alliance?*, Alliance internationale sur le VIH/sida, Août 2011.

⁷⁸ Altice and colleagues cited in *Time to Act: A Call for Comprehensive Responses to HIV in People who Use Drugs*, Prof. Chris Beyrer, MD, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, MD, Michel Kazatchkine, MD, Michel Sidibe, MEc, and Prof. Steffanie A Strathdee, PhD, *Lancet*. 2010 August 14; 376(9740): 551–563. doi:10.1016/S0140-6736(10)60928-2, 14 août 2010.

⁷⁹ *Punishing Success!: Impact of the new Global Fund Business Model and Eligibility Criteria on the MENA Region*, CSAT MENA Hub, novembre 2012.

⁸⁰ *Political Leadership On Finance And Pace Of Scale-Up Needed To Realise Full Potential Of Treatment As Prevention*, Keith Alcorn for Aidsmap.com, 30 septembre 2013.

⁸¹ *NSWP Briefing Paper: An Overview of Access to Medicines: “Don’t Trade Our Lives Away!”* NSWP, 2013.

⁸² *Access Challenges for HIV Treatment Among People Living with HIV and Key Populations in Middle-Income Countries: Working Paper*, Sarah Zaidi in partnership with the GNP+, NSWP, INPUD, MSMGF and ITPC, 2013.

⁸³ *Emerging Strategies: A Global Survey of Men Who Have Sex with Men (MSM) and their Health Care*

Providers (Oakland, CA: Global Forum on MSM and HIV), Wilson, P., Santos, G., Herbert, P. and Ayala, G. 2011.

⁸⁴ *The Shifting Global Health Landscape: Implications for HIV/AIDS and Vulnerable Populations: Issue Brief*, amfAR, July 2010.

⁸⁵ *New Prevention Technologies and their Implications for Sex Workers: Briefing Paper*, NSWP.

⁸⁶ *NSWP Briefing Paper: "The Voices and Demands of Positive Sex Workers"*, NSWP.

⁸⁷ *Implementing Comprehensive HIV/STI: Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions*, WHO, ONUSIDA, UNFPA, World Bank and NSWP, 2013.

⁸⁸ *Achieving Treatment Access Targets through Effective Engagement of Community Systems*, Draft Report of Consultation convened by ONUSIDA on 21 – 22 June 2013.

⁸⁹ The building blocks are: 1. Enabling environments and advocacy; 2. Community networks, linkages, partnerships and coordination; 3. Resources and capacity building; 4. Community activities and service delivery; 5. Organizational and leadership strengthening; and 6. Monitoring and evaluation and planning. *Community Systems Strengthening and Key Populations: A Policy Discussion Paper*, Global Forum on MSM and HIV, September 2013.

⁹⁰ *Community Systems Strengthening and Key Populations: A Policy Discussion Paper*, Global Forum on MSM and HIV, September 2013.

⁹¹ *Community Consultation to Inform the 2013 WHO Consolidated ARV Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection*, International HIV/AIDS Alliance and GNP+, September 2013.

⁹² ONUSIDA 2012; <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/zimbabwe/>

⁹³ *Zimbabwe Country Report: Reporting Period: January 2010-December 2011, Global AIDS Response Progress Report 2012*, Government of Zimbabwe.

⁹⁴ *You Are Wasting Our Drugs: Health Service Barriers To HIV Treatment For Sex Workers In Zimbabwe*, Sibongile Mtetwa, Joanna Busza, Samson Chidiya, Stanley Mungofa and Frances Cowan, BMC Public Health, July 2013.

⁹⁵ *Overlooked, Ignored, Forgotten: HIV and Basic Rights of Transgender People in Asia and the Pacific*, APCOM, APTN and AusAid, 2013.

⁹⁶ *Treatment Access for Positive MSM in the Asia Pacific*, APN+, 2011.

⁹⁷ Case study based on group discussions and interviews carried out for the 2013 NGO Report among community sector stakeholders in Latin America and the Caribbean. Additional information provided by the desk review, including *Identificación de Países de Acción para la Campaña 15 por 15 – por lo Menos*, LACCASO, 2013.

⁹⁸ Case study based on interviews carried out for the 2013 NGO Report among community sector stakeholders in Eastern Europe and Central Asia. Additional information provided by a desk review.

⁹⁹ Case study based on interviews carried out for the 2013 NGO Report among community sector stakeholders in North America. Additional information provided by a desk review.

¹⁰⁰ *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, 2013.

¹⁰¹ *Fact Sheet on HIV and the Law: Risks, Rights & Health*, Global Commission on HIV and the Law.

¹⁰² *Regional Fact Sheet 2012: Eastern Europe and Central Asia*, UNAIDS, 2012.

¹⁰³ *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, 2013.

¹⁰⁴ Case study based on interviews carried out for the 2013 NGO Report among stakeholders from key affected communities in Asia Pacific, with additional information provided by a desk review.

¹⁰⁵ *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, 2013.

¹⁰⁶ *Effective CCMs and the Meaningful Involvement of Civil Society and Key Affected Populations: Lessons Learned in ICASO's Extensive Work Supporting CCMs*, International Council of AIDS Service Organisations, October 2013.