



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 46<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 57<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 26-30 septembre 2005

*Point 4.15 de l'ordre du jour provisoire*

CD46/20 (Fr.)

4 août 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 Conseil directeur sur les progrès accomplis dans la Région dans l'accès aux soins et au traitement et 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. »

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 45<sup>e</sup> Conseil directeur en 2004, les activités du Fonds de roulement régional pour les fournitures stratégiques de santé publique ont été intensifiées en 2005.

Le document décrit également les mesures pour progresser sur la voie de l'objectif de l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement intégrés, 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

	<i>Page</i>
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 Monterrey, Nuevo León, , Mexique.....	4
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 des États-Unis d'Amérique pour la réduction du SIDA (PEPFAR).....	5
Les principes du « Trois uns » de l'ONUSIDA.....	5
La Banque mondiale .....	6
La Banque interaméricaine de développement.....	6
Progrès accomplis depuis janvier 2004.....	7
Progrès dans la réduction de l'écart de traitement.....	7
Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique.....	9
Problèmes critiques (la réalité derrière les chiffres) .....	10
Inégalités entre pays.....	10
Inégalités à l'intérieur des pays.....	11
Défis dans le secteur de la santé .....	13
Segmentation entre partenaires.....	14
Problèmes de propriété intellectuelle.....	14
La voie de l'avenir .....	15
Stratégies pour résoudre les problèmes critiques : Plan stratégique régional VIH/SIDA/IST.....	15
Mesures à prendre par le Conseil directeur.....	17

### **Objectif du document**

1. L'objectif du présent document est de mettre à jour le Conseil directeur sur les progrès accomplis dans la Région dans l'accès aux soins et au traitement et 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 mesures pour progresser sur la voie de la réalisation des objectifs de divers mandats internationaux, au moyen d'un Plan stratégique régional pour le VIH/SIDA/IST, 2006-2015.

### **Mandats**

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

#### ***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. Une réunion de haut niveau sur le VIH/SIDA de la 59<sup>e</sup> session de l'Assemblée générale des Nations Unies a été tenue au siège des NU à New York le 2 juin 2005.

5. La réunion a donné l'opportunité d'une revue technique intérimaire des objectifs pour 2005 stipulés dans la Déclaration d'engagement au VIH/SIDA adoptée par la session spéciale de l'Assemblée générale des NU sur le VIH/SIDA le 27 juin 2001. Les résultats de la réunion de juin 2005 contribueront également au Sommet des Nations Unies qui se tiendra du 14 au 16 septembre 2005 pour examiner, entre autres choses, la Déclaration du Millénaire des NU.

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

6. 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 »***

7. 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)***

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

9. 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. Elle travaille également à harmoniser les activités pour le VIH/SIDA dans les pays avec l'initiative « trois millions d'ici 2005 », le Fonds mondial et d'autres partenaires clés.

**Autres principaux acteurs**

10. L'appui de l'OPS aux activités pour le VIH/SIDA est en harmonie avec 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***

11. 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.

12. L'OPS a investi plus de \$750 000 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. En avril 2005, l'OPS a assisté douze pays à

préparer de nouvelles propositions pour la cinquième phase dans un atelier en République dominicaine. 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 des États-Unis d'Amérique pour la réduction du SIDA (PEPFAR)***

13. 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 principes des « Trois uns » de l'ONUSIDA***

14. 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>)

15. 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***

16. 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).

17. 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.

18. 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.

### ***La Banque interaméricaine de développement***

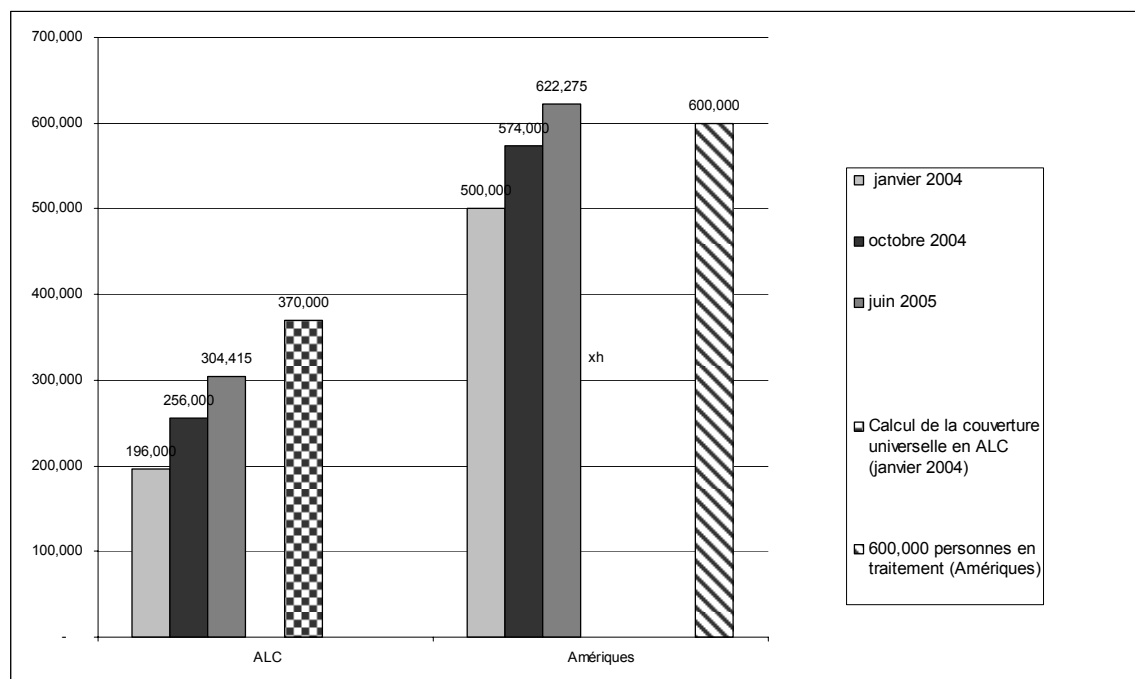
19. La Banque interaméricaine de développement (BID) a appuyé l'exécution de projets de prévention et de soins dans les États Membres de la Région. La BID a récemment approuvé une extension d'un projet non remboursable en Haïti dans lequel les soins communautaires et la réduction de la transmission par le sang du VIH sont des composantes critiques. M. Enrique Iglesias, Président de la BID a participé à la 3<sup>e</sup> Réunion des Directeurs régionaux de l'ONUSIDA, des co-sponsors et du Secrétariat (RDG) du 4 mars 2005, et il a exprimé le besoin de renforcer la réponse du secteur économique à la pandémie de VIH/SIDA dans la Région. Ceci doit être fait au moyen de la promotion de l'intervention d'équipes économiques des secteurs public et privé dans le développement de la réponse à la pandémie de VIH/SIDA dans les pays et les sous-régions, par exemple en Amérique centrale et dans le contexte du Plan Puebla-Panama.

Le Président Iglesias a également fait part de l'intérêt de la BID à réactiver le sous-groupe de l'Agenda partagé sur le VIH/SIDA.

### Progrès accomplis depuis janvier 2004

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

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



20. 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 de juin 2005, le nombre estimé de personnes recevant le traitement dans les États Membres, incluant le Canada et les États-Unis, était de 622 275 (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, 108 415 nouveaux traitements ont été initiés au cours de la période, le nombre de personnes sous traitement étant passé de 196 000 à 304 415 (voir Figure 1). Cette hausse forte 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.

21. À l'appui de ces activités, 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.

22. 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. L'OPS continue à décentraliser ses ressources et son assistance technique, étant donné que l'intensification de la prévention, des soins et du traitement requiert non seulement des médicaments et autres produits, mais aussi des investissements dans la capacité des systèmes de santé à dispenser le traitement de façon efficace et équitable, comprenant des investissements à long terme dans les ressources humaines pour la santé.

23. Les observations scientifiques confirment que la prévention, les soins et le traitement pour les personnes affectées par le VIH/SIDA sont des éléments d'une réponse effective qui se renforcent mutuellement. En tant que telle, la prévention est centrale à l'initiative « trois millions d'ici 2005 » de l'OPS. Outre ses avantages évidents pour la santé, une prévention effective réduira le nombre de nouveaux patients qui nécessitent des soins, réduisant ainsi le fardeau potentiel sur la capacité et les ressources des systèmes de santé. Les services dont le fardeau est trop lourd compromettent la durabilité des services de soins et de traitement déjà fournis aux personnes qui vivent actuellement avec l'infection.

24. Les domaines clés d'intervention de l'OPS comprennent les tests et conseils volontaires, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), la détection et le traitement de la coinfection TB/VIH, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles, le contrôle des donneurs de sang et les dons de sang volontaires, l'éducation de la santé et la promotion de modes de vie sains, et le travail avec d'autres sur les moyens de réduire la stigmatisation et la discrimination. L'OPS concentre ses efforts sur la prévention *au sein du secteur de la santé*. Ces efforts incluent la promotion de stratégies de prévention *fondées sur les observations*, portant sur le développement d'interventions destinées aux populations vulnérables (adolescents, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, populations autochtones, professionnels du sexe, consommateurs de drogue par injection, prisonniers, etc.) et appuyant l'intégration de programmes de PTME dans les programmes de santé maternelle, de l'enfant et de santé reproductive. Également, l'OPS collabore étroitement



avec l'ONUSIDA pour assurer la coordination avec des activités de plaidoyer et de prévention à l'extérieur des systèmes de santé.

25. Dans le domaine des soins et traitement, 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; 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; la formation à des stratégies de communication pour motiver les personnes à « connaître leur état »; et le soutien aux rôles de leadership et d'intendance des ministères de la santé dans la coordination de la réponse au VIH/SIDA.

26. L'OPS s'est engagée clairement à travailler plus étroitement avec les organisations communautaires, en particulier les PLWHA et une ONG régionale importante a été soutenue pour renforcer la capacité des PLWHA et membres de la communauté à connaître le traitement et les autres problèmes affectant l'accès à des soins de qualité. L'OPS s'est lancée activement dans un plaidoyer pour la Protection des droits des PLWHA. Avec l'ONUSIDA et la Commission interaméricaine des Droits de l'Homme, l'OPS organise un atelier en Jamaïque en 2005, pour faire œuvre de sensibilisation et d'information des organisations de PLWHA concernant les instruments des droits de l'homme tels que les traités et les normes au niveau régional (OAS) et au niveau international (NU).

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

27. Le Fonds stratégique, 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 stratégique renforce les processus nationaux dans la planification des achats et l'assurance de qualité des fournitures de santé publique pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, entre autres. En tant que mécanisme d'acquisition des produits, le Fonds stratégique permet aux membres participants d'utiliser un fonds commun pour le paiement d'achats autorisés de produits essentiels de santé publique.

28. Un tiers des États Membres de l'OPS ont maintenant signé des accords de participation au Fonds stratégique. À compter de juin 2005, les pays participants ont utilisé le mécanisme pour acquérir \$24 millions de fournitures. En 2005, le Brésil et le Guatemala ont utilisé le Fonds renouvelable pour l'achat de médicaments pour le VIH/SIDA et l'appui technique a été fourni à travers le Fonds stratégique pour le

développement de médicaments pour le VIH/SIDA et de plans d'achat diagnostiques dans les pays d'Amérique centrale, en Haïti, en Équateur et en Colombie. Lors du premier atelier sous-régional du Fonds stratégique au Honduras en juillet 2005, les pays d'Amérique centrale et la République dominicaine ont fait part de leur intention d'utiliser le Fonds stratégique à l'avenir.

29. 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 stratégique. Les principaux bénéficiaires de projets financés par le Fonds mondial peuvent également utiliser le Fonds stratégique 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.

30. 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 stratégique de l'OPS convergent pleinement avec ceux du Fonds mondial : par conséquent, le Fonds stratégique est considéré comme un mécanisme idéal d'acquisition des produits pour les principaux bénéficiaires de dons. Les principaux bénéficiaires des projets du Fonds mondial des pays d'Amérique centrale ont également participé à l'atelier du Fonds stratégique mentionné ci-dessus.

31. 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 stratégique se sont intensifiées. Le premier atelier du Fonds stratégique en Amérique latine sera reproduit dans les autres sous-régions en 2005 et 2006, et portera 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 de l'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 constant du Fonds mondial lui-même.

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

#### ***Inégalités entre pays***

32. 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.

33. Au moins huit pays ne traitent actuellement que 30 % ou moins des personnes qui répondent aux critères de traitement. De même, alors que plusieurs pays de la région ont atteint l'accès universel — mettant à disposition un traitement et des services appropriés pour toutes les PLWHA qui se rendent dans les services, la couverture universelle — traitant 100% des personnes infectées par le VIH qui nécessitent traitement — n'est pas encore atteinte par la plupart des pays, en raison du manque de détection des personnes qui ne recherchent pas les services de test et de conseils. Entre pays, 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*

34. 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.

35. 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. Afin que les services de soins et de traitement puissent atteindre les populations d'une manière équitable, la décentralisation devrait être soigneusement planifiée de sorte à ne pas affecter négativement la qualité des soins et à prévoir qu'un médecin dûment formé à la gestion des ART soit toujours accessible. À cause des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination dans de nombreux pays de la Région LAC, les personnes cherchent souvent à se faire soigner en dehors de leur propre district sanitaire, afin de rester anonymes. Il est bien connu que les personnes font de longues distances, même entre les îles de leur propre pays et d'autres pays pour 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.

36. 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 dans certains pays et dans des environnements urbains limités, sont devenus les principaux défenseurs de l'accès au traitement et leur mobilisation a fortement contribué à faire pression sur 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 époux ou partenaires ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes. 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. La population des hommes transsexuels est particulièrement affectée par le VIH et la stigmatisation et la discrimination qui vont de pair, tant dans la communauté que dans les services de santé.

37. 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. « Face à Face » incorpore un modèle qui a été testé et dont l'efficacité a été prouvée pour réduire les comportements sexuels à risque parmi les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes aux États-Unis. Dans le cadre de l'initiative du Programme national du SIDA du Mexique, ce modèle a été testé pour la première fois en Amérique latine, au Mexique en mai 2005. L'homophobie qui est l'un des principaux obstacles à l'accès, la prévention et les services de soins, a été officiellement reconnue et elle n'est ouvertement combattue que dans quelques pays de la Région, dont le Brésil et le Mexique.

38. Le genre est un facteur important qui influence l'accès aux ARV et l'expérience des services de traitement et de soins. 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 IST ne sont pas facilement disponibles pour les femmes jeunes. 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 PTME.

39. Néanmoins, des progrès importants ont été réalisés en termes de l'accès des femmes au traitement du VIH/SIDA. Au Chili, au Costa Rica, à Cuba et au Mexique, la couverture est estimée à approximativement 100 % des femmes nécessitant les ARV. 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. L'OPS travaille étroitement avec d'autres initiatives, telles que la Commission globale sur les femmes et le SIDA pour accroître l'efficacité de son travail avec les femmes à risque, ainsi qu'avec les autres groupes vulnérables.

### *Défis dans le secteur de la santé*

40. 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.

41. 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 tests et de conseils, 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. Des fardeaux supplémentaires, imputables au maintien inadéquat aux régimes et à la résistance aux médicaments, sont déjà observés dans la Région.

42. 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 sont insuffisants et ne sont pas déployés dans les zones dans lesquelles les services sont requis. Dans plusieurs consultations avec les pays, il a été noté que la planification stratégique et les processus de gestion liés aux politiques, à la dotation en personnel, aux coûts et aux processus d'accréditation n'existent pas.

43. Quelques 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. 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 avec le secteur public de la santé, des limites des systèmes d'orientation-recours normalisés et des systèmes réglementaires restreints concernant les normes, les protocoles et l'accréditation.

44. La gestion et l'évaluation de programmes et de services de prévention, 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.

#### *Segmentation entre partenaires*

45. La segmentation entre partenaires du développement dans le domaine du VIH/SIDA est un obstacle aux efforts pour intensifier la prévention, les soins et le traitement. 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 conduit à un chevauchement considérable des activités, à la substitution de la capacité locale par des experts internationaux et 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.

46. Souvent, les efforts de planification conjointe de stratégies ne sont pas 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 un cadre relativement complexe pour guider l'exécution des projets. 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*

47. 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.

48. 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.

49. 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 : Plan stratégique régional VIH/SIDA/IST***

50. 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 pour le VIH/SIDA.IST sur la période 2006-2015. Le Plan aide les pays à intensifier la prévention, les soins et le traitement intégrés, afin de réaliser l'objectif de l'accès universel pour les PLWHA. Le Plan régional entend intensifier les efforts des pays et les efforts régionaux pour mettre fin et inverser la pandémie de VIH/SIDA, dans l'esprit des Objectifs de développement pour le Millénaire, les engagements à l'UNGASS et l'initiative « trois millions d'ici 2005 ». Un cadre détaillé du document est contenu dans l'Annexe.

51. Une équipe exécutive restreinte, composée de membres du Comité consultatif technique, de pays avec des expériences réussies en matière de contrôle du VIH/SIDA (le Costa Rica, le Brésil et les Bahamas), d'un représentant des PLWHA, de partenaires du développement (Canada, Espagne et États-Unis) et de représentants de l'équipe restreinte interne « trois millions d'ici 2005 » de l'OPS, a été formée pour établir la stratégie sur le développement du Plan stratégique. Lors de sa réunion le 3 juin 2005, l'équipe exécutive a identifié la portée et l'échéancier du Plan ainsi que la façon dont les pays interviendraient dans le processus initial de planification. Elle s'est réunie à nouveau pour revoir le projet final et proposer les prochaines étapes avant la réunion du Conseil directeur à la fin du mois de septembre.

52. Le Plan porte sur le renforcement de la réponse du secteur de la santé au VIH/SIDA dans tous les pays des Amériques. Il a pour but d'améliorer la synergie entre les partenaires, d'élargir la coopération technique entre les pays, et de renforcer la planification, les programmes et la surveillance conjoints. Il consiste en une analyse de la situation actuelle, dont l'information épidémiologique, une scanographie de l'environnement, et des projections sur le futur de la pandémie jusqu'à 2015 dans chaque sous-région de LAC.

53. Ses composantes principales sont la prévention axée sur les groupes vulnérables et les activités de proximité, les systèmes et les services de santé (services de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA basés sur les patients), et la gestion de l'information à l'appui du suivi et de l'évaluation. Dans ces stratégies clés de domaines, des cibles et des jalons mesurables sont détaillés. Les leçons apprises, les lacunes et les enjeux ont été identifiés et utilisés pour documenter le développement de stratégies et de recommandations. La gestion et le coût du Plan sont également présentés. Un plan de travail au coût évalué pour 2006-2007 sous forme de matrice est fourni dans une annexe du Plan stratégique, conformément au BPB régional pour la période 2006-2007.

54. Le développement du Plan régional a été un processus inclusif impliquant l'apport des États Membres de l'OPS. Les États Membres et les partenaires du développement ont été consultés sur leurs perspectives de l'avantage comparatif de l'OPS en matière de VIH/SIDA, et cette information a contribué à façonner le Plan régional. Des groupes de travail interprogrammatiques ont également été formés au sein de l'OPS pour développer chacune des composantes mentionnées ci-dessus.

55. Suite à l'approbation du Conseil directeur, le Bureau régional de l'OPS apportera son appui au développement des activités des pays. Les pays seront assistés pour développer leurs propres cibles et jalons, dans le cadre des directives générales du Plan régional et dans le cadre des contextes de leurs Plans nationaux existants de VIH/SIDA. Les cibles régionales doivent être *compatibles* avec les plans existants des pays, pour les aider à progresser vers l'an 2015 d'une façon plus stratégique et plus ciblée. Il est



essentiel que le Plan régional tienne résolument compte de les constituants de États membres, et plus important ceux qui sont déjà contaminés par le VIH/SIDA ou qui courent le risque grave de le devenir. Chaque jour plus de 350 personnes meurent du VIH/SIDA dans LAC et 400 personnes dans la Région dans son ensemble.

### **Mesures à prendre par le Conseil directeur**

56. Le Conseil directeur est invité à prendre note de ce rapport.

Annexe

## Annexe – Couverture antirétrovirale dans la région des Amériques (juin 2005)

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

Pays	PLWHA	Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 49 ans nécessitant une thérapie ARV	Nombre notifié de personnes recevant une thérapie ARV	Sous ARV	Sous ARV	Sous ARV	Nombre estimé de personnes recevant une thérapie ARV	
							Source : ONUSIDA/OPS 2004	
							Estimation faible	Estimation élevée
Région des Amériques	déc-2003	2004	juin-décembre 2004	juillet 2004	mars 2005	mai 2005		
Source : ONUSIDA/OMS	Source : ONUSIDA/OMS	Source : ONUSIDA/OMS	Source : ONUSIDA/OMS	Source : OPS-PWR/PNS	Source : OPS-PWR/PNS	Source : OPS-PWR/PNS		
Anguilla	2 004			3	3	3		
Antigua et Barbuda	702	---	---	30	38	38	---	---
Argentine	130 000	35 500	29 515	25 131	29 417	29 600	30 000	33 000
Aruba	1 206			49	49	49		
Bahamas	5 600			1 884	1 884	1 884		
Barbade	2 500	< 1 000	333	333	483	499		< 500
Belize	3 600	< 1 000	178	146	146	180		< 200
Bermuda	709			114	114	114		
Bolivie	4 900	< 1 000	130	130	150	210		< 200
Brésil	660 000	179 000	154 000	154 000	158 000	161 000	151 000	157 000
Îles Vierges britanniques	219			13	16	16		
Canada	56 000	25 000		20 000	20 000	20 000		
Îles Cayman	51			20	20	20		
Chili	30 000	5 750	7 413	5 900	5 900	5 900	8 000	10 000
Colombie	180 000	25 000	12 000	12 000	12 000	14 000	11 000	13 000
Costa Rica	12 000	3 150	1 850	1 850	2 000	1 947	2 000	2 500
Cuba	3 300	1 350	1 585	1 295	1 873	1 918	1 500	2 000
Dominique	135	---	5	5	13	13		< 200
République dominicaine	50 024	15 500	1 011	500	1 291	1 419	900	1 100
Équateur	21 000	3 550	1 000	520	700	826	1 000	1 500
El Salvador	29 000	5 100	1 515	1 515	2 300	2 083	1 500	2 000
Territoires français	...			...	...	...		
Grenade	439			19	19	19		
Guatemala	79 000	13 500	3 617	3 617	3 617	4 193	3 500	4 500

## Annexe – Couverture antirétrovirale dans la région des Amériques (juin 2005) (suite)

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

Pays	PLWHA	Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 49 ans nécessitant une thérapie ARV	Nombre notifié de personnes recevant une thérapie ARV	Sous ARV			Nombre estimé de personnes recevant une thérapie ARV	
				Source : ONUSIDA/OMS	Source : ONUSIDA/OMS	Source : ONUSIDA/OMS	Source : ONUSIDA/OMS	Source : ONUSIDA/OMS
Région des Amériques	déc-2003	2004	juin-décembre 2004	juillet 2004	mars 2005	mai 2005	Source : ONUSIDA/OPS 2004	
							Estimation faible	Estimation élevée
Guyana	18 000	1 900	469	480	600	600		< 1 000
Haiti	280 000	42 500	2 829	1 370	3 700	5 329	3 000	4 000
Honduras	63 000	9 450	2 312	2 312	3 035	3 222	2 500	3 000
Jamaïque	22 000	2 600	500	500	1 531	1 348		< 1 000
Mexique	160 000	39 500	28 600	24 320	30 000	30 000	26 000	32 000
Montserrat	40			0	0	0		
Antilles néerlandaises	2 005			230	354	354		
Nicaragua	6 400	1 000	33	30	73	120		< 200
Panama	21 500	1 850	1 873	1 997	2 240	2 367	1 500	2 000
Paraguay	18 000	1 950	300	217	420	4350		< 500
Pérou	82 000	11 000	2 000	2 000	4 220	5 200	2 000	2 500
Puerto Rico					12 731	12 731		
Saint Kitts-et-Nevis	359	---	24	24	24	24		< 200
Ste-Lucie	2 541	---	20	20	20	20		< 200
Saint-Vincent et Grenadines	527	---	32	32	32	32		< 200
Suriname	5 200	< 1 000	220	220	251	281		< 200
Trinité-et-Tobago	29 000	4 700	784	784	855	1 498		< 1 000
Turks et Caicos	373			75	75	75		
États-Unis d'Amérique	950 000	451 000		298 000	298 000	298 000		
Uruguay	6 300	1 450	1 400	838	929	980	1 500	2 000
Venezuela	58 000	18 000	9 525	9 525	15 000	13 728	8 500	10 000
<b>Total</b>	<b>2 997 634</b>	<b>899 300</b>	<b>265 073</b>	<b>572 048</b>	<b>614 123</b>	<b>622 275</b>		