



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 136<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

*Buenos Aires, Argentine, 20-24 juin 2005*

*Point 4.10 de l'ordre du jour provisoire*

CE136/19 (Fr.)

17 mai 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

### **ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA**

L'objectif du présent document est de mettre à jour le Comité exécutif sur les progrès accomplis dans la Région en ce qui concerne l'accès aux soins et au traitement et sur la réalisation des objectifs établis par les Chefs d'État au Sommet spécial des Amériques en 2004, et les objectifs de l'initiative « trois millions d'ici 2005. »

Le document passe en revue les mandats relatifs au VIH/SIDA, incluant les Objectifs de développement pour le Millénaire, deux sessions spéciales de l'Assemblée générale des Nations Unies, le Sommet spécial de Nuevo León au Mexique, l'initiative « trois millions d'ici 2005 », et la résolution CD45.R10 du Conseil directeur. Il discute brièvement d'autres initiatives importantes concernant le VIH/SIDA, dont le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'urgence du Président pour la réduction du SIDA, les « Trois uns » et le travail de la Banque mondiale.

Les progrès dans l'intensification des soins et du traitement en Amérique latine et dans les Caraïbes sont passés en revue, indiquant que l'objectif du Sommet spécial de traiter au moins 600 000 personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale pour 2005 a été réalisé, et même dépassé. Pratiquement tous les pays ont considérablement augmenté la couverture du traitement depuis janvier 2004, lorsque l'engagement a été annoncé. Depuis la résolution CD45.R10 du Conseil directeur, l'OPS a intensifié sa centralisation sur les pays avec un plus grand impact au niveau de ces mêmes pays. Les ressources financières et humaines disponibles à l'OPS sont utilisées en appui technique direct aux pays, afin de renforcer la réponse du secteur de la santé à la pandémie de VIH et faire pendant aux activités en cours dans la Région. Conformément à la résolution CD45.R7 sur l'accès aux médicaments adoptée par le 45e Conseil directeur en 2004, les activités du Fonds de roulement régional pour les fournitures stratégiques de santé publique ont été intensifiées en 2005, en particulier en Amérique centrale et dans les Caraïbes.

Le document décrit également les problèmes critiques et les mesures pour progresser sur la voie de l'objectif de l'accès universel aux soins et au traitement intégrés, dont la prévention, pour tous les pays des Amériques. Ces mesures incluent une brève proposition pour un Plan stratégique régional 2006-2015 d'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement intégrés.

## TABLE DES MATIÈRES

	Page
Objectif du document.....	3
Mandats.....	3
Les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM).....	3
Une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) en juin 2001.....	3
Un Sommet spécial des Amériques à Nuevo León, Monterrey, Mexique.....	3
L'initiative « trois millions d'ici 2005 ».....	4
Résolution CD45.R10 du 45e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).....	4
Autres principaux acteurs .....	4
Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.....	4
Le Plan d'urgence du Président pour la réduction du SIDA (PEPFAR) .....	5
Les Trois uns.....	5
La Banque mondiale .....	6
Progrès accomplis depuis 2003.....	7
Progrès dans la réduction de l'écart de traitement.....	7
Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique.....	8
Problèmes critiques (la réalité derrière les chiffres) .....	9
Inégalités entre pays.....	9
Inégalités à l'intérieur des pays.....	9
Défis dans le secteur de la santé .....	12
Segmentation entre partenaires .....	13
Problèmes de propriété intellectuelle.....	14
La voie de l'avenir .....	14
Stratégies pour résoudre les problèmes critiques.....	14
Proposition d'un Plan stratégique régional pour l'accès universel aux soins.....	17
Annexe : Couverture antirétrovirale dans la Région des Amériques (6 mai 2005)	

## **Objectif du document**

1. L'objectif du présent document est de mettre à jour le Comité exécutif sur les progrès accomplis dans la Région en ce qui concerne l'accès aux soins et au traitement et sur la réalisation des objectifs établis par les Chefs d'État au Sommet spécial des Amériques en 2004, et des objectifs de l'initiative « trois millions d'ici 2005. » Il décrit également les problèmes critiques et les mesures pour progresser sur la voie de l'objectif de l'accès universel aux soins et au traitement intégrés, dont la prévention, pour tous les pays des Amériques.

## **Mandats**

2. Dans la Région Amérique latine et Caraïbes (LAC), il y a plusieurs mandats portant sur le VIH/SIDA. Ces mandats comprennent comme suit :

### ***Les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM)***

3. Parmi les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, le VIH/SIDA a été reconnu comme un problème spécifique requérant une attention spéciale au niveau mondial. L'Objectif 6 porte directement sur le VIH/SIDA : « Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies » et les Objectifs 3 (Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes), 4 (Réduire la mortalité infantile) et 5 (Améliorer la santé maternelle) entrent tous dans le cadre de la réduction du fardeau de la morbidité et la mortalité résultant de l'infection par le VIH.

### ***Une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) en juin 2001***

4. Convoquée par le Secrétaire général des Nations Unies qui en a appelé à tous les gouvernements pour qu'ils intensifient leur réponse au VIH/SIDA. En septembre 2003, une session de suivi a été tenue, au cours de laquelle les progrès sur les engagements à l'UNGASS ont été évalués.

### ***Un Sommet spécial des Amériques à Monterrey, (Nuevo León, Mexique)***

5. Tenu en janvier 2004, à l'occasion duquel les Chefs des Gouvernements ont signé un engagement à l'objectif de traitement universel avec thérapie antirétrovirale (ARV) pour toutes les personnes qui en avaient besoin dès que possible, et pour 600 000 personnes au moins nécessitant le traitement d'ici le prochain Sommet en 2005.

***L'initiative « trois millions d'ici 2005 »***

6. Annoncée par le Docteur LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS, le 22 septembre 2003, qui vise à distribuer des antirétroviraux à trois millions de personnes vivant avec le VIH et le SIDA (PLWHA) à l'échelle planétaire avant la fin de 2005.

***Résolution CD45.R10 du 45<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)***

7. Appuyant l'intensification des efforts pour traiter le VIH/SIDA/IST dans le contexte d'une réponse globale à la pandémie.

8. L'OPS utilise les opportunités créées par ces mandats pour intensifier son travail sur le VIH/SIDA afin que les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes puissent bénéficier pleinement de ces engagements.

**Autres principaux acteurs**

9. L'appui de l'OPS aux activités pour le VIH/SIDA fait pendant à celles des autres principaux partenaires qui travaillent dans la Région. Ces derniers comprennent comme suit :

***Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme***

10. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est le donateur le plus important pour les interventions sur le VIH/SIDA dans la Région, avec un total de 22 programmes pour un montant de US\$480 millions, approuvé pour une période de cinq ans. L'expérience des programmes du Fonds mondial jusqu'à présent montre le besoin urgent de résoudre les problèmes de gouvernance et d'assurer un appui sur le plan technique, de la gestion et des achats de fournitures et de médicaments. Gérer des budgets importants, intensifier considérablement les interventions, et assurer une surveillance basée sur les résultats et un dégagement de consensus avec un large éventail de parties prenantes sont des dimensions qui posent des difficultés considérablement plus grandes que ne l'avait prévu le Fonds à l'origine. Les problèmes de gouvernance tels que la transparence, l'inclusion et la représentation des parties prenantes sont des éléments critiques pour une exécution sans heurts. L'exécution des dons du Fonds mondial doit être étroitement suivie et un système d'alerte et de réponse précoces devrait être mis en place bien avant d'atteindre le point d'approbation du financement de deuxième phase.

11. L'OPS a investi des ressources considérables (environ \$759 000) pour appuyer les États Membres dans la préparation de propositions qui ont maintenant été financées et dans le renforcement des mécanismes de coordination des pays. Récemment, l'OPS a organisé un atelier pour assister les pays à préparer de nouvelles propositions pour la

cinquième phase, dans lequel douze propositions ont été renforcées. L'expérience de l'OPS au niveau de la conception de projets pour les quatre premières phases, et de l'assistance aux pays dans les difficultés d'exécution, fait que son rôle d'appui aux pays est particulièrement critique à ce stade. Il faudrait accorder une grande importance à la préparation ponctuelle des évaluations de la deuxième phase, car un échec signifiera une perte critique de fonds pour le pays et pour la Région, \$283 millions soit 59 % du budget total étant affectés aux projets de la phase 2.

### ***Le Plan d'urgence du Président pour la réduction du SIDA (PEPFAR)***

12. PEPFAR est la plus grande initiative internationale en santé jamais prise par un seul pays pour affronter une seule maladie. L'OPS collabore avec PEPFAR dans ses pays focaux (Haïti et Guyana), et travaille également étroitement avec l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) et d'autres partenaires d'exécution de PEPFAR dans les Caraïbes et en Amérique centrale. Les domaines de collaboration incluent la réduction de la stigmatisation, l'appui aux laboratoires, et des interventions concernant la surveillance, le changement de comportement et la prévention.

### ***Les Trois uns***

13. S'acquitter des principes des « Trois uns » constitue une priorité clé des Nations Unies. Les « Trois uns » représentent une nouvelle approche de l'organisation des réponses au niveau des pays : un seul cadre national du SIDA, une seule autorité nationale du SIDA, et un seul système de surveillance et d'évaluation. Ces principes ont été développés pour répondre à l'urgence, à la nature, à l'ampleur et aux complexités de la pandémie. L'application de ces principes permettra une meilleure coordination et se traduira par l'utilisation optimale des ressources limitées disponibles pour répondre à la pandémie. Afin de mettre ces principes en œuvre, l'OPS et les autres co-sponsors de l'ONUSIDA se réunissent sur une base annuelle pour planifier ensemble des stratégies, examiner les progrès et harmoniser les activités. Les documents et les activités qui en découlent sont accessibles sur un site Internet conjoint NU des Directeurs régionaux du Groupe pour l'Amérique latine et les Caraïbes (<http://www.hiv-regional.org/Intro.htm>)

14. La réunion la plus récente s'est tenue les 3 et 4 mars 2005 à Washington, D.C. Les Directeurs régionaux ont à nouveau déclaré leur engagement et leur appui aux « Trois uns » en tant que cadre fédérateur d'harmonisation des activités au niveau régional et au niveau des pays. Le Groupe est résolu à travailler en coordination avec les leaderships nationaux, les partenaires multilatéraux, bilatéraux et autres partenaires clés pour faire passer les principes des « Trois uns » de la rhétorique à l'action au niveau des pays. Les prochaines étapes pour la Région incluent la préparation d'une réunion d'harmonisation avec les donateurs pour unir les efforts en vue du renforcement de

l'engagement et de l'action au niveau régional et des pays pour lutter contre la pandémie de SIDA.

***La Banque mondiale***

15. La Banque mondiale a actuellement engagé plus de \$260 millions pour des programmes de prévention et de contrôle du VIH/SIDA, ou des composantes VIH/SIDA dans des projets santé et autres dans la Région LAC (Argentine, Barbade, Brésil, El Salvador, Grenade, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, République dominicaine, St. Kitts-et-Nevis, Ste-Lucie, St.-Vincent et Grenadines, Trinité-et-Tobago et Venezuela, ainsi que deux dons régionaux pour la Communauté des Caraïbes/Partenariat pancaraïbe contre le VIH/SIDA et l'Amérique centrale).

16. La Banque mondiale fournit des prêts et des dons aux pays LAC pour la réduction du VIH et elle a récemment approuvé deux dons pour les Caraïbes (\$9 millions en mars 2004) et l'Amérique centrale (\$8 millions en mars 2005). Il s'agit là des premiers dons de portée régionale approuvés par la Banque mondiale pour la Région LAC. Ils aideront les pays à établir, consolider et coordonner efficacement l'appui régional aux pays des Caraïbes et d'Amérique centrale dans leurs efforts pour réduire l'impact du VIH/SIDA. Pour les Caraïbes, les activités porteront sur le développement humain et économique de la sous-région, en particulier dans le contexte de l'accélération du mouvement sur la voie d'un marché et d'une économie uniques des Caraïbes. Pour l'Amérique centrale, les activités porteront sur le développement d'un laboratoire de référence régional, sur la surveillance/suivi et évaluation, le développement de politiques et de la prévention parmi les populations vulnérables.

17. L'OPS travaille étroitement avec la Banque mondiale à la planification et à la formation liées à ces dons, et elle est un partenaire dans le Plan d'Amérique centrale de surveillance du VIH/SIDA de deuxième génération.

**Figure 1**  
**Augmentation des ARV dans les Amériques (janvier 2004 – avril 2005)**  
**et les objectifs de Nuevo León**

**Error! Objects cannot be created from editing field codes.** Progrès accomplis depuis 2003

*Progrès dans la réduction de l'écart de traitement*

18. Grâce à une extraordinaire mobilisation de ressources humaines et financières, notamment celles du Fonds mondial, à l'époque à laquelle se tient le quatrième Sommet des Amériques, l'objectif portant sur le traitement de 600 000 personnes nécessitant les ARV sera atteint. À la fin d'avril 2005, le nombre estimé de personnes recevant le traitement dans les États Membres, incluant le Canada et les États-Unis, était de 613 533 (voir Annexe). Pratiquement tous les pays ont considérablement augmenté la couverture du traitement depuis janvier 2004, lorsque l'engagement a été annoncé. Dans la Région LAC, 100 000 nouveaux traitements ont été initiés au cours de la période, le nombre de personnes sous traitement étant passé de 196 000 à 296 533 (voir Figure 1). Cette hausse robuste et régulière a été possible à cause du niveau élevé de l'engagement et de l'action intensifiée des pays de la Région, et de l'appui accru des partenaires du développement.

19. L'OPS poursuit cinq orientations stratégiques pour intensifier les soins et le traitement du VIH/SIDA, et elle rassemble des exemples de réussites dans les pays dans chacune des orientations. Depuis que le Conseil directeur a adopté la résolution CD45.R10, l'accent sur les pays a été renforcé avec un plus grand impact au niveau de ces mêmes pays. Les ressources financières et humaines disponibles à l'OPS sont utilisées en appui technique direct aux pays, afin de renforcer la réponse du secteur de la santé à la pandémie de VIH et de faire pendant aux activités en cours dans la Région. À l'occasion de la réunion du Comité consultatif technique en janvier 2005, les pays avaient préparé des plans de travail pour l'utilisation des ressources de l'initiative « trois millions d'ici 2005 » afin d'intensifier leurs réponses au VIH/SIDA et d'améliorer l'accès aux soins et au traitement intégrés pour ceux qui en ont besoin.

20. Les activités ont inclus l'assistance aux pays relative au développement et à la mise en œuvre de plans de soins et de traitement; l'acquisition et la gestion de produits pharmaceutiques, dont l'utilisation du « Fonds de roulement régional pour les fournitures stratégiques de santé publique » de l'OPS (voir ci-dessous); l'amélioration de la capacité des laboratoires et le partage des services entre pays; le développement des ressources humaines, notamment l'éducation et la formation continues des dispensateurs de soins; l'intégration des interventions de prévention et de soins du VIH/SIDA aux services de soins primaires et autres services; la surveillance de l'impact des services de soins et de traitement; la collaboration intensifiée avec les partenaires, dont les PLWHA et la société

civile, pour appuyer la réponse du secteur de la santé; l'appui à des campagnes de communication pour motiver les personnes à « connaître leur état »; le développement de méthodes et d'interventions portant sur les populations vulnérables (adolescents, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, professionnels du sexe, consommateurs de drogue par injection, etc.); l'appui à l'intégration de programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant dans les programmes de santé maternelle, de l'enfant et reproductive; le travail avec d'autres sur les façons de réduire la stigmatisation et la discrimination; et le soutien aux rôles de leadership et d'intendance des ministères de la santé dans la coordination de la réponse au VIH/SIDA.

***Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique***

21. Le fonds de roulement, établi en 2000, cherche à lier les processus techniques dans la gestion de l'approvisionnement des fournitures stratégiques de santé publique avec l'achat des produits. En tant qu'instrument de coopération technique, le Fonds de roulement renforce les processus nationaux dans la planification des achats et l'assurance de qualité des fournitures stratégiques de santé publique pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, entre autres. En tant que mécanisme d'acquisition des produits, le Fonds de roulement permet aux membres participants d'utiliser un fonds commun pour le paiement d'achats autorisés de produits essentiels de santé publique. Un tiers des États Membres de l'OPS ont maintenant signé des accords de participation au Fonds stratégique. À la fin de 2004, les pays participants ont utilisé le mécanisme pour acquérir \$18 millions de fournitures essentielles de santé publique. En 2005, le Brésil, le Guatemala, le Honduras et le Nicaragua ont utilisé le Fonds de roulement pour l'achat et/ou l'appui technique dans la gestion de l'approvisionnement de médicaments pour le VIH/SIDA.

22. L'appui technique de l'OPS dans l'acquisition et la gestion de l'approvisionnement aux pays participant à des initiatives mondiales clés telles que l'initiative « trois millions d'ici 2005 » et les projets du Fonds mondial, sera facilité par le Fonds de roulement. Les principaux bénéficiaires de projets financés par le Fonds mondial peuvent également utiliser le Fonds de roulement pour l'acquisition de produits. Le Fonds mondial a été établi pour attirer, gérer et décaisser des ressources supplémentaires par le biais d'un partenariat public privé pour réduire les infections, les maladies et les décès, atténuant ainsi l'impact causé par le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans les pays qui en ont besoin. La Section III du document cadre du Fonds mondial indique que dans ses décisions d'octroi de financement, il appuiera des propositions qui « sont compatibles avec les lois et les accords internationaux, le respect des droits de la propriété intellectuelle tels que l'Accord de l'Organisation mondiale du Commerce sur les aspects commerciaux de la propriété intellectuelle (ADPIC) et qu'il encouragera les efforts pour mettre à la disposition de ceux qui en ont besoin des médicaments et des produits de qualité aux prix les plus bas possibles. » Il faut noter que les objectifs et le but du Fonds de roulement de l'OPS convergent pleinement avec ceux du Fonds mondial : par conséquent, le Fonds de

roulement est considéré comme un mécanisme idéal d'acquisition des produits pour les principaux bénéficiaires de dons.

23. En conformité à la résolution CD45.R7 sur l'accès aux médicaments adoptée par le 45<sup>e</sup> Conseil directeur en 2004, les activités du Fonds de roulement sont intensifiées en 2005, en particulier dans la région de l'Amérique centrale et des Caraïbes, portant sur le développement et l'examen de plans d'achat nationaux et financés par le Fonds mondial pour aider les pays à surmonter certains obstacles administratifs et techniques qui se présentent quand il s'agit de transformer le financement disponible en un approvisionnement de produits. Ces activités sont développées avec l'appui des Centres collaborateurs de l'OPS et des institutions techniques de référence, et avec l'appui du Fonds mondial lui-même.

### **Problèmes critiques (la réalité derrière les chiffres)**

#### ***Inégalités entre pays***

24. La réalisation de l'objectif consistant à traiter au moins 600 000 personnes infectées par le VIH dans les Amériques, est un accomplissement que les pays ont des raisons de célébrer au prochain Sommet des Amériques à Mar del Plata en 2005. Elle représente un pas important sur la voie de l'objectif plus ambitieux de fournir les ARV à tous ceux qui en ont besoin dans la Région LAC. Néanmoins, pour atteindre l'objectif de couverture universelle – l'objectif ultime annoncé à Nuevo León – il faudra accomplir un effort encore plus grand. Cet objectif signifiera qu'il faudra combler un écart d'équité important entre les pays plus développés et les pays moins développés. Au moins huit pays ne traitent actuellement que 30 % ou moins des personnes qui répondent aux critères de traitement. Trois pays seulement semblent avoir atteint l'accès véritablement universel, le Chili, Cuba et l'Uruguay. Entre ces deux groupes, il existe un large spectre de différences régionales et sous-régionales, marquées par une couverture plus faible dans les pays andins, les pays d'Amérique centrale et ceux des Caraïbes.

#### ***Inégalités à l'intérieur des pays***

25. L'information indiquée par les pays indique qu'ils font un grand effort pour accélérer l'accès aux ARV dans la Région. Malgré les différences entre les pays, ils ont tous montré une augmentation du nombre de PLWHA connues du système de santé publique qui sont actuellement en traitement. Toutefois, il est difficile d'évaluer à partir des données disponibles, la façon dont l'augmentation des services est équitable par rapport aux caractéristiques géographiques et socioéconomiques, ainsi qu'il est difficile d'évaluer l'aspect approprié des services.

26. Dans la majorité des cas, les services restent encore centralisés dans des dispensaires spécialisés situés dans les villes principales, provoquant un fardeau économique pour les PLWHA vivant dans des zones éloignées. Il faut décentraliser davantage afin que les services de soins et de traitement puissent atteindre les populations d'une manière équitable. Néanmoins, à cause des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination dans de nombreux pays de la Région LAC, les personnes préfèrent souvent se faire soigner en dehors de leur propre district sanitaire, là où elles ne seront pas identifiées. Il est bien connu que les personnes se déplacent entre les îles de leur propre pays, de la ville où elles résident à des endroits ruraux éloignés, et entre pays, pour le diagnostic, les soins et le traitement du VIH. Cette situation met en relief le besoin non seulement de mesures urgentes pour réduire la stigmatisation, mais aussi de l'importance de pouvoir disposer de services dans plus d'une zone géographique.

27. L'orientation sexuelle affecte également l'accès aux services dans la Région LAC. Des groupes bien organisés d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, alors qu'ils étaient tout d'abord extrêmement faibles dans la Région, sont devenus les principaux défenseurs de l'accès au traitement et leur mobilisation a fortement contribué à pressionner les gouvernements pour qu'ils adoptent des politiques d'accès universel. Toutefois, les autres groupes vulnérables ont reçu une assistance bien moindre en termes d'accès à l'information et aux services, notamment les femmes dont les maris sont infidèles ou qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cette « exclusivité » de groupes particuliers, en particulier le mouvement gay, a également signifié que les hommes qui ne sont pas ouvertement homosexuels, tels que les bisexuels, restent souvent « cachés » en ne divulguant pas leur orientation sexuelle ou le risque éventuel du VIH. L'OPS teste actuellement une méthodologie, Face à Face (*Cara a Cara*) pour orienter les services dans la Région afin d'atteindre plus efficacement les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes en matière de prévention et de soins.

28. Le genre est un facteur important qui influence non seulement l'accès aux ARV, mais aussi l'expérience des services de traitement, de soins et de soutien. Les femmes et les filles font face à des facteurs de risques et des vulnérabilités liés au VIH qui sont inscrits dans les réalités sociales et économiques de la Région. En 2004, 36 % des personnes vivant avec le VIH en Amérique latine et 49 % dans les Caraïbes étaient des femmes. Et 760 000 femmes en âge de procréer étaient infectées; ce chiffre est double de celui du Canada et des États-Unis. Des nombres élevés de femmes enceintes séropositives se rendent dans les dispensaires de soins prénatals, mais dans de nombreux endroits, il n'existe pas de services de conseils et de tests volontaires. En 2003, 33 % seulement des femmes enceintes dans la Région LAC ont reçu des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME).

29. Les jeunes femmes et les filles sont plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins. Dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes, l'information sur le sexe sans risque et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que des services tels que le diagnostic et le traitement des IST, le frottis vaginal, le dépistage du col de l'utérus et les conseils ne sont pas facilement disponibles pour les femmes jeunes. Selon les enquêtes démographiques et sanitaires (2002) du Guatemala, 11 % des femmes ne pouvaient pas identifier des moyens de prévenir les infections par le VIH et 57 % seulement avaient entendu parler du test du VIH. Pour de nombreuses filles, la violence ou la contrainte marque leur première expérience sexuelle. Dans les Caraïbes, le phénomène du « vieux protecteur » place les jeunes femmes dans une situation de dépendance sociale et économique, avec un risque accru pour les IST et le VIH. Leur jeune âge et leur manque d'autonomie les empêchent également de rechercher l'aide de services de soins.

30. Néanmoins, des progrès importants ont été réalisés en termes de l'accès des femmes au traitement du VIH/SIDA. Au Chili, au Costa Rica et à Cuba, la couverture est estimée à approximativement 100 % des femmes nécessitant les ARV. Malgré des progrès dans quelques pays, de nombreuses femmes de la Région se heurtent à des barrières financières, sociales et culturelles, qui sont aggravées par des menaces spécifiques de violence et d'autres formes de discrimination. Les données sont limitées concernant les besoins de traitement, l'accès au traitement et le maintien du traitement de la cohorte plus vaste de femmes au-delà des stéréotypes des professionnelles du sexe, les femmes avec de multiples partenaires sexuels, les consommatrices de drogues ou les femmes enceintes.

*Défis dans le secteur de la santé*

31. Outre les inégalités mentionnées ci-dessus, les données n'indiquent pas la qualité des services fournis et non plus les implications sur le long terme pour les systèmes de santé des changements introduits pour intensifier les soins et le traitement du VIH/SIDA. Dans de nombreux pays, même si les ressources financières sont disponibles à travers des mécanismes de financement international pour intensifier les ARV, les systèmes et les services de santé ne se développent pas suffisamment rapidement pour réaliser l'accès universel aux soins et au traitement.

32. L'intégration des services dans le premier niveau de soins demeure encore très limitée. La prestation des services uniquement dans des dispensaires spécialisés en VIH/SIDA est une barrière connue à l'accès aux soins, à cause de l'environnement persistant de stigmatisation et de discrimination contre les PLWHA et les groupes vulnérables. La demande spontanée de conseils et de tests, qui est indispensable pour la détection précoce des personnes positives au VIH, est également compromise en raison de la disponibilité limitée de services adéquats au niveau communautaire disposant de systèmes d'orientation-recours appropriés. Les services essentiels de support, tels que les laboratoires et pharmacies, les systèmes d'acquisition de médicaments et de gestion de l'approvisionnement, ne se sont pas développés suffisamment rapidement pour répondre à tous les aspects des soins des patients, imposant donc des retards au processus d'intensification.

33. L'extension des services aux PLWHA se produit dans un contexte de pénurie de ressources humaines qualifiées. Souvent, les dispensateurs de soins existants ne sont ni équipés ni motivés pour prodiguer des soins et un traitement intégrés aux PLWHA, ils ne sont pas suffisants en quantité et en nature et ils ne sont pas déployés dans les zones dans lesquelles les services sont requis. L'information recueillie par l'OPS à l'occasion de plusieurs consultations avec les pays a indiqué un manque de planification stratégique et de processus de gestion pour informer les ministres de la santé des problèmes critiques liés aux politiques, à la dotation en personnel, au coût et même aux processus d'accréditation, pour assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées afin de réaliser l'accès universel aux soins et au traitement intégrés. En outre, des politiques budgétaires mises en œuvre par les pays imposent des limitations aux ministères de la santé sur le recrutement et la rétention du personnel requis. Les avantages offerts par le secteur de la santé publique ne peuvent pas concurrencer ceux offerts par le secteur privé ni même ceux offerts par des projets financés extérieurement au sein du secteur public.

34. La prolifération des services dans les secteurs privés lucratifs et non lucratifs, qui contribue à l'expansion rapide et facilite l'accès aux soins de groupes spécifiques de la population, devient un défi en raison de la faible interaction des secteurs public et privé

de la santé, des limites des systèmes d'orientation-recours normalisés et des systèmes réglementaires restreints concernant les normes, les protocoles et l'accréditation.

35. La gestion et l'évaluation de programmes et de services de soins et de traitement représentent une autre faiblesse des systèmes de soins de santé. La majorité des pays ne disposent pas de systèmes normalisés en place pour suivre les patients et pour mesurer les résultats des programmes de soins du VIH, incluant la surveillance de la résistance.

36. Il faudrait poursuivre les efforts pour renforcer les systèmes de santé pour qu'ils assurent des soins de qualité si l'objectif ultime est d'atteindre les soins et le traitement universels.

### *Segmentation entre partenaires*

37. La segmentation entre partenaires du développement dans le domaine du VIH/SIDA est un obstacle à la réussite des efforts pour intensifier les soins et le traitement, tant aux niveaux nationaux qu'au niveau régional. Dans le système des Nations Unies, les mandats des diverses agences sont souvent oubliés dans une tentative d'aider les pays à réaliser leurs objectifs. Cette situation aboutit à un chevauchement considérable des activités, à la substitution de la capacité locale par des experts internationaux qui n'ont pas la connaissance et la compréhension nécessaires de la situation locale pour résoudre les problèmes de manière efficace et productive, ainsi qu'au recrutement d'experts locaux par des organismes internationaux. Le résultat net se traduit pas une perte des ressources du pays et une capacité restreinte à répondre aux besoins locaux.

38. Souvent, les efforts de planification conjointe de stratégies et d'interventions ne sont ni suivis ni exécutés d'une manière coordonnée. Malgré la reconnaissance largement admise de l'importance des « Trois uns », les partenaires du développement continuent à insister sur leur propre agenda, incluant des mécanismes séparés de suivi et d'évaluation. Ceci vaut également pour les projets appuyés par le Fonds mondial qui a imposé une nouvelle structure pour guider l'exécution des projets, ainsi qu'un cadre relativement complexe. De plus, le manque de ressources pour l'assistance technique dans la plupart des projets, fait que les pays ne sont pas en mesure d'absorber les fonds aussi rapidement ou efficacement que prévu. Ce fait, ajouté à la pression de dépenser les fonds rapidement et selon des calendriers convenus d'avance, impose une pression sur d'autres organismes pour qu'ils apportent leur assistance, et parfois même entrent en concurrence, en matière d'assistance technique.

### ***Problèmes de propriété intellectuelle***

39. L'impact des accords commerciaux et des dispositions de la propriété intellectuelle (PI) sur l'accès aux médicaments pour le VIH/SIDA est un sujet de préoccupation pour l'OPS et les États Membres. Même si certains soutiennent qu'un niveau élevé de protection de la PI aide à générer des fonds pour la recherche et le développement, stimule l'industrie locale et encourage les échanges et la croissance, l'OPS estime que l'application de dispositions restrictives de PI dans les accords commerciaux aura l'effet inverse. La concurrence des médicaments génériques sera également réduite et l'entrée des médicaments génériques sur le marché sera retardée, rendant ainsi les médicaments moins disponibles, moins abordables et moins accessibles. Ceci aboutit à un nombre restreint de sources de médicaments disponibles sur le marché et à des prix plus élevés des médicaments, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

40. Le 45<sup>e</sup> Conseil directeur de 2004 a prié instamment les États Membres d'accorder la priorité à l'accès aux médicaments essentiels, de continuer à appliquer un vaste ensemble de stratégies de restriction des coûts et « à adapter les législations nationales afin de maximiser les flexibilités contenues dans les ADPIC », et à faire en sorte que les accords commerciaux bilatéraux tiennent compte de la Déclaration ministérielle de Doha sur l'accord ADPIC et la santé publique. » Il a également demandé à l'OPS d'aider les États Membres à appliquer ces flexibilités.

41. L'OPS préconise que les pays utilisent pleinement les mesures de protection de l'accord ADPIC pour promouvoir l'accès aux médicaments dans la législation nationale de PI et les négociations commerciales. Elle travaille avec d'autres organisations des Nations Unies pour évaluer constamment l'impact des accords commerciaux sur la santé publique et l'accès aux médicaments dans la Région; plaider en faveur des problèmes de PI, de l'ADPIC et des accords commerciaux régionaux et bilatéraux en cours, faire œuvre de sensibilisation et renforcer la capacité sur ces thèmes; et pour développer et examiner les politiques nationales de santé, pharmaceutiques et de PI et les mesures réglementaires qui appuient l'accès aux médicaments.

### **La voie de l'avenir**

#### ***Stratégies pour résoudre les problèmes critiques***

42. L'OPS a identifié les stratégies suivantes pour améliorer la qualité et l'opportunité de sa coopération technique afin de mieux appuyer les pays dans leurs efforts d'intensification :  
*Intensifier l'appui direct aux pays*

43. Pour atteindre la cible de l'accès universel aux soins du VIH/SIDA, les pays doivent entreprendre des efforts extraordinaires pour étendre et maintenir les services existants.

L'appui technique direct est nécessaire à tous les niveaux des systèmes de santé, du niveau normatif à celui des soins de santé primaires. Les ressources financières et humaines de l'OPS seront décentralisées pour assurer une exécution effective de cette stratégie.

*Harmoniser l'action régionale et promouvoir la coopération technique entre les pays*

44. L'OPS harmonisera son action régionale en renforçant le programme régional du VIH/SIDA, en mettant en œuvre les mécanismes régionaux de redevabilité, en appuyant l'harmonisation de l'assistance internationale et en soutenant les initiatives sous-régionales. Le programme régional maintiendra un réseau de ressources d'expertise régionale qui peut appuyer les demandes des pays de coopération technique extérieure pour accélérer l'expansion des systèmes de santé. L'utilisation de la coopération technique entre pays (CTP) continuera à être un élément central de ce processus.

45. La redevabilité régionale sera appuyée par des mécanismes de renforcement pour l'évaluation extérieure du travail de l'OPS. Le Comité consultatif technique, établi en janvier 2005, participera activement au suivi des activités de l'OPS, et les Organes directeurs de l'OPS seront informés en permanence. À l'aide de la mise en place des budgets programmes biennaux (BPB) sous-régionaux, un appui technique direct sera assuré à la coordination du programme des entités sous-régionales des Caraïbes (CPC), à la Communauté des Caraïbes (CARICOM), au Système d'intégration d'Amérique centrale (SICA), au Marché commun du Cône austral (MERCOSUR), à la Communauté andine des Nations (*Comunidad Andina de Naciones* - CAN) pour intensifier leurs activités à l'appui de l'accès universel aux soins.

*Intégrer le VIH/SIDA dans l'OPS et intensifier la réponse de sa coopération technique*

46. L'OPS reconnaît que la responsabilité de la fourniture de coopération technique est une responsabilité d'entreprise. Les mécanismes interprogrammatiques seront renforcés et le personnel (professionnel et administratif) sera sensibilisé, formé et constamment mis à jour sur les problèmes de l'accès aux soins. Des équipes multidisciplinaires seront formées pour renforcer une réponse globale aux niveaux des pays, sous-régional et régional avec des compétences essentielles définies. L'intégration du VIH/SIDA dans l'Organisation offrira également la possibilité d'inclure ce thème dans les nombreux mécanismes d'examen et d'évaluation tels que les évaluations spécifiques aux pays et les examens du programme technique. Étant donné que les employés de l'OPS courent également le risque du VIH/SIDA et que certains employés peuvent vivre avec le virus, une politique organisationnelle de VIH/SIDA récemment développée sera mise en place et suivie par l'OPS.

*Plaidoyer*

47. L'accès équitable aux soins fait partie du débat en cours sur les valeurs de la santé et les principes éthiques, dont celui de la santé comme un droit de l'homme. La stigmatisation et la discrimination contre les PLWHA constituent un obstacle majeur empêchant la capacité des pays à apporter des réponses efficaces. Le plaidoyer en faveur d'un accès universel équitable aux soins et au traitement constitue un domaine d'une importance centrale pour que les pays

évoluent à la phase suivante dans la lutte contre le VIH/SIDA, phase qui inspirera une confiance suffisante aux PLWHA pour qu'elles se fassent soigner sans crainte. Le plaidoyer prendra la forme de stratégies de communication régionales et nationales, aidant les États Membres au développement de stratégies de communication, notamment des campagnes « Connaissez votre état » pour encourager les personnes à se rendre aux services de soins de santé pour des conseils et des tests. Des stratégies conjointes de plaidoyer avec d'autres partenaires seront également promues, dont la poursuite des stratégies conjointes de plaidoyer des Nations Unies.

#### *Gestion de l'information et du savoir pour appuyer le VIH/SIDA*

48. La gestion de l'information et du savoir constitue une stratégie essentielle pour appuyer les activités VIH/SIDA. Des approches novatrices seront exécutées en collaboration avec le Domaine de la gestion de l'information et du savoir (IKM). Des communautés de pratique dans les divers domaines techniques appuyant les directions stratégiques de l'OPS, dont les PLWHA, seront établies. La dissémination sélective de l'information pertinente sera renforcée.

#### *Améliorer les interactions et les alliances avec les partenaires*

49. La focalisation accrue de l'OPS sur le renforcement du secteur de la santé à travers les activités de VIH/SIDA devrait influencer positivement la relation avec les autres partenaires, dont les agences des Nations Unies, la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement, l'Organisation des États américains, des organisations sous-régionales et d'autres organismes multisectoriels. L'OPS a déjà accompli des efforts particuliers pour améliorer et étendre la collaboration avec des organisations de PLWHA et des groupes de plaidoyer aux niveaux régional, sous-régional et national, et cette collaboration sera renforcée sur toute la période 2006-2010. La relation et la collaboration de l'OPS avec de multiples acteurs, en particulier des groupes du secteur privé et des groupes de plaidoyer, ne sont pas sans risque et sans problèmes potentiels. En consultation avec les habitants des pays, le Comité consultatif technique et les Organes directeurs, l'OPS examinera régulièrement les bénéfices que le secteur de la santé et l'OPS tirent de cette collaboration.

#### *Mobiliser les ressources à l'appui du secteur de la santé dans l'accès universel aux soins*

50. Malgré l'augmentation des ressources financières notée sur les cinq dernières années dans la Région pour les soins et le traitement des PLWHA, il reste encore des insuffisances, en particulier pour le secteur de la santé. L'OPS intensifiera la mobilisation des ressources en vue d'une exécution efficace du Plan stratégique régional avec les États Membres, ainsi qu'avec les partenaires multilatéraux et bilatéraux.

*Gestion de la coopération technique basée sur les résultats et redevabilité*

51. L'Unité VIH/SIDA s'efforcera de maintenir son leadership interne pour assurer la coordination et le suivi de toutes les activités relatives au VIH/SIDA entreprises par l'OPS. L'Unité suivra les activités au niveau de toute l'Organisation, dont l'impact des ressources techniques et financières affectées à d'autres domaines de travail de l'OPS. Des examens compétents effectués par des experts chevronnés, feront pendant aux évaluations internes de l'OPS/OMS, offriront des perspectives utiles pour le suivi constant du Plan stratégique régional et encourageront la redevabilité. La participation active de tous les donateurs et les États Membres à ces examens sera recherchée.

***Proposition d'un Plan stratégique régional pour l'accès universel aux soins***

52. Lors de la 39<sup>e</sup> session du Sous-Comité de planification et de programmation en mars 2005, l'OPS a été invitée à développer un Plan régional sur la période 2006-2015 pour aider les pays à intensifier les soins et le traitement intégrés, dont la prévention, afin de réaliser l'objectif de l'accès universel pour les PLWHA. Un cadre pour ce Plan régional est en cours de formulation et sera enrichi avec les apports des pays, pour être présenté au 46<sup>e</sup> Conseil directeur en septembre 2005.

Annexe

## Annexe – COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES (6 mai 2005)

(Liste présentée selon l'ordre alphabétique de la version originale en anglais).

Pays	PLWHA déc-2003  Source : ONUSIDA/ OMS	Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 49 ans nécessitant une thérapie ARV 2004 Source : ONUSIDA/ OMS	Nombre notifié de personnes recevant une thérapie ARV juin- décembre 2004 Source : ONUSIDA/ OMS	Mois du rapport, 2004  Source : ONUSIDA/ OMS	Sous ARV en juillet 2004  Source : OPS-	Sous ARV au 15 mars 2005  Source : OPS-	Sous ARV au 15 mai 2005  Source : OPS-	Nombre estimé de personnes recevant une thérapie ARV  Source : OPS		% de couver- ture de thérapie ARV 15 mars 05  Source : OPS
								Estimation faible	Esti- mation élevée	
Anguilla	2 004				3	3	3			
Antigua et Barbuda	702	---	---	---	30	38	38	---	---	
Argentine	130 000	35 500	29 515	Oct	25 131	30 000	30 000	30 000	33 000	85 %
Aruba	1 206				49	49	49			---
Bahamas	5 600				1 884	1 884	1 884			----
Barbade	2 500	<1 000	333	Jul	333	483	483		< 500	---
Belize	3 600	< 1 000	178	Jul	146	146	146		< 200	---
Bermuda	709				114	114	114			---
Bolivie	4 900	< 1 000	130	Jul	130	150	150		< 200	---
Brésil	660 000	179 000	154 000	Oct	154 000	158 000	158 000	151 000	157 000	88 %
Îles Vierges britanniques	219				13	16	16			---
Canada	56 000	25 000			20 000	20 000	20 000			80 %
Îles Cayman	51				20	20	20			---
Chili	30 000	5 750	7 413	Jul	7 413	7 413	7 413	8 000	10 000	100 %
Colombie	180 000	25 000	12 000	Nov	12 000	12 000	12 000	11 000	13 000	48 %
Costa Rica	12 000	3 150	1 850	Jul	1 850	2 000	2 000	2 000	2 500	63 %
Cuba	3 300	1 350	1 585	Jul	1 295	1 813	1 813	1 500	2 000	100 %
Dominique	135	---	5	Jul	5	13	13		< 200	---
République dominicaine	50 024	15 500	1 011	Dec	500	1 221	1 221	900	1 100	8 %
Équateur	21 000	3 550	1 000	Jul	520	700	700	1 000	1 500	20 %
El Salvador	29 000	5 100	1 575	Jul	1 515	2 300	2 300	1 500	2 000	45 %
Territoires français	NA				NA	NA	NA			---
Grenade	439				19	19	19			---
Guatemala	79 000	13 500	3 617	Jul	3 617	3 617	3 617	3 500	4 500	27 %
Guyana	18 000	1 900	469	Sep	480	512	512		< 1 000	27 %
Haiti	280 000	42 500	2 829	Sep	1 370	2 788	2 788	3 000	4 000	7 %

## Annexe – COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES (6 mai 2005) (suite)

(Liste présentée selon l'ordre alphabétique de la version originale en anglais).

Pays	PLWHA déc-2003  Source : ONUSIDA/ OMS	Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 49 ans nécessitant une thérapie ARV 2004 Source : ONUSIDA/ OMS	Nombre notifié de personnes recevant une thérapie ARV juin- décembre 2004 Source : ONUSIDA/ OMS	Mois du rapport, 2004  Source : ONUSIDA/ OMS	Sous ARV en juillet 2004  Source : OPS-	Sous ARV au 15 mars 2005  Source : OPS-	Sous ARV au 15 mai 2005  Source : OPS-	Nombre estimé de personnes recevant une thérapie ARV  Source : OPS		% de couver- ture de thérapie ARV 15 mars 05  Source : OPS
								Estimation faible	Esti- mation élevée	
Honduras	63 000	9 450	2 312	Jul	2 312	2 235	2 235	2 500	3 000	24 %
Jamaïque	22 000	2 600	500	Jul	500	1 531	1 531		< 1 000	59 %
Mexique	160 000	39 500	28 600	Nov	24 320	28 600	28 600	26 000	32 000	72 %
Montserrat	40				0	0	0			---
Antilles néerlandaises	2 005				230	354	354			---
Nicaragua	6 400	1 000	33	Jul	30	150	150		< 200	15 %
Panama	21 500	1 850	1 873	Dec	1 997	2 240	2 240	1 500	2 000	100 %
Paraguay	18 000	1 950	300	Jul	217	320	320		< 500	16 %
Pérou	82 000	11 000	2 000	Jul	2 000	4 220	4 220	2 000	2 500	38 %
Puerto Rico						12 731	12 731			---
Saint Kitts-et-Nevis	359	---	24	Jul	24	24	24		< 200	---
Ste-Lucie	2 541	---	20	Jul	20	20	20		< 200	---
Saint-Vincent et Grenadines	527	---	32	Jul	32	32	32		< 200	---
Suriname	5 200	< 1 000	220	Jul	220	220	300		< 200	---
Trinité-et-Tobago	29 000	4 700	784	Jul	784	855	1 473		< 1 000	18 %
Turks et Caicos	373				75	75	75			---
États-Unis d'Amérique	950 000	451 000			298 000	298 000	298 000			66 %
Uruguay	6 300	1 450	1 400	Jul	838	929	929	1 500	2 000	64 %
Venezuela	58 000	18 000	9 525	Jul	9 525	15 000	15 000	8 500	10 000	83 %
<b>Total</b>	<b>2 997 634</b>	<b>899 300</b>	<b>265 073</b>		<b>573 561</b>	<b>612 835</b>	<b>613 533</b>			